



PROJEKT KIK/35

„ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV” JAKO PRZYKŁAD ZINTEGROWANYCH DZIAŁAŃ W ZDROWIU PUBLICZNYM NA RZECZ OGRANICZENIA ZAKAŻEŃ KRWIOPOCHODNYCH W POLSCE

Praca zbiorowa pod redakcją:

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński

Dr hab. Rafał Gierczyński

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2017

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”
jako przykład zintegrowanych działań
w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia
zakażeń krwiopochodnych w Polsce

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny, 2017

ISBN 978-83-89379-59-7

Publikacja finansowana ze środków Projektu KIK/35
„Zapobieganie zakażeniom HCV”,
współfinansowanego przez Szwajcarię
w ramach szwajcarskiego programu współpracy
z nowymi krajami Unii Europejskiej
oraz Ministra Zdrowia

Projekt okładki:

Rafał Patoła i Eura7 Sp. z o.o.

Opracowanie graficzne i skład:

Anna Maciejewska i Maciej Ostoja-Lniski

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. 22 54 21 202
www.pzh.gov.pl

Druk i oprawa:

TOTEM.COM.PL
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

SPIS TREŚCI

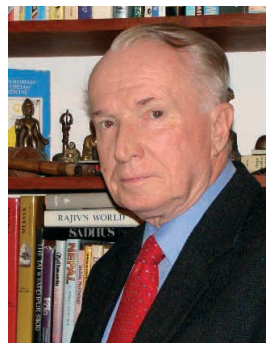
1. Przedmowa	
Prof. dr hab. MIROSŁAW J. WYSOCKI, Dyrektor NIZP-PZH	7
2. Komentarz przedstawicieli kluczowych instytucji	
• Dr n. med. JAROSŁAW PINKAS, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	11
• Pan ANDREJ MOTYL, Ambasador Szwajcarii w Polsce	13
• Pan MAREK POSOBKIEWICZ, Główny Inspektor Sanitarny	17
3. HCV jako problem epidemiologiczny i zagrożenie zdrowia publicznego w Polsce oraz na świecie	21
4. Geneza, założenia i cele projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” oraz jego struktura organizacyjna	30
4.1. Cel główny i założenia Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”	32
4.2. Struktura organizacyjna Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”	33
4.3. Wykonawcy z ramienia Instytucji Realizującej i Partnerów w Projekcie KIK/35	34
4.4. Komitet Sterujący Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”	36
4.5. Zespół Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”	38
4.6. Cel główny i cele pośrednie poszczególnych Projektów merytorycznych w Projekcie KIK/35	40
5. Potrzeby i proponowane metody poszerzenia diagnostyki w kierunku HCV w populacji ogólnej (Projekt 1)	44
5.1. Występowanie rozpoznanych i nierozpoznanych zakażeń HCV w Polsce	46
5.2. Indywidualne czynniki ryzyka w populacji ogólnej w Polsce	48
5.3. Gotowość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do podjęcia działań ukierunkowanych na wcześniejsze wykrywanie zakażeń HCV	51

5.4. Wdrażanie programu na poziomie POZ - doświadczenia własne, dobre praktyki i bariery	53
5.5. Podsumowanie	55
6. Zapobieganie HCV wśród użytkowników narkotyków (Projekt 2)	61
6.1. Rozpowszechnienie oraz czynniki ryzyka zakażeń HCV	62
6.2. Program edukacyjny	65
6.3. Propozycje rozwiązań do wdrożenia	68
6.4. Podsumowanie	70
7. Badanie kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV jako istotny element opieki nad matką i dzieckiem (Projekt 3)	73
7.1. Oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV oraz wskazanie czynników ryzyka zakażenia tym wirusem na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet w ciąży	74
7.2. Ocena celowości i wykonalności rutynowych badań w kierunku HCV w grupie kobiet w ciąży	80
7.3. Zwiększenie wiedzy lekarzy ginekologów-położników, lekarzy rodzinnych oraz pielęgniarek i położnych na temat zapobiegania wertikalnej transmisji HCV oraz postępowania z dzieckiem matki zakażonej	83
7.4. Podsumowanie	83
8. Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych (Projekt 4)	88
8.1. Cele projektu i metodyka badań	89
8.2. Uzyskane wyniki badań i ich omówienie	90
8.2.1. Lecznictwo zamknięte	90
8.2.2. Lecznictwo otwarte	94
8.2.3. Poradnie i gabinety stomatologiczne	97
8.3. Ocena wiedzy studentów uczelni medycznych na temat zakażenia HCV i procedur służących zmniejszeniu ryzyka transmisji	99
8.4. Podsumowanie	102
9. Edukacja pracowników medycznych i niemedycznych jako kluczowy element prewencji zakażeń krwiopochodnych (Projekt 5)	104
9.1. Główne założenia Projektu 5	105
9.2. Działania planistyczne	106
9.3. Materiały edukacyjno-informacyjne	111
9.4. Szkolenia dla pracowników wykonujących zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych	117
9.4.1. Szkolenia stacjonarne	117
9.4.2. Szkolenia e-learningowe	118

9.5. Zadania dodatkowe - projekty badawcze, wspierające działania edukacyjne	119
9.5.1. Badanie dotyczące map dystrybucji ryzyka zakażeń krwiopochodnych w sektorze usług pozamedycznych	119
9.5.2. Badanie pilotażowe dotyczące oceny wiedzy i częstość występowania ekspozycji zawodowej wśród diagnostów laboratoryjnych	121
9.5.3. Badanie opinii ekspertów epidemiologii i praktyków i ekspertów zdrowia publicznego w zakresie zakażeń krwiopochodnych	121
9.6. Podsumowanie	122
10. Kampania społeczna „HCV Jestem świadom” - translacja wiedzy i jej zintegrowany przekaz do grup docelowych	126
10.1. Informacje o problemie HCV w Polsce i przykłady ich translacji na przekaz zrozumiały dla społeczeństwa	127
10.2. Działania edukacyjne jako przygotowanie zaplecza fachowego dla kampanii społecznej	128
10.3. Wirus HCV - świadomość wśród Polaków, badania docelowych odbiorców	129
10.4. Określenie celów - założenia kampanii społecznej	130
10.5. Planowanie i formułowanie strategii kreatywnej oraz elementów kampanii społecznej	132
10.6. Kampania społeczna „HCV Jestem świadom” w mediach	133
10.6.1. Kampania społeczna „HCV Jestem świadom” w Internecie ...	139
10.6.2. Youtuberzy ambasadorami kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”	142
10.6.3. „Twarz Kampanii HCV”	143
10.6.4. Mapa Świadomych Miejsc	144
10.7. Lato z kampanią społeczną „HCV Jestem świadom” - kontakt bezpośredni z odbiorcami	145
10.8. Podsumowanie	149
11. Aspekty systemowe i ekonomiczne WZW typu C w Polsce na tle Europy	154
11.1. Kluczowe raporty i rankingi porównujące organizację diagnostyki i opieki nad pacjentami z wirusowym zapaleniem wątroby w krajach europejskich z uwzględnieniem sytuacji Polski	154
11.2. Polityka zdrowotna dotycząca WZW i WZW-C	158
11.2.1. Polityka zdrowotna dotycząca WZW i WZW-C z perspektywy WHO, Unii Europejskiej i organizacji pacjentów	158
11.2.2. Polityka zdrowotna dotycząca WZW i WZW-C w Polsce	163
11.2.2.1. Rekomendacje dla polityki zdrowotnej w zakresie WZW-C w Polsce	164

11.3.	Aspekty ekonomiczne WZW typu C w Polsce na tle krajów europejskich	166
11.3.1.	Koszty bezpośrednie ponoszone przez NFZ	167
11.3.2.	Koszty pośrednie transferowe ponoszone przez ZUS	168
11.3.3.	Koszty pośrednie związane z utratą produktywności	169
11.4.	Podsumowanie	170
12.	Wnioski z Projektu KIK/35 i rekomendacje działań do wdrożenia	172
12.1.	Diagnostyka i leczenie zakażeń HCV	174
12.2.	Prewencja zakażeń HCV w zakładach medycznych oraz niemedycznych wykonujących zabiegi z przerwaniem ciągłości skóry lub błon śluzowych	175
12.3.	Potrzeby w zakresie systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz rozwijania świadomości społecznej w zakresie wiedzy na temat zakażeń krwiopochodnych	177
12.4.	Prewencja zakażeń HCV wśród osób uzależnionych od iniekcyjnych substancji odurzających w ramach strategii redukcji szkód (harm reduction)	179
12.5.	Podsumowanie	180
13.	Wykaz skrótów i pojęć obcojęzycznych	183
14.	Indeks autorów	185

PRZEDMOWA



Wirusowe zapalenie wątroby (WZW) jest obecnie jednym z najważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. W 2016 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła strategię, której głównym celem jest eliminacja WZW do roku 2030. Ma to być osiągnięte poprzez ograniczenie przenoszenia wirusów, zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu WZW i jego powikłań oraz zapewnienie równego dostępu do kompleksowej profilaktyki, rekomendowanej diagnostyki, opieki i leczenia dla wszystkich obywateli. WHO zaleca rządów krajów europejskich dostosowanie krajowych strategii WZW do strategii i rekomendowanych planów działania oraz wzmocnienie krajowych systemów zdrowia publicznego w zakresie prewencji, monitorowania i eliminacji zakażeń.

Zainicjowany w 2012 r. Projekt KIK/35 pt. „Zapobieganie zakażeniom HCV” miał na celu edukację i budowanie świadomości społecznej w zakresie HCV i WZW typu C. Miał również wesprzeć zaplanowanie długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania WZW typu C w Polsce, zgodnej z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Projekt KIK/35 obejmował pięć modułów - projektów merytorycznych: 1-5.

Realizacja pierwszego projektu pt. „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV” zmierzała do osiągnięcia zawartych w tytule celów poprzez zaangażowanie lekarzy rodzinnych w zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym, wykonywanie badań diagnostycznych (oszacowanie liczby osób zakażonych w Polsce) i profilaktycznych, a także - we współpracy ze specjalistą - w proces dalszej opieki nad chorym zakażonym wirusem HCV.

Drugi projekt pod nazwą „Zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDU)” był realizowany wspólnie z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Jego celem było oszacowanie odsetka osób zakażonych i określenie czynników ryzyka HCV wśród użytkowników narkotyków oraz ocena potrzeb w zakresie działań ograniczających ryzyko zakażeń

HCV i możliwości leczenia w tej grupie. Podjęto również próbę opracowania specjalnej strategii zapobiegania zakażeniom HCV dla tej populacji.

W ramach trzeciego projektu pt. „Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażenia wirusem HCV” badaniami w kierunku HCV objęto ponad osiem tysięcy kobiet ciężarnych. Przeprowadzone badania pozwoliły na oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV w badanej grupie, a także na objęcie specjalistyczną opieką zarówno matek zakażonych HCV, jak i ich dzieci. Jest to niezwykle ważne w kontekście zdrowia publicznego.

Czwarty projekt pt. „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej” był realizowany przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Głównym działaniem w ramach tego projektu były badania środowiskowe, polegające na przeprowadzeniu ankiet pogłębionych obserwacją, dotyczących procedur sanitarnych w szpitalach, przychodniach i gabinetach prywatnych. Na podstawie pozyskanych danych zostały opracowane materiały edukacyjne dla personelu medycznego oraz propozycje nowych obszarów do uwzględnienia przez służby sanitarne w procesie kontroli w zakresie zakażeń krwiopochodnych.

Piąty projekt pt. „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)” realizowany był wspólnie z Głównym Inspektorem Sanitarnym. Był to szeroko zakrojony projekt edukacyjny, dotyczący epidemiologii i profilaktyki zakażeń krwiopochodnych skierowany do ok. 1500 pracowników sektora ochrony zdrowia, a także do prawie 5 tysięcy pracowników sektora usług pozamedycznych. W trakcie realizacji projektu przeprowadzone zostały szkolenia i kursy (także z wykorzystaniem nowoczesnych metod e-learningu) w oparciu o aktualną wiedzę, dostosowaną do potrzeb grup docelowych.

W ramach Projektu KIK/35 została też przeprowadzona społeczna kampania informacyjna. Kampanię prowadziliśmy w radio i telewizji, uczestnicząc m.in. w imprezach zbiorowych w ramach akcji Lato z Radiem. Byliśmy też obecni w TVP 1 w Wielkim Teście o Zdrowiu.

Internetowe strony informujące w sposób przystępny o problemie HCV www.jestemswiadom.org i hcv.pzh.gov.pl odwiedziło łącznie około milion osób.

Za działania w zakresie szkoleń i edukacji będące treścią społecznej kampanii informacyjnej „HCV Jestem świadom” otrzymaliśmy główną nagrodę Wydawnictwa Termedia w kategorii „Lider Roku 2016 w Ochronie Zdrowia - działalność edukacyjno-szkoleniowa”.

Należy podkreślić, że dużym sukcesem kompleksowych działań Ministra Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego i NIZP-PZH w ostatnich kilku latach jest wzrost świadomości społecznej odnośnie HCV. Problem WZW typu C jest nie tylko lepiej rozpoznawany przez społeczeństwo (aż 72% badanych wie, że istnieje WZW typu C), ale co ważniejsze rośnie oczekiwanie obywateli dotyczące bezpiecznego

wykonywania zabiegów medycznych i upiększających, determinacja unikania czynników ryzyka zakażeń krwiopochodnych i zasadności wykonywania badań diagnostycznych.

Na przykładzie WZW typu C można zauważyć ewolucję systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach prowadzącą do co raz większej koordynacji działań na szczeblu narodowym - od edukacji zdrowotnej, budowania świadomości społecznej, diagnostyki, monitorowania sytuacji epidemiologicznej, dostępu do skutecznej terapii oraz analizowania wskaźników systemowych i ekonomicznych. Rekomendacje WHO mogą być nie tylko bardzo użyteczne w procesie planowania strategii krajowych w zakresie WZW, ale również wspierać wymianę informacji i doświadczeń pomiędzy krajami. Bardzo satysfakcjonujący z perspektywy zdrowia publicznego jest wzrost znaczenia organizacji pacjentów oraz świadomości zdrowotnej obywateli. W przypadku WZW typu C stwarza to nadzieję, że działania rządów prowadzące do inwestowania w optymalizację zwalczania tej choroby spotkają się z wsparciem i odpowiedzialną partycypacją społeczeństwa.

Wydaje się, że w Polsce interesariusze systemowi tworzyli od kilku lat solidne podstawy do opracowania i implementacji strategii narodowej w zakresie WZW typu C. Polscy pacjenci mają również dostęp do skutecznej terapii, co jest szczególnie ważne w przypadku choroby, przeciwko której nie istnieją szczepienia ochronne. Opublikowane w grudniu 2016 r. Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (WZW) tworzą solidną podstawę do planowania działań na poziomie narodowym i wojewódzkim. Według Ministerstwa Zdrowia najważniejsze kierunki działań mające na celu ograniczenie liczby zakażonych HCV w Polsce to: zwiększenie dostępności diagnostyki, dotarcie do osób nieświadomych zakażenia oraz poprawa dostępności leczenia już wykrytych zakażeń.

Bardzo ważne jest, aby wyniki i wnioski z Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” zostały wykorzystane przy tworzeniu narodowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV oraz zwalczania WZW typu C w Polsce, zgodnej z najnowszymi rekomendacjami WHO i standardami klinicznymi.

W tym miejscu pragnę wyrazić szczególne podziękowania dwóm kluczowym instytucjom, bez których wszystkie działania, przeprowadzone w ramach realizacji Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” pozostawałyby wciąż jedynie w sferze wyobrażeń i oczekiwań. To dzięki zrozumieniu wagi naszych starań oraz ich finansowemu wsparciu przez Ministra Zdrowia RP i Rząd Szwajcarii poprzez Szwajcarsko-Polski Program Współpracy możliwa była realizacja wszystkich opisanych w niniejszej monografii działań na rzecz zdrowia ludności Polski.”

Prof. dr. hab. med. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
- Państwowego Zakładu Higieny,
Konsultant Krajowy w dziedzinie Zdrowia Publicznego





SZANOWNI PAŃSTWO,

Zachęcam do zapoznania się z opracowaniem dotyczącym problematyki HCV w polskim społeczeństwie. W raporcie zaprezentowano katalog inicjatyw, których celem jest lepsze poznanie zjawiska, zapobieganie HCV oraz dokonano oceny tych działań.

Obserwując zmiany w sytuacji zdrowotnej ludności Polski bezsprzecznie największym problemem zdrowotnym są przewlekłe choroby zakaźne. Nie oznacza to, że w obszarze chorób zakaźnych można nie uznawać walki z nimi jako jednego z priorytetów polityki zdrowotnej.

Problematyka HCV została uwzględniona w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492). W szczególności w zakresie celu operacyjnego nr 2 NPZ tj. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi oraz w zakresie celu operacyjnego nr 4 tj. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.

Zadania w zakresie celu operacyjnego nr 2 obejmują:

- prowadzenie działań edukacyjnych adresowanych do kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w tym opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia osób uzależnionych oraz zagrożeń związanych z zakażeniami HIV, HCV i HBV oraz chorób przenoszonych drogą płciową wśród osób stosujących substancje psychoaktywne (2.2 pkt 5);
- wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi - HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV i HCV) (2.4.1 pkt 1);

- realizację badań przekrojowych przynajmniej raz na trzy lata dotyczących występowania zakażeń HIV, HBV i HCV wśród użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP w ramach kluczowego wskaźnika EMCDDA (2.5 pkt 5).

Natomiast zadania w zakresie celu operacyjnego nr 4 obejmują:

- profilaktykę chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, z uwzględnieniem podwyższonego ryzyka związanego z pełnieniem służby przez żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy, w tym przede wszystkim wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, zakażeń i chorób przenoszonych drogą płciową (HIV, kiła, rzeżączka, chlamydia, HPV), inwazyjnych zakażeń bakteryjnych (np. sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie płuc z bakterią), gruźlicy oraz wybranych zagrożeń pasożytniczych (2.1 pkt 5).

Polecam Państwu lekturę niniejszego opracowania, z głębokim przekonaniem, że będzie ona źródłem cennych refleksji, umożliwi zapoznanie się z nowoczesnymi rozwiązaniami w zdrowiu publicznym i dostarczy ewentualnych inspiracji w planowaniu i podejmowaniu działań prozdrowotnych.

Dr n. med. Jarosław Pinkas

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia



SZANOWNI PAŃSTWO,

Mam zaszczyt podzielić się z Państwem osiągnięciami jednego z projektów współfinansowanych w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Przez ostatnich pięć lat projekt „Zapobieganie zakażeniom HCV“ pełnił istotną rolę w diagnostyce zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C i w znacznym stopniu podniósł świadomość polskiego społeczeństwa dotyczącą wykrywania i zapobiegania tej podstępnej chorobie.

Problem zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C jest znaczący na całym świecie. W Azji Środkowej, w Wietnamie, gdzie wraz ze Szwajcarską Agencją ds. Rozwoju i Współpracy - SDC oraz szwajcarskimi firmami farmaceutycznymi pracowałem w zakresie problematyki zakażeń HCV, uderzający odsetek populacji - pomiędzy 10% a 15% - jest nosicielem wirusa. Od niepamiętnych czasów matki przekazywały zakażenia dzieciom, mężczyźni i kobiety swoim małżonkom, a źle zarządzane szpitale pacjentom - poprzez niekontrolowane transfuzje krwi.

Również w Polsce zakażenie HCV jest istotnym problemem zdrowotnym, jako że dotyczy około dwustu tysięcy mieszkańców kraju. Zakażenie wirusem często prowadzi do groźnych chorób - łącznie z wirusowym zapaleniem wątroby typu C, marskością wątroby, a nawet rakiem wątroby. Pomimo to większość zakażonych osób nie jest świadoma potencjalnych zagrożeń, ponieważ symptomy choroby mogą często pozostawać niezauważone przez długi czas. Wirusowe zapalenie wątroby typu C może być wyleczone, jednak wczesna diagnoza zakażenia wirusem jest kluczowa. Jednocześnie zakażeniom można zapobiegać - wiedząc o ich możliwych źródłach i zachowując właściwe procedury higieny.

Dlatego też, kiedy w 2007 r. zainaugurowano Szwajcarsko-Polski Program Współpracy, oba kraje wyraźnie dostrzegły wagę problemu zakażeń HVC w Polsce i wykazały determinację w przyczynianiu się do jego rozwiązywania. Na tym wczesnym etapie zauważyliśmy, że brak dokładnych danych epidemiologicznych i niewystarczająca świadomość potencjalnych źródeł i ryzyka zakażenia są głównymi trudnościami, które należy przezwyciężyć. Jednocześnie zidentyfikowaliśmy szansę zmniejszenia liczby zakażeń. Na tle tych danych projekt „Zapobieganie

zakażeniom HCV” otrzymał dofinansowanie w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Szanowni Czytelnicy, dla tych z Państwa, którym Program nie jest znany, chciałbym przytoczyć kilka faktów. Punktem wyjścia dla Programu, tzw. Swiss Enlargement Contribution, była solidarność Szwajcarii z krajami, które dołączyły do Unii Europejskiej w 2004 r. i w latach późniejszych. Program wsparcia dla Polski jest największym, jakiego kiedykolwiek udzieliła Szwajcaria, jako że wynosi 489 milionów franków szwajcarskich, co obecnie odpowiada ponad 1,9 miliarda złotych. Z tej kwoty blisko 4 miliony franków przeznaczono na wykrywanie i zapobieganie zakażeniom HCV.

Rezultaty przedstawione w niniejszej publikacji pokazują, że fundusze te zostały wykorzystane bardzo efektywnie. Dzięki realizacji projektu rzeczywista liczba osób zakażonych została właściwie oszacowana; w rezultacie, wiedza na temat czynników ryzyka i procedur zapobiegających zakażeniom wśród lekarzy, pielęgniarek, położnych, jak również kosmetologów, fryzjerów i tatuażystów wzrosła; najlepsze drogi do zmniejszenia liczby zakażeń zostały określone. Ogólnokrajowa kampania społeczna dotarła do milionów odbiorców, co jest szczególnie ważne, biorąc pod uwagę fakt, że 55% Polaków nigdy nie słyszało o wirusie zapalenia wątroby typu C. Nowo zdobyta wiedza i zachowania promowane przez projekt powinny doprowadzić do wzmocnienia prewencji zakażeń HCV. Mam nadzieję i wierzę, że osiągnięcia przedstawione w niniejszej publikacji dostarczą inspiracji dla dalszych działań podejmowanych w tym zakresie.

Chciałbym wyrazić głęboką wdzięczność Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - Państwowemu Zakładowi Higieny oraz instytucjom partnerskim, zespołowi projektowemu, liderom poszczególnych działań i ich współpracownikom, lokalnym koordynatorom za ich profesjonalizm i niezwykle zaangażowanie, które przyczyniło się do pomyślnej realizacji projektu.

Życzę Państwu ciekawej lektury.

Andrzej Motyl

Ambasador Szwajcarii w Polsce



DEAR READERS,

I am honored to share with you the achievements of one of the projects which have been funded within the framework of the Swiss-Polish Cooperation Program. During the past five years, the project “Prevention of Hepatitis C Virus (HCV) Infections” has played an important role in detecting HCV infections and has significantly raised awareness in the Polish Society on how to prevent this insidious disease.

The problem of HCV infections is globally significant. In Central Asia or Vietnam, where I have worked on the subject with SDC and Swiss Pharma Companies, shocking 10-15 % of the Population are carriers of the Virus. Since time immemorial mothers have been transmitting the disease to the children, man and women to their spouses and badly run hospitals by uncontrolled blood transfusions to their patients.

Also in Poland, Hepatitis C is a major health issue as it concerns approximately 200'000 people that live here. The HCV infection often leads to dangerous diseases - including hepatitis C, liver cirrhosis or even liver cancer. However, the majority of the infected persons are not aware of the potential threats, as the symptoms of the disease often remain unnoticed for a long period of time. Hepatitis C can be cured, but its early detection is crucial. At the same time, infections can be avoided - being aware of the potential sources of infection and maintaining proper hygienic procedures.

Therefore, when launching the Swiss-Polish Cooperation Program in 2007, both countries recognized the relevance of the problem of HCV infections in Poland and demonstrated the determination to tackle it. Early on, we have realized that the lack of accurate epidemiological data and the low awareness on the potential sources and risks of infections are key challenges to be overcome first. At the same time, we also identified opportunities on how to reduce the number of infections. Against this background, the project “Prevention of Hepatitis C Virus infections” was selected for funding as a part of the Swiss-Polish Cooperation Program.

Dear Readers, for those, who are unfamiliar with the Program here a few facts: The so called Swiss Enlargement Contribution's starting point was Switzerland's Solidarity with the states that joined the European Union in 2004 and later. The support program for Poland is by far the largest Switzerland has ever started globally, since it amounts to 489 million Swiss Francs, which, as of today, corresponds to over 1.9 billion Polish Złoty. Out of this amount, around four million Swiss Francs have been allocated to detecting and preventing HCV infections.

The results presented in this publication prove that this money was spent in a very effective manner. Thanks to the project, the actual number of infected persons was correctly estimated; consequently the knowledge on risk factors and preventive procedures among doctors, nurses, midwives, but also cosmeticians, hairdressers and tattoo artists was improved; and as the following step best practices to decrease the infection rate were identified. A country-wide informational campaign addressed millions of people, which is particularly important, taking into account that 55% of Poles had never heard about the Hepatitis C Virus. The new knowledge and practices promoted by the project shall lead to an improved prevention of HCV infections. And I do hope and believe that the achievements presented in this publication will provide inspiration for further efforts in this respect.

I would like to express my gratitude to the National Institute of Public Health - National Institute of Hygiene along with their partner institutions, the project team, the task leaders with their teams, and the local coordinators for their professionalism and true dedication, which have been essential elements for the successful implementation of the project.

I wish you interesting reading.

Andrej Motyl

Swiss Ambassador to Poland



SZANOWNI PAŃSTWO,

W roku 2016 podczas posiedzenia Światowego Zgromadzenia Zdrowia została zatwierdzona globalna strategia zwalczania wirusowego zapalenia wątroby na lata 2016-2021 (GHSS - Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis for 2016-2021). Docelowym założeniem strategii jest wyeliminowanie WZW jako zagrożenia dla zdrowia publicznego do roku 2030 poprzez zmniejszenie rozpowszechnienia i umieralności z powodu wirusowych zapaleń wątroby.

Istotną rolę w ograniczeniu zagrożenia ze strony wirusów zapalenia wątroby w Polsce mają podejmowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną, od lat, działania zarówno w zakresie nadzoru epidemiologicznego nad występowaniem zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jak i z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego, a także edukacji zdrowotnej. Niebagatelną rolę w efektywnym ograniczaniu zakażeń powodujących wirusowe zapalenia wątroby, odgrywa również właściwe kształtowanie regulacji prawnych, pozwalających na podejmowanie długofalowych działań zapobiegawczych. Wszystkie te działania, na przestrzeni lat, doprowadziły do zdecydowanej poprawy bezpieczeństwa epidemiologicznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wykonywanych w podmiotach leczniczych.

Uwzględniając jednak wciąż dynamicznie rozwijający się w Polsce rynek usług upiększających, które bardzo często wiążą się z przerwaniem ciągłości tkanek, a także inne ryzyka zakażeń krwiopochodnych, nadal konieczne jest prowadzenie szeroko zakrojonych, skoordynowanych działań zapobiegawczych.

Realizacja programu „Zapobiegania zakażeniom HCV”, współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy oraz Ministra Zdrowia, niewątpliwie przybliży Polskę do celu określonego w globalnej strategii WHO, w tym zakresie. Przygotowując założenia projektowe słusznie przyjęto, że brak szczepionki przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C powoduje, iż obok wczesnej diagnostyki osób z grup ryzyka oraz nadzoru nad przestrzeganiem procedur uniemożliwiających szerzenie się zakażeń HCV, jedną z najważniejszych metod zapobiegania tej chorobie jest edukacja społeczeństwa. Nie bez znaczenia pozostaje także aktywność dydaktyczno-informacyjna

na rzecz wybranych grup osób, których działalność, bądź działania, wiążą się ze zwiększonym narażeniem siebie lub osób trzecich na zakażenie. Efekty osiągnięte w toku realizacji Programu są imponujące - to między innymi odbycie szeregu dedykowanych szkoleń uzupełniających wiedzę i umiejętności z tego zakresu, w których udział wzięło kilka tysięcy osób.

Badania przeprowadzone w ramach Programu KIK/35 stanowią istotną wartość dodaną w postaci poprawnego metodologicznie oszacowania liczby osób z przeciwciałami anty-HCV oraz osób z czynnym zakażeniem HCV z uwzględnieniem oceny zagrożeń u występujących w populacji Polski grup ryzyka. Wyniki tych badań mogą stanowić wiarygodny standard odniesienia dla przyszłej oceny wyników działań profilaktycznych oraz podstawę do racjonalnego planowania badań przesiewowych. Dokonane w ramach Programu rozeznanie sytuacji epidemiologicznej zakażeń HCV wśród osób przyjmujących narkotyki iniekcyjne i trudności jakie mają te osoby z dostępem do leczenia, daje wyraźny sygnał dla konieczności rozszerzenia i uwspółcześnienia prowadzonych w Polsce programów redukcji szkód w tej grupie osób. Wyniki Programu są istotne także dla weryfikacji procedur zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym w lecznictwie, jak podmiotach niemedycznych, w których istnieje zwiększone ryzyko zakażenia.

Istotnym aspektem umożliwiającym Polsce, jako krajowi członkowskiemu WHO, osiągnięcie zakładanego globalnie celu, są regulacje w obszarze prawodawstwa krajowego. Jednym z kluczowych dokumentów, w których ma umocowanie przygotowywana krajowa, kompleksowa koncepcja przeciwdziałania szerzeniu się zakażeń krwiopochodnych, uwzględniająca wiedzę o faktycznym rozpowszechnieniu zakażeń, jako efekt finalny kilkuletniej realizacji projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”, jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, określony rozporządzeniem Rady Ministrów, z dnia 4 sierpnia 2016 r., uwzględniająca m.in. kwestie związane ze zwalczaniem i profilaktyką zakażeń HCV. Istotne we wdrażaniu długofalowych programów profilaktycznych i edukacyjnych oraz wzmocnieniu nadzoru epidemiologicznego będzie, oczekiwane przez wiele środowisk, ponowne spionizowanie struktur Państwowej Inspekcji Sanitarnej, tj. ustanowienie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej organami administracji niespolonej i pełne ich podporządkowanie Ministrowi Zdrowia i Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu. Tym samym Minister Zdrowia i Główny Inspektor Sanitarny będą posiadać pełne instrumentarium, niezbędne do w pełni skoordynowanego zarządzania w obszarze zdrowia publicznego.

Wśród najważniejszych zagadnień niezbędnych do uregulowania pozostaje opracowanie szczegółowych wymagań sanitarnohigienicznych dla obiektów świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej, w szczególności, w zakresie procedur utrzymania czystości oraz właściwego prowadzenia procesów dezynfekcji i sterylizacji sprzętu wielokrotnego użytku, stosowanego w trakcie wykonywania usług. Istotne jest także stworzenie możliwości egzekwo-

wania od właścicieli gabinetów upiększających ciała standardów bezpieczeństwa wykonywanych zabiegów. Przepisy prawne regulujące ww. kwestie znajdują się na zaawansowanym etapie procedowania. W przypadku personelu sektora ochrony zdrowia wymogi w obszarze bezpieczeństwa epidemiologicznego posiadają już umocowanie prawne m.in. w przepisach ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Żywię nadzieję, że działania na rzecz zdrowia, podejmowane w ścisłej współpracy przez Państwową Inspekcję Sanitarną i Narodowy Instytut Zdrowia - Państwowy Zakład Higieny, przyczynią się do skutecznej realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, określonych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Z życzeniami determinacji w działaniach na rzecz zdrowia.

Marek Posobkiewicz
Główny Inspektor Sanitarny



HCV JAKO PROBLEM EPIDEMIOLOGICZNY I ZAGROŻENIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE I NA ŚWIECIE

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński, Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Już w latach 70-tych XX w. przewidywano istnienie wirusa nie zidentyfikowanego typu, który byłby czynnikiem etiologicznym zapaleń wątroby występujących po przetoczeniach krwi, dla których wyniki badań w kierunku WZW typu B oraz WZW typu A pozostawały negatywne.

Wirus zapalenia wątroby typu C został zidentyfikowany w 1989 r. przez Choo i ws., którzy wytworzyli DNA komplementarne do cząsteczki RNA tego wirusa [1, 2]. Przesiewowe testy EIA służące do wykrywania przeciwciał przeciw HCV wprowadzono w 1990 r.

Wirus ten należy do rodziny *Flaviviridae* w obrębie której reprezentuje oddzielny rodzaj *Hepacivirus*. Jest to wirus o pojedynczej nici z sekwencją taką jak w m-RNA i o zdolności do szybkiej replikacji ze szczególnie dużą ilością błędów. Konsekwencją tego jest różnorodność sekwencji nukleotydów w nici jednostek wirusa występujących w organizmie osoby zakażonej, a także duże zróżnicowanie genetyczne wirusów między osobami zakażonymi z tego samego źródła. Ta różnorodność sprawia, że wirusy WZW typu C nie tworzą jednolitego gatunku, a raczej quasi gatunek [3].

Wirus zapalenia wątroby typu C występuje na wszystkich kontynentach. Gdy określono sekwencję ich nukleotydów wirusy WZW-C zaklasyfikowano do 6. numerowanych, głównych genotypów o tożsamości nukleotydowych sekwencji sięgających 70% kompletnych sekwencji genomu. Każdy genotyp może być podzielony na podtypy (oznaczone literami) o identyczności pomiędzy 70 i 80%. Kompletnie sekwencje genomowe zostały uzyskane dla wszystkich sześciu typów HCV i kilkudziesięciu różnych podtypów. Częstość występowania poszczególnych genotypów HCV jest zróżnicowana w skali globu. Jednak najczęściej występuje genotyp 1. W Azji Południowej (Indie) najbardziej rozpowszechniony jest genotyp 3. W zachodnich częściach Afryki Subsacharyjskiej przeważa genotyp 4, który w wysokim odsetku występuje też w Egipcie. W Europie Centralnej, do której należy Polska,

dominuje genotyp 1 (89,2%), a genotyp 3 i 4 wykrywany jest znacznie rzadziej, odpowiednio u 9,4% i 1,3% badanych przypadków. Genotyp 2 stwierdzono tylko w jednym przypadku, a występowania genotypu 5 jeszcze w Polsce nie opisano [4]. Wcześniejsze badanie wykonane na materiale z laboratoriów w Polsce podaje w zestawieniu zbiorczym niższy odsetek zakażonych genotypem pierwszym, a wyższy genotypami 3 i 4. [5].

Różnorodność genetyczna typów i podtypów HCV może być jedną z przyczyn różnorodności reakcji immunologicznych na zakażenie tym wirusem, a także w skuteczności działania leków antywirusowych. Stanowi też przyczynę trudności z wyprodukowaniem szczepionki przeciw HCV. Jak się jednak okazało, prawdopodobieństwo przejścia zakażenia ostrego w formę przewlekłą manifestującą się utrwaloną obecnością HCV RNA w osoczu nie różni się w sposób statystycznie znamieny w zależności od genotypu wirusa, którym pacjent został zakażony [6].

Zakażenie HCV może nieść za sobą bardzo poważne następstwa, z których niektóre prowadzą do zgonu. Według CDC [7]: „Na każde 100 osób zakażonych wirusem HCV, w przybliżeniu:

- u 75-85 rozwinie się zakażenie przewlekłe;
- u 60-70 rozwinie się przewlekła choroba wątroby;
- u 5-20 dojdzie do rozwoju marskości w ciągu 20-30 lat;
- 1-5 umrze z powodu następstw przewlekłego zakażenia (rak wątroby lub marskość wątroby).”

Przy bardzo wysokiej wiarygodności źródła powyższych danych należy mieć świadomość lokalnych różnic w epidemiologii wymienionych wyżej zagrożeń. Na te różnice może się składać obecność innych zakażeń wirusowych szczególnie HBV oraz HIV, rozpowszechnienie nadużywania alkoholu oraz obecność skażeń środowiskowych, wśród których szczególną rolę odgrywają aflatoksyny.

Różnice w zapadalności na zakażenia HCV oraz częstość ich zdrowotnych konsekwencji na różnych kontynentach, w różnych krajach i wśród inaczej jeszcze wyróżnionych grup ludzi powinna być stałym przedmiotem badań epidemiologicznych. Bowiern wykrycie i określenie w skali lokalnej rozpowszechnienia i wielkości wpływu czynników ryzyka zakażeń HCV, a także czynników modyfikujących możliwość przejścia tych zakażeń w stan przewlekły oraz prawdopodobieństwo rozwinięcia ciężkich następstw chorobowych jest podstawą do planowania zintegrowanego systemu zapobiegania zakażeniom HCV oraz organizacji i finansowania ich leczenia.

Zachorowania wywołane przez HCV występują tylko u ludzi i u szympanów. Zachorowania szympanów mają łagodniejszy przebieg i rzadziej prowadzą do ciężkich następstw. Przenoszenie zakażeń HCV odbywa się przez związane z przerwaniem ciągłości tkanek wtargnięcie do organizmu gospodarza płynów ustrojowych pochodzących od osoby zakażonej. W uproszczonej terminologii jest

to nazywane zakażeniem krwiopochodnym (*bloodborne infection*). W przeciwieństwie do zakażenia WZW typu B kontakty seksualne odgrywają stosunkowo małą rolę w przenoszeniu WZW typu C. Przy kontaktach dopochwowych transmisja występuje bardzo rzadko, lecz w czasie kontaktów analnych do zakażenia HCV dochodzi już wielokrotnie częściej. Zakażenia występujące przy współżyciu seksualnym mogą być też związane z towarzyszącymi im działaniami prowadzącym do uszkodzenia tkanek w czasie kontaktu lub też na innej drodze niż sam kontakt seksualny [8].

Przed wprowadzeniem rutynowych badań dawców krwi na obecność przeciwciał anti-HCV podawanie preparatów krwiopochodnych i transfuzje krwi stanowiły najczęstszą lub jedną z najczęstszych przyczyn zakażeń HCV. Rutynowe badanie krwiodawców w kierunku HCV rozpoczęto w USA w 1992 r. W Polsce takie badania u dawców krwi wprowadzono już pod koniec 1992 r., a od 1999 r. rozszerzano zakres molekularnych badań w kierunku RNA wirusa HCV (HCV-RNA) najpierw w osoczu przeznaczonym do frakcjonowania, a od 2002 r. u wszystkich dawców krwi [9]. Wyczerpujące objaśnienie działań mających na celu zapewnienie ochrony przed zakażeniami krwiopochodnymi w krwiodawstwie i ich podstawy legislacyjne zawarte zostały w monografii pt. „Czynniki zakaźne istotne w transfuzjologii” pod redakcją Brojer i Grabarczyka [10]. W krajach, gdzie takie badania są rutynowo stosowane, zagrożenie zakażeniem HCV przy przyjmowaniu preparatów krwiopochodnych zdarza się zupełnie wyjątkowo.

Według CDC [11] na zwiększone ryzyko zakażenia HCV narażone są:

- Osoby używające aktualnie lub które w przeszłości używały narkotyków w iniekcjach;
- Osoby leczone koncentratami czynników krzepnięcia przed 1987 rokiem, kiedy to zostały opracowane bardziej zaawansowane sposoby wytwarzania tych produktów;
- Odbiorcy transfuzji krwi lub narządów mięsnych przed okresem wprowadzenia badań dawców krwi i narządów;
- Pacjenci przewlekle hemodializowani;
- Pracownicy zakładów medycznych, którzy ulegli narażeniu zawodowemu np. zakłuciu igłą przy iniekcji lub pobieraniu krwi;
- Osoby z zakażeniem HIV;
- Dzieci urodzone przez matki zakażone HCV.

Badania ryzyka zakażenia HCV dotyczą zarówno samego sposobu wtargnięcia wirusa do krwiobiegu lub do płynów ustrojowych, jak i sytuacji w których to następuje oraz grup ludzi, u których ryzykowne sytuacje mają podwyższone prawdopodobieństwo zdarzenia [12]. O ile jednak podstawowe mechanizmy przenoszenia wirusów krwiopochodnych mają charakter uniwersalny, to prawdopodobieństwo wystąpienia różnego rodzaju kontaktów, w których te mechanizmy są

uruchamiane ma swą specyfikę zależną od technicznych i organizacyjnych okoliczności związanych z funkcjonowaniem opieki medycznej, a także od rozpowszechnienia innych mechanizmów transmisji tego wirusa, jak np. iniekcyjne przyjmowanie narkotyków.

O ile sposoby sterylizacji narzędzi chirurgicznych i jakość zabezpieczeń przed zakażeniami krwiopochodnymi w zakładach opieki medycznej decydują o poziomie ryzyka zakażeń HCV niezależnie od woli pacjentów, to wiele sytuacji stanowiących ryzyko zakażenia pozostaje w relacji do indywidualnej obyczajowości danych grup społecznych i świadomości poszczególnych ludzi.

Zakażenia WZW rozpowszechnione są na całym świecie. Między poszczególnymi krajami i nawet kontynentami występują duże różnice w odsetkach osób zakażonych. Jest to związane z lokalnymi różnicami w okolicznościach, w których najczęściej dochodzi do zakażenia i w konsekwencji z różnymi dla różnych krajów grupami ryzyka zakażeń. W każdym jednak przypadku, przy całej ich różnorodności, dominujące przyczyny zakażeń pozostają w związku z nieświadomością lub niedbałą działalnością ludzką.

Według oszacowań WHO liczba osób z przewlekłym zakażeniem HCV, definiowanym przez obecność RNA wirusa w osoczu, wynosi w skali globu około 150 milionów, zaś roczna liczba zgonów spowodowanych przez HCV jest szacowana na siedemset tysięcy [12]. W zależności od możliwości finansowych i technicznych oraz od skrupulatności w przestrzeganiu zasad profilaktyki odsetki osób z przeciwciałami anti-HCV w surowicy wahają się od ułamków procenta w krajach skandynawskich do wartości powyżej 14% w Egipcie i w niektórych regionach Włoch. W Polsce szereg wcześniej wykonanych badań wykazywało zawyżone wyniki, gdyż w badaniach tych nie uwzględniono błędów swoistości testów i nie powtarzano badania u osób z dodatnim wynikiem testu w pierwszym badaniu. W wielu wcześniej wykonanych badaniach występowały błędy stronniczości doboru próby. Pierwsze opracowanie dające możliwość korekty wyżej wymienionych błędów metodologicznych dało oszacowanie seroprevalencji anti-HCV w populacji Polski na około 1% [13].

W Polsce nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami HCV był poprzedzony prowadzonym już w latach 70-tych ubiegłego wieku nadzorem nad wirusowymi zapaleniami wątroby, zwanymi jeszcze wówczas żółtaczką zakaźną. Od 1979 r. rejestracja obejmowała wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz wirusowe zapalenia wątroby ogółem, co pozwalało na wyodrębnienie w nadzorze osób HBsAg(+) oraz osób z WZW nie B. Od 1997 r. rejestrowano nowo wykryte przypadki WZW A, B i C oraz inne, określane jako wirusowe zapalenia wątroby o nieustalonej etiologii. Od 2005 r. w nadzorze nad WZW A, B i C wprowadzono dalsze doprecyzowanie przez zastosowanie definicji przypadku.

Ze względu na duży odsetek zakażeń bezobjawowych lub skąpo objawowych, w przypadku których osoby świeżo zakażone nie zgłaszają się do lekarza,

rejestracja nowo wykrytych przypadków dotyczy w dużej mierze przypadków, które są identyfikowane przy okazji badań serologicznych wykonywanych z innych powodów niż potwierdzenie ostrego zakażenia lub wykonywane są u osób, diagnozowanych z powodu objawów związanych z zakażeniem przewlekłym. Tak prowadzony nadzór rutynowy nie stwarza wystarczających podstaw do oceny zapadalności, co pozwalałoby określić aktualny stan zagrożenia populacji ze strony zakażeń HCV. Dlatego konieczne okazało się dokonanie przeglądów serologicznych wykrywających przeciwciała anty-HCV, które wskazują osoby, które przebyły ostre zakażenie i wyeliminowały tę infekcję lub mają zakażenie przewlekłe, udokumentowane przez badanie na obecność w surowicy HCV-RNA.

W badaniach rozpowszechnienia zakażeń HCV w populacji osób dorosłych w Polsce przeprowadzonych w ramach Projektu 1 Projektu: „KIK/35. Zapobieganie zakażeniom HCV” przykładano szczególną wagę do poprawności metodologicznej, poprzez: reprezentatywny dobór badanej próby, jej standaryzację w grupach wieku oraz przez korektę błędów specyficzności testowania.

Jak wynika z dotychczasowych danych nadzoru epidemiologicznego i badań epidemiologicznych w Polsce w ostatnich dekadach największa liczba zakażeń HCV była związana z zabiegami wykonywanymi w ramach opieki medycznej. Wraz z rozpowszechnieniem sprzętu jednorazowego użycia oraz eliminowaniem „sterylizatorów” na suche, gorące powietrze w szpitalach i zastępowaniem ich autoklawami sytuacja w ostatniej dekadzie uległa znacznej poprawie. Jednak wciąż mamy do czynienia z nieprzestrzeganiem zasad aseptyki, szczególnie w mniejszych, ambulatoryjnych gabinetach zabiegowych np. stomatologicznych. Również w szpitalach zdarzają się zakażenia, a nawet ogniska zakażeń HCV związanych z nieprzestrzeganiem procedur. W kilku przypadkach takie zdarzenia udało się powiązać z dopuszczeniem do zabiegów osób bez dostatecznego przeszkolenia.

Nadal, wśród pacjentów poddawanych regularnym zabiegom z uszkodzeniem ciągłości tkanek, szczególnie duży odsetek zakażonych HCV bywa wykrywany u osób dializowanych, choć w tej grupie, w ostatnich latach obserwuje się wyraźny spadek odsetka nowych zakażeń.

Dużą grupą osób, u których w sytuacji braku skrupulatnego przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom można oczekiwać występowania zakażeń HCV, są klienci salonów kosmetycznych, zakładów fryzjerskich i miejsc wykonywania tatuażu. Dlatego w stosunku do tych usługodawców konieczny jest nadzór ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej działający stale i skrupulatnie. Ważne jest też, aby takie usługowe zakłady niemedyczne jak studio tatuażu i kolczykowania, w których istotą zabiegu jest przerwanie ciągłości skóry, przestrzegały takich samych procedur zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym, jakie obowiązują w zakładach medycznych.

Narażenia na zakażenie czynnikami krwiopochodnymi stanowią ryzyko zawodowe pracowników medycznych, a także służb ratunkowych, paramedycznych, policji i straży pożarnej, oraz sportowców uprawiających sporty kontaktowe. Te grupy osób wymagają posiadania i stosowania procedur zapobiegania temu zagrożeniu i właściwego postępowania w sytuacji, gdy dochodzi do kontaktu danej osoby z krwią.

Osoby przyjmujące dożylnie substancje odurzające są szczególnie narażone na zakażenia krwiopochodne. Wśród nich odsetek osób zakażonych HCV jest, z jak wynika z różnych doniesień, najwyższy i dochodzić może nawet do kilkudziesięciu procent. Z tego względu istotne znaczenie ma monitorowanie zakażeń HCV u osób uzależnionych. Jest ono podstawą polityki redukcji szkód, polegającej na wprowadzaniu systemów edukacyjnych i innych działań profilaktycznych kierowanych do osób uzależnionych, a także na wprowadzaniu rozwiązań technicznych, które umożliwiają i ułatwiają zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym u osób uzależnionych, w stosunku do których zawiodły wszystkie próby działań wspomagających wyjście z nałogu. Działania w tym zakresie, prowadzone w różnych krajach, wskazują na to, że odpowiednio prowadzona polityka redukcji szkód pozwala na rozszerzenie grupy osób przyjmowanych do programów leczenia zakażeń HCV o osoby uzależnione, w stosunku do których leczenie odwykowe lub substytucyjne zawiodło, ale pozostają one pod opieką medyczną i przyjmują w specjalnych przychodniach, poddane kontroli farmaceutycznej preparaty narkotyków, w warunkach pełnej kontroli higienicznej.

Podstawowym kryterium w tworzeniu priorytetów zdrowia publicznego i obejmowaniu szczególną opieką osób chorujących na określone choroby jest stopień w jakim te choroby obciążają społeczeństwo (*burden of disease*). W swej podstawowej formie jest ono mierzone liczbą utraconych lat życia oraz liczbą lat przeżytych z niepełnosprawnością związaną z przebyciem lub przewlekłym stanem choroby. Wskaźniki te nie wyczerpują jednak całości obciążeń chorobą, gdyż pociąga ona za sobą też koszty materialne: bezpośrednio związane z wydatkami na leczenie i pielęgnację oraz koszty pośrednie jakimi jest utrata pożytków dla społeczeństwa wynikających z funkcjonowania zdrowego obywatela w społeczeństwie.

Większość kosztów bezpośrednich zachorowań na określone choroby można z pewnym przybliżeniem policzyć. Są to wydatki instytucji ubezpieczeniowych, koszty hospitalizacji, wydatki na leki, na zakup i eksploatację sprzętu diagnostycznego, pensje personelu medycznego i wydatki na opiekę społeczną. Trudniej oszacować związane z chorobą koszty skrócenia okresu aktywności zawodowej, absencji w pracy oraz spadku wydajności pracy osób przewlekle chorych, ale wciąż pracujących. Dotyczy to, w pewnym stopniu, również osób z najbliższego otoczenia chorego. W tych wyliczeniach podstawową trudność stanowi oszacowanie wartości aktywności zawodowej różnych ludzi. Straty związane z ab-

sencją chorobową mogą bardzo się różnić w zależności od tego, kogo ta absencja dotyczy.

Poza możliwością jakiegokolwiek wymiernego oszacowania pozostają cierpienia osób chorych i ich bliskich, ale to one niosą ze sobą szczególnie ważne uzasadnienia moralne dla zwalczania chorób.

Aby sprawnie działać w zakresie prewencji, a także wykrywania osób zakażonych i zapewnienia im dostępności leczenia, konieczne jest poznanie lokalnego rozpowszechnienia zachorowań w różnych grupach społecznych oraz lokalnych uwarunkowań i okoliczności szerzenia się zakażeń HCV w danej populacji. Ważne też jest udostępnianie i dostarczanie społeczeństwu informacji o sytuacjach mogących prowadzić do zakażenia oraz o jego potencjalnych następstwach, a także kształtowanie postaw świadomego unikania ryzyka zakażenia. Ta sytuacja wymaga badania rozpowszechnienia i szerzenia się zakażeń HCV z uwzględnieniem lokalnej specyfiki epidemiologicznej i obyczajowej. Wymaga też działań profilaktycznych i edukacyjnych dostosowanych do populacji do której są adresowane. Silne powiązanie proponowanego zintegrowanego systemu zapobiegania zakażeniom HCV z uwzględnieniem lokalnej specyfiki zagrożeń tymi zakażeniami stanowi jeden z zasadniczych priorytetów Projektu KIK/35. „Zapobieganie Zakażeniom HCV”.

Potrzeba stworzenia szerokiego frontu zapobiegania zakażeniom HCV była wiadoma od dawna. Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C były impulsem do wprowadzania kolejnych rozwiązań technicznych w postaci sprzętu jednorazowego użytku i wymogów postępowania z przedmiotami ostrymi w zakładach medycznych oraz zaostreń przepisów odnośnie sterylizacji sprzętu używanego wielokrotnie. Obserwowane przez rodziny i przyjaciół zachorowania oraz zgony z powodu powiązanej z zakażeniem HCV niewydolności wątroby lub pierwotnego raka wątroby przyczyniły się do powstawania organizacji pozarządowych mających na celu promowanie zapobiegania zakażeniom HCV oraz szersze udostępnienie wczesnego leczenia chorób związanych z tym zakażeniem.

Zapobieganiu zakażeniom HCV służą wprowadzane na terenie kraju programy edukacyjne i programy profilaktyczne. Na szczególne podkreślenie zasługuje tu działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz organizacji pozarządowych. Działająca od kilku lat Polska Grupa Ekspertów HCV składająca się z doświadczonych lekarzy i cenionych naukowców, o głębokiej wiedzy na temat chorób powiązanych z zakażeniem HCV oraz ich leczenia, działa intensywnie na polu szkolenia lekarzy w zakresie nowoczesnych metod diagnostyki i standardów leczenia. Grupa ta jest również aktywna w zakresie prowadzenia badań epidemiologicznych i promowania roli leczenia w profilaktyce zakażeń HCV.

Mimo wymienionych wyżej działań w zakresie profilaktyki zakażeń HCV w ostatnich kilku latach odnotowywane są wzrosty liczby nowo wykrytych zakażeń tym wirusem. Wskazuje to na pilną potrzebę zarówno poszerzenia pola

działań profilaktycznych jak i intensyfikacji działań, które były dotychczas prowadzone.

Projekt KIK/35 „Zapobieganie Zakażeniom HCV” jako swój cel podstawowy stawia przygotowanie propozycji rozwiązań systemowych, mogących przyczynić się do zmniejszenia liczby nowych zakażeń HCV w Polsce. Aby ten cel osiągnąć potrzebne jest dokładniejsze niż uzyskane we wcześniej prowadzonych badaniach rozeznanie wielkości problemu i podstawowych mechanizmów prowadzących do występowania zakażeń HCV. Każdy z modułów Projektu KIK/35 zawierał elementy rozeznania sytuacji w zakresie pozostającym w domenie jego działań. Były to badania epidemiologiczne oraz analiza czynników ryzyka w populacji ogólnej (Projekt 1), lub w wężziej zdefiniowanych subpopulacjach. W przypadku Projektu 2 były to osoby uzależnione od substancji odurzających, a w Projekcie 3 kobiety w ciąży. Analizy przeprowadzone w ramach tych projektów, a szczególnie szeroko rozbudowana analiza epidemiologiczna Projektu 1 dostarczyła podstawowych danych do kierunku działań profilaktycznych przez określenie istotnych w populacji polskiej czynników ryzyka. Dane te będą stanowiły też podstawę do racjonalizacji programów badań przesiewowych.

Wiarygodne rozeznanie sytuacji epidemiologicznej zakażeń HCV w naszym kraju stanowi nie tylko podstawę do wymienionych wyżej działań, ale powinno być w przyszłości punktem odniesienia nie tylko do oceniania skuteczności rozwiązań systemowych zaproponowanych w wyniku realizacji Projektu KIK/35 ale też innych działań mających na celu zapobieganie zakażeniom HCV. Oceny takie powinny być dokonywane w kolejnych badaniach epidemiologicznych wykonywanych regularnie w kilkuletnich odstępach.

W Projekcie KIK/35 przeprowadzono badania ankietowe sprawdzające wiedzę różnych grup społecznych na temat zakażeń HCV, a także wiedzę społeczeństwa na temat dostępności diagnozowania i leczenia tych zakażeń.

Rozeznanie zagrożeń ze strony zakażeń HCV w zakładach opieki medycznej było przedmiotem badań ankietowych oraz wykonywanych w szpitalach badań eksperymentalnych prowadzonych w ramach Projektu 4. Projekt 5 był poświęcony działaniom edukacyjnym kierowanym do osób z personelu medycznego oraz osób wykonujących szeroko rozumiane zabiegi upiększające, a dzięki stworzeniu edukacyjnej platformy e-learningowej, z edukacji w zakresie problemu zakażeń HCV skorzystać mogły też osoby wykonujące zawody nie związane ze zdrowiem publicznym lub z medycyną naprawczą. W ramach tego projektu przygotowano liczne materiały promujące zapobieganie zakażeniom HCV oraz przygotowano programy szkoleń w zakresie zakażeń HCV i podstaw zapobiegania tym zakażeniom. Są wśród tych materiałów gotowe szkolenia e-learningowe, wykłady ekspertów i rozmowy z pacjentami wybitnego lekarza, specjalisty chorób zakaźnych dające przystępny wgląd w problemy nurtujące osoby zakażone HCV, ze wskazaniem drogi do rozwiązania tych problemów.

Projekt 2 dotyczył badania rozpowszechnienia zakażeń HCV wśród osób uzależnionych od środków odurzających, zwłaszcza przyjmowanych w formie iniekcji. Grupa ta, o szczególnie wysokich odsetkach osób zakażonych HCV nie mogła być dobrze reprezentowana w badaniach populacji ogólnej ze względu na swą stosunkowo małą liczebność, ale też i może głównie, na nieufność bardzo utrudniającą uzyskanie danych. Wnioski wyprowadzone z badań tego projektu wskazują na konieczność rozszerzenia zorganizowanych działań na rzecz redukcji szkód oraz większego otwarcia naszego społeczeństwa na problemy zdrowotne i bytowe tej grupy, często bardzo nieszczęśliwych ludzi.

PIŚMIENNICTWO

1. Walker CM. Adaptive Immunity to the Hepatitis C Virus. W: *Advances in Virus Research*. Red Maramorosch K, Shatkin AJ, Murphy FA. Tom 78 str. 43-86. Elsevier, Boston 2010.
2. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, et al. (1989) Isolation of a CDNA clone derived from blood borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science* 222:359.
3. Smith DB, Simmonds P (1999) Hepatitis C virus: types, subtypes, and beyond. *Methods Mol Med*. 19:133.
4. Messina JP, Humphreys I, Abraham Flaxman A, et al. (2015) Global Distribution and Prevalence of Hepatitis C Virus Genotypes. *Hepatology* 61:77-87.
5. Panasiuk A, Flisiak R, Mozer-Lisewska I, i wsp. (2013) Występowanie genotypów HCV w Polsce. *Przegl Epidemiol*; 67:99-103.
6. Adinolfi LE, Utili R, Andreana A, et al. (2000) Relationship between genotypes of hepatitis C virus and histopathological manifestations in chronic hepatitis C patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 12:299-304.
7. Hepatitis C FAQs for the Public. <http://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm> WHO.
8. Zieliński A (2014) Sexual behaviour and the risk of HCV infection. *Przegl Epidemiol* 68:1-3.
9. Grabarczyk P, Kopacz A, Sulowska E, i wsp. (2015) Badania wirusów przenoszonych przez krew u dawców krwi w Polsce. *Przegl Epidemiol* 69:591-5.
10. Brojer E, Grabarczyk P red. Czynniki zakaźne istotne w transfuzjologii. Fundacja Pro Pharmacia Futura. Warszawa 2015.
11. Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV): Infection and HCV-Related Chronic Disease. *MMWR* 1998; 47(RR19):1-39 <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00055154.htm>.
12. Hepatitis C. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>.
13. Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K, i wsp. (2012) Rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV wśród osób dorosłych w Polsce - wyniki badań przekrojowych w populacji ogólnej. *Przegl Epidemiol* 66:575-80.

GENEZA, ZAŁOŻENIA I CELE PROJEKTU KIK/35 „ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV” ORAZ JEGO STRUKTURA ORGANIZACYJNA

Dr hab. Rafał Gierczyński, Mgr inż. Rafał Patoła, Anna Małek
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Wirusowe zapalenie wątroby typu C będące poważnym i jednocześnie nie w pełni rozpoznanym problem zdrowia publicznego w Polsce, stanowiło wyzwanie społeczne i badawcze, wymagające zastosowania złożonych i wielopłaszczyznowych działań na skalę znacznie przekraczającą możliwości finansowe i organizacyjne stowarzyszeń pacjentów, grup eksperckich, czy też pojedynczych fundacji lub typowych projektów badawczych realizowanych w kraju.

W momencie rozpoczynania prac nad założeniami Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, po realizacji którego spodziewano się opracowania propozycji rozwiązań systemowych w zakresie skutecznych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń wirusem odpowiedzialnym za WZW-C, dostępne dane o skali problemu w Polsce wskazywały, iż liczba osób potencjalnie zakażonych HCV wynosiła według WHO aż 2%. Oprócz tak dużej liczby osób mogących stanowić rezerwar HCV w Polsce, nie mniej istotnym wyzwaniem był brak szczepionki przeciw WZW-C, przy jednoczesnej niskiej efektywności dostępnych w tym czasie terapii zakażeń HCV. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym przeprowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, które w przypadku zakażeń HCV sprowadzać musiały się zasadniczo do działań edukacyjnych i ograniczonych ilościowo badań przesiewowych, był wysoki koszt leczenia osób z WZW-C, kształtujący dość powszechny w Polsce pogląd, iż przeznaczanie jakichkolwiek środków finansowych na działania profilaktyczne jest równoznaczne z ograniczaniem liczby osób, które można poddać leczeniu. Zrozumiała skądinąd potrzeba doraźnego skupienia się na leczeniu chorych z WZW-C niestety często przystania fakt, iż zakażenia HCV są w Polsce ukrytą epidemią, o skali tak dużej, że niemożliwej do ograniczenia wyłącznie poprzez leczenie osób z rozpoznanym WZW-C. Co więcej, zagrożenie jakie ta epidemia stwarza dla zdrowia publicznego w Polsce potęguje fakt, iż tylko niecałe 20% osób zakażonych HCV wie o swojej chorobie.

Ze względu na wynikającą z powyższych względów, dużą skalę potrzebnych działań profilaktycznych i konieczność przeprowadzenia szeroko zakrojonych badań naukowych w celu dokładnego oszacowania liczby osób zakażonych HCV w Polsce, z uwzględnieniem kobiet w ciąży i osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach (IDU), konieczność ustalenia czynników ryzyka zakażeń HCV, oraz ocenę procedur medycznych pod względem ochrony przed transmisją zakażeń krwiopochodnych, konieczne było poszukiwanie takich źródeł finansowania, które mogłyby zapewnić środki odpowiedniej wielkości.

Wysokość planowanych wydatków wzrastała znacząco ze względu na konieczność prowadzenia szeroko zakrojonych działań edukacyjnych dotyczących podstaw epidemiologii HCV, ze szczególnym uwzględnieniem dróg szerzenia się oraz sposobów zapobiegania transmisji HCV i innych zakażeń krwiopochodnych, w tym HBV i HIV. Wzorem programów zapobiegania zakażeniom HCV realizowanych w innych krajach, przyjęto założenie, aby szkoleniami objąć szeroką grupę pracowników medycznych, a w szczególności pielęgniarki i lekarzy. Co więcej, wzrastająca w Polsce liczba zabiegów kosmetycznych przebiegających z naruszeniem ciągłości skóry i błon śluzowych, między innymi takich jak kolczykowanie (piercing), tatuaże oraz śródskórne podawanie różnego rodzaju preparatów, złuszczenie naskórka (dermabrazja) i inne zabiegi kosmetyczne stosujące techniki niemal bezpośrednio przeniesione z medycznych gabinetów zabiegowych, stanowiła podstawę do uwzględnienia w szkoleniach również osób wykonujących te zabiegi. Podstawą tak nowatorskiego podejścia do profilaktyki HCV było uwzględnienie faktu, że wirus przenosi się przez krew i skażone nią preparaty oraz narzędzia zabiegowe, niezależnie od tego, czy zabiegi te służą leczeniu ludzi czy też poprawie ich wyglądu.

Osobnym wyzwaniem było skuteczne zachęcenie osób reprezentujących zawody niemedyczne do wzięcia udziału w planowanych szkoleniach. Zadanie to wymagało przeprowadzenia akcji informacyjnej zachęcającej do udziału w szkoleniach oraz kampanii mającej na celu uświadomienie społeczeństwu jakim zagrożeniem jest HCV i jak to zagrożenie ograniczać, między innymi poprzez przyjęcie postawy aktywnej w zakresie oczekiwania bezpiecznego wykonywania zabiegów kosmetycznych i medycznych. Aby wspomniane działania informacyjne mogły być skuteczne, musiały zostać przekazane do społeczeństwa poprzez szeroko dostępne kanały informacyjne takie jak radio, telewizja oraz Internet, w tym przez portale społecznościowe. Tego typu działania wymagają dużych nakładów finansowych, o których na etapie planowania projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” nie można było zapomnieć.

Mając na uwadze przewidywany wysoki koszt efektywnej realizacji wspomnianych wyżej działań, już na wstępnym etapie poszukiwania źródeł finansowania tych zadań było wiadome, że szanse na znalezienie w kraju instytucji mogącej samodzielnie ponieść przewidywane koszty były znikome. Z tego względu

postanowiono skorzystać z zagranicznych funduszy pomocowych, z których Polska mogła czerpać środki w latach 2012-2016 - czyli w okresie planowanej realizacji projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”.

Jednym z takich programów był w tym okresie Szwajcarsko-Polski Program Współpracy (SPPW), którego celem jest zmniejszenie różnic społeczno-gospodarczych pomiędzy Polską a innymi krajami rozszerzonej Unii Europejskiej. Program SPPW został uruchomiony w dniu 20 grudnia 2007 r. wraz z podpisaniem między Rządem Polski, a Szwajcarską Radą Federalną Umowy Ramowej o jego wdrażaniu.

Program SPPW obejmował między innymi działania pomocowe w ochronie zdrowia w zakresie celu pierwszego dotyczącego promocji zdrowego trybu życia oraz zapobiegania chorobom zakaźnym na poziomie krajowym oraz na obszarach koncentracji geograficznej, a także posiadał zdolność do finansowania dużych projektów, pokrywając znaczącą większość ich kosztu. W wyniku wielomiesięcznego procesu aplikacyjnego, obejmującego kilka rund negocjacyjnych, w dniu 24 maja 2012 roku pomiędzy ówczesnym Biurem do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Instytucją Pośredniczącą - od 1 stycznia 2013 r. Ministerstwo Zdrowia z uwagi na likwidację Biura do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia) a Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie (Instytucją Realizującą) zawarta została umowa nr 5/SPPW/KIK/35 w sprawie realizacji Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”. Na mocy tej umowy, na realizację zadań przeznaczono kwotę w wysokości 4.669.907 CHF, finansowaną przez stronę szwajcarską (85%) i Ministra Zdrowia (15%).

4.1. Cel główny i założenia Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”

Zasadniczym celem projektu było stworzenie podstaw do zaplanowania długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania WZW-C w Polsce oraz opracowanie założeń do dokumentu „Narodowa Strategia Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń HCV”.

Cel ten planowano osiągnąć poprzez szereg działań, w tym: określenie sytuacji epidemiologicznej zakażeń HCV w Polsce, ocenę ryzyka zakażeń w placówkach medycznych i w sektorze usług o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwio pochodnych, przygotowanie założeń rutynowych badań diagnostycznych w kierunku HCV, zwłaszcza wśród użytkowników substancji psychoaktywnych, jak również opracowanie i przeprowadzenie programu edukacyjnego w zakresie społecznego uświadomienia problemu zakażeń HCV i zasad zapobiegania tym zakażeniom, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników medycznych.

Wsparciem w osiągnięciu założeń Projektu KIK/35 była, zaplanowana do przeprowadzenia w końcowej fazie realizacji zadań, kampania społeczna ukierunkowana na propagowanie różnych typów działań i zachowań w celu ograniczenia ryzyka zakażeń wirusem HCV. W ramach tego działania uwzględniono konieczność przeprowadzenia badań opinii publicznej w zakresie wiedzy o HCV i różnych aspektów postrzegania tego problemu zdrowotnego przez społeczeństwo w Polsce.

4.2. Struktura organizacyjna Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”

Projekt „Zapobieganie zakażeniom HCV” obejmował 5 modułów zadaniowych, które ze względu na odrębne merytoryczne obszary działań, znaczną autonomię w ich realizacji oraz indywidualne kierownictwo i odrębną strukturę kadrową nazwano projektami merytorycznymi i oznaczono numerami od 1 do 5:

- Projekt 1** - „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV”,
- Projekt 2** - „Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie”,
- Projekt 3** - „Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV”,
- Projekt 4** - „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej”,
- Projekt 5** - „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”.

Ponadto, w toku realizacji Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” przeprowadzono w ramach zadania „Informacja i Promocja” kampanię społeczną „HCV Jestem świadom”. Ze względu na organizacyjną złożoność kampanii społecznej, jej specyfikę i konieczność odwoływania się do wiedzy i doświadczenia ekspertów zewnętrznych w stosunku do Instytucji Realizującej, a także konieczność syntezy wiedzy pozyskanej przy realizacji wszystkich wyżej wymienionych pięciu projektów, a następnie jej translacji na przekaz zrozumiały dla społeczeństwa, kampania społeczna była dużym wyzwaniem organizacyjnym i odgrywała bardzo ważną rolę dla Projektu KIK/35.

Za prawidłową, zgodną z założonym harmonogramem i budżetem realizację Projektu KIK/35 odpowiadał Kierownik Projektu KIK/35 pan Rafał Patoła,

podlegający bezpośrednio Dyrektorowi NIZP-PZH panu Prof. dr. hab. Mirosławowi J. Wysockiemu. Za analizę czynników ryzyka dla realizacji zadań merytorycznych w Projekcie KIK/35 odpowiedzialny był pan Dr hab. Rafał Gierczyński, prof. NIZP-PZH, Członek Zespołu Projektowego. Nad prawidłową realizacją celu zasadniczego Projektu KIK/35 czuwał Komitet Sterujący, którego przewodniczącym był pan Prof. dr. hab. Andrzej Zieliński.

4.3. Wykonawcy z ramienia Instytucji Realizujące i Partnerów w Projekcie KIK/35

Ze względu na wspomniane wcześniej, szeroki zakres działań podejmowanych w Projekcie KIK/35 i ich merytoryczne zróżnicowanie, w realizacji Projektu KIK/35 brała udział nie tylko Instytucja Realizująca (NIZP-PZH) ale również niżej wymienione instytucje, jako Partnerzy:

- Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPIN), wykonawca Projektu 2;
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie (UML), wykonawca Projektu 4;
- Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), współwykonawca Projektu 5;
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP), współwykonawca Projektu 1 (od 2016 r.).

Logotypy Instytucji Realizującej i Partnerów w Projekcie KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” przedstawiono na **rycynie 4.1.**

INSTYTUCJA REALIZUJĄCA:



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny

PARTNERZY:



Instytut Psychiatrii
i Neurologii
w Warszawie



Uniwersytet
Medyczny
w Lublinie



Główny
Inspektorat
Sanitarny



Centrum Medyczne
Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie

Rycina 4.1.

Logotypy Instytucji Realizującej i Partnerów w Projekcie KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”

Osoby kierujące poszczególnymi projektami i współpracujący z nimi wiodący przedstawiciele Partnerów w Projekcie KIK/35 wymienieni zostali w tabeli 4.1.

Tabela 4.1.

Zestawienie informacji o instytucjach wykonujących poszczególne Projekty w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” i osobach pełniących kierownicze funkcje w poszczególnych projektach, z uwzględnieniem kluczowych przedstawicieli Partnerów - stan na dzień 31.12.2016 r.

Numer projektu	Tytuł projektu	Nazwa skrócona instytucji wykonującej	Kierownik projektu
1.	Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV	NIZP-PZH + CMKP (od 2016 r.)	Dr hab. Magdalena Rosińska (NIZP-PZH) Dr Mateusz Mokrzyś (CMKP)
2.	Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie	IPIN	Mgr Janusz Sierostawski
3.	Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV	NIZP-PZH	Prof. dr hab. Kazimierz Madaliński
4.	Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej	UML	Dr hab. Krzysztof Tomaszewicz
5.	Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)	NIZP-PZH + GIS	Dr n. med. Anita Gębska-Kuczerowska (NIZP-PZH) Mgr Izabela Kucharska (GIS)
6.	Kampania społeczna „HCV Jestem świadom”	NIZP-PZH	Mgr inż. Rafał Patota Mgr Izabela Rusak

4.4. Komitet Sterujący Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”

Komitet Sterujący w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” był organem pomocniczym Dyrektora NIZP-PZH, powołanym na okres realizacji zadań, pełniącym funkcje opiniujące i nadzorcze na poziomie strategicznym Projektu KIK/35.

W skład kierowanego przez Prof. dr hab. Andrzeja Zielińskiego Komitetu Sterującego Projektu KIK/35 weszli: przedstawiciele Ministra Zdrowia reprezentujący Departament Zdrowia Publicznego, Departament Polityki Zdrowotnej oraz Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, zewnętrzni eksperci w dziedzinach związanych z epidemiologią i leczeniem WZW-C, przedstawiciele organizacji pozarządowych działających w obszarach tematycznych realizacji Projektu KIK/35. Skład osobowy Komitetu Sterującego w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” przedstawiono w tabeli 4.2. Oprócz wymienionych w tabeli członków Komitetu Sterującego posiadających prawo do głosowania, w posiedzeniach Komitetu Sterującego uczestniczyli przedstawiciele NIZP-PZH (Instytucji Realizującej) oraz Instytucji Partnerskich, zaś w roli obserwatorów w posiedzeniach Komitetu Sterującego brali także udział przedstawiciele SCO (strony szwajcarskiej), Krajowej Instytucji Koordynującej (Ministerstwa Rozwoju) oraz Instytucji Pośredniczącej (Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia), jak również zaproszeni przez Przewodniczącego Komitetu Sterującego przedstawiciele instytucji naukowych oraz organizacji i podmiotów realizujących lub współuczestniczących w realizacji Projektu KIK/35.

Komitet Sterujący oprócz monitorowania kierunków realizacji Projektu KIK/35 uprawniony był również do akceptacji istotnych zmian w zakresie merytorycznej realizacji Projektu. W toku realizacji Projektu KIK/35 Komitet Sterujący aprobował działania o charakterze strategicznym, które pozwoliły na wyeliminowanie napotkanych zagrożeń dla realizacji założeń przyjętych między innymi w Projekcie 2 i Projekcie 3.

W Projekcie 2 Komitet Sterujący wyraził pozytywną opinię w zakresie stosowania nieinwazyjnego testu diagnostycznego do badania problemowych użytkowników narkotyków na obecność przeciwciał dla HCV. Dzięki tej decyzji, nieinwazyjny test diagnostyczny w kierunku HCV został po raz pierwszy użyty w Polsce, co pozwoliło na skuteczne badanie trudnodostępnej populacji użytkowników narkotyków w iniekcjach (IDU) bezpośrednio w terenie, co przełożyło się pozytywnie na realizację badań u założonej liczby osób. W Projekcie 3 Komitet Sterujący wyraził zgodę na zwiększenie liczby jednostek realizujących badanie kobiet w ciąży, dopuszczając podmioty lecznicze nie będące szpitalami

oraz wydłużył z 12 do 24 tygodni okres ciąży, w trakcie którego pacjentki mogły być zakwalifikowane do badania na obecność HCV. Działanie to okazało się niezbędne dla wykonania założonej w Projekcie 3 liczby badań.

Tabela 4.2.

Skład osobowy Komitetu Sterującego Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” - stan na dzień 31.12.2016 r. Wymieniono tylko osoby z prawem do głosowania

L.p.	Imię i nazwisko	Instytucja	Funkcja
1.	Prof. dr hab. Andrzej Zieliński	NIZP-PZH	Przewodniczący Komitetu Sterującego
2.	Marzena Drewniacka Marta Wojciechowska (od 10.12.2013 r.) Edward Włodarczyk (od 18.12.2016 r.)	Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia	Reprezentowanie Ministra Zdrowia
3.	Ratowska Anna Marta Kacprzak (od 24.09.2013 r.) Anna Chmielewska (od 20.01.2017 r.)	Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia	Reprezentowanie Ministra Zdrowia
4.	Łukasz Pera Joanna Tunia (od 16.11.2016 r.)	Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia	Reprezentowanie Ministra Zdrowia
5.	Dr Elżbieta Puacz	Polska Federacja Pacjentów „Dialtransplant”	Reprezentacja organizacji pozarządowych
6.	Mirosława Malara	Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych	Reprezentacja organizacji pozarządowych
7.	Prof dr hab. Waldemar Halota	Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Rydygiera w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Borowicza w Bydgoszczy	Ekspert
8.	Prof. dr hab. Robert Flisiak	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Ekspert, Zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego

4.5. Zespół Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”

W celu zapewnienia zaplecza fachowego wspierającego Kierownika Projektu KIK/35 w realizacji zadań związanych z zarządzaniem Projektem, nadzorowaniem jego wykonalności, prowadzeniem bieżącej kontroli postępu i realizacji prac, w tym identyfikacji zagrożeń dla realizacji zadań i podejmowania działań zaradczych, a także finansowo-rzeczową jego realizacją oraz prowadzeniem stosownej sprawozdawczości dla Instytucji Pośredniczącej, w Instytucji Realizującej utworzono zespół ds. obsługi Projektu. Osoby wchodzące w skład zespołu posiadały specjalistyczną wiedzę i doświadczenie zawodowe w zakresie między innymi spraw kadrowych, finansowo-księgowych, zamówień publicznych, w tym w zakresie merytorycznej oceny zgodności zamawianych towarów i usług z zakresem zadań przewidzianych do realizacji, jak również mogących dokonać ogólnej oceny, czy zamawiane towary i usługi związane bezpośrednio z merytoryczną realizacją Projektu KIK/35 spełniają ogólnie przyjęte standardy. Listę osób, które uczestniczyły w realizacji Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” przedstawiono w tabeli 4.3. W tabeli wymieniono tylko osoby wchodzące w skład stałego personelu Projektu KIK/35.

Tabela 4.3.

Lista osób, które uczestniczyły w realizacji Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” w latach 2012-2017

L.p.	Nazwa projektu	Kierownik projektu	Wykonawcy
1.	KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”	Mgr inż. Rafał Patoła	Anna Małek Mgr Izabela Rusak Danuta Masiak Wiesława Lipert Inż. Marcin Burzyński Mgr Monika Wróbel-Harmas
2.	Projekt 1 „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV	Dr hab. Magdalena Rosińska	Lek. med. Małgorzata Stępień Mgr Natalia Parda Prof. dr hab. Kazimierz Madaliński Dr Paulina Godzik Mgr Agnieszka Kołakowska Dr hab. Rafał Gierczyński Mgr Janusz Kaczmarek Mgr Agnieszka Masiak Mgr Joanna Rosiak Inż. Marcin Burzyński Lek. med. Mateusz Mokrzyś (CMKP)

3.	Projekt 2 „Zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDU)” - realizowany przez partnera - Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie	Mgr Janusz Sierostawski	Dr Katarzyna Dąbrowska Aldona Taras Renata Jagiełło Monika Sobolewska Edyta Włodarczyk Dr Łukasz Wieczorek
4.	Projekt 3 „Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV”	Prof. dr hab. Kazimierz Madaliński	Dr Paulina Godzik Mgr Agnieszka Kołakowska Mgr Karolina Zakrzewska Dr hab. Magdalena Rosińska Lek. med. Małgorzata Stępień Dr hab. Rafał Gierczyński Mgr Janusz Kaczmarek Mgr Agnieszka Masiak Mgr Joanna Rosiak Inż. Marcin Burzyński
5.	Projekt 4 Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej” - realizowany przez partnera - Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Dr hab. n.med. Krzysztof Tomaszewicz	Dr n.med. Sławomir Kiciak Lek. med. Elżbieta Murias-Bryłowska Mgr Agnieszka Myszkowska Mgr Genowefa Irena Jaszczak
6.	Projekt 5 Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)	Dr Anita Gębska-Kuczerowska	Przedstawiciele NIZP-PZH: Mgr Lidia Rakow Mgr Anna Gaber Dr hab. Rafał Gierczyński Mgr Janusz Kaczmarek Mgr Agnieszka Masiak Mgr Joanna Rosiak Inż. Marcin Burzyński Dr Mirosława Pótgrabia Mgr Olga Kołakowska Mgr Małgorzata Znyk Przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego: Lek. med. Marek Posobkiewicz - Główny Inspektor Sanitarny Mgr Izabela Kucharska Mgr Aleksandra Czyrznikowska Mgr Mateusz Szewczyk Lek. wet. Joanna Sujka

4.6. Cel główny i cele pośrednie poszczególnych Projektów merytorycznych w Projekcie KIK/35

Każdy z projektów realizowanych w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” posiadał wyznaczone cele główne i pośrednie, które przedstawiono poniżej.

PROJEKT 1

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

Cel główny: usprawnienie strategii diagnostyki HCV w populacji ogólnej poprzez badania wykonane po raz pierwszy w oparciu o ocenę indywidualnego ryzyka.

Cele pośrednie:

- 1) Dostarczenie ukierunkowanych informacji na temat czynników ryzyka wybranej grupy z populacji ogólnej.
- 2) Badanie w kierunku czynników ryzyka oraz statusu HCV wybranej grupy z populacji ogólnej.
- 3) Zapewnienie konsultacji oraz kierowanie do dalszych badań osób u których zdiagnozowano HCV.
- 4) Poprawa zrozumienia epidemiologii HCV w Polsce, łącznie z obciążeniem chorobą oraz powiązаныmi czynnikami ryzyka.

PROJEKT 2

„Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie”

Cel główny: zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDU).

Cele pośrednie:

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

Oczekiwane wyniki:

- 1) Dokonana ocena potrzeb związanych z zapobieganiem i leczeniem HCV poprzez oszacowanie rozpowszechnienia HCV wśród IDU oraz określenie czynników ryzyka zakażenia.

- 2) Opracowanie Modelowego programu zapobiegania zakażeniom HCV adresowanego do IDU.
- 3) Ewaluacja Modelowego programu zapobiegania HCV.
- 4) Upowszechnienie Modelowego programu zapobiegania HCV.

PROJEKT 3

„Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV”

Cel główny: usprawnienie profilaktyki wertykalnej transmisji zakażeń HCV oraz profilaktyki niekorzystnych następstw klinicznych zakażeń HCV u dzieci wertykalnie zakażonych HCV.

Cele pośrednie:

- 1) Ocena celowości i wykonalności rutynowych badań w kierunku HCV w grupie kobiet w ciąży lub w określonych jej podgrupach na podstawie pilotażowego wdrożenia badań w placówkach sprawujących opiekę nad kobietami w ciąży, mających siedzibę na terenie 5 województw: mazowieckiego, małopolskiego, świętokrzyskiego, lubelskiego i kujawsko-pomorskiego.
- 2) Oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV i czynników ryzyka na podstawie badań przeprowadzonych u kobiet w ciąży na terenie 5 wyżej wymienionych województw.
- 3) Wzrost wiedzy lekarzy ginekologów-położników oraz lekarzy rodzinnych na temat zapobiegania wertykalnej transmisji HCV oraz postępowania z dzieckiem matki zakażonej.

PROJEKT 4

„Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej”

Cel główny:

- 1) Ustalenie procedur i zachowań związanych lub potencjalnie związanych z podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia HCV w placówkach służby zdrowia w warunkach polskich.
- 2) Unowocześnienie i modyfikacja zasad bezpieczeństwa pracy personelu medycznego.
- 3) Modyfikacja procedur nadzoru i kontroli przeprowadzanych przez służby sanitarne w placówkach medycznych.

PROJEKT 5

„Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”

Cel główny: poprawa efektywności zapobiegania zakażeniom oraz przeciwdziałanie szerzeniu się zakażeń w placówkach systemu ochrony zdrowia poprzez doskonalenie wiedzy na temat epidemiologii i kliniki zakażeń krwiopochodnych oraz umiejętności prewencji zakażeń w zakresie wykonywanych procedur medycznych.

Cele szczegółowe:

- 1) Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników sektora ochrony zdrowia z terenu 11 województw kraju.
- 2) Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników wykonujących zawody zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych poza sektorem ochrony zdrowia (np. studiów tatuażu, salonów kosmetycznych) z terenu 11 województw kraju.
- 3) Poprawa efektywności prewencji zakażeń szerzących się drogą krwiopochodną poprzez podniesienie poziomu wiedzy i przeciwdziałanie stygmatyzacji społecznej osób zakażonych - jako wkład do kampanii społecznej.

Przy planowaniu Kampanii Społecznej „HCV Jestem świadom” przyjęto następujące cele wiodące:

- 1) Podniesienie poziomu wiedzy na temat profilaktyki zakażeń HCV i wykształcenie odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych;
- 2) Przekazanie informacji i wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom HCV oraz zachęcanie ludzi do wykonania badań testowych w kierunku HCV;
- 3) Sprofilowanie kanałów informacji dotyczącej wirusa HCV oraz profilaktyki zakażeń HCV do wybranych grup np.: młodzieży (wypracowanie modelowych postaw dotyczących prewencji oraz profilaktyki zakażeń HCV, które w przyszłości zmniejszą liczbę zakażonych);
- 4) Podniesienie standardów pracy np. w studiach tatuażu, salonach kosmetycznych, fryzjerskich, akupunktury, gabinetach stomatologicznych oraz podniesienie jakości świadczonej opieki w zakresie prewencji i profilaktyki zakażeń HCV wśród pracowników sektora medycznego m.in. poprzez propagowanie szkoleń e-learningowych;
- 5) Skupienie „decydentów” w zakresie zdrowia publicznego oraz sektora NGO wokół problemu związanego z zakażeniami HCV (wiele organizacji z III sektora działa w pojedynkę w przestrzeni dotyczącej HCV, brakuje platformy do wymiany doświadczeń i współpracy).

Wyniki działań podjętych w celu osiągnięcia planowanych efektów w poszczególnych projektach przedstawiono szczegółowo w kolejnych rozdziałach niniejszego opracowania.

PODZIĘKOWANIA

W tym miejscu szczególne podziękowania kierujemy do Członków Komitetu Sterującego Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, który jako organ pomocniczy Dyrektora NIZP-PZH pełnił funkcję opiniującą i nadzorczą na poziomie strategicznym Projektu. Pragniemy również podziękować przedstawicielom SCO (strony szwajcarskiej), Krajowej Instytucji Koordynującej (Ministerstwu Rozwoju) oraz Instytucji Pośredniczącej (Departamentowi Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia), którzy aktywnie wspierali prace Komitetu Sterującego. Zaangażowanie wszystkich Członków Komitetu Sterującego jest dowodem wielkiej odpowiedzialności i zrozumienia wagi problemu zakażeń HCV.

POTRZEBY I PROPONOWANE METODY POSZERZENIA DIAGNOSTYKI W KIERUNKU HCV W POPULACJI OGÓLNEJ

Dr hab. Magdalena Rosińska, Mgr Natalia Parda,
Lek. med. Małgorzata Stępień, Mgr Karolina Zakrzewska
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

PROJEKT 1

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

Z badań epidemiologicznych wynika, że w Polsce około 200 tysięcy osób może być zakażonych HCV [1-3]. Znacząca większość z nich jest zakażona nieświadomie. Z jednej strony skutkuje to postępującym uszkodzeniem wątroby u osób zakażonych, a z drugiej strony przyczynia się do dalszego szerzenia się zakażenia w populacji. Biorąc pod uwagę przełom, który dokonał się w zakresie leczenia przewlekłego wzv C w ostatnich latach (wyleczalność na poziomie 90-100%), poprawa sytuacji w zakresie wykrywalności zakażeń HCV ma podstawowe znaczenie.

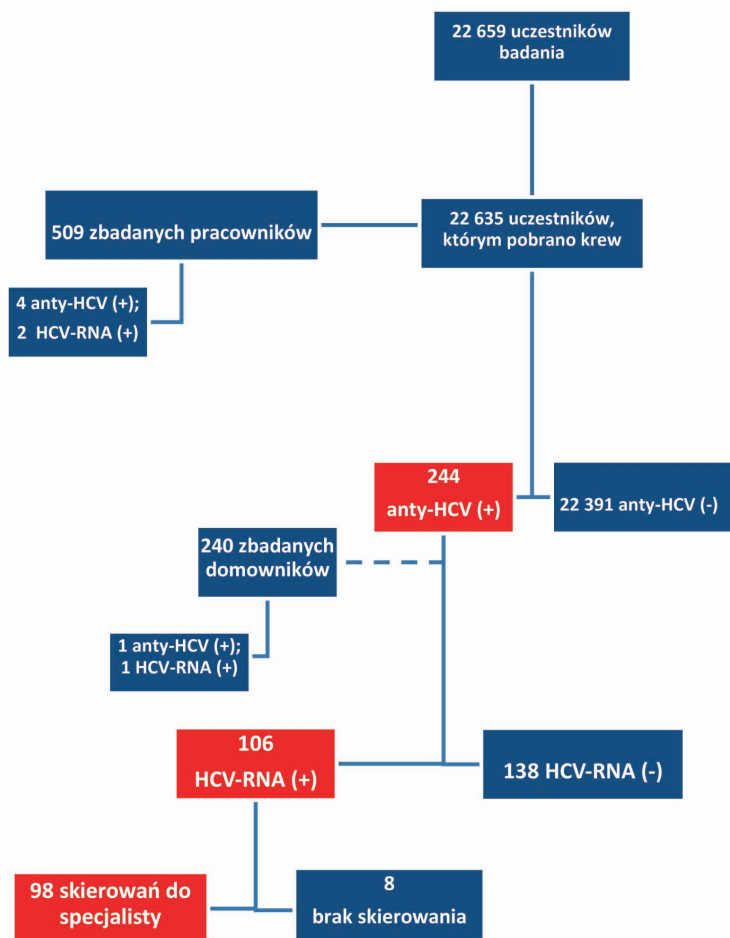
Wśród rozwiązań przyjętych w innych krajach, dotyczących skriningowych w kierunku HCV, najczęściej stosowane są badania w grupach ryzyka (np. badania w grupie osób stosujących narkotyki w iniekcjach), badania u osób ze stwierdzonym czynnikiem ryzyka zakażenia HCV (na podstawie indywidualnej oceny ryzyka) oraz badania osób w określonych grupach wieku lub zamieszkujących na terenach, gdzie rozpowszechnienie zakażenia HCV jest szczególnie wysokie. Wybór poszczególnych strategii i ich efektywność kosztowa są uzależnione od specyfiki sytuacji epidemiologicznej w danym kraju [4-5]. Istotną cechą epidemiologii zakażenia HCV w Polsce jest szerokie rozpowszechnienie zakażenia w populacji ogólnej, co jest związane z ciągle nierozwiązanym problemem szerzenia się wirusa w trakcie zabiegów medycznych wykonywanych bez zacho-

wania odpowiednich procedur [6-7]. Szczególnie wysokie ryzyko zakażenia HCV jest związane z przyjmowaniem narkotyków, zwłaszcza we wstrzyknięciach. Rozpowszechnienie zakażenia HCV w grupie osób stosujących narkotyki jest wielokrotnie wyższe niż w przypadku ogółu populacji [8]. Z uwagi jednak na transmisję w placówkach medycznych ograniczenie badań przesiewowych tylko do tej grupy nie byłoby wystarczające. Konieczne wydaje się być również wdrożenie działań skierowanych do ogółu społeczeństwa.

W Polsce badania przesiewowe w kierunku HCV są wykonywane u kandydatów na dawców krwi (od 1992 r.) oraz pacjentów dializowanych. Badanie w kierunku HCV wprowadzono również do zalecanego zakresu świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży (od 2011 r.). Badania wykonywane są również w placówkach dla osób uzależnionych, w więziennictwie i niekiedy w ramach rutynowych badań przed planowymi zabiegami chirurgicznymi. Okresowo bezpłatne badania serologiczne (anty-HCV) są oferowane również w ramach programów polityki zdrowotnej realizowanych przez samorządy terytorialne, jak i również w trakcie kampanii organizowanych przez fundacje/stowarzyszenia. Brakuje jednak rozwiązań systemowych umożliwiających wzrost wykrywalności zakażeń HCV w populacji ogólnej.

Mając na uwadze zapewnienie trwałości wdrażanych działań i równego dostępu do świadczeń profilaktycznych, jak i również stabilną pozycję podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce, najbardziej optymalnym działaniem zmierzającym do usprawnienia diagnostyki HCV w Polsce wydaje się wdrożenie badania w kierunku zakażenia HCV do katalogu badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie badania w kierunku HCV nie znajdują się w tym katalogu (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz.U. 2016 poz. 86).

W Projekcie 1 „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV” pilotażowo wdrożono program badań przesiewowych w populacji osób dorosłych wybranych na zasadzie doboru losowego. Program realizowano w placówkach POZ. W sumie w badaniu uczestniczyło 45 jednostek POZ (58 wraz z filiami). Podsumowanie przebiegu Projektu zostało przedstawione na **rycynie 5.1.**



Rycina 5.1.

Liczba osób zbadanych w ramach Projektu 1 wraz z wynikami badań

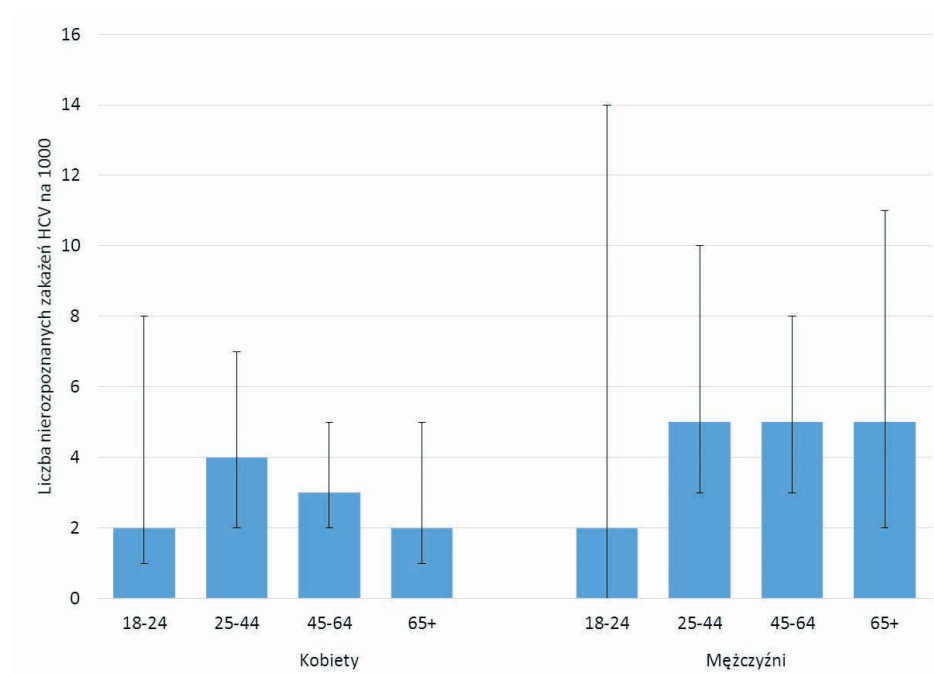
5.1. Występowanie rozpoznanych i nierozpoznanych zakażeń HCV w Polsce

Spośród blisko 23 tys. wybranych losowo osób dorosłych, które w latach 2012-2016 poddano badaniom w ramach realizacji Projektu 1, u 106 potwierdzono obecność wirusa we krwi (HCV-RNA). Na podstawie tych danych szacujemy, że wśród osób dorosłych w Polsce zakażonych HCV jest 7 na 1000 mężczyzn i 4 na 1000 kobiet. Zakażenia HCV w Polsce występują we wszystkich grupach wieku, przy czym stosunkowo mniej jest ich w grupie wieku 18-24 lata (3 na 1000), a nieco więcej niż średnia w grupie wieku 25-44 lata (6 na 1000), zwłaszcza

wśród mężczyzn (8 na 1000). Nieznacznie więcej zakażeń odnotowano na obszarach miejskich (5 na 1000) niż wiejskich (4 na 1000). Wykryte w badaniu rozpowszechnienie odpowiada w przybliżeniu około 165 tys. osób dorosłych żyjących z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C (WZW-C) w Polsce (95% CI 127 tys. - 190 tys.). Rozpowszechnienie wśród dzieci jest prawdopodobnie niższe, ale nie zostało ustalone w trakcie prowadzonego badania gdyż nie stanowiło przedmiotu badań Projektu 1.

Przeprowadzone badania potwierdzają również, że większość z zakażeń pozostaje niewykryta. W badaniu ankietowym uczestnicy badania byli pytani m.in. o wcześniejsze badania w kierunku HCV oraz wyniki tych badań (wcześniejsze wykrycie anty-HCV i/lub HCV-RNA nie wykluczało z udziału w badaniu, o ile pacjent nie był aktualnie objęty opieką specjalistyczną). Wśród osób z wykrytym wirusem HCV w trakcie trwania Projektu, 22,5% podało w ankiecie informację o uzyskaniu dodatniego wyniku badania HCV w badaniach wykonanych wcześniej, co przekłada się na wskaźnik niewykrytych zakażeń na poziomie 78%. Wskaźnik ten różnił się w zależności od płci i wynosił 71% dla mężczyzn i 84% dla kobiet. Występowanie nierozpoznanych zakażeń HCV wyniosło 0,3% dla kobiet, 0,5% dla mężczyzn, a dla ogółu dorosłych - 0,4%. Odpowiada to liczbie około 125 tys. osób mieszkających w Polsce, które są nieświadomie zakażone HCV. Warto zauważyć, że porównując tę liczbę do rocznej liczby nowych rozpoznanych (około 3000) zarejestrowanych w latach 2013-2014, można dojść do wniosku, że rocznie wykrywanych jest jedynie 25 zakażeń na 1000 zakażeń istniejących w populacji. Z kolei według odpowiedzi respondentów jedynie 6,2% dorosłych w Polsce było kiedykolwiek badanych w kierunku HCV. Przytoczone wartości obrazują skalę potrzeb w zakresie diagnostyki w kierunku zakażenia wirusem HCV w naszym kraju.

Biorąc pod uwagę rozkład nierozpoznanych zakażeń według płci i wieku (ryc. 5.2.), nie można wskazać grupy osób, w której rozpowszechnienie nierozpoznanych zakażeń jest szczególnie wysokie. Tym samym, w Polsce nie jest możliwe wdrożenie rozwiązania polegającego na skierowaniu badań przesiewowych do grupy populacyjnej identyfikowanej w oparciu o wiek lub płeć i wiek. Przykładowo, badania skierowane do określonej kohorty wieku przyjęto w Stanach Zjednoczonych, gdyż ponad 75% nierozpoznanych przewlekłych zakażeń występowało w grupie osób urodzonych w latach 1945-1965 [5]. Wyniki analizy przeprowadzonej dla wybranych krajów europejskich pod kątem wdrożenia badań przesiewowych wśród osób urodzonych w określonych latach (tzw. kohorty urodzeniowe) podobnie jak w Polsce wskazują na brak możliwości zidentyfikowania odpowiednio wąskich kohort urodzeniowych, w których koncentrują się zakażenia [9]. Tym samym, badaniami należałoby objąć praktycznie całą populację dorosłych, co w sposób oczywisty nie byłoby możliwe ze względu na zbyt wysokie koszty.



Rycina 5.2.

Liczba nierozpoznanych zakażeń HCV na 1000 (z 95% przedziałem ufności), wśród mężczyzn i kobiet w grupach wieku

5.2. Indywidualne czynniki ryzyka w populacji ogólnej w Polsce

Z doświadczeń innych krajów wynika, że preselekcja pacjentów na podstawie czynników ryzyka może znacznie podwyższyć efektywność badań prowadzonych w populacji ogólnej o niskim rozpowszechnieniu zakażeń HCV [10]. Badania wykonywane w oparciu o indywidualną ocenę ryzyka zakażenia HCV wymagają jednak wcześniejszego przeprowadzenia wywiadu z pacjentem. Badania te powinny więc być wykonywane w placówkach medycznych lub w innych miejscach, w których zostałyby zapewnione odpowiednie warunki nie tylko do wykonania badania, ale także przeprowadzenia konsultacji. Przeprowadzenie takich badań powinno zostać poprzedzone akcją informacyjną skierowaną do ogółu społeczeństwa zwracającą uwagę na szczególne wskazania do badania w kierunku HCV.

Na podstawie odpowiedzi udzielanych przez uczestników badania w ankiecie dokonano analizy czynników związanych z częstszym występowaniem zakażenia HCV. Pytania dotyczące czynników ryzyka zakażenia wirusem HCV zostały pogrupowane w trzech sekcjach: narażenia medyczne, narażenia pozamedyczne (zabiegi

pozamedyczne, przyjmowanie narkotyków w iniekcji ryzykowne zachowania i kontakty seksualne, bliskie kontakty z osobami o podwyższonym ryzyku zakażenia oraz ryzykowne zachowania w warunkach domowych (wyłącznie dla osób z otoczenia domowego/partnerów osób z wykrytymi przeciwciałami anty-HCV).

Po odniesieniu odpowiedzi uczestników badania do wyników badań laboratoryjnych, ustalono następujące czynniki związane z wyższym rozpowszechnieniem zakażeń HCV: transfuzje przed 1992 r., przyjęcie (przynajmniej jednokrotne) narkotyku w iniekcji, posiadanie partnera zakażonego HCV, cięcie cesarskie u kobiet oraz biopsje i posiadanie tatuażu u mężczyzn. Powyższe czynniki nie wyczerpują dróg szerzenia się zakażenia HCV. Wyniki analizy rozpoznanych przypadków potwierdzają, że do zakażenia HCV często dochodzi w związku z różnymi procedurami medycznymi. Warto jednak podkreślić, że są to przypadki sporadyczne, które wymagają indywidualnej interwencji, ale nie przekładają się na populacyjny wzrost ryzyka związanego z daną procedurą.

Przed 1992 r., z uwagi na brak dostępności testów diagnostycznych, donacje krwi nie były badane w kierunku obecności wirusa HCV. Wskutek tego najprawdopodobniej doszło do istotnego rozprzestrzenienia się wirusa w naszym kraju. Wśród osób, u których przeprowadzono transfuzję (przetoczenie) krwi lub preparatów krwiopochodnych przed 1992 r., 11 na 1000 kobiet i 34 na 1000 mężczyzn jest zakażonych HCV. Tymczasem, nadal jedynie 9,8% osób, które wskazały w wywiadzie przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych w tym okresie, było kiedykolwiek badanych w kierunku HCV. Transfuzje w okresie przed wprowadzeniem badań przesiewowych w krwiodawstwie wykonano u 5,4% badanej populacji. Jest to grupa około 1,7 mln w skali kraju, a czynnik ten pojawia się w wywiadzie u 17% zakażonych HCV.

Dodatkowym czynnikiem związanym ze zwiększoną częstością występowania HCV wśród kobiet były cięcia cesarskie. Wśród badanych respondentek, u których wykonano co najmniej dwa cięcia cesarskie, u 1,3% stwierdzono obecność wirusa HCV (w porównaniu do 0,4% u wszystkich badanych kobiet). Obserwacja ta może być związana z występującą w niektórych przypadkach koniecznością przetoczenia krwi przy powikłanym porodzie poprzez cesarskie cięcie. Jeżeli cięcie miało miejsce w okresie przed wdrożeniem rutynowych badań donacji krwi w kierunku HCV, to mogło wiązać się z zakażeniem potransfuzyjnym.

Jednym z podstawowych czynników ryzyka zakażenia HCV jest stosowanie narkotyków w iniekcjach. Wśród badanej populacji, 0,3% osób przyznało się do przynajmniej jednokrotnego przyjęcia narkotyku we wstrzyknięciu, co odpowiada około 95 tys. osób w Polsce. W tym miejscu należy wprowadzić rozróżnienie pomiędzy problemowymi użytkownikami narkotyków (osoby, które przyjmują narkotyki regularnie przez dłuższy okres czasu i dla których przyjmowanie narkotyków wiąże się już z poważnymi problemami, w tym między innymi wykluczeniem społecznym) a osobami, które przyjmują narkotyki sporadycznie, rekre-

acyjnie i nie mają problemów z funkcjonowaniem w społeczeństwie. Osoby, które wzięły udział w omawianym badaniu najprawdopodobniej należą do drugiej z wymienionych wyżej grup. Jednakże nawet w tej grupie rozpowszechnienie zakażenia HCV było znacznie wyższe niż wśród innych uczestników badania, tj. 8,1%. Czynnikiem ten pojawił się w wywiadzie u 5% zakażonych. Spośród osób, które kiedykolwiek przyjął narkotyk we wstrzyknięciu, 21,7% było kiedykolwiek badanych w kierunku HCV. Jest to wartość istotnie wyższa niż średnia dla populacji. Niemniej, jest to wartość zdecydowanie niezadowalająca. W wytycznych dotyczących badań przesiewowych wykonywanych u osób wstrzykujących narkotyki, badanie w kierunku HCV jest jednym z podstawowych badań, które wśród aktywnych użytkowników powinny być wykonywane corocznie [11].

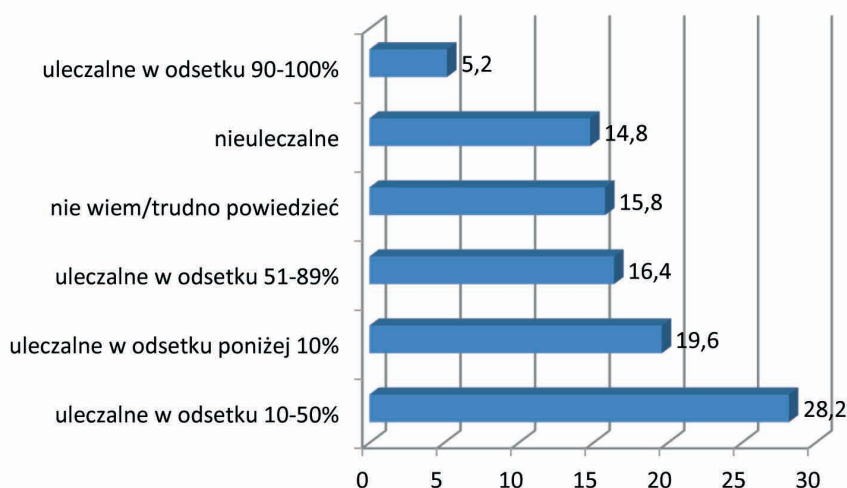
Tatuaże okazały się czynnikiem ryzyka zakażenia HCV głównie wśród mężczyzn. Tatuaże są obecnie dość powszechną formą ozdabiania ciała. Wśród mężczyzn, którzy wzięli udział w badaniu, około 8% miało wykonany tatuaż. Z kolei wśród mężczyzn, którzy posiadali tatuaże, 1,9% było zakażonych HCV, i odwrotnie - 22% zakażonych HCV mężczyzn posiadało tatuaż. W wielu krajach (wdrażane to jest również w Polsce) salony tatuażu podlegają szczegółowym kontrolom w zakresie przestrzegania standardów higieny wykonania tatuażu, łącznie z autoklawowaniem narzędzi do tatuażu, które mogą wejść w kontakt z krwią klientów, jak również przestrzeganiem porcjowania atramentu do indywidualnego użycia. W związku z przestrzeganiem tych zasad ryzyko transmisji zakażenia HCV w profesjonalnych studiach tatuażu jest niskie, a zakażenia dotyczą głównie tatuaży wykonywanych w więzieniach, jak i również w warunkach domowych [12].

Posiadanie partnera zakażonego HCV było również związane z częstszym występowaniem zakażenia HCV. Obecność wirusa HCV stwierdzono u 4,3% respondentów, którzy wskazali w wywiadzie kontakty seksualne z partnerem zakażonym HCV. Czynnikiem ten podało w wywiadzie 4 na 1000 respondentów. Zakażenie HCV wykryto natomiast u 4 na 100 respondentów, którzy ten czynnik podali. Droga seksualna nie jest zaliczana do podstawowych dróg przenoszenia się wirusa HCV. Niemniej, niektóre praktyki seksualne mogą wiązać się ze zwiększonym ryzykiem zakażenia HCV [13]. Dodatkowo warto podkreślić, że posiadanie domownika zakażonego HCV (innego niż partner seksualny) nie stanowiło czynnika ryzyka zakażenia HCV. Powyższy wniosek został potwierdzony wynikami badań w grupie domowników pacjentów, u których stwierdzono wyniki dodatnie w trakcie trwania Projektu. W grupie 240 domowników osób z dodatnimi wynikami badań, obecność przeciwciał anti-HCV wykryto u dwóch osób, w tym u jednej osoby potwierdzono aktywne zakażenie HCV. W wyniku dodatkowego przeglądu dokumentacji stwierdzono wyniki dodatnie u kolejnych 2 osób z kontaktu (u jednej z nich wykryto obecność wirusa, u drugiej natomiast obecność wyłącznie przeciwciał anti-HCV). Osoby te nie zostały objęte badaniem domowników.

5.3. Gotowość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do podjęcia działań ukierunkowanych na wcześniejsze wykrywanie zakażeń HCV

Biorąc pod uwagę organizację systemu ochrony zdrowia, w którym kluczową rolę odgrywa poziom podstawowej opieki zdrowotnej oraz doświadczenia nabyte w trakcie realizacji Projektu 1. wskazujące na bardzo dobrą znajomość lokalnej populacji przez lekarzy POZ, zaangażowanie personelu medycznego POZ w realizację programu badań przesiewowych w kierunku HCV mogłoby znacznie podnieść jego efektywność. W celu oceny przygotowania i gotowości lekarzy POZ do podjęcia działań ukierunkowanych na wcześniejsze wykrywanie zakażeń HCV, jak i również identyfikacji barier w tym zakresie przeprowadzono badanie ankietowe wśród 500 lekarzy świadczących usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, praktykujących w podmiotach leczniczych na terenach miejskich oraz wiejskich w całym kraju (16 województw) oraz pełniących funkcje kierownicze w swoich placówkach.

Wyniki badania ankietowego wskazują, że poziom wiedzy lekarzy POZ na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C jest względnie zadowalający, choć istnieją zagadnienia, z którymi respondenci mieli kłopoty, w tym skala problemu, diagnostyka zakażeń HCV oraz możliwości leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C. Jedynie 5,2% respondentów było świadomych, że obecne schematy terapeutyczne umożliwiają wyleczenie 90-100% osób zakażonych HCV (ryc. 5.3.).



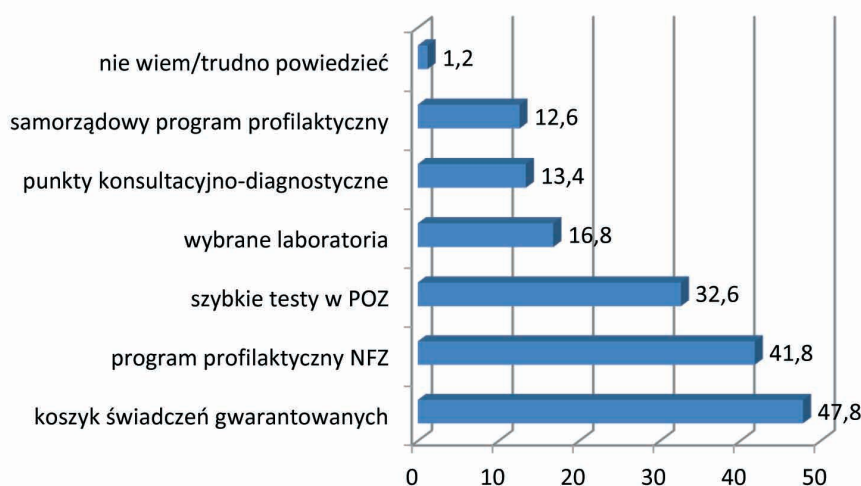
Rycina 5.3.

Odsetek odpowiedzi udzielonych przez lekarzy POZ na pytanie, czy WZW-C jest obecnie chorobą uleczalną

Nieco ponad połowa respondentów (52%) w swej praktyce klinicznej zetknęła się z problemem zakażenia HCV. Spośród nich 56% napotkało pewne trudności, w tym reakcje lękowe lub depresyjne ze strony pacjentów (39,7%), brak możliwości wykonywania niektórych badań diagnostycznych (37,7%), brak algorytmu postępowania z pacjentem zakażonym HCV na poziomie POZ (37,0%) oraz trudności we współpracy ze specjalistami (36,3%) polegającymi głównie na długim czasie oczekiwania na wizytę przez pacjenta i braku informacji zwrotnej od specjalisty. W przypadku podejrzenia zakażenia HCV u swoich pacjentów, respondenci wskazywali różne praktyki, spośród których najczęściej stosowaną było skierowanie pacjenta do specjalisty (74,9%). Około 25% respondentów zlecało badanie w kierunku HCV na koszt pacjenta.

Zdecydowana większość respondentów (88,6%) postrzegala zakażenia HCV jako istotny problem zdrowia publicznego w Polsce. Zdecydowana większość uważala też, że lekarze POZ powinni być zaangażowani w działania na rzecz zwiększenia wykrywalności zakażeń HCV w Polsce (93%). W opinii większości respondentów (83,4%), główną barierą dla możliwości zwiększenia dostępności badania w kierunku HCV na poziomie POZ była ograniczona pula pieniędzy na badania laboratoryjne, choć niektórzy wymieniali również brak czasu personelu POZ (19,5%) i brak odpowiedniego przygotowania lekarzy POZ (17,6%).

Lekarze zostali poproszeni również o wskazanie trzech rozwiązań, które mogłyby zostać wdrożone celem usprawnienia diagnostyki zakażeń HCV w Polsce, a które w ich ocenie przyniosłyby najbardziej optymalne wyniki. Najczęściej wskazywano włączenie badania anty-HCV do listy badań oferowanych w ramach



Rycina 5.4.

Preferowane przez lekarzy rozwiązania w zakresie diagnostyki w kierunku HCV (możliwość wyboru do trzech najlepszych opcji)

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%) (ryc. 5.4.).

5.4. Wdrażanie programu na poziomie POZ - doświadczenia własne, dobre praktyki i bariery

Realizację Projektu 1 zaplanowano w podmiotach prowadzących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna przy udziale m.in. lekarzy pierwszego kontaktu. Dla większości osób z populacji ogólnej jest to poziom opieki zdrowotnej, z którego najczęściej korzystają. Stąd też uznano, że poziom POZ będzie optymalnym miejscem dla realizacji badania. Projekt cieszył się w rzeczywistości dużym zainteresowaniem w grupie docelowej. Jedynie 15% zaproszonych odmówiło w nim udziału. Odmowy częściej odnotowywano wśród mężczyzn oraz osób młodych, zwłaszcza pracujących. Niski odsetek odmów sugeruje, że do badania przeznaczono adekwatne zasoby (m.in. liczba pracowników oddelegowanych do realizacji Projektu 1, czas przeznaczony na jego realizację) oraz zastosowano skuteczne, bazujące na kontakcie indywidualnym metody zachęcania do udziału badaniu (zapraszanie pacjentów telefoniczne i bezpośrednie, działania promocyjne). Podkreślono również wagę indywidualnej rozmowy z pacjentem oraz dopasowywanie godzin wizyt do możliwości/preferencji pacjentów.

Rekrutacja pacjentów była procesem czasochłonnym. Średnio jednostki POZ potrzebowały 1,8 roku (min. 0,96 - max. 2,78) na realizację działań przewidzianych w Projekcie, tzn. na włączenie i zbadanie śr. 400 pacjentów (min. 55 osób - max. 849 osób). Średnie tempo rekrutacji wynosiło ok. 14 pacjentów/m-c/ośrodek. Średnie obciążenie pracą dla personelu POZ zostało oszacowane na 9 godzin na tydzień (min.4,5 - max.21). Większość ośrodków (58%) przeznaczała na realizację Projektu 5-10 godzin na tydzień. Ośrodki wskazywały, że zwłaszcza proces zapraszania pacjentów był bardzo obciążający. Pracę utrudniał m.in. brak numeru telefonów do pacjentów, posiadanie nieaktualnych kontaktów telefonicznych, a także nieufność/ sceptycyzm niektórych pacjentów wobec zapraszania telefonicznego. Dobre efekty wdrożenia projektu w POZ, w ocenie samych realizatorów, wiązały się z dużym zaangażowaniem personelu, dobrym kontaktem z pacjentem, zaufaniem pacjentów do personelu i znajomością lokalnej populacji.

Wiele z placówek POZ zapraszanych do projektu odmówiło z powodu braku zainteresowania, braku możliwości kadrowych oraz braku możliwości logistycznych (brak odpowiedniej infrastruktury). Z kolei w większości jednostek POZ,

które podjęły się realizacji projektu, reakcja personelu na przystąpienie do niego była pozytywna, chociaż co 3 ośrodek wskazywał początkowe obawy dotyczące organizacji pracy oraz dodatkowego obciążenia dla personelu. Podobne bariery mogą także pojawiać się przy wdrożeniu ewentualnego programu profilaktycznego lub innego rozwiązania mającego na celu zwiększenie diagnostyki w kierunku HCV na poziomie POZ. Doświadczenia z początkowej fazy przeprowadzenia projektu wskazują na konieczność wcześniejszego odpowiedniego nagłośnienia problemu i proponowanych działań przed rekrutacją jego realizatorów. Podstawowa trudność związana z realizacją projektu wynikała z dość restrykcyjnego doboru pacjentów do badania (dobór losowy). W przypadku wdrożenia rutynowego programu profilaktycznego można rozważyć elastyczniejszą metodę rekrutacji, np. prowadzić rekrutację wśród pacjentów zgłaszających się do przychodni z powodu innych problemów zdrowotnych lub np. po nagłośnieniu akcji profilaktycznej.

Doświadczenia innych krajów pozwalają na identyfikację kilku dobrych praktyk związanych z planowaniem i wdrażaniem programów profilaktycznych. W trakcie tworzenia programów realizowanych na poziomie POZ należy pamiętać, że będą one kolejnym zadaniem dla pracowników medycznych. Tym samym, lepiej sprawdzają się programy, w których stosowane są proste kryteria kwalifikacji, które są zharmonizowane z wytycznymi stosowanymi przez lekarzy innych specjalności, jak również holistyczne programy badań profilaktycznych skierowane do danej grupy osób [14,15]. Trzeba wziąć pod uwagę, że naukowe bazy danych nie stanowią najważniejszego źródła informacji dla wielu pracowników medycznych. Wdrażanie rekomendacji wymaga, aby wytyczne były specjalnie zaprojektowane i aktywnie wdrażane wśród tych pracowników medycznych, którzy mają je realizować [16]. Ułatwienie mogą stanowić dedykowane narzędzia elektroniczne zintegrowane z elektroniczną bazą danych pacjentów. Przykładowo, w jednej z placówek POZ w USA zastosowano program wspomagający, który automatycznie zlecał badania w kierunku HCV podczas wizyty dla kwalifikujących się pacjentów. Pozwoliło to zwiększyć wykonalność badań w kierunku zakażenia HCV [17]. Innym stosowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie osoby wyłącznie do realizacji programów profilaktycznych, która koordynuje program jednocześnie dostarczając wsparcia edukacyjnego [18]. Ułatwieniem w przypadku ośrodków nieposiadających własnych punktów pobrań mogą stać się szybkie testy diagnostyczne. Szybkie testy diagnostyczne zapewniają możliwość dotarcia do szerszej populacji oraz przyspieszenia diagnostyki, przy akceptowalnej czułości i swoistości.

Diagnostyka zakażenia HCV jest procesem wieloetapowym. W schemacie potwierdzenia zakażenia stosuje się początkowo test przesiewowy (np. ELISA) wykrywający przeciwciała przeciwko wirusowi, który może być dodatni przez wiele lat po spontanicznej eliminacji wirusa (samowyleczenie). Następnie wykonuje

się test w kierunku obecności samego wirusa (HCV-RNA) testem PCR [19]. Jedynie osoby, u których wykryto RNA wirusa podlegają dalszemu postępowaniu klinicznemu i w efekcie leczeniu. W chwili obecnej badania potwierdzające wykonuje się dopiero na etapie opieki specjalistycznej. Jednakże, w typowych przypadkach, nie jest to badanie trudne do interpretacji. Z kolei z badań przeprowadzanych w projekcie wynika, że w populacji ogólnej Polski HCV-RNA stwierdzono jedynie u 43% osób, u których wstępne badanie w kierunku przeciwciał było reaktywne. Biorąc pod uwagę obciążenie opieki specjalistycznej oraz czas oczekiwania na wizytę specjalistyczną, należałoby rozważyć wykonywanie badania HCV-RNA już na etapie badań w POZ. Czas oczekiwania na wynik badania w obecnym projekcie (około 1 miesiąca) był jednym z aspektów, który według uczestników wymagał poprawy.

Na koniec należy podkreślić, że prawie wszyscy pacjenci (92%), u których w trakcie trwania projektu rozpoznano zakażenie HCV, zostali skierowani do specjalisty i albo zostali już objęci opieką w momencie zakończenia projektu, albo zostali zapisani na wizytę i oczekiwali na jej termin. Przyczyny, dla których osoby nie zostały skierowane do specjalisty, były najczęściej związane z brakiem zgody pacjenta na objęcie opieką specjalistyczną.

5.5. Podsumowanie

Podsumowując wyniki wdrażania modułu „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV” szczególnie zwraca uwagę wyjątkowo niski odsetek rozpoznanych zakażeń HCV (22%). Wskazuje to na konieczność pilnego wdrożenia szeroko zakrojonego programu badań przesiewowych skierowanego do populacji ogólnej.

Częstość występowania zakażeń HCV wykazuje niewielką zmienność w populacji osób dorosłych w Polsce. Sytuacja jest odmienna w Stanach Zjednoczonych i niektórych krajach Europy Zachodniej, gdzie większość zakażeń koncentruje się wśród niewielkiej liczby kohort urodzeniowych. W tych krajach możliwe było wdrożenie badań przesiewowych w kohortach urodzeniowych. Powyższe rozwiązanie nie może jednak zostać wdrożone w Polsce. Biorąc pod uwagę specyfikę sytuacji epidemiologicznej zakażeń HCV w Polsce, najefektywniejszym podejściem wydaje się być wdrożenie aktywnego screeningu (badanie oferowane przez personel placówek zdrowia) opartego na wybranych czynnikach ryzyka. W ramach projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” zidentyfikowano kilka kluczowych czynników związanych z podwyższoną częstością występowania zakażeń HCV. Najważniejszymi wskazaniami epidemiologicznymi do badań w kierunku HCV w populacji ogólnej są transfuzja przed 1992 r. oraz przyjęcie narkotyku w iniekcji

(nawet jednokrotne). Dodatkowo, badanie w kierunku HCV powinno się wykonywać u kobiet z wielokrotnymi cięciami cesarskimi w wywiadzie, zwłaszcza jeśli miały one miejsce przed 1992 r. oraz u mężczyzn z tatuażami. W przypadku wykrycia zakażenia HCV wskazane jest zbadanie partnerów seksualnych osoby zakażonej.

Przeprowadzone w ramach projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” działania wskazują, że wdrożenie diagnostyki w kierunku HCV na poziomie POZ jest wykonalne i może usprawnić diagnostykę HCV w populacji ogólnej. Za powyższym wnioskiem przemawiają przede wszystkim pozytywny odbiór projektu zarówno przez personel, jak i przez pacjentów (niski odsetek odmów po zaproszeniu do badania) oraz kompetentne postępowanie z osobami, u których rozpoznano zakażenie, skutkujące sprawnym objęciem ich opieką specjalistyczną. Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród lekarzy POZ sugerują, że wdrożenie zadań na rzecz wykrywania i zapobiegania zakażeniom HCV na poziomie POZ powinno zostać poprzedzone odpowiednimi działaniami, które usprawniłyby ten proces, w tym przede wszystkim zwiększeniem finansowania na badania laboratoryjne oraz organizacją szkoleń i/lub wydaniem szczegółowych wytycznych w zakresie wskazań do badania w kierunku HCV oraz algorytmu postępowania z pacjentem zakażonym HCV celem zapewnienia optymalnej skuteczności tych działań. Wskazania te wpisują się w ogólne obserwacje i sugestie dotyczące wzmocnienia profilaktyki zdrowotnej sformułowane przez zespół powołany przez Ministra Zdrowia w 2016 r. w celu opracowania propozycji rozwiązań systemowych w zakresie POZ [20].

PODZIĘKOWANIA

Badania laboratoryjne zostały wykonane przez zespół w Zakładzie Wirusologii NIZP-PZH (Prof. dr hab. Kazimierz Madaliński, dr Paulina Godzik, mgr Agnieszka Kołakowska, dr Anna Żuk-Wasek, oraz Barbara Łagosz, Mirosława Pyzel (technicy).

Pragniemy serdecznie podziękować personelowi placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej za ich zaangażowanie i rzetelną pracę w Projekcie 1, a także osobom, które wzięły w nich udział.

Tabela 6.1.

Lista ośrodków współpracujących przy realizacji zadań Projektu 1

Województwo	Jednostka POZ	Liczba pacjentów
DOLNOŚLĄSKIE	1. SP ZOZ Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Trzebnicy	706
	2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medicus” sp. z o.o. w Żarowie	607
	3. Dolnośląskie Centrum Medyczne „DOLMED” S.A we Wrocławiu	444
	4. Centrum Medyczne „ASTRA” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielawie	400
KUJAWSKO-POMORSKIE	1. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy	800
	2. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Toruniu	500
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „NOVAMED” Przychodnia Rodzinna w Brodnicy	547
LUBELSKIE	1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Dziesiąta” w Lublinie	823
	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kurowie	800
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medicus” s.c. w Rykach	200
	4. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Wisznicach	799
ŁÓDZKIE	1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „HIPOKRATES” w Wieluniu	849
	2. Samorządowa Przychodnia Zdrowia w Tuszynie	536
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicus Sp. z o.o. w Zduńskiej Woli	350
	4. Przychodnia Fundacji „Swoboda” w Głownie	400
MAŁOPOLSKIE	1. Miejska Przychodnia Zdrowia w Makowie Podhalańskim	300
	2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „GAMED” w Ropie	806
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jodłowniku	402
	4. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „BERGER I SAJDAK” w Zalasowej	503

	5. FALCK MEDYCYNĄ Sp. z o.o. Centrum Medyczne FALCK KRAKÓW	801
	6. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osielcu	343
MAZOWIECKIE	1. Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Internistyczno-Pediatryczna „Juniperus” w Izabelinie	110
	2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Lekarz Rodziny” w Sannikach	801
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ESKULAP” s.c. w Pruszkowie	414
	4. Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie	400
	5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medical Center” s.c. w Warszawie	511
PODKARPACKIE	1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 3 w Nisku	500
	2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Brzózce Królewskiej	403
	3. Zespół Lekarzy Rodzinnych Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Czudcu	650
	4. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KEMED Sp. z o.o. w Jaśle	447
PODLASKIE	1. Praktyka Lekarza Rodzinnego Zuzanna Grażyna Ginel w Grajewie	305
	2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna i Specjalistyczna „FALMED” w Sejnach	312
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Grażyna Biruta Pawłowska w Grabowie	350
	4. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 2 s.c. w Siemiatyczach	500
	5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „VITA-MED” sp.p. w Suwałkach	602
POMORSKIE	1. NZOZ MEDIART Centrum Zdrowia Matarnia - Port Lotniczy - Stare Miasto Gdańsk	800
	2. PROMEDICA Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „GEMINI” w Chojnicach	800
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PRO VITA” w Ryjewie	55

	4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie	400
	5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kobylnicy	300
ZACHODNIO-POMORSKIE	1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Doktor Ewa w Ińsku	501
	2. Niepubliczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej „ESKULAP” s.c. w Kamieniu Pomorskim	407
	3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PRZY PARKU” w Wolinie	420
	4. Poradnia Medycyny Rodzinnej Cztery Pory Roku w Pęzinie	267
	5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROWIE” w Dębnie	488
RAZEM	45	22 659

PIŚMIENNICTWO

- Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K, Stępień M, Zieliński A, i wsp. (2012) Prevalence of anti-HCV antibodies among adults in Poland—results of cross-sectional study in general population. *Przegl Epidemiol.* 66(4):575-80.
- Flisiak R, Halota W, Horban A, Juszczak J, Pawłowska M, i wsp. (2011) Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 23(12):1213-7. doi: 10.1097/MEG.0b013e32834d173c.
- Parda N, Stępień M, Zakrzewska K, Madaliński K, Kołakowska A, i wsp. (2016). What affects response rates in primary healthcare-based programmes? An analysis of individual and unit-related factors associated with increased odds of non-response based on HCV screening in the general population in Poland. *BMJ Open.* 6(12):e013359. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013359.
- Coward S, Leggett L, Kaplan GG, Clement F. (2016) Cost-effectiveness of screening for hepatitis C virus: a systematic review of economic evaluations. *BMJ Open.* 6(9): e011821.
- Smith BD, Morgan RL, Beckett GA, Falck-Ytter Y, Holtzman D, et al. (2012) Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep.* 61(RR-4):1-32.
- Sakem B, Madaliński K, Nydegger U, Stępień M, Godzik P, et al. (2016) Hepatitis C virus epidemiology and prevention in Polish and Swiss population - similar and contrasting experiences. *Ann Agric Environ Med.* 23(3):425-31. doi: 10.5604/12321966.1219181.

7. Stępień M, Rosińska M. (2015) Hepatitis C outbreaks in Poland in 2003-2013. Medical procedures as a dominant route of HCV transmission. *Przegl Epidemiol.* 69(3):465-72, 585-90.
8. Rosińska M, Sierostawski J, Wiessing L. (2015) High regional variability of HIV, HCV and injecting risks among people who inject drugs in Poland: comparing a cross-sectional bio-behavioural study with case-based surveillance. *BMC Infect Dis.* 15:83. doi: 10.1186/s12879-015-0828-9.
9. Wedemeyer H, Duberg AS, Buti M, Rosenberg WM, Frankova S, et al. (2014) Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) disease burden. *J Viral Hepat.* 21 Suppl 1:60-89. doi: 10.1111/jvh.12249.
10. Zuure FR, Urbanus AT, Langendam MW, Helsper CW, van den Berg CH, et al. (2014) Outcomes of hepatitis C screening programs targeted at risk groups hidden in the general population: a systematic review. *BMC Public Health.* 14:66. doi: 10.1186/1471-2458-14-66.
11. Wiessing L, Blystad H. (2010) EMCDDA publishes guidelines on testing for HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. *Euro Surveill.* 15(48). pii: 19735.
12. Tohme RA, Holmberg SD. (2012) Transmission of hepatitis C virus infection through tattooing and piercing: a critical review. *Clin Infect Dis.* 54(8):1167-78. doi: 10.1093/cid/cir991.
13. Zieliński A. (2014) Sexual behaviour and the risk of HCV infection. *Przegl Epidemiol.* 68(1):1-3, 99-100.
14. Cullen BL, Hutchinson SJ, Cameron SO, Anderson E, Ahmed S, et al. (2012) Identifying former injecting drug users infected with hepatitis C: an evaluation of a general practice-based case-finding intervention. *J Public Health Oxf Engl.* 34(1):14-23.
15. Kallman JB, Arsalla A, Park V, Dhungel S, Bhatia P, i in. (2009) Screening for hepatitis B, C and non-alcoholic fatty liver disease: a survey of community-based physicians. *Aliment Pharmacol Ther.* 29(9):1019-24.
16. Bechini A, Falla A, Ahmad A, Veldhuijzen I, Boccalini S, et al. (2015) Identification of hepatitis B and C screening and patient management guidelines and availability of training for chronic viral hepatitis among health professionals in six European countries: results of a semi-quantitative survey. *BMC Infect Dis.* 15:353.
17. Sidlow R, Msaouel P. (2015) Improving Hepatitis C Virus Screening Rates in Primary Care: A Targeted Intervention Using the Electronic Health Record. *J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual.* 37(5):319-23.
18. Nagykalda Z, Mold JW, Aspy CB. (2005) Practice facilitators: a review of the literature. *Fam Med.* 37(8):581-8.
19. Madaliński K, Flisiak R, Halota W i in. (2013) Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej 2012/2013. *Diagnostyka Laboratoryjna* 49 (1):65-70.
20. Zespół do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje strategii rozwiązań systemowych”. Warszawa, 2016.

ZAPOBIEGANIE HCV WŚRÓD UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Mgr Janusz Sierosławski, Dr n. hum. Katarzyna Dąbrowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii

PROJEKT 2

„Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie”

Użytkownicy narkotyków, zwłaszcza przyjmujący je w zastrzykach (IDU), to jedna z najbardziej narażonych na zakażenie HCV grup społeczeństwa. W krajach o wysokim standardzie opieki medycznej, IDU stanowią główną grupę określającą dynamikę epidemii HCV. Badania lokalne, przeprowadzone w Polsce w latach 2004-2005 w 14 lokalizacjach w 6 województwach naszego kraju, wskazały na wysokie rozpowszechnienie HCV wśród IDU. Rozpowszechnienie wahało się od 43,7% w województwie lubelskim do 68,3% w województwie śląskim i wszędzie było kilkakrotnie wyższe niż rozpowszechnienie HIV [1].

Problemowi użytkownicy narkotyków stanowią jedną z grup najsilniej wykluczonych społecznie oraz ekonomicznie. Z powodu stygmatyzacji społecznej oraz zagrożeń prawnych, stanowią oni w Polsce populację ukrytą, co prowadzi do ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych. Postawy tych osób wobec kwestii zdrowia i ogólnie wobec społeczeństwa oraz jego instytucji, a także powszechnie przyjętych norm, dodatkowo zmniejszają szanse korzystania ze świadczeń w zakresie zapobiegania i leczenia chorób.

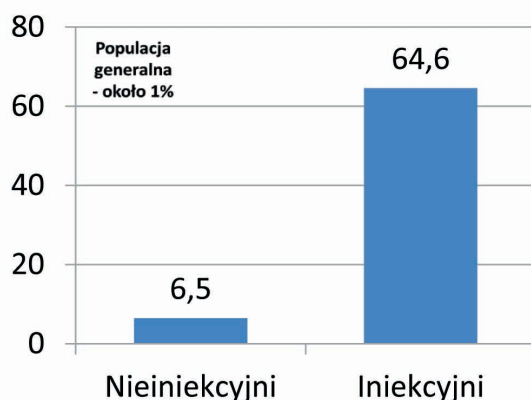
Specyficzne drogi zakażeń oraz znaczne nasilenie czynników ryzyka skłaniają do zaprojektowania działań prewencyjnych skierowanych specjalnie do tej grupy. Ponadto, IDU stanowią szczególnie trudną populację do objęcia działaniami zapobiegawczymi, z powodu ograniczonego dostępu do tej grupy (populacja ukryta), braku zaufania oraz specyficznego systemu norm i wartości charakterystycznego dla tej populacji. Stąd, istnieje potrzeba opracowania odrębnej strategii zapobiegania zakażeniom HCV dla tej grupy oraz skierowania do niej odpowiednio dostosowanego programu profilaktycznego.

Strategia prewencyjna oznacza zestaw rozwiązań instytucjonalnych na poziomie krajowym, ułatwiających dostęp użytkownikom narkotyków do usług opieki medycznej zajmującej się problemem zakażeń HCV, a program profilaktyczny oznacza oparte na zweryfikowanym doświadczeniu, mniej lub bardziej sformalizowane procedury dotarcia do tej grupy z odpowiednim przekazem profilaktyki zakażeń HCV w sposób, który zapewni prozdrowotne zachowania adresatów.

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.

6.1. Rozpowszechnienie oraz czynniki ryzyka zakażeń HCV

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 (ryc. 6.1.). Wśród problemowych użytkowników narkotyków nie sięgających



Rycina 6.1.

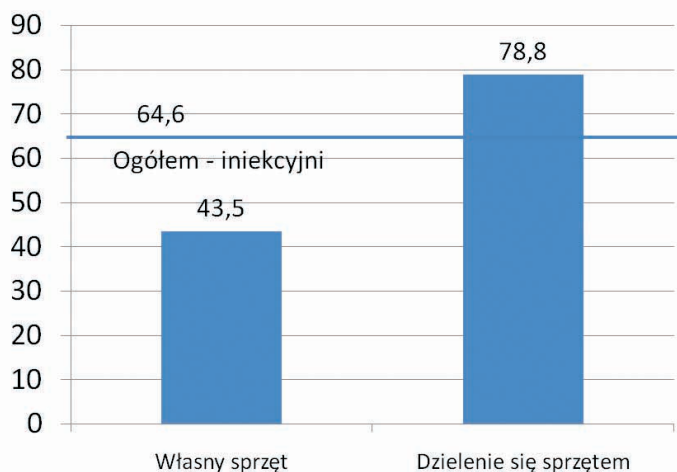
Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród iniekcyjnych i nieiniekcyjnych użytkowników narkotyków (odsetki badanych)

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.

Wyniki zestawione na **rycinie 6.2.** 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 [2-4].

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



Rycina 6.2.

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 krajach [5].

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 okoliczności [6].

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). 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”.

6.2. Program edukacyjny

Planując edukacyjny program profilaktyczny bazowano na wynikach badań zrealizowanych metodami jakościowymi wśród problemowych użytkowników narkotyków. Na podstawie danych zebranych w toku indywidualnych wywiadów pogłębionych oraz wywiadów grupowych (focus group) określono warunki powodzenia profilaktyki HCV. Ze względu na różnego rodzaju trudności w trafieniu z przekazem profilaktycznym do osób używających narkotyki (specyficzny system wartości i styl życia, brak zaufania do instytucji itp.) kluczową sprawą przy planowaniu interwencji profilaktycznej wydaje się rozpoznanie potrzeb tej grupy. Zrealizowane badanie pokazało, że zarówno użytkownicy substancji psychoaktywnych jak i profesjonaliści zwracali uwagę na podobne zagadnienia, które należałoby uwzględnić na etapie planowania jak i wdrażania interwencji profilaktycznej dedykowanej problemowi zakażeń HCV. I tak dostępność fizyczna, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i anonimowości osobom korzystającym z oferty, dostosowanie czasu trwania i charakteru interwencji do warunków w jakich jest ona wdrażana, interaktywny charakter interwencji i możliwość zadawania pytań oraz powtarzalność i kompleksowość podejmowanych działań wydają się kluczowymi czynnikami jeśli chodzi o powodzenie interwencji.

Planując interwencję profilaktyczną należało również uwzględnić zmiany, które zaszły w ostatnich latach zarówno w środowisku osób używających substancji psychoaktywnych jak i na rynku substancji psychoaktywnym. Badani wspominali o tym, że tendencje, czy trendy w konsumpcji substancji psychoaktywnych szybko się zmieniają, kształtowane są przez zmienną dostępność substancji, ale również mody. Przykładem może być problem „dopalaczy” używanych także w drodze iniekcji [7]. Jak wynika z przeglądu badań oceniających interwencje profilaktyczne prawdopodobieństwo sukcesu wzrasta w przypadku zastosowania kombinacji strategii prewencyjnych [8].

W ramach realizacji programu edukacyjnego przygotowano 2 rodzaje scenariuszy programu profilaktycznego: scenariusz interwencji do realizacji w placówkach leczniczych, przede wszystkim, ambulatoryjnych, oraz scenariusz przeznaczony dla placówek świadczących działania z zakresu ograniczania szkód. Realizatorzy interwencji dostali pisemną instrukcję dotyczącą jej realizacji. Byli oni zobowiązani do raportowania swojej pracy na specjalnie przygotowanych formularzach. Oprócz tego została opracowana ulotka informacyjna na temat HCV, kierowana do osób używających substancji psychoaktywnych, wykorzystywana w trakcie interwencji.

Interwencja edukacyjna w założeniu składała się z jednego lub opcjonalnie dwóch spotkań z klientem w zależności od możliwości dotarcia po raz drugi

z przekazem profilaktycznym. Drugie spotkanie służyło przypomnieniu i ugruntowaniu przekazu profilaktycznego.

Edukatoryzy dostali wytyczne, by interwencją objąć możliwie wszystkich klientów placówek, w których są zatrudnieni (włączając w to użytkowników nowych substancji psychoaktywnych - tzw. „dopalaczy”), do których uda się dotrzeć w trakcie trwania projektu, zarówno tych, którzy zostali objęci badaniem, jak i pozostałych.

Spotkania miały charakter indywidualny. Ponieważ interwencja miała charakter pilotażowy, dlatego edukatorzy zostali poproszeni o notowanie wszelkich uwag, komentarzy i ewentualnych propozycji modyfikacji. Ich zadaniem było, po zakończeniu realizacji programu, opracowanie i przekazanie raportu podsumowującego doświadczenia z realizacji interwencji, z uwzględnieniem wszelkich uwag, komentarzy i ewentualnych propozycji modyfikacji.

Scenariusz interwencji edukacyjnej w swojej strukturze zawierał:

- cel działania,
- zadania do wykonania,
- oczekiwane rezultaty,
- plan spotkania,
- uwagi realizacyjne.

Celem pierwszego spotkania było podniesienie poziomu wiedzy odbiorców interwencji o HCV oraz rozpoczęcie procesu motywowania do podjęcia zachowań zmniejszających ryzyko zakażenia i jego konsekwencji zdrowotnych. Celem drugiego - ugruntowanie wiedzy oraz kontynuowanie procesu motywowania do podjęcia zachowań zmniejszających ryzyko zakażenia i jego konsekwencji zdrowotnych.

Zadania postawione przed edukatorami w ramach pierwszego spotkania, to dostarczenie informacji (wyrównanie deficytu wiedzy) zmierzające do osiągnięcia zrozumienia ryzyka zakażeń HCV przez użytkowników narkotyków oraz o sposobach zapobiegania zakażeniom. Ponadto zadaniem edukatorów było motywowanie odbiorców interwencji do wdrożenia niezbędnych zmian, by zminimalizować ryzyko zakażenia oraz do poddania się testowi w kierunku HCV. Drugie spotkanie miało służyć utrwaleniu dostarczonej wiedzy oraz sprawdzeniu zrozumienia ryzyka zakażeń HCV, dalszemu motywowaniu do stosowania zabiegów zmniejszających ryzyko zakażenia siebie i innych osób, sprawdzeniu, czy pacjent poddał się testowi i ustaleniu przyczyn niezrealizowania tego zadania (jeśli pacjent nie poddał się testowi), udzieleniu pomocy i wsparcia osobom, które uzyskały pozytywny wynik testu.

Dzięki przeprowadzonej interwencji odbiorca powinien był uzyskać świadomość na temat ryzyka zakażenia HCV oraz konsekwencji zdrowotnych zakażenia, a także posiadać wiedzę o sposobach ograniczania ryzyka zakażenia. Po przepro-

wadzeniu zajęć odbiorca interwencji miał być zmotywowany do podejmowania działań zmierzających do ograniczenia ryzyka zakażenia HCV.

Plan spotkania w szczegółowych krokach informował edukatora jak poprowadzić interwencję edukacyjną. Kolejne etapy pierwszego spotkania obejmowały:

1. Ustalenie poziomu wiedzy odbiorcy interwencji o HCV.
2. Przekazanie informacji zawartych w broszurze edukacyjnej (zestaw informacji dostosowany do wiedzy pacjenta).
3. Przekazanie informacji o sposobach zmniejszania ryzyka, w szczególności poprzez mniej ryzykowne aplikowanie sobie narkotyków.
4. Podjęcie kwestii korzyści płynących z przetestowania się w kierunku HCV oraz próba przekonania pacjenta do poddaniu się testowi w najbliższym czasie.

Drugie spotkanie składało się z następujących kroków:

1. Sprawdzenia, co z informacji na temat HCV zostało zapamiętane przez pacjenta, a następnie ponowne przedyskutowanie podstawowych kwestii.
2. Sprawdzenia, czy pacjent poddał się testowi w kierunku HCV i czy odebrał wynik testu (nie dotyczy pacjentów biorących udział w badaniu). Jeśli pacjent uzyskał wynik pozytywny (HCV+) przypomnienie badanemu, że jest to tylko test przesiewowy, którego wynik dla celów diagnostycznych musi zostać potwierdzony w badaniu laboratoryjnym.
3. Zagwarantowania wsparcia psychologicznego pacjentom z wynikiem pozytywnym.
4. Rozmowy o konieczności zabezpieczania się przed zakażeniem w przypadku osób z negatywnym wynikiem testu.
5. Rozmowy o powodach niewykonania testu z osobami, które wciąż nie przetestowały się w kierunku HCV.
6. Dalszego motywowania pacjenta, do ograniczania zachowań ryzykownych w kontekście zakażenia HCV, zapoczątkowanego w trakcie pierwszego spotkania.
7. Poinformowania o istniejących możliwościach leczenia, jego dostępności, sposobach uzyskania takich świadczeń.

Uwagi realizacyjne dotyczyły sposobu prowadzenia interwencji. Proponowano, by w miarę możliwości odbywała się ona w interakcji z odbiorcą, nie poprzez informowanie, a raczej wspólne dochodzenie do ustaleń. Zwrócono również uwagę na potrzebę indywidualizowania przekazu w zależności od wiedzy i doświadczeń odbiorcy.

Interwencja edukacyjna realizowana była przez 48 edukatorów w 14 województwach. W sumie objęto nią 650 osób używających narkotyków w sposób problemowy.

6.3. Propozycje rozwiązań do wdrożenia

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 zapewnienia 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 sterylnej 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 [9]. 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 wstrzyk-

nięcia narkotyku w bezpiecznych warunkach, ale również szeroki wachlarz działań z zakresu redukcji szkód (edukacja, pomoc psychologiczna) oraz pomocy społecznej.

Znaczny potencjał profilaktyczny w ograniczaniu rozprzestrzeniania się zakażeń HCV tkwi w objęciu leczeniem zakażonych iniekcyjnych użytkowników narkotyków, zwłaszcza tych, którzy nie rezygnują z używania narkotyków. Leczenie HCV u osób aktywnie używających narkotyków w zastrzykach jest rekomendowane przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC) oraz EMCDDA [10]. Z perspektywy ograniczenia liczby nowych infekcji HCV oraz rozpowszechnienia HCV w populacji leczenie osób aktywnie używających narkotyków w zastrzykach jest bardziej efektywne niż leczenie osób, które zaprzestały używania narkotyków w iniekcjach [11]. Wyniki leczenia HCV (SVR) u osób aktywnie używających narkotyków w zastrzykach są akceptowalne i nie odbiegają od wyników w innych próbach klinicznych. Współczynnik reinfekcji jest niski [12-13]. Modele ekonomiczne sugerują, że leczenie HCV u osób aktywnie używających narkotyków w zastrzykach może być bardziej efektywne kosztowo (cost-effective) niż leczenie byłych użytkowników narkotyków w iniekcjach jeśli rozpowszechnienie chronicznych zakażeń HCV wśród użytkowników narkotyków w iniekcjach jest mniejsze niż 60% co odpowiada ok. 80% przeciwciał anti-HCV [14-15]. Warto zauważyć, że z taką sytuacją mamy do czynienia w naszym kraju.

Warunkiem podjęcia leczenia jest wykrycie zakażenia. Zapewnienie dostępu iniekcyjnym użytkownikom narkotyków do bezpłatnego testowania na przeciwciała anti-HCV, a następnie osobom z wynikiem pozytywnym do pełnej diagnostyki jest podstawowym wymogiem skutecznej profilaktyki. Ponadto konieczne jest podjęcie działań skierowanych na motywowanie do korzystania z tej oferty.

W zakresie zmniejszania zasięgu wykluczenia społecznego należy zadbać o zapewnienie dostępu do świadczeń pomocy społecznej, zwłaszcza w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych, takich jak potrzeba schronienia oraz potrzeba wyżywienia. Bez zaspokojenia tych dwóch podstawowych potrzeb trudno wyobrazić sobie możliwość podjęcia zachowań prozdrowotnych [16]. Istotną rolę odegrać mogą działania prowadzące do aktywizacji życiowej osób uzależnionych, pomoc w zatrudnieniu, wsparcie w zakresie uporządkowania sytuacji prawnej, wzmacnianie więzi społecznych. Wszystkie te działania powinny przyjąć formę koordynowanej, kompleksowej opieki i wsparcia (case management).

Stygmatyzacja, która dotyka problemowych użytkowników narkotyków stanowi istotną barierę w dostępie do leczenia, a także nie sprzyja kooperacji ze strony użytkowników narkotyków, niezbędnej we wdrażaniu skutecznej profilaktyki HCV. Stygmatyzacja leży u podstaw praktyk dyskryminacyjnych w służbie zdrowia, pomocy społecznej i innych instytucjach. Konieczne zatem jest podjęcie

szeroko zakrojonej edukacji publicznej zorientowanej na przeciwdziałanie stygmatyzacji użytkowników narkotyków adresowanej do profesjonalistów (lekarzy, policjantów, pracowników pomocy społecznej, aptekarzy), polityków różnych szczebli i wreszcie całego społeczeństwa.

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 deprivacji życiowej osób uzależnionych, zaś bez udziału tych drugich trudno sobie wyobrazić edukację publiczną ukierunkowaną na ograniczenie stygmatyzacji użytkowników narkotyków.

6.4. Podsumowanie

Wedle wyników badania problemowych użytkowników narkotyków rozpowszechnianie przeciwciał anty-HCV w tej populacji jest bardzo wysokie, zwłaszcza gdy w grę wchodzi osoby używające 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 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.

PODZIĘKOWANIA

Kierownictwo Projektu 2. składa podziękowania wszystkim koordynatorom badań terenowych za zaangażowanie i rzetelne wykonanie zadań.

Tabela 6.1.

Lista koordynatorów badań terenowych w Projekcie 2

Województwo	Imię	Nazwisko
Dolnośląskie	Andrzej	Turek
Kujawsko-Pomorskie	Elżbieta	Rachowska
Lubelskie	Ireneusz	Siudem
Lubuskie	Jolanta	Serbakowska
Łódzkie	Aleksandra	Majdańska
Małopolskie	Bartosz	Michalewski
Podlaskie	Agata	Niemczynowicz
Podkarpackie	Jadwiga	Mroczek
Pomorskie	Anita	Powała
Śląskie	Edward	Bożek
Świętokrzyskie	Grażyna	Jabłońska
Warmińsko-Mazurskie	Ludmiła	Strzelecka
Wielkopolskie	Maria	Chartampowicz
Zachodniopomorskie	Anna	Wiśniewska

PIŚMIENNICTWO

1. Rosińska M, Sierostawski J, Wiessing L (2015) High regional variability of HIV, HCV and injecting risks among people who inject drugs in Poland: comparing a cross-sectional bio-behavioural study with case-based surveillance. *BMC Infectious Diseases*, DOI 10.1186/s12879-015-0828-9.
2. 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.
3. 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.

4. 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.
5. Giraudon I, Hedrich D, Duffell E, Kalamara E, Wiessing L (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.
6. 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.
7. Jabłoński P, Malczewski A (2014) *Dopalacze. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*. Warszawa: Krajowe Biuro ds Przeciwdziałania Narkomanii.
8. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, et al. (2001) Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health* 1:42-6.
9. Hedrich D (2004) *European report on drug consumption rooms*. Lisbon: EMCDDA.
10. ECDC and EMCDDA guidance (2011) *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, Stockholm, (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111012_Guidance_Infectious_diseases_IDU_brief.pdf).
11. Grebely J, Matthews GV, Lloyd AR, Dore GJ (2013) Elimination of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs Through Treatment as Prevention: Feasibility and Future Requirements. *CID* 57:S1014-20.
12. Hildsten RJ (2013) Directly observed pegylated interferon plus self-administered ribavirin for the treatment of hepatitis C virus infection in people actively using drugs: a randomized controlled trial. *Clin Infect Dis* 57 Suppl 2:S90-96.
13. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, Grebely J, Hutchinson SJ, et al. (2013) Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* 57 Suppl 2:S80-89.
14. Martin NK (2012) Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user population, *Hepatology* 55:49-57.
15. Martin NK (2013) Hepatitis C virus treatment for prevention among people who inject drugs: Modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals, *Hepatology* 58:1598-1609.
16. Karlińska A (2015) *Iniekcijni użytkownicy substancji psychoaktywnych - identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie pięciu polskich miast: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań i Lublin. Raport końcowy*. Warszawa, Fundacja Redukcji Szkód.

BADANIA KOBIET W CIĄŻY W KIERUNKU ZAKAŻEŃ HCV JAKO ISTOTNY ELEMENT OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM

Prof. dr hab. Kazimierz Madaliński, Mgr Karolina Zakrzewska,
Dr n. med. Paulina Godzik, Mgr Agnieszka Kotakowska
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

PROJEKT 3

„Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV”

Zakażenie HCV nie stanowi szczególnego niebezpieczeństwa dla kobiety w trakcie trwania ciąży. Infekcja HCV towarzysząca ciąży nie zwiększa ryzyka występowania u płodu wad wrodzonych, wcześniactwa lub poronień. Kobiety zakażone HCV i ich płody są tak samo narażone na powikłania okołoporodowe lub położnicze jak inne kobiety [1]. Wyjątek stanowią ciężarne znajdujące się w zaawansowanym stadium wirusowego zapalenia wątroby typu C, u których może rozwinąć się zaawansowana choroba wątroby wraz z następstwami [2]. Najgroźniejszym skutkiem zakażenia HCV kobiety ciężarnej jest możliwość transmisji wertykalnej wirusa na dziecko. W krajach rozwiniętych ryzyko przeniesienia zakażenia HCV od matki na dziecko ocenia się maksymalnie na 5-6% (jeśli następuje bez towarzyszącej ko-infekcji HIV) [1,3]. Przy jednoczesnym zakażeniu HCV i HIV ryzyko transmisji wzrasta powyżej 25% [1,3]. Do przeniesienia wirusa HCV może dojść drogą wewnątrzmaciczną oraz podczas trwania akcji porodowej. Zakażenie wewnątrzmaciczne jest bardziej prawdopodobne [4]. Najnowsze doniesienia wskazują, że łożysko nie stanowi szczelnej bariery dla HCV, umożliwia natomiast i reguluje kontakt matczynek komórek z płodem. W trakcie trwania ciąży, w wyniku przezłożyskowego kontaktu, do płodu mogą przedostawać się także niektóre bakterie i wirusy, w tym wirus HCV [5].

Głównym czynnikiem predysponującym do transmisji zakażenia HCV na dziecko jest obecność materiału genetycznego wirusa (HCV-RNA) we krwi obwodowej

matki [3]. Ryzyko przeniesienia zakażenia jest wyższe u kobiet zakażonych HCV, u których w ciągu roku przed zajściem w ciążę oraz w czasie ciąży nastąpiło znaczne podwyższenie stężenia ALT. Zjawisko to tłumaczone jest cięższym przebiegiem zakażenia, któremu może towarzyszyć wysoka wiremia HCV wpływająca bezpośrednio na wzrost ryzyka transmisji wertykalnej [6].

Badania wykazały, że czas dłuższy niż 6 godzin od odpinięcia wód płodowych do porodu znacznie zwiększa ryzyko przeniesienia wirusa z matki na dziecko [7]. Wertykalne zakażenie HCV odnotowano jako częstsze u dziewczynek [8]. Przyczynę tego zjawiska upatruje się w różnicach hormonalnej odpowiedzi na wirusowe zakażenie płodów różnej płci. Androgeny wzmacniają odpowiedź immunologiczną, zaś estrogeny hamują apoptozę komórek zakażonych.

Dyskutowane są kwestie wpływu amniocentezy oraz cesarskiego cięcia jako czynników ryzyka wertykalnej transmisji HCV [8-10]. Wykazano, iż przeprowadzenie cesarskiego cięcia z przyczyn nagłych może zwiększyć ryzyko zakażenia noworodka, co jest związane z możliwością uszkodzenia skóry dziecka w czasie pośpiesznie przeprowadzanego zabiegu [11].

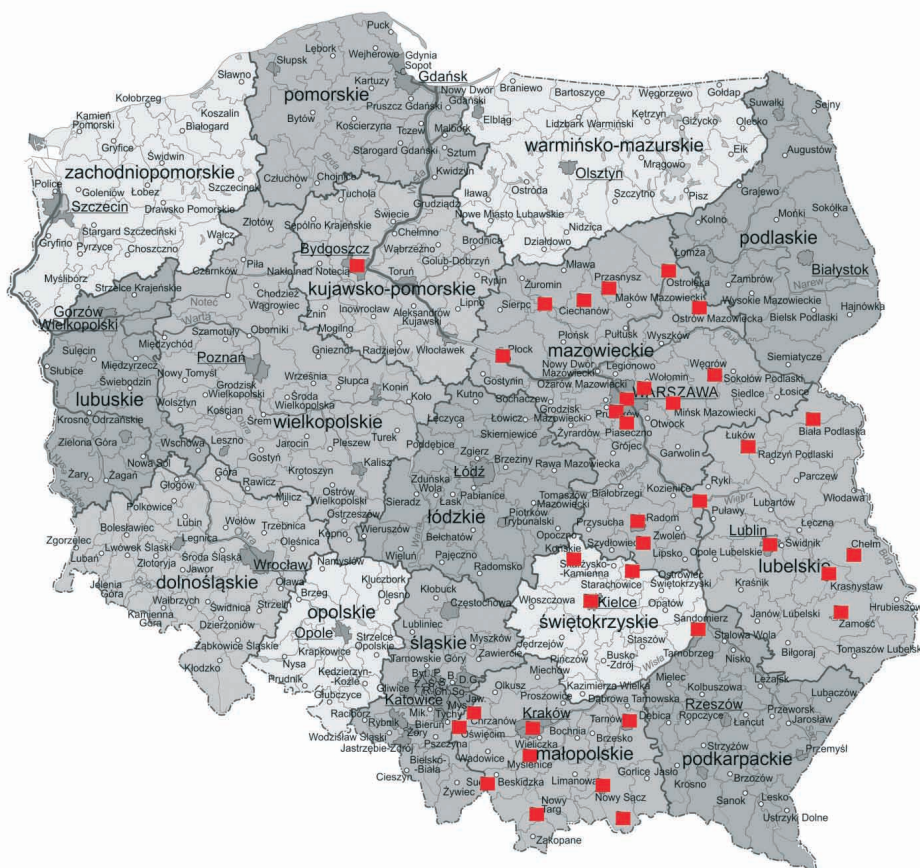
Zakażenia HCV kobiet ciężarnych stanowią istotny problem z perspektywy zdrowia publicznego, ze względu na możliwość przeniesienia wirusa na noworodka. Przeniesienie wertykalne jest uważane za główną drogę zakażeń HCV u dzieci [12].

7.1. Oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV oraz wskazanie czynników ryzyka zakażenia tym wirusem na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet w ciąży

Do badań wykonanych w ramach Projektu 3. włączono 8 006 kobiet w ciąży z 48 jednostek prowadzących działalność leczniczą wyłonionych w drodze otwartego konkursu (ryc. 7.1.). Program był realizowany 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 3 - wszystkie pacjentki, które wyraziły zgodę na uczestnictwo zostały poddane badaniom na obecność przeciwciał anty-HCV w próbce krwi. Próbkę reaktywne badano na obecność HCV-RNA.



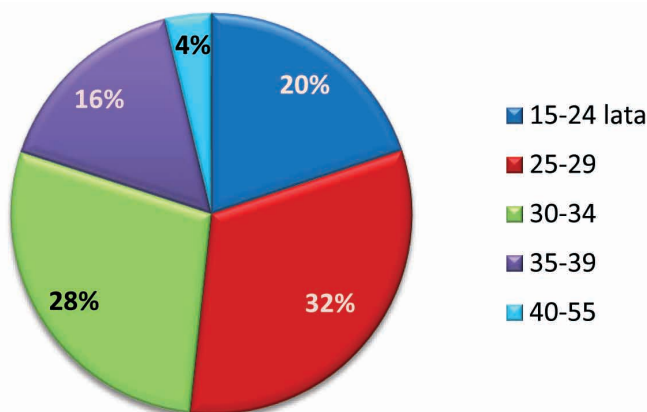
Rycina 7.1.

Rozmieszczenie terytorialne jednostek realizujących badania w ramach Projektu 3

Wszystkie kobiety włączone do badania wypełniły anonimową ankietę dotyczącą czynników ryzyka zakażenia HCV, odbycia wcześniejszych badań w kierunku HCV oraz wiedzy na temat zakażeń HCV. Oznakowanie indywidualnym kodem identyfikacyjnym (ID) próbek surowicy i ankiety od tej samej pacjentki umożliwiło powiązanie ankiet z wynikami badań krwi, przy jednoczesnym zachowaniu pełnej anonimowości kobiet uczestniczących w badaniu.

Pobrania krwi od kobiet ciężarnych realizowano od 1 lipca 2013 roku do 30 listopada 2015 roku. Badania laboratoryjne zostały wykonane w Zakładzie Wirusologii NIZP-PZH wg. algorytmu zaproponowanego przez Polską Grupę Roboczą [13]. Posiadanie przeciwciał anti-HCV zdefiniowano jako uzyskanie wyniku reaktywnego w teście przesiewowym (metoda ECLIA). Natomiast zakażenie HCV zdefiniowano jako obecność materiału genetycznego wirusa HCV (HCV-RNA) stwierdzoną w badanej próbce metodą Real-Time PCR.

Wiek kobiet, które wzięły udział w badaniu wahał się od 15 do 54 lat, najczęściej badanych kobiet było w grupie wieku 25-29 lat (32%, 2342 kobiety); zaś najmniej badanych kobiet było w wieku ≥ 40 lat (3,8%, 301 kobiet) (ryc. 7.2.). Ogółem 44% kobiet uczestniczących w badaniu było w pierwszej ciąży.



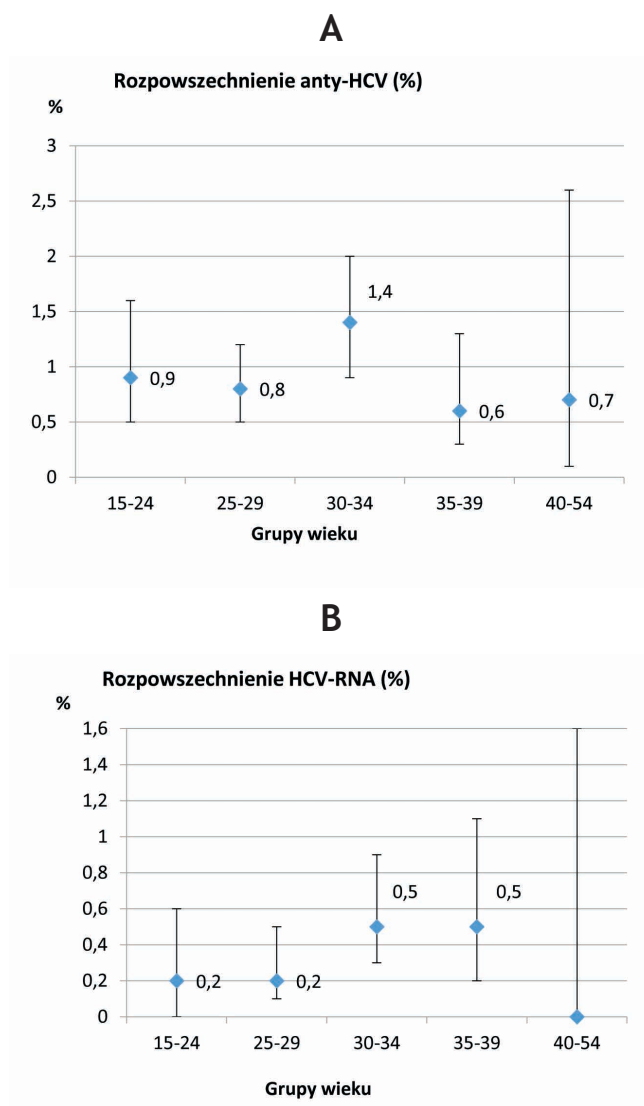
Rycina 7.2.

Struktura wieku kobiet badanych w ramach Projektu 3

Częstość występowania przeciwciał anti-HCV wynosiła 0,95% (95% CI: 0,8-1,2). Przeciwciała dla HCV w mianie diagnostycznie znamienne wykryto u 76 kobiet. Udział kobiet z wynikiem dodatnim oscylował w poszczególnych grupach wieku: od 0,6% w grupie 35-39 lat do 1,4% w grupie wieku 30-34 lata. Materiał genetyczny wirusa WZW-C (HCV-RNA) wykryto u 25 kobiet. Rozpowszechnienie HCV-RNA w poszczególnych grupach wieku było mniej zróżnicowane w porównaniu do rozpowszechnienia przeciwciał anti-HCV i wynosiło 0,2% w grupie wieku 15-29 lat oraz 0,5% wśród kobiet w wieku 30-39 lat, ogółem 0,31% (95% CI: 0,2-0,5); W najstarszej (i najmniej licznej) grupie powyżej 40 r.ż. nie wykryto obecności HCV-RNA, a obecność przeciwciał anti-HCV w tej grupie stwierdzono u 0,7% badanych (ryc. 7.3.).

Częstość występowania przeciwciał anti-HCV wśród mieszkanek miast i wsi wynosiła odpowiednio 0,95% i 0,96%, natomiast obecność HCV-RNA wykryto u 0,24% mieszkających w miastach i 0,38% mieszkających na wsi (różnica nieistotna statystycznie).

W badanych pięciu województwach rozpowszechnienie zakażeń HCV (HCV-RNA) wśród ciężarnych wahało się od 0,11% w woj. małopolskim (2/1801) do 0,53% w woj. lubelskim (7/1318); ogółem wyniosło 0,31% i było nieznacznie niższe niż rozpowszechnienie zakażeń HCV wśród kobiet w populacji ogólnej w tej grupie wieku (0,31% vs 0,35%). Wskaźnik częstości anti-HCV wahał się od 0,7% w woj. małopolskim i mazowieckim do 1,2% w kujawsko-pomorskim i był

**Rycina 7.3.**

Rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV (A) oraz HCV-RNA (B) w poszczególnych grupach wieku

nieznacznie niższy od częstości występowania anty-HCV wśród kobiet w populacji ogólnej w tej grupie wieku (0,95% vs 0,99%).

Czynniki ryzyka zakażenia HCV określono na podstawie anonimowej ankiety wypełnianej samodzielnie przez wszystkie kobiety włączone do badania. Ankieta zawierała 23 pytania (półotwarte i zamknięte; odpowiednio 9 i 14). Poza pytaniami o możliwe narażenia na zakażenie HCV medyczne i pozamedyczne uwzględ-

niono pytania o dane socjodemograficzne, pytania dotyczące obecnej ciąży, wcześniejszych badań HCV oraz wiedzy na temat HCV.

Przeprowadzona analiza wieloczynnikowa wskazała cztery główne czynniki związane z występowaniem przeciwciał anty-HCV u kobiet w ciąży: transfuzję przed 1992 r., pracę w służbach prewencyjno-porządkowych, chorobę przewlekłą wymagającą wielokrotnej hospitalizacji (inną niż: hemofilia, cukrzyca, choroba nerek wymagająca dializ - te choroby były przedmiotem odrębnych pytań) i operacje chirurgiczne w przeszłości (tab. 7.1.). Trzy z tych czynników potwierdziły się również jako predyktory występowania HCV-RNA: transfuzja przed 1992 r., praca w służbach prewencyjno-porządkowych i choroba wymagająca wielokrotnych hospitalizacji. Dodatkowo ponad ośmiokrotnie częściej były zakażone te kobiety, u których wielokrotnie wykonywano zabiegi okotoporodowe (trzy lub więcej razy) (tab. 7.1.).

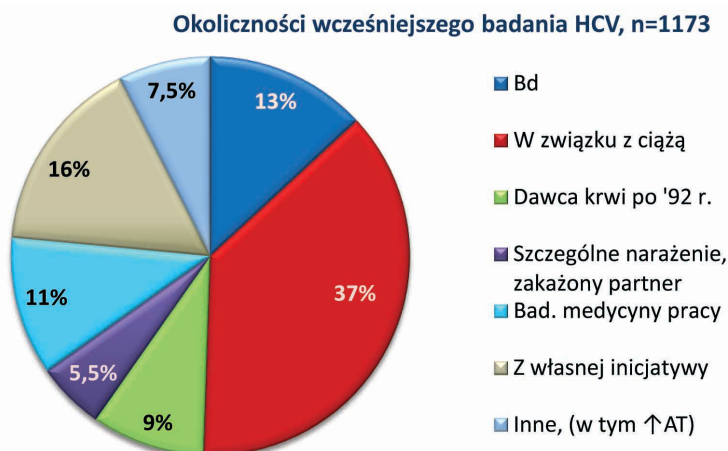
Tabela 7.1.

Czynniki ryzyka zakażenia HCV w grupie kobiet w ciąży ($p < 0.05$)

	anty-HCV	HCV-RNA
transfuzje krwi przed 1992 rokiem	+	+
operacje chirurgiczne	+	
3 i więcej zabiegów okotoporodowych		+
choroba wymagająca częstych hospitalizacji	+	+
praca w służbach prewencyjno-porządkowych	+	+

W całkowitej liczbie badanych kobiet tylko 14,7% (1173/8006) odpowiedziało twierdząco na pytanie o wcześniejsze badanie w kierunku zakażenia HCV („Czy była Pani kiedykolwiek badana w kierunku wirusowego zapalenia wątroby C (WZW-C, HCV)?”). Całkowity odsetek kobiet badanych wcześniej może być wyższy, ponieważ 19,8% (1589/8006) badanych na powyższe pytanie udzieliło odpowiedzi: „Nie wiem”. Tak wysoki odsetek kobiet nieświadomych wykonywanych badań może świadczyć o niedostatecznym informowaniu pacjentek o zlecanych badaniach w związku z ciążą lub w trakcie innych wizyt lekarskich. Jednoznacznej odpowiedzi przeczącej udzieliło 61,8% kobiet (4947/8006).

W grupie kobiet, które potwierdziły wcześniejsze badanie w kierunku HCV, 37,4% (439/1173) było badanych w związku z ciążą: poprzednią, planowaną, przed IVF (in vitro fertilisation) lub w trakcie obecnej ciąży, przed włączeniem do badania - i była to najczęściej podawana okoliczność wcześniejszego badania. Na drugim miejscu wśród okoliczności badania w kierunku zakażenia HCV wymieniano badanie z własnej inicjatywy (16%, 188/1173) (ryc. 7.4.).

**Rycina 7.4.**

Okoliczności przeprowadzenia wcześniejszego badania w kierunku zakażenia HCV, wskazane przez kobiety w ciąży badane w ramach Projektu 3

Ogółem odsetek kobiet badanych wcześniej w kierunku HCV w związku z ciążą wynosił 5,5% (439/8006), a wśród kobiet będących w drugiej lub kolejnej ciąży - 8,6% (360/4207). Analiza odpowiedzi dotyczących wcześniejszych badań w kierunku zakażenia HCV, udzielonych przez kobiety w drugiej lub kolejnej ciąży wykazała duże zróżnicowanie w zależności od województwa - najwięcej kobiet odpowiedziało twierdząco na zadane pytanie o wcześniejsze badanie w woj. małopolskim (12,8%; 121/949), najmniej - w woj. kujawsko-pomorskim (4,1%; 38/923). Wyniki te należy jednak traktować z ostrożnością w związku z dużą liczbą odpowiedzi „Nie wiem” (na pytanie o wcześniejsze badanie HCV) oraz brakiem informacji, w którym roku była poprzednia ciąża.

Wśród kobiet, u których wykryto obecność HCV-RNA, cztery wiedziały o zakażeniu w związku z badaniami wykonanymi wcześniej (16%; 4/25); u dwóch z nich wykryto zakażenie HCV w związku z ciążą, u jednej - podczas badania z własnej inicjatywy, a u drugiej w związku z podwyższonym poziomem transaminaz. W grupie 76 kobiet posiadających przeciwciała anty-HCV, u 13% (10/76) anty-HCV wykryto we wcześniejszych badaniach (u 3 w związku z ciążą, u 4 w badaniach z własnej inicjatywy, u dwóch w związku z podwyższeniem poziomu ALT, u jednej - Bd).

Na podstawie przeprowadzonego w ramach Projektu 3. badania ankietowego oceniano również stan wiedzy badanej populacji w zakresie HCV - ogółem 54% (4330/8006) badanych kobiet odpowiedziało „Tak” na pytanie: „Czy przed udziałem w niniejszym badaniu słyszała Pani o wirusowym zapaleniu wątroby typu C lub wirusie HCV”. W tej grupie dla 15% (641/4330) Internet był podstawowym źródłem wiedzy, na drugim miejscu wymieniano wiedzę czerpaną z różnych

mediów tj. TV, prasy, Internetu, radia (21%; 919/4330), 12% badanych (507/4330) nie podało żadnego źródła wiedzy mimo twierdzącej odpowiedzi na poprzednie pytanie. Wiedza na temat HCV wśród badanych kobiet była istotnie związana z poziomem wykształcenia: kobiety z wykształceniem średnim lub wyższym częściej odpowiadały twierdząco na pytanie o wcześniejszą wiedzę o HCV niż kobiety z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (59,5% v 26,3%; $p < 0,001$, $OR=4,1$).

7.2. Ocena celowości i wykonalności rutynowych badań w kierunku HCV w grupie kobiet w ciąży

Uzyskane wyniki Projektu 3. „Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV” pozwoliły potwierdzić wykonalność i celowość rutynowych badań w kierunku wirusowego zapalenia wątroby C u kobiet ciężarnych. Wśród kobiet, u których wykryto zakażenie HCV (obecność HCV-RNA), 84% nie wiedziało o swoim zakażeniu. Wśród wszystkich włączonych do badania kobiet w ciąży, które zadeklarowały wcześniejsze wykonanie badania w kierunku zakażenia HCV, 37,4% było badanych w związku z ciążą (poprzednią, planowaną, przed IVF lub w trakcie obecnej ciąży przed włączeniem do badania). Jednocześnie ciąża stanowiła najczęściej podawaną okoliczność wcześniejszego badania w kierunku HCV. Wśród 4 pacjentek HCV-RNA (+), które były świadome swojego zakażenia, dwóm wykryto zakażenie HCV w związku z badaniami wykonywanymi podczas ciąży.

Przyjmując liczbę urodzeń żywych w danym roku za najbliższe przybliżenie liczby kobiet w ciąży, na podstawie stwierdzonej częstości występowania HCV-RNA można szacować, że w 2014 roku 1147 kobiet w ciąży było zakażonych wirusem HCV ($0,31\% \times \sim 370\ 000$; gdzie 370 000 równa się liczbie urodzeń żywych, uwzględniając ciążę bliźniacze). Podobnej liczby wykrytych zakażeń wśród ciężarnych można by się spodziewać corocznie, gdyby zalecane badania w kierunku HCV były wykonywane u wszystkich kobiet w ciąży. Oznacza to, iż rocznie rodzi się około 1147 dzieci narażonych na zakażenie HCV.

Badania przesiewowe 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. Jednakże dopiero od 2011 roku zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia badania w kierunku HCV powinny być nieodpłatnie wykonane wszystkim kobietom w ciąży (do 10 tygodnia ciąży).

Badania przesiewowe kobiet ciężarnych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia są realizowane (tab. 7.2.), a ich wykonalność z roku na rok wzrasta. W 2015 roku dynamika wzrostu sięgnęła nawet 180% w porównaniu z rokiem

bazowym 2012. Z pewną ostrożnością należy podchodzić do danych wskazujących, że badaniami w kierunku zakażenia HCV w czasie ciąży objęto od 10% pacjentek w 2012 roku do 18% w roku 2015. Należy pamiętać, że kobiety w ciąży badania mogły wykonać we własnym zakresie lub korzystać z badań w kierunku zakażenia HCV w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Przekazane przez NFZ dane zawierają jedynie liczbę wykonanych badań - nie można zatem w oparciu o nie wykluczyć iż część pacjentek mogła być poddana badaniu więcej niż raz.

Tabela 7.2.

Badania w kierunku zakażeń HCV sprawozdane przez świadczeniodawców przy rozliczaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanych kobietom w ciąży (dane NFZ)

	2012	2013	2014	2015
Liczba kobiet objętych ambulatoryjną opieką w zakresie położnictwa i ginekologii z rozpoznaniem „ciąża”	378 670	372 514	370 578	364 902
Wszystkie zlecone badania w kierunku zakażenia HCV:	36 830	47 596	58 559	66 347
1. Badania w kierunku wykrycia antygeny rdzeniowego HCV	17 657	19 682	20 162	20 268
2. Badania w kierunku HCV-RNA	581	581	555	580

Należy podkreślić (co potwierdzają wyniki Projektu 3.), że wynikiem dodatnim (reaktywnym) testów wykrywających przeciwciała anti-HCV powinna towarzyszyć dalsza diagnostyka w celu potwierdzenia zakażenia. Wg rekomendacji postępowania w profilaktyce wertykalnych zakażeń HBV i HCV, u kobiet zakażonych HCV należy pod koniec drugiego trymestru ciąży oznaczyć stężenie HCV-RNA [14]. W przypadku wysokiej wirerii u kobiety, autorki rekomendacji proponują rozwiązanie ciąży elektywnym cięciem cesarskim [14].

W przeciwieństwie do badań HBsAg wykonywanych w kierunku WZW-B, które to badania wykonywane są od wielu lat wśród ciężarnych niemal we wszystkich krajach europejskich, badania na obecność przeciwciał anti-HCV w tej grupie są wykonywane tylko w trzech krajach: w Hiszpanii, na Malcie i w Norwegii [15]. W pozostałych krajach badania anti-HCV nie są zalecane wszystkim ciężarnym, a jedynie kobietom ze zwiększonym ryzykiem zakażenia HCV, szczególnie kobietom z wykrytym zakażeniem HIV. Brak rekomendacji dla powszechnych badań przesiewowych w kierunku HCV w ciąży uzasadnia się najczęściej brakiem interwencji pozwalających na skuteczne ograniczenie transmisji wertykalnej oraz niedostateczną znajomością korzyści wynikających z wczesnego wykrycia i leczenia zakażenia u dzieci matek zakażonych HCV. Często powoływano się w tej

kwestii na analizę, która wykazała, że badania przesiewowe kobiet w ciąży nie wykazują efektywności poniesionych kosztów [16]. Jednakże, jak zauważają sami autorzy wspomnianych badań, dostępność nowych metod leczenia mogłaby zmniejszyć efektywność w tym aspekcie. Analizę opublikowano w 2005 roku, zważywszy jednak na nowe opcje terapeutyczne dostępne w Polsce od 2015 r., wnioski z tej analizy mogą nie być już adekwatne do obecnej sytuacji. Wskazują na to również niedawne obserwacje dynamicznych zmian odpowiedzi odpornościowej matki na wirusa HCV w przebiegu ciąży i po porodzie, pozwalają nam przewidywać niektóre sytuacje, np. które dziecko pokona wirus, a które powinno otrzymać leczenie [17]. Leczenie to (PEG-IFN+RBV) można zacząć względnie wcześnie - już po 2. roku życia (ze względu na niepożądane skutki uboczne). Leki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA) dają nadzieję w przyszłości na skuteczne wyleczenie dzieci zakażonych wertykalnie HCV [18]. Należy jednak podkreślić, że do tej pory żaden z leków (DAA) nie został dopuszczony do stosowania u dzieci. Mimo tego ograniczenia, wykonywanie badań w kierunku HCV u kobiet w ciąży można uznać w Polsce za działanie uzasadnione.

Od 2015 roku w Polsce dostępne są nowe opcje terapeutyczne dla pacjentów zakażonych HCV - terapie bez-interferonowe. Terapie WZW-C z użyciem leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA) skróciły czas leczenia, charakteryzują się wysoką odpowiedzią (>95%) i niską toksycznością, co czyni je atrakcyjnymi dla potencjalnego stosowania u pacjentek w ciąży [19]. Większość terapii DAA skojarzonych z RBV uzyskało w kwalifikacji FDA (*U.S. Food and Drug Administration*) kategorię X (przeciwwskazanie w czasie ciąży). Jednakże sofosbuvir i ledipasvir zaliczono do kategorii B - w badaniach na zwierzętach nie dochodziło do uszkodzenia płodu [19]. W polskich kryteriach kwalifikacji do terapii bez-interferonowej ciąża lub karmienie piersią są kryteriami uniemożliwiającymi włączenie do programu lekowego.

Ze względu na nowe, dostępne terapie bez-interferonowe, zasadne staje się by jedną z dróg zapobiegania transmisji wertykalnej wirusa HCV było leczenie zakażonych kobiet jeszcze przed planowaną ciążą. Zasadne wydaje się objęcie badaniami przesiewowymi kobiet w wieku rozrodczym lub planujących ciążę - włączenie do koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki ginekologicznej badań w kierunku zakażeń HCV dla kobiet planujących ciążę lub dla kobiet w wieku rozrodczym z grup podwyższonego ryzyka zakażenia HCV. Można również wykorzystać doświadczenia innych - badania przesiewowe w kierunku zakażenia HCV połączono ze skriningiem kobiet, wykonywanym w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w kierunku raka szyjki macicy oraz chorób przenoszonych drogą płciową [20].

7.3. Zwiększenie wiedzy lekarzy ginekologów-położników, lekarzy rodzinnych oraz pielęgniarek i położnych na temat zapobiegania wertykalnej transmisji HCV oraz postępowania z dzieckiem matki zakażonej

Realizację Projektu 3. poprzedziło 5 szkoleń przeprowadzonych w każdym z województw, w których Projekt 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) oraz podkreślić rolę badań przesiewowych (szczególnie u kobiet w ciąży). Łącznie w szkoleniach uczestniczyło 608 osób. W trakcie spotkań w środowisku lekarzy ginekologów, położników, pielęgniarek i położnych podkreślano istotną rolę badań przesiewowych wśród kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV

Dodatkowo przeprowadzono działania edukacyjne wśród kobiet w ciąży. Każda pacjentka, której proponowano badanie w kierunku zakażenia HCV w ramach Projektu 3. otrzymała ulotkę przedstawiającą podstawowe informacje o wirusie HCV, chorobie którą ten wirus wywołuje (WZW-C), drogach transmisji wirusa i zaletach wykonania badań w kierunku zakażenia HCV w ciąży. W jednostkach realizujących Projekt 3. wywieszono też plakaty informujące o bezpłatnym badaniu w kierunku zakażenia HCV.

7.4. Podsumowanie

Przeprowadzone badania wskazują, iż w Polsce 0,31% kobiet w ciąży może być zakażonych wirusem HCV, stanowiąc tym samym zagrożenie dla swojego dziecka. Natomiast, 0,95% kobiet ciężarnych miało kontakt z wirusem HCV, co wyraża się obecnością przeciwciał anti-HCV. Należy podkreślić, że aż 84% badanych kobiet nie wiedziało o swoim zakażeniu. Uzyskane wyniki Projektu 3. pt. „Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV” pozwoliły potwierdzić wykonalność i celowość rutynowych badań w kierunku HCV u kobiet ciężarnych. Ciąża to doskonała okoliczność do wykonania badania w kierunku zakażenia HCV kobiet w wieku rozrodczym. Ze względu jednak na dostępność nowych, skutecznych opcji terapeutycznych, do kwalifikacji których ciąża jest przeciwwskazaniem, należałoby rozważyć objęcie badaniami w kierunku zakażenia HCV również

kobiet przed ciążą. Wykrycie zakażenia i wyleczenie przyszłej matki stanowić będzie istotną drogę zapobiegania zakażeniom wertykalnym u dzieci i tym samym w sposób oczywisty ograniczy koszty leczenia.

PODZIĘKOWANIA

Składamy serdeczne podziękowania dla Ekspertów ds. klinicznych: prof. Marka Grabca, prof. Mirosława Wielgosia, prof. Jana Oleszczuka, prof. Krzysztofa Rytlewskiego i dr Rafała Rudzińskiego, za współpracę przy merytorycznej realizacji Projektu 3. oraz Osobom współrealizującym Projekt w 48 Ośrodkach (tab. 7.3.), które wykazały się dużym zaangażowaniem przy organizacji pobrań i rekrutacji pacjentek do udziału w Projekcie 3. Autorzy pragną gorąco podziękować Paniom: dr Annie Żuk-Wasek, Barbarze Łagosz oraz Mirosławie Pyzel za wkład w część laboratoryjną Projektu 3. Paniom: dr hab. Magdalenie Rosińskiej i lek. med. Małgorzacie Stępień serdecznie dziękujemy za przeprowadzenie analizy jednoczynnikowej i wieloczynnikowej czynników ryzyka zakażeń HCV u kobiet ciężarnych.

Tabela 7.3.

Lista ośrodków współpracujących przy realizacji Projektu 3

Lp.	Nazwa ośrodka	Miasto	Województwo
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Biała Podlaska	lubelskie
2.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	Chełm	lubelskie
3.	Specjalistyczne Gabinety Lekarskie ZDROWIE	Dęblin	lubelskie
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dęblinie	Dęblin	lubelskie
5.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	Krasnymstaw	lubelskie
6.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4	Lublin	lubelskie
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	Łuków	lubelskie
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II	Zamość	lubelskie
9.	Falck Medycyna Sp. z o.o. Centrum Medyczne	Kraków	małopolskie
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki	Kraków	małopolskie

11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju	Krynica-Zdrój	małopolskie
12.	Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	Libiąż	małopolskie
13.	Miejska Przychodnia Zdrowia	Maków Podhalański	małopolskie
14.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	Myślenice	małopolskie
15.	Medikor	Nowy Sącz	małopolskie
16.	Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego	Nowy Sącz	małopolskie
17.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	Nowy Targ	małopolskie
18.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu	Oświęcim	małopolskie
19.	CenterMed Sp. z o.o.	Tarnów	małopolskie
20.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Dr J. Bizuela	Bydgoszcz	kujawsko-pomorskie
21.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Ciechanów	mazowieckie
22.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej	Głinojeck	mazowieckie
23.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital w Iłży	Iłża	mazowieckie
24.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim	Mińsk Mazowiecki	mazowieckie
25.	Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie	Nadarzyn	mazowieckie
26.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr J. Psarskiego w Ostrołęce	Ostrołęka	mazowieckie
27.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej	Ostrów Mazowiecka	mazowieckie
28.	EMS Piaseczno Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Św. Anny	Piaseczno	mazowieckie
29.	Centrum Medycznym Medica Sp. z o.o.	Płock	mazowieckie
30.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	Przasnysz	mazowieckie
31.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.	Radom	mazowieckie
32.	GRAVMED Sp. z o.o.	Radom	mazowieckie
33.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	Warszawa	mazowieckie

34.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Ursynów	Warszawa	mazowieckie
35.	Renata Blukacz, Justyna Grzywacz, Tomasz Matarka „Medical Office” s.c. NZOZ Medical Center S.C.	Warszawa	mazowieckie
36.	Szpital Specjalistyczny im Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Warszawa	mazowieckie
37.	Szpital Kliniczny im ks. Anny Mazowieckiej	Warszawa	mazowieckie
38.	Szpital Specjalistyczny INFLANCKA im. Krysi Niżyńskiej „Zakurzonej”	Warszawa	mazowieckie
39.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lecznica Medea	Warszawa	mazowieckie
40.	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM	Warszawa	mazowieckie
41.	Samodzielny Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	Węgrów	mazowieckie
42.	Samodzielny Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej Miejski Ośrodek Zdrowia w Zielonce	Zielonka	mazowieckie
43.	Wojewódzki Szpital Zespolony	Kielce	świętokrzyskie
44.	Centralne Laboratorium Analizy Medycznej - Anna Bądel	Kielce	świętokrzyskie
45.	Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka	Kielce	świętokrzyskie
46.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Południowa Sp. z o.o.	Końskie	świętokrzyskie
47.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego	Sandomierz	świętokrzyskie
48.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej	Starachowice	świętokrzyskie

PIŚMIENNICTWO

1. Boucher M, Gruslin A. (2000) The Reproductive Care of Women Living With Hepatitis C Infection. *Journal Socg*; 96.
2. Kotakowska A, Godzik P, Madaliński K. (2014) Zakażenia wirusem HCV u kobiet w ciąży. *Med Dosw Mikrobiol*; 66(3-4):215-22.
3. Mast EE, Hwang LY, Seto DS, Nolte FS, Nainan OV et al. (2005) Risk factors for perinatal transmission of hepatitis C virus (HCV) and the natural history of HCV infection acquired in infancy. *J Infect Dis*; 192(11):1880-9.

4. Mok J, Pembrey L, Tovo PA et al. (2005) When does mother to child transmission of hepatitis C virus occur? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*; 90: 156-60.
5. Mor G, Cardenas I. (2010) The Immune System in Pregnancy: A Unique Complexity. *Am J Reprod Immunol*; 63: 425-33.
6. Indolfi G, Azzari C, Moriondo M. et al. (2006) Alanine transaminase levels in the year before pregnancy predict the risk of hepatitis C virus vertical transmission. *J Med Virol*; 78: 911-4.
7. Prasad MR, Hongger JR. (2013) Hepatitis C virus in pregnancy. *Am J Perinatol* 30: doi:10.1055/s-0033-1334459.
8. European Paediatric Hepatitis C Virus Network. (2005) A significant sex - but not elective cesarean section effect on mother-to-child transmission of Hepatitis C Virus infection. *JID* 192:1872-9.
9. Minola E, Maccabruni A, Pacati I et al. (2001) Amniocentesis as a possible risk factor for mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Hepatology* 33:1341-2.
10. Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Pokorska-Lis M et al. (2010) Zakażenie odmatczyne HCV - czy możemy mieć wpływ na częstość zakażenia i jego przebieg? *Przegl Lek* 67: 9-12.
11. Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Pokorska-Lis M et al. (2007) Zakażenie wertykalne HCV - ocena częstości i przebiegu zakażenia u dzieci. *Przegl Epidemiol* 61:7-15.
12. Khaderi S, Shepherd R, Goss JA, Leung DH (2014) Hepatitis C in the pediatric population: transmission, natural history, treatment and liver transplantation. *World J Gastroenterol* 20:11281-6.
13. Madaliński K, Flisiak R, Halota W et al. (2013) Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej 2012/2013. *Diagnostyka Laboratoryjna* 49:65-70.
14. Pawłowska M, Sobolewska-Pilarczyk M (2016) Rekomendacje postępowania w profilaktyce wertykalnych zakażeń HBV i HCV. *Przegl Epidemiol* 70:119-120.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC; 2010.
16. Plunkett BA, Grobman WA (2005) Routine hepatitis C virus screening in pregnancy: a cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* 192:1153-61.
17. Jhaveri R, Swamy GK. (2014) Hepatitis C Virus in Pregnancy and Early Childhood: Current Understanding and Knowledge Deficits. *J Pediatric Infect Dis Soc* 3(Suppl 1): 13-18.
18. Tosone G, Maraolo AE, Mascolo S et al. (2014) Vertical hepatitis C virus transmission: Main questions and answers. *World J Hepatol* 6:538-48.
19. Kanninen TT, Dieterich D, Ascutti S. (2015) HCV vertical transmission in pregnancy: New horizons in the era of DAAs. *Hepatology* 62:1656-8.
20. Bogler T, Farber A, Stall N et al. (2015) Missed connections: Unintended consequences of updated cervical cancer screening guidelines on screening rates for sexually transmitted infections. *Can Fam Physician* 61(10):e459-66.

JAKOŚCIOWA OCENA RYZYKA ZAKAŻENIA HCV W ŚWIECIE STOSOWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

Dr hab. Krzysztof Tomasiewicz, Dr n. med. Sławomir Kiciak
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

PROJEKT 4

„Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej”

Pomimo istotnego postępu, zarówno w diagnostyce i terapii zakażeń krwio-pochodnych, jak i metodach zapobiegania zakażeniom szpitalnym, stanowią one wciąż istotny problem w Polsce i na świecie. Omawiając problem zakażeń krwio-pochodnych 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 podmiotów leczniczych, 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”.

8.1. Cele projektu i metodyka badań

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.

Wśród rutynowych pytań zawartych w ankietach oceniających przestrzeganie procedur ochronnych szczególną uwagę zwrócono na niżej wymienione działania i zachowania personelu medycznego.

- Stosowanie rękawiczek i ich zmianę po każdym zabiegu u pacjenta i potencjalnym kontakcie z materiałem zakaźnym.
- Kontakt z wszelkimi jednorazowymi elementami zestawów do przetoczeń leków i preparatów diagnostycznych oraz sposób wymiany tych elementów.
- Korzystanie z preparatów wielodawkowych i stosowanie wspólnych strzykawek dla różnych pacjentów nawet przy założeniu, że procedura postępowania wyklucza możliwość ich kontaminacji.
- Badania wstępne na obecność zakażenia HCV u pacjentów i personelu na wybranych oddziałach (czy są prowadzone).
- Stosowanie środków ochrony osobistej specyficznych dla każdej dziedziny medycyny (okulary ochronne, wzmacniane rękawice, fartuchy).
- Postępowanie z zanieczyszczonym sprzętem medycznym, zwłaszcza przez pomocniczy personel medyczny.
- Zgłaszanie wypadków i ekspozycji na materiał zakaźny.
- Procedury czyszczenia i sterylizacji sprzętu wielokrotnego użytku, w tym narzędzi diagnostycznych.
- Prowadzenie szkoleń dla personelu i obecność spisanych instrukcji postępowania.

O skali przedsięwzięcia świadczy fakt, że badanie objęło 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.

8.2. Uzyskane wyniki badań i ich omówienie

8.2.1. Lecznictwo zamknięte

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. Czy zatem można stwierdzić, że poziom bezpieczeństwa sanitarnego eliminuje całkowicie ryzyko transmisji patogenów krwiopochodnych? Poniżej przedstawiono podstawowe obszary, w których niewłaściwe działania lub ich brak może zwiększać ryzyko transmisji HCV oraz propozycje rozwiązań.

- a) Zobowiązanie wszystkich placówek medycznych do zawarcia umów na świadczenia z zakresu postępowania poekspozycyjnego. Równocześnie konieczne jest szkolenie pracowników na temat konieczności zgłaszania ekspozycji oraz aspektów prawnych tego zagadnienia. Pomimo dość wysokiej świadomości

nadal pewien odsetek pracowników ochrony zdrowia nie zgłasza ekspozycji zawodowych.

- b) Analiza odpowiedzi na pytania dotyczące postępowania z pacjentami zakażonymi HCV wykazuje, że pomimo wielokrotnego powtarzania o konieczności stosowania takich samych procedur profilaktycznych dla wszystkich pacjentów, podejście do pacjenta o znanym statusie serologicznym HCV pozostaje niewłaściwe. W trakcie badań własnych wykazano, że w 5 szpitalach pacjenci z HCV przebywają w izolatkach. W 10 szpitalach pacjenci są oznakowani i personel wkłada podwójne rękawiczki. Natomiast w pozostałych 26 szpitalach pacjenci zakażeni HCV są traktowani tak samo jak inni. Jeszcze gorzej jest w oddziałach ginekologiczno-położniczych. W 5 szpitalach kiedy rodzi pacjentka z zakażeniem HCV dokonywane są starania, aby przenieść pacjentkę do innej placówki. Ponadto przeznaczanie specjalnych endoskopów dla osób HCV-dodatnich, odsyłanie ich na koniec kolejki do badania ma być w opinii respondentów dobrą metodą na uchronienie siebie i innych pacjentów przed zakażeniem. Odpowiedzi te świadczą przede wszystkim o braku wiedzy, a nawet strachu przed pacjentem HCV-dodatnim. Konieczne zatem są regularne szkolenia na poziomie zarówno przeddyplomowym jak i już w trakcie pracy zawodowej wskazujące na całkowitą błędność takiego postrzegania problemu transmisji zakażeń krwiopochodnych. Pozwoli to uniknąć irracjonalnych zachowań, które mogą nawet zwiększać ryzyko zakażenia (np. podwójne rękawice w przypadku pewnych zabiegów zwiększają ryzyko ekspozycji). Ujednolicenie stanowiska postępowania z pacjentem zakażonym HCV powinno dotyczyć również pracowni endoskopowej. Ponieważ procedury postępowania, dekontaminacji, mycia, dezynfekcji oraz przechowywania sprzętu w pracowniach endoskopowych są bardzo rygorystyczne i często zautomatyzowane, a także podlegają rygorystycznym kontrolom, nie ma wskazań do stosowania wydzielonych endoskopów lub stanowisk dedykowanych pacjentom zakażonym HCV. Takie postępowanie promuje fałszywe poczucie bezpieczeństwa w przypadku osób niezakażonych lub o nieznanym statusie serologicznym.
- c) W większości szpitali procedury sterylizacji są przestrzegane, ale istnieje pewna rozbieżność w zakresie personelu odpowiedzialnego za przygotowanie sprzętu do sterylizacji. Najczęściej dokonuje tego pielęgniarka instrumentariuszka, ale w części szpitali zajmuje się tym pielęgniarka oddziałowa lub pracownik sterylizatorni. Istnieją też duże różnice co do częstości przeprowadzania testów sprawdzających prawidłowość sterylizacji i szkoleń doskonalących umiejętności personelu odpowiedzialnego za proces sterylizacji. W niektórych z badanych szpitali w ogóle nie prowadzi się takich szkoleń. Konieczne jest zatem ściśle przestrzeganie procedur sterylizacji i obowiązek

zatrudniania odpowiedniego personelu, jak również prowadzenie udokumentowanych szkoleń z tego zakresu.

- d) Oddzielnego omówienia wymaga kwestia dezynfekcji rąk oraz stosowania rękawiczek jednorazowych i innych środków ochrony osobistej. Jak wspomniano powyżej, wszystkie szpitale deklarowały, że nie występują trudności w dostępie do tych środków oraz do preparatów do mycia i dezynfekcji. Również większość ankietowanych deklaruje prawidłową higienę rąk. Niepokój może budzić stosunkowo duży odsetek (nawet do 28%) odpowiedzi „zdarza mi się nie stosować rękawic ochronnych przy zabiegach przy pacjencie”. Abstrahując od prawidłowości stosowania rękawic, już sam fakt dopuszczania możliwości ich niestosowania może być ogniwem w łańcuchu transmisji zakażeń. Nie ma zastrzeżeń do dezynfekcji rąk oraz usuwania ostrych narzędzi (igieł) do bezpiecznego pojemnika o sztywnych ścianach (100% ankietowanych). Natomiast wielu respondentów miało problem z określeniem sposobu postępowania w przypadku znalezienia ostrego przedmiotu w miejscu do tego przeznaczonym. Brak reakcji na ten fakt ze strony 21% badanych nie może być zaakceptowany.

Za niewłaściwe należy również uznać wykonywanie zabiegów inwazyjnych na salach chorych w przypadku 59% pytanych. Ponieważ w podobnym odsetku wskazano gabinet zabiegowy (możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi) należy uznać, że część osób w ogóle nie korzysta w tym celu z gabinetu zabiegowego. Ponadto jedna czwarta pytanych przyznała, że zdarza się jednocześnie wykonywać zabiegi u kilku osób, co sprzyja niewłaściwemu przygotowaniu do pracy z pacjentem. Prawie co dziesiąta osoba przyznała się do zaniedbań w zakresie stosowania środków ochronnych w czasie resuscytacji, co z uwagi na agresywność postępowania może wiązać się ze zwiększonym narażeniem na zakażenie. Wydaje się, że pośpiech w tym przypadku nie stanowi czynnika usprawiedliwiającego.

Dopuszczanie pewnych odstępstw przy drobnych zabiegach medycznych jest wielce niebezpieczne. Należy podkreślić, że powszechnie uważa się, że obecnie właśnie drobne zabiegi medyczne mogą być „punktami krytycznymi” w zakresie możliwej transmisji HCV i innych patogenów krwiopochodnych. Edukacja w zakresie prawidłowej higieny rąk (mycia i dezynfekcji) oraz stosowania rękawic ochronnych zgodnie z wytycznymi WHO jest absolutnie konieczna. Ważne, aby pracownicy posiadali nie tylko wiedzę teoretyczną, ale także w praktyce potrafili w sposób prawidłowy myć, dezynfekować ręce i zakładać rękawiczki. Wstępna analiza programów kształcenia, a także odpowiedzi na ankiety przeprowadzane wśród studentów każe przypuszczać, że szkolenie takie, zwłaszcza praktyczne jest niedostateczne lub nie jest prowadzone w ogóle.

Ważne jest także szkolenie i nadzór nad prawidłową dezynfekcją sprzętu typu stoliki zabiegowe. Wyniki badań eksperymentalnych wykonanych w ramach Projektu 4, dokumentują obecność śladów krwi na blatach roboczych i stolikach, łóżkach, pomimo braku widocznych zabrudzeń. W jednym przypadku stwierdzono obecność krwi na stazie do pobierania krwi.

- e) W literaturze dość szeroko opisano problem ryzyka transmisji HCV na skutek stosowania opakowań wielodawkowych. Niech przykładem będzie dochodzenie epidemiologiczne przeprowadzone przez autorów amerykańskich podczas opracowywania ogniska nozokomialnych infekcji HCV [1]. Analiza stosowanych procedur medycznych i podawanych leków wykazała, że jedynym preparatem, który przechowywany był na terenie oddziału i stosowany u wszystkich wymienionych pacjentów był roztwór soli fizjologicznej. Oczywiście pielęgniarki zaprzeczały używania tych samych strzykawek i deklarowały zmianę rękawiczek po obsłudze każdego pacjenta. Zdaniem autorów prawdopodobny mechanizm był następujący. Do przepłukiwania cewników dożylnych używano strzykawek 3 ml. W przypadku cewników centralnych taka ilość może być zbyt mała, aby dokładnie przepłukać cewnik, w związku z czym pielęgniarki „dobierały” płyn z pojemnika wielodawkowego. W tym momencie istniała potencjalna możliwość kontaminacji całej porcji płynu zawartego w pojemniku. Przyniesiony opis pokazuje jak daleko idące następstwa w obszarze transmisji HCV i innych zakażeń krwiopochodnych może mieć pozornie drobne odstępstwo od przyjętej procedury.

Badania własne wykazały, że w wielu szpitalach nadal stosowane są opakowania wielodawkowe. W 24 szpitalach sól fizjologiczna do rozcieńczania leków lub przepłukiwania wkłucia nabierana jest z jednorazowych ampułek, które wyrzucane są po nabraniu. W 2 szpitalach z pojemników 250 ml, które używane są jednorazowo. W 6 przypadkach zarówno po nabraniu z jednorazowych ampułek, jak i z pojemników 250 ml, opakowania są wyrzucane po nabraniu. Natomiast w 12 szpitalach nabierane są z butelek 250 ml i większych, które używane są danego dnia dla różnych pacjentów.

Wprowadzenie zakazu stosowania opakowań wielodawkowych, zwłaszcza w sytuacji, gdy istnieją pojedyncze opakowania o małej objętości leku lub płynu (tak jak w przypadku roztworu soli fizjologicznej) pomogłoby wyeliminować tę potencjalną drogę transmisji HCV.

Jednocześnie oprócz propozycji rozwiązań o stricte profilaktycznym charakterze, fakt kontaktu pacjenta z placówką opieki medycznej można wykorzystać do identyfikacji osób, które nie są świadome zakażenia HCV. Często dyskutowany i kontrowersyjny problem wprowadzenia badań serologicznych w kierunku HCV

(anty-HCV) u wszystkich pacjentów przyjmowanych do szpitala wydaje się mieć coraz większe uzasadnienie. Pozwala na identyfikację osób zakażonych i dalsze kierowanie ich do opieki specjalistycznej. Ma również istotne znaczenie prawne w przypadku ewentualnych pozwów o zakażenie, dzięki wykazaniu istnienia zakażenia już w chwili przyjęcia do placówki medycznej. Biorąc pod uwagę relatywnie niski koszt tego badania wydaje się ono być instrumentem opłacalnym.

8.2.2. Lecznictwo otwarte

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 zakażenie 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. W jednym z większych badań typu case-control study, przeprowadzonych we Francji zdefiniowano 15 niezależnych czynników ryzyka zakażenia HCV [2]. Spośród nich większość była związana z kontaktem z placówką opieki medycznej, w tym placówką świadczącą opiekę ambulatoryjną. Były to: endoskopia przewodu pokarmowego (OR=1,9), terapia zmian skórnych [owrzodzenia lub naruszenia ciągłości skóry (zranienia)] (OR=10,1), diatermia (OR=3,0), podanie gammaglobulin swoistych (OR=1,7), iniekcje dożylnie (OR=1,7) lub domięśniowe (OR=1,4), skleroterapia żyłaków (OR=1,6), a także akupunktura (OR=1,5) i zabiegi upiększające (OR=2,0). Dwa ostatnie z wymienionych oczywiście zazwyczaj nie mają miejsca w placówkach otwartej opieki medycznej, chociaż nie można tego całkowicie wykluczyć. W analizie statystycznej najsilniejszą zależność pomiędzy terapią ambulatoryjną a potencjalną możliwością zakażenia HCV stwierdzono dla terapii owrzodzeń kończyn dolnych i ran ($p=0,002$) oraz diatermii, terapii żyłaków oraz iniekcji dożylnych i domięśniowych. Długość czasu terapii ambulatoryjnych również miała znaczenie statystyczne dla ryzyka zakażenia HCV. Niższą istotność stwierdzono dla ambulatoryjnego podawania immunoglobulin swoistych (głównie w profilaktyce tężca). Ten jeden przykład francuskiej analizy nozokomialnych czynników ryzyka transmisji HCV pokazuje, że nie można pominąć faktu korzystania z medycznej opieki ambulatoryjnej w ocenie możliwości zakażenia.

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. Jeżeli skala tego zjawiska zostanie potwierdzona konieczne będzie podjęcie w trybie pilnym odpowiednich działań. Wydaje się, że nawet przy mniejszej skali kontrola przez służby sanitarne rozwiązań stosowanych w celu sterylizacji narzędzi zabiegowych w tych placówkach stanowi absolutną konieczność.

Nie można mieć natomiast zastrzeżeń do wyposażenia gabinetów zabiegowych. Obecność umywalek 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 użytej 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.

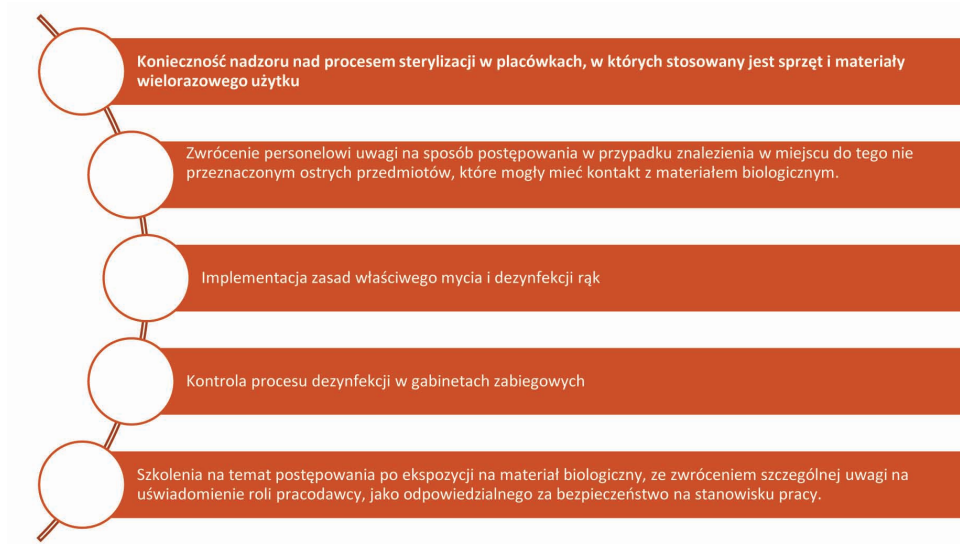
Niepokój budzi fakt, że 21% badanych nie przestrzega obowiązku dezynfekcji rąk przed i po każdym kontakcie z pacjentem. Ten wysoki odsetek potwierdza obserwacje wielu autorów w różnych krajach, że błędy popełniane przez personel medyczny przy myciu i dezynfekcji rąk należą do najczęstszych odstępstw 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 nabieranie do strzykawek 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 zakłucia 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. Dużą rolę wydaje się mieć prowadzona w sposób odpowiedni kontrola i nadzór służb epidemiologicznych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na możliwości szkoleń. Na **rycynie 8.1.** przedstawiono w sposób sumaryczny rekomendacje działań w zakresie zapobiegania transmisji zakażeń HCV i innych krwiopochodnych czynników infekcyjnych.

**Rycina 8.1.**

Rekomendacje dla podmiotów z lecznictwa otwartego

8.2.3. Poradnie i gabinety stomatologiczne

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. Zdaniem autorów koreańskich fakt poddania się takiemu zabiegowi zwiększa 2,5-krotnie ryzyko zakażenia HCV [3]. Podobne wartości uzyskali badacze włoscy [4]. Niestety cytowane dane opierają się przede wszystkim na badaniach ankietowych wśród pacjentów i danych z wywiadu, natomiast nie są efektem dochodzeń epidemiologicznych. W bardziej szczegółowych opracowaniach zwraca się przede wszystkim uwagę na notoryczne wielokrotne korzystanie ze strzykawek oraz duże zaniedbania w przestrzeganiu ogólnych zasad profilaktycznych, takich jak wymiana rękawic po pacjencie lub dokonywanie różnych czynności oraz kontakt z otoczeniem bez uprzedniego zdjęcia rękawic ochronnych po leczeniu pacjenta [5, 6].

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. Jest to o tyle istotne, że zgodnie z danymi literaturowymi iniekcje mogą stanowić jedną z głównych dróg transmisji zakażeń krwiopochodnych w gabinecie stomatologicznym i najczęstszą formę ekspozycji zawodowych [7].

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. Wprawdzie 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.

8.3. Ocena wiedzy studentów uczelni medycznych na temat zakażenia HCV i procedur służących zmniejszeniu ryzyka transmisji

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).

Spośród pytań, w których odsetek odpowiedzi nieprawidłowych przewyższał tych właściwych na uwagę zasługują następujące pytania:

A. Wiedza epidemiologiczna

Zakażenie HCV jest możliwe przy donosowym przyjmowaniu narkotyków - brak informacji na ten temat zapewne będzie miał niewielki wpływ na zachowanie lekarza, chociaż czasami może być to element wywiadu lekarskiego oceniającego zachowania ryzykowne pacjenta.

B. Zachowania (wobec) pacjenta zakażonego

Osoba zakażona HCV może pracować w zawodzie związanym z udzielaniem świadczeń medycznych - w tym przypadku ewidentnie brak jest wiedzy z zakresu prawa i przepisów, zatem istnieje sugestia wprowadzenia tego problemu (nie tylko w zakresie zakażenia HCV) do programu szkolenia studentów. Brak wiedzy w tym zakresie może skutkować odmową zatrudnienia pracownika o znanym statusie serologicznym co jest łamaniem obowiązujących przepisów i prawa.

Pacjent zakażony HCV ma obowiązek informowania personelu placówki udzielającej mu świadczeń medycznych o swojej chorobie. Niewłaściwe (twier-

dzące) odpowiedzi większości studentów mogą niestety mieć bardzo poważne konsekwencje. Potwierdzają one takie przekonanie panujące wśród lekarzy wykonujących swój zawód. Wiele osób wychodzi z fałszywego założenia, że wdrożenie odpowiednich procedur higienicznych i profilaktycznych jest konieczne wówczas, gdy wiemy o tym, że pacjent jest zakażony, natomiast istnieje fałszywe poczucie bezpieczeństwa przy braku takiej informacji. Takie zachowanie niesie ze sobą szczególne ryzyko „zezwolenia” na odstępianie od przestrzegania zasad i procedur. Kolejną konsekwencją, niestety wciąż obserwowaną w praktyce, jest niechęć, a nawet przypadki odmowy udzielenia świadczenia medycznego, u osób zakażonych HCV (a szczególnie HIV).

C. Wiedza na temat HCV

W bardzo dużym odsetku studenci nieprawidłowo odpowiedzieli na pytania dotyczące możliwości samowyleczenia z zakażenia HCV, znaczenia dodatkowych wyników badań laboratoryjnych (badania biochemiczne) dla podejrzenia zakażenia oraz znaczenia diagnostycznego przeciwciał anti-HCV dla rozpoznania czynnej infekcji. Brak wiedzy w tym zakresie może skutkować podejmowaniem niewłaściwych decyzji diagnostycznych - brakiem skierowania pacjenta do diagnostyki i w konsekwencji leczenia w poradni specjalistycznej. Na szczęście wiedza w tym zakresie ulega istotnej poprawie w efekcie edukacji na studiach medycznych, ale wciąż na ostatnim roku ponad połowa studentów stomatologii i 1/3 wydziału lekarskiego uważa, że wynik pozytywny badania serologicznego (anti-HCV) świadczy o czynnym zakażeniu. Co czwarty student ostatniego roku wydziału lekarskiego i co trzeci stomatologii nie wie, że wirus może powodować uszkodzenie innych niż wątroba narządów.

Jeszcze większe są braki wiedzy odnośnie nowoczesnych metod leczenia zakażenia HCV. O ile zrozumiałe mogą być niewłaściwe odpowiedzi studentów pierwszego roku, o tyle studenci ostatnich lat studiów powinni taką wiedzę posiadać, gdyż jest to jedno z najczęściej poruszanych zagadnień w ramach zajęć z chorób zakaźnych. 42% studentów medycyny i 56% stomatologii nie wie o tym, że jest możliwa pełna eliminacja HCV z organizmu pacjenta. Świadczy to ewidentnie o konieczności położenia nacisku na te zagadnienia w ramach szkolenia przeddyplomowego, ale także stanowi wskazanie do wprowadzenia tych zagadnień do szkolenia podyplomowego. Należy podkreślić, że ta wiedza jest niezbędna nie tylko specjalistom, ale przede wszystkim lekarzom innych specjalności, zwłaszcza medycyny rodzinnej, gdyż stanowi najsilniejszą motywację do wykonywania badań przesiewowych i indywidualnych.

W zakresie pytań oceniających wiedzę na temat HCV w największym stopniu widać dysproporcję pomiędzy wydziałem lekarskim i oddziałem stomatologii, na niekorzyść studentów stomatologii.

D. Szerzenie się zakażenia w placówkach opieki medycznej

Najbardziej niepokojące są odpowiedzi, świadczące o dość powszechnym przekonaniu, że sam fakt stosowania sprzętu jednorazowego użytku oraz korzystanie z jednorazowych rękawic ochronnych zapewnia bezpieczeństwo i uniemożliwia przeniesienie infekcji patogenami krwiopochodnymi. Przy czym nie widać istotnej zmiany tych poglądów w efekcie kształcenia w uczelni medycznej. Odsetek nieprawidłowych odpowiedzi na poszczególnych latach studiów był porównywalny na wydziale lekarskim i kierunku dentystycznym. Studenci obu wydziałów w dość znacznym odsetku nie dostrzegają problemu opakowań wielodawkowych. Prawie 1/3 kończy studia z przeświadczeniem, że taka forma leków nie może przyczyniać się do szerzenia zakażeń HCV. Ten element także powinien być podnoszony w czasie szkoleń podyplomowych.

E. Pytania specyficzne dla stomatologii

Bardzo duży niepokój budzi podejście wielu studentów ostatniego roku stomatologii do kwestii postępowania z pacjentem, o którym wiadomym jest, że jest zakażony HCV. Po pierwsze dla wielu (prawie) lekarzy dopuszczalne jest przekierowanie takiego chorego do innej placówki tylko i wyłącznie z uwagi na fakt zakażenia HCV. Po wtóre widzą oni konieczność przedsięwzięcia specjalnych środków ochrony. Ponownie mamy do czynienia z niezrozumieniem zasady profilaktyki przy kontakcie z pacjentem. Myślenie typu „muszę uważać, bo pacjent jest zakażony, a tego, o którym nic nie wiem traktuję normalnie” jest bardzo ryzykowne. Może ono prowadzić do zaniedbań w zakresie bezpieczeństwa pracy oraz ostracyzmu i odmowy świadczeń pacjentom zakażonym.

Wydaje się, że właśnie zmiana tego myślenia wymaga największego wysiłku zarówno w trakcie edukacji uniwersyteckiej, jak i szkolenia podyplomowego.

8.4. Podsumowanie

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.

Autorzy pragną wyrazić podziękowania wszystkim osobom, które przyczyniły się do przeprowadzenia badań na tak dużą skalę, przede wszystkim pracownikom opieki medycznej uczestniczącym w badaniach, dyrekcjom i zarządzającym placówkami za przychylne podejście do badań, jak też szczególnie gorąco bardzo wielu pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzającym badania środowiskowe.

PIŚMIENNICTWO

1. Krause G, Trepka J, Whisenthunt R, Katz D, Nainan O, et al. (2003) Nosocomial transmission of hepatitis c virus associated with the use of multidose saline vials. *Infect Control Hospital Epidemiol* 24: 122-127.
2. Karmochkine M, Carrat F, Santos OD, Cacoub P, Raquin G. (2006) A case control study of risk factors for hepatitis C infection in patients with unexplained routes of infection. *J Viral Hepat.*13:775-782.
3. Kim JY, Cho J, Hwang SH, et al. (2012) Behavioral and healthcare-associated risk factors for chronic hepatitis c virus infection in Korea. *Korean Med Sci* 27:1371-1377.
4. Guadagnino V, Stroffolini T, Rapicetta M, et al. (1997) Prevalence, risk factors, and genotype distribution of hepatitis C virus infection in the general population: a community-based survey in southern Italy. *Hepatology* 26:1006-11.
5. Lahej AMGA, Kistler JO, Belibasakis GN, et al. (2012) Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry. *J Oral Microbiol* 4:17659.
6. Leao JC, Teo CG, Porter SR. (2006) HCV infection: aspects of epidemiology and transmission relevant to oral healthcare workers. *Int J Oral Maxillofac Surg* 35:295-300.
7. Nagao Y, Matsuoka H, Kawaguchi T, et al. (2008) HBV and HCV infection in Japanese dental care workers. *Int J Mol Med* 21:791-799.

EDUKACJA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH I NIEMEDYCZNYCH JAKO KLUCZOWY ELEMENT PREWENCJI ZAKAŻEŃ KRWIPOCHODNYCH

Dr n. med. Anita Gębska-Kuczerowska, Mgr Lidia Rakow,
Mgr Anna Gaber

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Mgr Izabela Kucharska, Lek. wet. Joanna Sujka
Główny Inspektorat Sanitarny

PROJEKT 5

„Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”

Projekt 5 był realizowany od 1 kwietnia 2013 r. do 31 grudnia 2016 r. w partnerstwie z Głównym Inspektoratem Sanitarnym. Działania w Projekcie 5. miały na celu zwiększenie wiedzy w zakresie zakażeń krwiopochodnych wśród personelu sektora ochrony zdrowia oraz pracowników salonów świadczących usługi pozamedyczne, którym towarzyszy przerwanie ciągłości tkanek, takie jak studia fryzjerskie, salony kosmetyczne, studia tatuażu oraz piercingu. W pierwszej turze szkolenia realizowane były na terenie 11 województw, a w kolejnym etapie na obszarze całej Polski. W toku realizacji Projektu 5. przygotowano dedykowane szkoleniom z zakresu prewencji zakażeń krwiopochodnych materiały dydaktyczne, opracowano platformę e-learningową, która nie tylko jest źródłem informacji ale też posiada moduł egzaminujący pozwalający na przeprowadzenie testu oceniającego wiedzę nabytą w trakcie szkolenia. Część materiałów edukacyjnych przygotowano przy użyciu technik audiowizualnych. Zadbano też o rozpoznawalność osób, które pozytywnie zdały test wiedzy, poprzez wręczenie tym osobom imiennych potwierdzeń odbycia szkolenia w formie certyfikatu. Łącznie szkoleniami objęto kilka tysięcy osób w Polsce, a liczba ta, mamy nadzieję, że będzie wzrastać tak długo, jak aktywna pozostanie platforma e-learningowa.

9.1. Główne założenia Projektu 5

Szczegółowe cele przewidziane do realizacji w ramach Projektu dotyczyły:

- zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń krwiopochodnych (HCV, HBV, HIV) w Polsce, poprzez doskonalenie wiedzy pracowników wykonujących zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych,
- doskonalenia umiejętności prewencji zakażeń w zakresie wykonywanych procedur,
- zwiększenia świadomości w zakresie problemu wirusowego zapalenia wątroby typu C i zakażeń wirusem HCV wśród pracowników wykonujących zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych,
- przeciwdziałania stygmatyzacji społecznej osób zakażonych wirusem poprzez rozpowszechnianie i nagłaśnianie informacji o chorobie i drogach zakażenia w ramach szkoleń dla różnych grup zawodowych oraz w trakcie kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” w ramach współpracy między projektami merytorycznymi Projektu KIK/35.

Adresatami programów edukacyjnych byli:

- pracownicy sektora ochrony zdrowia np.:
 - lekarze,
 - pielęgniarki,
 - diagnostki laboratoryjni,
 - ratownicy medyczni,
 - inni pracownicy medyczni mający kontakt z krwią;
- pracownicy sektora usług pozamedycznych, wykonujący zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek, które stanowią ryzyko transmisji zakażeń:
 - studiów tatuażu,
 - salonów kosmetycznych,
 - salonów fryzjerskich.

Narzędziami i metodami dydaktycznymi, jakie zastosowano w realizacji Projektu 5 były:

- szkolenia stacjonarne,
- kursy e-learningowe,
- materiały edukacyjno-informacyjne,
- materiały promocyjne.

Harmonogram i realizacja działań były podzielone na: okres przygotowania założeń dydaktycznych (materiałów merytorycznych i metodycznych) oraz okres realizacji szkoleń wraz z aktualizacją bazy i metodyki dydaktycznej.

9.2. Działania planistyczne

W ramach działań przygotowawczych opracowane zostały programy szkoleń i kursów tzw. sylabusy (ramowy zakres tematyki szkoleń i efektów kształcenia uwzględniają: **tabela 9.1.** i **tabela 9.2.**) oraz zalecenia dydaktyczne wraz z propozycją prezentacji multimedialnych i kompletem materiałów szkoleniowo-informacyjnych do wykorzystania przez koordynatorów merytorycznych oraz pozostałych wykładowców podczas realizacji szkoleń skierowanych do pracowników wykonujących zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych.

Tabela 9.1.

Ramowy zakres tematyki szkoleń i efektów kształcenia z sylabusu szkolenia dla pracowników sektora ochrony zdrowia

Temat szkolenia:	Zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym (HCV, HBV, HIV) w podmiotach leczniczych
Zespół szkoleniowy:	
Wykładowca: epidemiolog/ koordynator szkolenia	<p>TEMAT: Nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami krwiopochodnymi (HCV, HBV, HIV) /2h</p> <ul style="list-style-type: none"> • epidemiologia zakażeń krwiopochodnych (HCV, HBV, HIV) • sytuacja epidemiologiczna zakażeń wirusem HCV na świecie, w Polsce, w województwie • czynniki ryzyka zakażeń wirusem HCV, HBV, HIV • podstawowe wymogi higieniczno-sanitarne dotyczące personelu medycznego, sprzętu i pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne • 1-2 przypadki zgłoszonego do PIS zakażenia wirusem HCV z uwzględnieniem/ podkreśleniem odpowiedzialności prawnej • obowiązki pracodawcy i wymagania nadzoru (PIS) w zakresie bezpieczeństwa pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych • aktualne akty prawne, z uwzględnieniem obowiązków lekarza i kierownika medycznego laboratorium diagnostycznego (MDL) w systemie nadzoru nad zgłaszaniem przypadków zachorowań i dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku zakażeń HCV, HBV, HIV w kontekście przepisów nowo obowiązujących rozporządzeń MZ (art. 27 ust. 9 oraz art. 29 ust. 7 ustawy upoważniającej) • przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej szkolenia

<p>Wykładowca: lekarz specjalista chorób zakaźnych</p>	<p>TEMAT: Pacjent zakażony wirusem HCV /2h</p> <ul style="list-style-type: none"> • praktyczne aspekty diagnostyki i leczenia zakażeń HCV - przedstawienie 2 przypadków klinicznych (Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C - Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej 2012/2013) • zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym HCV, HBV, HIV z perspektywy lekarza praktyka - skuteczność działań prewencyjnych i leczniczych na różnych etapach zakażenia/ choroby, ryzyko transmisji • postępowanie poekspozycyjne w przypadku narażenia na zakażenie krwiopochodne - omówienie schematu postępowania
<p>Wykładowca: specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii - posiada średnie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa - posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki lub w zawodzie położnej wykonywanym w szpitalu 	<p>TEMAT: Sposoby redukcji ryzyka zakażeń krwiopochodnych (HCV, HBV, HIV) w placówkach medycznych /2h</p> <ul style="list-style-type: none"> • ryzyko zakażenia związanego z opieką zdrowotną (HCV, HBV, HIV) z perspektywy pacjenta i z perspektywy pracownika medycznego, przykłady prawidłowych procedur i przykłady nieprzestrzegania procedur • higiena rąk gwarancją bezpiecznej opieki zdrowotnej -5 kroków higieny rąk w opiece zdrowotnej wg WHO, najczęściej popełniane błędy • przykłady nowoczesnej dekontaminacji (oczyszczania, dezynfekcji, sterylizacji) i przykłady najczęstszych nieprawidłowości w procesie dekontaminacji
Efekty kształcenia:	
<p>Wiedza</p>	<p>Uczestnik szkolenia zdobywa wiedzę o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakażeniach krwiopochodnych (HCV, HBV, HIV) i ich epidemiologii • ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych towarzyszącemu procedurom medycznym • sposobach zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń krwiopochodnych • nowoczesnej dekontaminacji • aktualnie obowiązujących przepisach prawa w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym

Umiejętności	<p>Uczestnik kursu nabywa umiejętności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowania procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażeń krwiopochodnych w zakresie wykonywanej pracy • stosowania aktualnych wytycznych WHO „5 kroków higieny rąk w opiece zdrowotnej • radzenia sobie w sytuacji ekspozycji/ narażenia na zakażenie
Kompetencje	<ul style="list-style-type: none"> • aktywne, świadome współuczestnictwo w opracowywaniu i doskonaleniu procedur w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym związanym z opieką medyczną

Tabela 9.2.

Ramowy zakres tematyki szkoleń i efektów kształcenia z sylabusu szkolenia dla pracowników sektora usług pozamedycznych wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek

Temat szkolenia:	Zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym (HCV, HBV, HIV) w zakładach usługowych - salonach kosmetycznych i fryzjerskich, studiach tatuażu
Zespół szkoleniowy:	
Wykładowca: epidemiolog/ koordynator szkolenia	<p>TEMAT: Nadzór nad zakażeniami /3h</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakażenia wirusem HCV, HBV, HIV na świecie, w Polsce, w województwie • czynniki ryzyka zakażeń wirusem HCV, HBV, HIV • zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym (HCV, HBV, HIV) w salonach fryzjerskich, salonach kosmetycznych, studiach tatuażu: <ul style="list-style-type: none"> - niezbędne zasady higieny - podstawowe zasady dekontaminacji • zalecane/niezbędne warunki higieniczno-sanitarne <ul style="list-style-type: none"> - w salonach kosmetycznych, fryzjerskich i studiach tatuażu • postępowanie z odpadami • obowiązki osób podejmujących czynności (poza świadczeniami zdrowotnymi), w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich wynikające z Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi • przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej szkolenia
Wykładowca: specjalista do spraw epide- miologii lub higie- ny i epidemiologii tj.:	<p>TEMAT: Sposoby postępowania zapewniające ochronę przed zakażeniami krwiopochodnymi (HCV, HBV, HIV) w salonach kosmetycznych, fryzjerskich i studiach tatuażu /3h</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakażenia wirusami przenoszonymi przez krew (HCV, HBV, HIV) - informacje podstawowe

<ul style="list-style-type: none"> - posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii - posiada średnie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa - posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki lub w zawodzie położnej wykonywanym w szpitalu 	<ul style="list-style-type: none"> • profilaktyka zakażeń - w tym zakażeń wirusem HCV - w salonach kosmetycznych, fryzjerskich i studiach tatuażu, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dekontaminacji (oczyszczania, dezynfekcji, sterylizacji) • higiena rąk • postępowanie po zranieniu ostrym narzędziem • najczęstsze błędy popełniane przy wykonywaniu usług z naruszeniem ciągłości skóry - ocena ryzyka z perspektywy klienta i osób wykonujących zabiegi - praca z casusami
Efekty kształcenia:	
Wiedza	Uczestnik kursu posiada wiedzę o: <ul style="list-style-type: none"> • zakażeniach krwiopochodnych (HCV, HBV, HIV) • sposobach rozprzestrzeniania się tych zakażeń • czynnikach ryzyka zakażeń • procedurach zapobiegających zakażeniom
Umiejętności	<ul style="list-style-type: none"> • uczestnik kursu nabywa umiejętności przygotowania procedur zapobiegających zakażeniom
Kompetencje	<ul style="list-style-type: none"> • uczestnik kursu wykonuje zabiegi upiększające ciało z zachowaniem wszelkich zasad bezpieczeństwa w kontekście zakażeń krwiopochodnych mając na względzie bezpieczeństwo i zdrowie swoje oraz klienta

Wyłoniono, dla każdego z województw, zespoły edukatorów w składzie: koordynator merytoryczny wraz z 1. lub 2. wykładowcami, w zależności od rodzaju szkolenia, mających prowadzić szkolenia dla pracowników obu sektorów zawodowych. Celem sprawnej i merytorycznej realizacji szkoleń stacjonarnych na terenie 11 województw w okresie 2014-2015, w drodze pisma Głównego Inspektora Sanitarnego skierowanego do Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych wytypowano spośród pracowników Oddziałów Epidemiologii 11 koordynatorów merytorycznych, spełniających następujące wymagania:

- doświadczenie w nadzorze epidemiologicznym,
- szeroka wiedza z zakresu epidemiologii,
- znajomość aktualnej sytuacji epidemiologicznej na terenie województwa w tym, w temacie zakażeń krwiopochodnych,

- doświadczenie w prowadzeniu szkoleń,
- umiejętność współpracy z uwagą na konieczną ścisłą, roboczą współpracę z innymi wykładowcami, przedstawicielami GIS oraz zespołem projektowym w NIZP-PZH.

Z kolei koordynatorzy merytoryczni, jako osoby posiadające wiedzę odnośnie regionalnych (wojewódzkich) ekspertów realizujących działania z zakresu epidemiologii chorób zakaźnych na danym terenie, wytypowali pozostałych wykładowców - specjalistę chorób zakaźnych oraz specjalistę do spraw pielęgniarstwa epidemiologicznego. Odnośnie akceptacji lekarzy specjalności chorób zakaźnych uzyskano opinie pani Prof. dr hab. Małgorzaty Pawłowskiej, Prezesa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, natomiast pani Dr n. med. Mirosława Malara, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych zaopiniowała kandydatury specjalistów do spraw pielęgniarstwa epidemiologicznego. W ten sposób utworzono 11 wojewódzkich zespołów szkoleniowych. Jak wspomniano, zakres tematyki poruszanej przez pozyskanych specjalistów, w tym koordynatorów merytorycznych, określono w przygotowanych wcześniej sylabusach. Jednocześnie określono szczegółowy zakres zadań dla koordynatora merytorycznego, będącego jednocześnie gospodarzem spotkań szkoleniowych (tab. 9.3.).

Tabela 9.3

Zadania koordynatorów merytorycznych

Zadania koordynatorów	Szkolenie - zdrowie	Szkolenie - usługi
Przygotowanie i wygłoszenie wykładu	+	+
Aktualizacja, przed wykładem, obowiązujących aktów prawnych otrzymanych w materiałach szkoleniowych	+	+
Przygotowanie 20 pytań sprawdzających z zakresu tematyki wykładu	+	+
Przygotowanie listy placówek wskazanych przez PWIS, których pracownicy zostaną zaproszeni na szkolenie	+	+
Rozesłanie zaproszeń do uczestników szkoleń - zaproszenie przygotowane przez NIZP-PZH	+	+
Zaproszenie przedstawicieli urzędu wojewódzkiego oraz urzędu marszałkowskiego - zaproszenie przygotowane przez NIZP-PZH	+	-
Potwierdzenie obecności uczestników na szkoleniu 1 tydzień przed szkoleniem	+	+

Wspólnie z ekspertami w zakresie metodologii kształcenia wypracowano zarówno metodykę oraz obszar tematyczny programów edukacyjnych. Działania te były oparte o wyniki analiz programów kształcenia dla sektora usług medycznych (pielęgniarek i położnych, podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia). Zaproponowano nowatorski program kształcenia dla zawodów w usługach upiększających w zakresie zakażeń krwiopochodnych (sylabus). Pozytywnie została również przyjęta nowelizacja programu kształcenia dla pielęgniarek i położnych.

W latach 2014-2015 zrealizowano zaplanowane szkolenia stacjonarne na terenie 11 województw, zaś w roku 2016 we wszystkich województwach kraju.

9.3. Materiały edukacyjno-informacyjne

W ramach Projektu 5. zostały zaplanowane i wytworzone materiały edukacyjne i szkoleniowe na potrzeby szkoleń stacjonarnych, szkoleń realizowanych kaskadowo przez uczestników kursów stacjonarnych na rzecz swoich współpracowników oraz na potrzeby platformy e-learningowej, z której korzystać mogą pracownicy obu sektorów usług oraz inne osoby zainteresowane poszerzeniem wiedzy z zakresu transmisji zakaźnych czynników biologicznych szerzących się drogą krwi.

Przed przystąpieniem do opracowania materiałów edukacyjnych przygotowano analizy, w oparciu o które zostały stworzone kompleksowe materiały informacyjne i szkoleniowe. W tym celu dokonano przeglądu opracowań oraz danych statystycznych nt. ryzyka zakażeń w wybranych grupach zawodowych, w tym wśród pracowników sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Dokonano analizy treści ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych oraz lekarzy w zakresie wymaganej wiedzy i obowiązkowego szkolenia w temacie zakażeń krwiopochodnych. Oceniono również kursy specjalizacyjne w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (dla osób z tytułem magistra) oraz procedury stomatologiczne z oceną ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych. Przygotowano wykaz aktualnie obowiązujących aktów prawnych, dotyczących zapobiegania szerzeniu się zakażeń w odniesieniu do personelu medycznego i podmiotów leczniczych, w szczególności związanych z: postępowaniem po ekspozycyjnym, chorobami zawodowymi, zakażeniami szpitalnymi, zasadami postępowania z materiałem zakaźnym.

W opracowywaniu i opiniowaniu materiałów edukacyjnych i szkoleniowych uczestniczyli wyłonieni eksperci z zakresu chorób zakaźnych, epidemiologii, seksuologii. W gronie ekspertów znaleźli się także praktycy, specjaliści z dziedziny higieny w placówkach służby zdrowia i punktach usługowych wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek. Niektóre z opracowanych materiałów były

także konsultowane i opiniowane przez przedstawicieli organizacji pozarządowych w tym reprezentujących grupy pacjentów.

Opracowano szereg materiałów informacyjnych i dydaktycznych - jak edukacyjny materiał filmowy oraz materiały metodologiczne i metodyczne dla edukatorów w tym, w szczególności:

- kluczowe treści programu szkoleń dla pracowników sektora ochrony zdrowia i pracowników sektora usług pozamedycznych wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek w oparciu o założenia wypracowanego programu szkoleń:
 - w przypadku szkoleń medycznych z zakresu:
 - 1) epidemiologii i diagnostyki zakażeń HBV, HCV, HIV,
 - 2) kliniki, i leczenia zakażeń HBV, HCV i HIV,
 - 3) zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym (np. zapobiegania zawodowym ekspozycjom na krew, higieny szpitalnej, w tym higieny rąk oraz szpitalny program eliminacji zawodowych zakażeń i skażeń, aspektów prawnych, studium przypadku).
 - dla pracowników usług pozamedycznych dotyczące:
 - 1) szerzenia się zakażeń krwiopochodnych,
 - 2) ogólnych informacji nt. rozpoznawania, diagnostyki i leczenia HBV, HCV i HIV, z uwzględnieniem analizy kilku ognisk zakażeń wirusem HCV w podmiotach leczniczych,
 - 3) zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym (zasady higieny, procedury zapobiegania szerzeniu zakażeń krwiopochodnych w związku z wykonywaniem zabiegów, zapobieganie zawodowym ekspozycjom na krew);
- dwa testy wiedzy (każdy po 15 pytań) przygotowane na potrzeby szkoleń stacjonarnych, kierowane do osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia oraz pracowników usług pozamedycznych (pre-posttest);
- ankietę ewaluacyjną dotyczącą organizacji szkolenia, zastosowanej metodyki, oceny przydatności nowej wiedzy i osiągnięcia celów szkolenia, stopnia realizacji programu szkolenia, wykładowców (przygotowanie merytoryczne, umiejętność przekazania wiedzy);
- bazę pytań, która została przygotowana w oparciu o pytania sformułowane przez koordynatorów merytorycznych szkoleń wyłonionych na terenie 11 województw spośród doświadczonych i posiadających wiedzę z zakresu epidemiologii chorób zakaźnych pracowników działów epidemiologii wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Baza, po wcześniejszej akceptacji Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii została umieszczona na platformie e-learningowej. Zawiera zbiór pytań wybieranych losowo, sprawdzających wiedzę, a tym samym umożliwia odbycie bezpłatnego kursu zakończonego testem wiedzy oraz otrzymanie certyfikatu (ryc. 9.1.);



Rycina 9.1.

Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia w zakresie prewencji zakażeń krwiopochodnych w ramach Projektu 5

- materiały uwzględniające aktualne aspekty wiedzy z zakresu dezynfekcji i sterylizacji (materiały książkowe w wersji elektronicznej);
- przykładowe plany higieny dla salonów kosmetycznych, fryzjerskich oraz studiów tatuażu (w formie broszurowej, dostępne w wersji elektronicznej);
- ulotki i broszury informujące o projekcie (ryc. 9.2.)

SWISS CONTRIBUTION **MZ** Ministerstwo Zdrowia

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO - PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY
WRAZ Z GŁÓWNYM INSPEKTORATEM SANITARNYM
ZAPRASZAJĄ:

PRACOWNIKÓW USŁUG POZAMEDYCZNYCH
(FRYZJERÓW, KOSMETYČEK, TATUAŻYSTÓW)
NA BEZPŁATNE, CERTYFIKOWANE SZKOLENIA
w ramach projektu pt.
„ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV”

HCV
JESTEM ŚWIADOM

Biorąc udział w szkoleniach:

- Poznają Państwo zagrożenia, na jakie jesteście narażeni podczas wykonywania zabiegów w gabinetach usług ulepszających
- Udoskonalą Państwo umiejętności w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym w trakcie wykonywania zabiegów kosmetycznych, tatuuwania, strzyżenia
- Zwiększą Państwo wiedzę na temat zakażeń wirusem HCV

Każdy uczestnik szkolenia otrzyma bezpłatne materiały szkoleniowe oraz Certyfikat Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny!

Lista terminów szkoleń oraz formularz restrykcyjny znajdują się na stronie:
szkoleniehcv.pzh.gov.pl

Więcej informacji o projekcie:
www.hcv.pzh.gov.pl

Kontakt:
Michał Moskał
60503904
michal.moskal@kdinfo.pl

PAMIĘTAJ!
JUŻ NIEWIELKA ILOŚĆ ZAKAŻONEJ KRWI MOŻE
BYĆ PRZYCYNĄ ZAKAŻENIA WIRUSEM HCV!
DZIĘKI UDZIAŁOWI W SZKOLENIACH POKAZESZ SWOIM KLIENTOM,
ŻE DBASZ O JAKOŚĆ OFEROWANYCH USŁUG!

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie **Instytut Prewencji i Edukacji w Warszawie** **Urząd Państwowy ds. Bezpieczeństwa Żywności i Żywności** **Główny Inspektorat Sanitarny**

Rycina 9.2.

Przykład materiału informacyjnego w formie ulotki

- edukacyjny materiał filmowy przygotowany we współpracy z wyłonioną przez Lidera w drodze postępowania konkursowego firmą Procontent w tym:

a) 2 cykle nagrań eksperckich:

- 1) wykłady z udziałem prof. dr hab. Janusza Cianciary w formie rozmowy z pacjentami na temat diagnozy, leczenia, zaleceń dotyczących stylu życia, prognozy (ryc. 9.3.).

W skład cyklu wchodzi 4 rozmowy z pacjentami na różnych etapach ich choroby:

- pacjent dowiaduje się o diagnozie HCV,
- pacjent chorujący przewlekle,
- pacjent z powikłaniami choroby,
- pacjent po przeszczepie wątroby,



Rycina 9.3.

Kadr z filmu edukacyjnego z udziałem Prof. dr hab. med. Janusza Cianciary

- 2) cykl wykładów z udziałem Prof. dr hab. Zbigniewa Izdebskiego (ryc. 9.4.), które obejmują następujące tematy:
 - zabiegi upiększające, a atrakcyjność fizyczna i seksualna człowieka,
 - zachowania seksualne człowieka o charakterze ryzykownym,
 - zakażenia krwiopochodne, a uzależnienie od zabiegów upiększających ciało,
 - psychopatologia zachowań ryzykownych.



Rycina 9.4.

Kadr z filmu edukacyjnego z udziałem Prof. dr. hab. Zbigniewa Izdebskiego

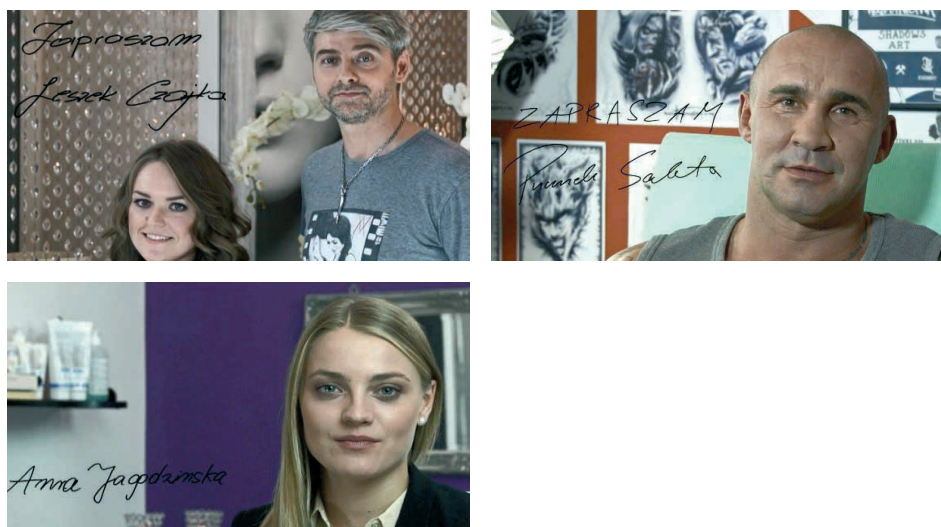
- b) 3 filmy animowane o charakterze edukacyjno-informacyjnym i instruktażowym, które wykorzystano w przerwach w czasie zajęć szkoleniowych oraz kampanii społecznej. Koncepcja materiałów filmowych zakładała przedstawienie podstawowych informacji o HCV z wykorzystaniem animowanej postaci o imieniu Marta (ryc. 9.5.), która opowiada widzom między innymi o tym, czym jest HCV, jakie są drogi zakażenia, jakie sytuacje mogą być źródłem zakażenia podczas wykonywania zabiegów związanych z przerywaniem ciągłości tkanek (medycznych i niemedycznych). Część instruktażowa traktuje o procedurach jakie powinny być stosowane w salonach świadczących usługi pozamedyczne w celu uniknięcia zakażenia wirusem HCV,
- c) 3 spoty ze znanymi osobami - celebrytami (ryc. 9.6.):
- modelką, panią Anną Jagodzińską,
 - sportowcem, panem Przemysławem Saletą,
 - stylistą fryzur, panem Leszkiem Czajką
- zachęcające do odwiedzenia strony internetowej Projektu 5 w celu poszerzenia wiedzy.

Jednym z wielu narzędzi wspierających zadania edukacyjne, wytworzonych w ramach Projektu 5, jest platforma e-learningowa, na której w postaci prezentacji filmów oraz dokumentów, zamieszczone zostały wszystkie wypracowane materiały edukacyjno-szkoleniowe.



Rycina 9.5.

Kadr z animowanego filmu edukacyjnego:
Jestem Marta



Rycina 9.6.

Kadry z filmów reklamowych (spoty) zachęcających do wzięcia udziału w szkoleniach oferowanych w ramach Projektu 5

9.4. Szkolenia dla pracowników wykonujących zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych

9.4.1. Szkolenia stacjonarne

Szkolenia stacjonarne zostały zrealizowane przez Zespół Projektu 5 we współpracy z Głównym Inspektoratem Sanitarnym oraz zespołami edukatorów wyłonionymi dla każdego z 11 województw w latach 2014-2015 oraz 16 województw w roku 2016. Część techniczna organizacji szkoleń została zrealizowana przez firmę KDK, wyłonioną przez Lidera Projektu KIK/35 w drodze postępowania konkursowego.

Pierwszy etap szkoleń zrealizowano w następujących województwach: zachodniopomorskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, podlaskie, lubuskie, lubelskie, dolnośląskie, śląskie, świętokrzyskie, łódzkie, podkarpackie. W okresie od listopada 2014 r. do końca listopada 2015 r. przeszkolono w ramach szkoleń stacjonarnych 4327 osób z planowanych początkowo 4180 osób. Realizację wskaźników szkoleń stacjonarnych pierwszej edycji obrazuje **tabela 9.4.**

Tabela 9.4.

Realizacja wskaźników szkoleń stacjonarnych w latach 2014-2015

Wskaźniki	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
Liczba rozdanych ulotek/broszur	78100	88354
Liczba rozdanych kopii filmów (płyty CD)	5000	7862

W ramach kontynuacji Projektu 5, bazując na wypracowanych i zaktualizowanych materiałach edukacyjnych, w roku 2016 przeprowadzono dodatkowe szkolenia według założeń przedstawionych w **tabeli 9.5.**, w której jednocześnie uwzględniono informację o realizacji zaplanowanych wskaźników.

Tabela.9.5.

Realizacja szkoleń w 2016 roku

Wskaźniki	Realizacja
Liczba województw	16
Liczba szkoleń:	
- razem	57
- dla pracowników zawodów medycznych	31
- dla pracowników zawodów niemedycznych	26
Liczba przeszkolonych osób:	
- razem	1869
- kluczowy personel (sektor medyczny)	565
- inni pracownicy (sektor pozamedyczny)	1304

Po szkoleniach stacjonarnych zrealizowanych w latach 2014-2015 dokonano analizy SWOT podjętych działań, co pozwoliło na wykorzystanie silnych stron i szans, przy jednoczesnym ograniczaniu słabych stron i zagrożeń tych działań w drugiej edycji szkoleń.

9.4.2. Szkolenia e-learningowe

Edukację realizowano dwutorowo - oprócz szkoleń stacjonarnych, dodatkowym zapleczem dydaktycznym dla szkoleń stacjonarnych oraz niezależnym miejscem kształcenia była platforma dla e-learningu, z której skorzystało dotychczas w sumie 6488 osób.

Jako narzędzia informatyczne, wspierające edukację w Projekcie 5. wytworzono:

- platformę rejestracyjną pod adresem www.szkozeniehcv.pzh.gov.pl, obejmującą listę kursów wraz z adresem i terminem ich realizacji,
- platformę e-learningową służącą do edukacji on-line, dostępną pod adresem <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/platforma-e-learningowa-1>

Jak wspomniano, na platformie e-learningowej udostępnione zostały w postaci prezentacji, filmów oraz dokumentów, wszystkie wypracowane materiały edukacyjno-szkoleniowe.

E-learning poprzez takie cechy jak dostępność, nieodpłatność i dopasowanie do możliwości czasowych i lokalizacji odbiorcy otwiera przestrzeń do edukacji nieograniczonej niemal liczby osób (wskaźnik odwiedzin 2016 - 9179 osób).

9.5. Zadania dodatkowe - projekty badawcze, wspierające działania edukacyjne

9.5.1. Badanie dotyczące map dystrybucji ryzyka zakażeń krwiopochodnych w sektorze usług pozamedycznych

Badanie zostało zrealizowane dzięki wsparciu Partnera Projektu 5 - Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W latach 2013-2014 Zespół Projektu 5 wraz z udziałem ekspertów, wolontariuszy opracował założenia badawcze oceny wiedzy i postaw oraz zachowań pracowników usług pozamedycznych, a także warunków sanitarnych w jakich udzielane są usługi związane z ryzykiem zakażeń, z uwagi na naruszenie ciągłości tkanek.

Celem badania była ocena stanu wiedzy na temat transmisji zakażeń krwiopochodnych i sposobów im zapobiegania oraz dokonanie rozeznania w zakresie stosowanych przez przedstawicieli sektora usług pozamedycznych procedur zapewniających bezpieczeństwo sanitarne świadczonych usług.

Badanie realizowane było w terenie, w okresie od listopada 2013 r. do marca 2014 r. Badanie ankietowe zostało zrealizowane przez pracowników pionów: epidemiologii i higieny komunalnej powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie całego kraju. Mając na uwadze potrzebę ogólnokrajowego zasięgu tego badania Główny Inspektor Sanitarny zwrócił do 16 Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych z prośbą o wsparcie działań projektowych.

Respondentami badania byli pracownicy sektora usług pozamedycznych wykonujący zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek. Narzędziami badawczymi były: kwestionariusze wywiadu (kwestionariusz badania dla pracowników studiów tatuażu i piercingu, kwestionariusz badania dla pracowników salonów kosmetycznych i wykonujących makijaż permanentny, kwestionariusz badania dla fryzjerów i osób zajmujących się usługami balwierskimi /golenia/) oraz formularz oceny pomieszczenia (kwestionariusz oceny pozamedycznych punktów usługowych, wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek, w celu oceny wyposażenia i infrastruktury punktów usługowych).

Mając na uwadze zróżnicowane ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwiopochodną w trakcie świadczenia usług upiększających, zaplanowano przeprowadzenie 1600 wywiadów z głównym przedstawicielem salonu (po 100 wywiadów na województwo) w tym:

- 50% wywiadów w gabinetach kosmetycznych
- 30% wywiadów w salonach tatuażu
- 20% wywiadów w salonach fryzjerskich

Proporcje udziału trzech form usług pozamedycznych zostały przyjęte w oparciu o wstępne, arbitralnie przyjęte kryteria oceny ryzyka zakażeń.

Badanie miało charakter anonimowy. Wybór salonów był losowy, grupowy na poziomie województwa i powiatu, według realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, zgodnie z ustawowo określonymi obowiązkami z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego, planowych działań kontrolnych w podmiotach prowadzących działalność usługową z zakresu fryzjerstwa, kosmetyki, odnowy biologicznej, tatuażu i piercingu.

W ramach badania na terenie kraju zebrano 1554 ankiety w formie przeprowadzonego wywiadu wśród pracowników salonów usług upiększających. Z przyczyn technicznych nie włączono do analizy 3% (46) kwestionariuszy.

The screenshot shows the website interface for the HCV project. At the top, there are three main navigation buttons: 'Szkołena on-line' (with a sub-menu 'Zapraszamy do skorzystania z kursów e-learningowych'), 'O HCV' (with a sub-menu 'Informacje dotyczące wirusa HCV'), and 'Konkurs' (with a sub-menu 'na "Twarz kampanii HCV"'). To the right is the HCV logo with the tagline 'JESTEM ŚWIADOM'. Below this is a secondary navigation bar with buttons for 'Program', 'Projekt 1', 'Projekt 2', 'Projekt 3', 'Projekt 4', and 'Projekt 5'. A 'wersja dla niedowidzących' link is also present. The main content area features a red sidebar menu for 'Projekt 5' with items like 'O Projekcie', 'Cel Projektu', 'Opis Działań', 'Realizatorzy Projektu', 'Produkty Projektu/Materiały do Pobrania', 'Często Zadawane Pytania (FAQ)', 'Szkolenia', 'Multimedia', and 'Mapa ryzyka zakażeń krwiopochodnych w salonach usługowych'. The main content area displays the title 'Mapa ryzyka zakażeń krwiopochodnych w salonach usługowych' and a map of Poland with its voivodeships labeled: Zachodniopomorskie, Pomorskie, Warmińsko-mazurskie, Lubuskie, Wielkopolskie, Kujawsko-pomorskie, Mazowieckie, Łódzkie, Świętokrzyskie, Lubelskie, Opolskie, Śląskie, Małopolskie, and Podkarpackie.

Rycina 9.7.

Strona internetowa Projektu KIK/35 informująca o Projekcie 5

Zebrany materiał, po analizie, został opracowany w formie map ryzyka i pod nazwą: „Mapa ryzyka zakażeń krwiopochodnych w salonach usługowych” jest dostępny na stronie dedykowanej Projektowi 5: <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/projekt-5-1/mapa> (ryc. 9.7.). Badania zostały zrealizowane bezkosztowo, część analiz i opracowań statystycznych, na końcowym etapie została sfinansowana w ramach oszczędności projektu.

9.5.2. Badanie pilotażowe dotyczące oceny wiedzy i częstość występowania ekspozycji zawodowej wśród diagnostów laboratoryjnych

W ramach współpracy z Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, ekspertami zewnętrznymi oraz lekarzami specjalizującymi się w NIZP-PZH, w ramach zdrowia publicznego, opracowano analizę ryzyka i potrzeb edukacyjnych dla grupy zawodowej diagnostów laboratoryjnych. Liczba zarejestrowanych w Polsce diagnostów laboratoryjnych wg danych uzyskanych w KIDL wynosiła 14744 osób, na dzień 1 czerwca 2015 r.

Celem badania było oszacowanie skali problemu ekspozycji zawodowej wśród diagnostów laboratoryjnych oraz jej przyczyn.

W ramach projektu opracowano kwestionariusz w wersji elektronicznej pn.: "W poszukiwaniu czynników ryzyka zakażeń wirusami krwiopochodnymi w laboratorium medycznym". Kwestionariusz zamieszczono na platformie ankieta.pl, a link do platformy upowszechniono poprzez newsletter dystrybuowany przez KIDL do zarejestrowanych diagnostów laboratoryjnych. Link do ankiety widniał także na stronie internetowej www.kidl.org.pl oraz dostępny był przez media społecznościowe (Facebook).

W badaniu udział wzięło 400 diagnostów laboratoryjnych z całego kraju.

Opracowanie wyników stanowi materiał metodyczny w zakresie potrzeb edukacyjnych dla zawodu diagnosty laboratoryjnego, z przeznaczeniem do dalszego wykorzystania także przez organ samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych - KIDL. Uzyskane w badaniu informacje mogą być także pomocne i wykorzystane w celu planowania i dostosowania programów kształcenia diagnostów laboratoryjnych. Badania były zrealizowane bezkosztowo.

9.5.3. Badanie opinii ekspertów epidemiologii i praktyków i ekspertów zdrowia publicznego w zakresie zakażeń krwiopochodnych

W ramach przygotowań do realizacji celu głównego Projektu KIK/35 - opracowania założeń do dokumentu o nazwie „Narodowy Program Zapobiegania Zakażeniom HCV na lata 2015-2020” przeprowadzono trzyetapowe badanie opinii eksperckiej (forum, FGI), mające na celu uzyskanie dodatkowych informacji oraz analiz w obszarze zakażeń szerszących się drogą krwi oraz opinii w zakresie diagnozy problemu i istniejących lub proponowanych rozwiązań. Badanie pt. „Ryzyko zakażeń krwiopochodnych z perspektywy zdrowia publicznego - świadczenia medyczne i usługi wykonywane z naruszeniem ciągłości tkanek” przygotowano zostało i zrealizowane we współpracy z firmą Millward Brown. Wyniki trzyetapowego badania stanowią studium problemu zakażeń krwiopochodnych z perspektywy

całego kraju, różnych poziomów diagnozy i podejmowania decyzji. Stanowią one jeden z elementów analizy w obszarze zdrowia publicznego do propozycji strategii.

9.6. Podsumowanie

Jednym z podstawowych elementów, które będą odpowiadać za utrzymanie trwałości, funkcjonalności i efektywności Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” są działania zaplanowane i sukcesywnie realizowane m.in. w ramach Projektu 5 oraz cele jakie przyświecają tym zadaniom. Spodziewane jest, że działania edukacyjno-szkoleniowe adresowane do wybranych grup odbiorców powinny mieć długofalowe oddziaływanie, a ich efekty powinny być dostrzegalne sukcesywnie w przyszłości. Ciągłe uzupełnianie wiedzy, trening praktycznych umiejętności i kreowanie świadomości pracowników wykonujących inwazyjne zabiegi, obarczone ryzykiem szerzenia się drobnoustrojów odpowiedzialnych za poważne choroby ludzi jest inwestycją w zdrowie i bezpieczeństwo klientów, także personelu. Zdaniem wielu ekspertów działania takie, są przyczynkiem do zmiany zachowań, a globalnie przyczynią się do poprawy stanu i bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Założeniem Projektu 5 było, aby wiedza zdobyta przez personel medyczny przeszkolony w ramach szkoleń stacjonarnych, została przekazana współpracownikom, w miejscu ich pracy, w toku szkoleń kaskadowych. Natomiast szkolenia uruchomione na platformie e-learningowej utworzonej w ramach Projektu 5 dają nieograniczoną możliwość do ciągłego doskonalenia przede wszystkim personelowi usług pozamedycznych.

Istotnym czynnikiem, który z pewnością odegra rolę w zapewnieniu trwałości efektów programu, są opracowane przez ekspertów materiały edukacyjne, które uczestnicy szkoleń mogą dowolnie wykorzystywać. Pozwoli to z pewnością uwrażliwić między innymi środowiska osób wykonujących zabiegi inwazyjne (medyczne i niemedyczne) na problemy zakażeń krwiopochodnych, których znajomość, pomimo poprawy stanu wiedzy, jest niestety nadal dość niska.

Mówiąc o edukacji kadr należy także podkreślić, że już na obecnym etapie wiedza wypracowana w programie została wykorzystana do aktualizacji programów kształcenia przed- i podyplomowego wybranych zawodów medycznych, w szczególności pielęgniarek i położnych. Jednym z wniosków płynących z działań realizowanych w Projekcie KIK/35 jest konieczność uwzględnienia treści dotyczących zapobiegania zakażeniom HCV w szkoleniu lekarzy oraz lekarzy stomatologów.

Działaniami nie do przecenienia, uzupełniającymi zadania zrealizowane w ramach Projektu 5, obok długofalowej, ogólnopolskiej kampanii społecznej

traktującej o problemie zakażeń HCV w formie jednolitego przekazu dla ogółu społeczeństwa, są między innymi: programy zdrowotne dedykowane młodzieży w zakresie unikania ryzykownych zachowań związanych m.in. ze stosowaniem narkotyków jak i niebezpiecznych praktyk seksualnych, działania informacyjne w stosunku do służb mundurowych, porządkowych, czy personelu aresztów śledczych i zakładów karnych oraz osadzonych w zakładach karnych i używających środki psychoaktywne drogą przerwania ciągłości tkanek, aktywizowanie samorządu terytorialnego do podejmowania działań dla lokalnych społeczności. W realizacji tych aktywności czynnie uczestniczą przedstawiciele zarówno Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny jak i Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

PODZIĘKOWANIA

Zespół Projektu 5 składa szczególne podziękowania koordynatorom merytorycznym odpowiedzialnym za przeprowadzenie szkoleń stacjonarnych na terenie poszczególnych województw, organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej poziomu wojewódzkiego i powiatowego za wsparcie działań projektowych, edukatorom - lekarzom i pielęgniarkom, osobom współuczestniczącym w opracowywaniu materiałów, a także opiniującym i konsultującym je.

Pragniemy również podziękować, firmom; Procontent, KDK i Millward Brown za owocną współpracę oraz wszystkim Osobom, nie wymienionym z nazwiska, a zaangażowanym w pracę nad Projektem 5.

Tabela 9.6.

Lista osób współpracujących przy realizacji zadań w Projekcie 5

Osoba	Instytucja
Pan Minister Marek Posobkiewicz	Główny Inspektorat Sanitarny
Pani Mirosława Półgrabia Pani Olga Kotakowska	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny - zespół na etapie przygotowania materiałów dydaktycznych
Pani Aleksandra Czyrznikowska Pan Mateusz Szewczyk	Główny Inspektorat Sanitarny
Pani Grażyna Chaszczewska-Wojtas	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wałbrzychu
Pani Elżbieta Sójkowska	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Jeleniej Górze
Pani Joanna Strugarek	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kłodzku

Pani Bożena Kess	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Lublinie
Pani Aneta Sawicka	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Gorzowie Wielkopolskim
Pani Anna Guzek	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Łodzi
Pani Małgorzata Witas	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Rzeszowie
Pani Lucyna Jadaluk Pani Joanna Siemienkowicz	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Białymstoku
Pani Aneta Bardoń-Błaszowska Pani Dorota Zabielska	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Gdańsku
Pani Kamilla Kalitka-Ulman	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Katowicach
Pani Małgorzata Haponiuk	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Kielcach
Pani Małgorzata Dobrzańska	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Olsztynie
Pani Renata Opiela	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Szczecinie
Pan Witold Paczosa	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja we Wrocławiu
Pani dr n. med. Elżbieta Narolska- -Wierczewska	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Stacja w Bydgoszczy
Pani mgr Jolanta Janik	Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Pani mgr Marta Andrzejewska Pani mgr Janina Krawczyk	Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
Pani dr Bożena Jakimiak Pani mgr Ewa Röhm-Rodowald	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
Pani prof. dr hab. med. Alicja Wiercińska-Drapało	Warszawski Uniwersytet Medyczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
Pan prof. dr hab. med. Janusz Cianciara	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
Pan prof. dr hab. med. Zbigniew Izdebski	Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii UW
Pani dr n. med. Elżbieta Puacz	Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Pani Anna Jagodzińska Pan Przemysław Saleta Pan Leszek Czajka	Za bezpłatne użyczenie wizerunku na potrzeby projektu
Pani Urszula Jaworska i Pan Sebastian Gawlik	Przedstawiciele Organizacji Pacjentów i Fundacja Urszuli Jaworskiej
Pani lek. dent. Joanna Rafałowska Pani mgr Małgorzata Znyk Pan mgr Rafał Halik Grupa Studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz osób specjalizujących się w NIZP-PZH w dziedzinie epidemiologii i zdrowia publicznego w okresie realizacji projektu.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny - udział w realizacji projektu na różnych jego etapach

KAMPANIA SPOŁECZNA „HCV JESTEM ŚWIADOM” - TRANSLACJA WIEDZY I JEJ ZINTEGROWANY PRZEKAZ DO GRUP DOCELOWYCH

Mgr inż. Rafał Patoła, Dr hab. Rafał Gierczyński, Anna Małek
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Od wielu lat edukacja zdrowotna oraz działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia są przedmiotem starań wielu instytucji w kraju. Zagadnieniami tymi zajmują się między innymi: administracja rządowa i samorządowa, jednostki naukowe, instytuty badawcze, jednostki sanitarno-epidemiologiczne, placówki oświatowo-wychowawcze, a także organizacje pozarządowe. Niestety w licznych edukacyjnych programach profilaktycznych zazwyczaj nie stosuje się całościowego podejścia, ukierunkowanego na rozwijanie umiejętności życiowych, pozwalających na stałe utrzymanie zdrowia.

Ważnym elementem działań profilaktycznych jest dostarczenie społeczeństwu informacji pozwalających zidentyfikować i zrozumieć problem zdrowotny, jego przyczyny i możliwości zapobiegania, zwłaszcza te realnie dostępne dla obywateli. Na tym etapie ogromnie ważna jest prawidłowa translacja wiedzy fachowej na język zrozumiały dla społeczeństwa. Proces ten często wymaga zastosowania daleko idących, umiejętnych uogólnień i wyselekcjonowania najbardziej istotnych faktów, które powinny trafić do świadomości społecznej. Kolejnym etapem jest wybranie skutecznej formy przekazu - która spowoduje, że przekazywane treści staną się na tyle atrakcyjne, że przyciągną uwagę społeczeństwa oraz dobór „technicznych” środków przekazu, tak by skutecznie dotrzeć do wybranych grup docelowych. Ostatnim elementem działań jest utrzymywanie przekazu przez czas potrzebny do ukształtowania w społeczeństwie określonego, oczekiwanego modelu zachowań prozdrowotnych (nawyku/przekonania/mody). Tu ważną rolę odgrywa monitorowanie skuteczności prowadzonych działań. Działania promocyjne w obszarze zdrowia są w obecnym czasie znacznie utrudnione poprzez dużą ilość, często sprzecznych informacji trafiających do społeczeństwa z wielu zróżnicowanych kanałów informacyjnych, dlatego skuteczna promocja zachowań prozdrowotnych często odbywa się w formie kampanii społecznej.

Zgodnie ze stanowiskiem praktyka Pawła Prochenko, kampania społeczna to zestaw różnych działań zaplanowanych w konkretnym czasie, skierowanych do określonej grupy docelowej, których celem jest doprowadzenie do wzrostu wiedzy, zmiany myślenia, zachowania wobec określonego problemu społecznego lub rozwiązanie problemu społecznego blokującego osiągnięcie dobra wspólnego zdefiniowanego jako cel marketingowy [1]. Kampania społeczna to swoistego rodzaju kampania komunikacyjno-promocyjna, której celem zazwyczaj jest wywołanie zmian postaw społecznych wobec pewnej idei czy problemu. Na ogół w tego typu przedsięwzięciach chodzi o osiągnięcie efektu edukacyjnego poprzez informowanie, wyjaśnianie, skłanianie do aktywności, poruszanie trudnych bądź wstydliwych tematów uwzględniających interes społeczny [2].

10.1. Informacje o problemie HCV w Polsce i przykłady ich translacji na przekaz zrozumiały dla społeczeństwa

Wyniki uzyskane w trakcie kilku lat intensywnych badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, pozwoliły na określenie szacunkowej liczby osób zakażonych HCV w Polsce, jak również ustalenie czynników ryzyka i grup szczególnie narażonych na zakażenie HCV.

Pierwszą informacją, która powinna trafić do świadomości społeczeństwa w kraju jest fakt, że zgodnie z przeprowadzonymi badaniami, w Polsce liczba osób, u których w organizmie wirus HCV jest obecny, oszacowana została w przybliżeniu na 165 tys., z tym, że po uwzględnieniu możliwej rozpiętości wyniku (przedziały ufności: 95% CI 127 tysięcy - 190 tysięcy) i wyników wcześniejszych badań, wartość tą postanowiono zbliżyć w przekazie kierowanym do społeczeństwa do wartości 200 tys., tworząc komunikat o treści: „w Polsce nawet do 200 tys. osób może żyć z wirusem HCV we krwi”. Sprawa jednoznacznego, prostego komunikatu o liczbie osób w sposób przewlekły dotkniętych WZW-C w Polsce jest kluczowa. Wynika to z faktu, że zakażenia HCV mają tę swoistą cechę, iż w praktyce mamy do czynienia z rozbieżnością pomiędzy szacowaną liczbą osób które miały kontakt z wirusem - uległy zakażeniu (około 750 tys.), a szacowaną liczbą osób, u której wirus HCV nie został samoistnie wyeliminowany przez organizm osoby zakażonej i stale się replikuje, stając się przyczyną zakażenia przewlekłego (około 165 tys.). Z tego powodu, kluczowym elementem translacji wiedzy było w przypadku kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” sprowadzenie przekazu do podania przybliżonej, łatwej do zapamiętania, liczby osób z przewlekłym zakażeniem HCV rzędu 200 tys. osób.

Kolejną ważną informacją jaką społeczeństwo powinno otrzymać jest wiedza o drogach szerzenia się HCV i czynnikach ryzyka. Wyniki badań uzyskane w projekcie KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” zgodnie z oczekiwaniami

potwierdziły inne dane piśmiennictwa o podstawowych czynnikach ryzyka i drogach szerzenia się HCV w Polsce. Z tego względu w przekazie kierowanym do społeczeństwa należało podkreślić, że wirus zapalenia wątroby typu C przenosi się przez krew, właśnie dlatego czynnikiem ryzyka zakażeń HCV może być każdy zabieg medyczny lub pozamedyczny oraz czynność, której towarzyszy naruszenie ciągłości tkanek. Mając na uwadze fakt, że większość inwazyjnych zabiegów medycznych jest wykonywana z konieczności, w ramach leczenia lub profilaktyki chorób, co oznacza, że w interesie pacjenta nie leży rezygnacja z tych zabiegów - w przekazie kierowanym do społeczeństwa skupiono się na tych czynnikach ryzyka HCV, na których ograniczenie większość osób ma realny wpływ, czyli na zabiegach kosmetycznych i upiększających, przebiegających z naruszeniem ciągłości skóry i błon śluzowych. Przekaz kierowany w trakcie kampanii „HCV Jestem świadom” miał informować, społeczeństwo, że zabiegi tego typu mogą stanowić zagrożenie ze względu na możliwą transmisję zakażeń krwiopochodnych - jeśli nie są prowadzone z zachowaniem zasad aseptyki, tak jak to ma miejsce w lecznictwie. Celem przekazu było ukształtowanie aktywnej postawy roszczeniowej u klientów salonów, w których tego typu zabiegi są wykonywane, nakierowanej na oczekiwanie zapewnienia przez usługodawcę bezpieczeństwa oferowanych zabiegów upiększających w zakresie eliminacji możliwości transmisji zakażeń krwiopochodnych. Przekaz informował społeczeństwo, że elementami na które uwagę zwrócić powinien klient salonu powinna być świadomość usługodawcy o zakażeniach krwiopochodnych oraz sposób wykonywania zabiegów, ze szczególnym podkreśleniem konieczności stosowania sprzętu jednorazowego i sterylne, wszędzie tam, gdzie dokonuje on naruszenia ciągłości skóry, oraz właściwych działań w zakresie dezynfekcji otoczenia miejsca wykonywania zabiegu i zachowania należytej higieny rąk. Ze względu na obszerność tego komunikatu, w kampanii „HCV Jestem świadom” starano się możliwie jak najczęściej operować audiowizualnymi formami przekazu.

10.2. Działania edukacyjne jako przygotowanie zaplecza fachowego dla kampanii społecznej

Na wybór działań w ramach kampanii społecznej oraz sposób i tryb ich realizacji miały wpływ podejmowane na terenie całej Polski, w latach 2014-2016, w ramach Projektu 5, działania edukacyjne skierowane do środowisk kluczowych z punktu widzenia walki z zakażeniami wirusem HCV. Szkolenia kierowane były do pracowników zawodów medycznych, oraz pozamedycznych, w tym pracowników salonów kosmetycznych, tatuażu oraz studiów fryzjerskich. Łącznie przeprowadzono 134 szkolenia, w ramach których przeszkolono ponad 6 tys. osób, w tym blisko 1,5 tys. pracowników sektora medycznego oraz 4,7 tys. pracowników

sektora pozamedycznego. Przygotowana oferta edukacyjna, z uwagi na jej wyjątkowość i innowacyjność odpowiadała na potrzeby zarówno pracowników sektora medycznego, jak również pracowników branży upiększającej tj. salonów kosmetycznych, fryzjerskich i tatuażu.

Dla pracowników branży upiększającej temat prewencji i profilaktyki zakażeń krwiopochodnych jest równie istotny z punktu widzenia wykonywanych czynności zawodowych związanych z przerywaniem ciągłości tkanek, co dla personelu medycznego. W związku z brakiem szczegółowych uregulowań prawnych normujących kwestie dotyczące profilaktyki zakażeń krwiopochodnych w studiach tatuażu, salonach fryzjerskich i kosmetycznych, oraz brakiem wystarczającej świadomości personelu tychże podmiotów w zakresie ryzyka zakażeń krwiopochodnych, jak również ograniczonymi możliwościami doksztalcania się w tej tematyce, zdiagnozowano pilną potrzebę dalszej edukacji tej grupy zawodowej.

Kolejnym bodźcem, który miał wpływ na wybór narzędzi kampanii społecznej były inicjatywy lokalnych społeczności. W 2014 r. przedstawiciele zespołu realizującego Projekt 1. zostali zaproszeni na wydarzenie lokalne pn.: „Festiwal Zdrowia” w Tuszynie. Podczas „Festiwalu Zdrowia” przedstawiono miejscowej społeczności najważniejsze zagadnienia dotyczące zakażeń HCV, oraz podstawowe założenia Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”. Wystąpienia przedstawicieli Projektu KIK/35 spotkały się z dużym zainteresowaniem odbiorców. Stanowiły też okazję do wymiany poglądów w zakresie potrzeb i oczekiwań społeczności lokalnej w zakresie oczekiwanej informacji o zakażeniach krwiopochodnych. W 2015 r. we współpracy z Fundacją Edukacji Społecznej przeprowadzono działania edukacyjno-informacyjne wśród uczestników Festiwalu Przyszanek Woodstock, w ramach którego zorganizowano punkt edukacyjno-informacyjny o HCV.

10.3. Wirus HCV - świadomość wśród Polaków, badania docelowych odbiorców

Zaplanowanie odpowiednich działań edukacyjno-informacyjnych w ramach kampanii społecznej nie byłoby możliwe bez przeprowadzenia badania opinii społecznej na temat tego, co Polacy wiedzą o HCV.

Ogólnopolskie badanie opinii społecznej zostało przeprowadzone przez firmę Millward Brown na reprezentatywnej próbie ludności Polski liczącej 1012 osób w wieku od 15 lat wzwyż, techniką CAPI (ang. Computer Assisted Personal Interview). Technika ta ma zastosowanie w badaniach ilościowych i polega na przeprowadzaniu wywiadów z respondentami przy użyciu przenośnych komputerów [3]. Zastosowanie w badaniu elektronicznego kwestionariusza 20 pytań, przygotowanych przez ekspertów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH

zaangażowanych w realizację Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, umożliwiło automatyczne, szybsze zbieranie danych, eliminując przy tym etap długotrwałego ręcznego wpisywania odpowiedzi z ankiet do bazy danych, automatyczną rotację zadawanych pytań, a także lepszą kontrolę i eliminowanie potencjalnych błędów.

W badaniu wykazano, że świadomość na temat zakażeń HCV w społeczeństwie jest wciąż zbyt niska. Ponad połowa osób (55%) deklarowała, że nigdy nie słyszała o wirusie HCV, a tylko 12% spośród badanych osób w wieku 15-24 lat to osoby świadome problemu zakażeń HCV. Wielu z badanych respondentów było przekonanych, że szczepionka przeciw WZW-C istnieje, a tylko 14% z badanych udzieliło poprawnej odpowiedzi, że takiej szczepionki jeszcze nie stworzono. Ponadto, wiedzy na temat tego, czy można się zaszczepić przeciwko chorobie wywołanej przez HCV nie miało 41% pytanych. Respondenci mieli również problem z udzieleniem prawidłowych odpowiedzi na pytania związane ze wskazywaniem objawów zakażenia wirusem HCV. Jeżeli potrafili wskazać jakieś objawy, to najczęściej wymieniali: bóle w okolicy wątroby. Jednak najczęściej wskazywali brak wyraźnych objawów choroby. Na pytanie czy z zakażenia HCV można się skutecznie wyleczyć. Tylko co 5. respondent twierdził, że zakażenie HCV można skutecznie wyleczyć, a co 3. badany był zdania, że dostępne są leki, które pozwalają tylko kontrolować zakażenie HCV. W ramach badania poddaliśmy również ocenie, oprócz wiedzy respondentów, ich poglądy na temat zakażenia wirusem HCV. Według 54% respondentów ujawnienie informacji o HCV mogłoby negatywnie wpłynąć na ich życie zawodowe i prywatne. Im wyższe wykształcenie tym większa jest obawa z tym związana. Z przejawami dyskryminacji lub stygmatyzacji osoby zakażonej HCV spotkało się zaledwie 4% badanych.

Uzyskane wyniki badania opinii społecznej na temat wiedzy Polaków o wirusie HCV pozwoliły na ustalenie obszarów, którymi w pierwszej kolejności należy się zająć w kampanii społecznej. Niewiedza zazwyczaj z jednej strony wywołuje strach, a z drugiej strony nieuwagę. Dalego obszarami, którymi postanowiono się zająć to przede wszystkim praca nad wzrostem świadomości społecznej Polaków o problemie HCV i konsekwencjach dla zdrowia, jakie może powodować, a także zmiana zachowań na zmniejszające ryzyko zakażenia HCV [4].

10.4. Określenie celów - założenia kampanii społecznej

Punktem wyjścia do ogólnopolskiej kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” było założenie, iż najważniejszą metodą zapobiegania zakażeniom HCV jest wczesna diagnostyka osób z grup ryzyka oraz zastosowanie procedur uniemożliwiających szerzenie się zakażeń. Brak adekwatnych i kompleksowych działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HCV stanowi istotny

problem zdrowia publicznego. Należy podkreślić, że wczesna diagnostyka zwiększa skuteczność leczenia i obniża jego koszty społeczne i ekonomiczne. Z tego względu ważnym ekonomicznie aspektem jest świadomość lekarzy, pacjentów i przedstawicieli zawodów zwiększonego ryzyka transmisji HCV. Dlatego też, za cele ogólnopolskiej kampanii społecznej przyjęto:

- 1) Podniesienie poziomu wiedzy na temat profilaktyki zakażeń HCV i wykształcenie odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych;
- 2) Przekazanie informacji i wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom HCV oraz zachęcanie ludzi do wykonania badań testowych w kierunku HCV;
- 3) Sprofilowanie kanałów informacji dotyczącej HCV oraz profilaktyki zakażeń HCV do wybranych grup np.: młodzieży (wypracowanie modelowych postaw dotyczących prewencji oraz profilaktyki zakażeń HCV, które w przyszłości zmniejszą liczbę zakażonych);
- 4) Podniesienie standardów pracy np.: w studiach tatuażu, salonach kosmetycznych, fryzjerskich, akupunktury, gabinetach stomatologicznych oraz podniesienie jakości świadczonej opieki w zakresie prewencji i profilaktyki zakażeń HCV wśród pracowników sektora medycznego, między innymi poprzez propagowanie szkoleń e-learningowych;
- 5) Skupienie „decydentów” w zakresie zdrowia publicznego oraz sektora NGO wokół problemu związanego z zakażeniami HCV (wiele organizacji z III sektora działa w pojedynkę w przestrzeni dotyczącej HCV, brakuje platformy do wymiany doświadczeń i współpracy).

Tak postawione cele zamierzono osiągnąć poprzez:

- 1) Wykształcenie wśród odbiorców kampanii postawy czynnej, polegającej między innymi na:
 - a) podejmowaniu działań zmniejszających ryzyko zakażenia wirusem HCV, w tym przeniesienia zakażenia na inną osobę zdrową,
 - b) aktywnym zadawaniu pytań przed, jak również podczas wykonywania zabiegów, a dotyczących sterylności przedmiotów stosownych w zabiegu, stosowania sprzętu jednorazowego, otwierania sprzętu jałowego bezpośrednio przed zabiegiem, mycia rąk czy też używania rękawiczek jednorazowych zmienianych do każdego zabiegu;
- 2) Zwiększenie świadomości wśród grup docelowych kampanii, że w przypadku, gdy znajdują się w grupie ryzyka warto z własnej inicjatywy wykonać badanie w kierunku HCV.

Realizując postawione cele założono, że język w kampanii będzie adekwatny do danego kanału komunikacyjnego. Nawet o rzeczach niewygodnych postanowiono mówić otwarcie i jasno tak, aby trudno było zaprzeczyć przedstawianym argumentom, które w rzeczy samej poparte były dowodami i rozwiązaniami wynikającymi z przeprowadzonych badań naukowych. W kampanii postanowiono

umiejscowić „siebie” po stronie odbiorcy - poczuć się jak odbiorca. Dlatego też postanowiono niczego nie zakazywać, nic nie nakazywać, a także nikogo lub niczego nie oceniać i nie krytykować.

W kwestii formy przekazu wprowadzono pewne ograniczenia, na które warto w tym miejscu zwrócić uwagę. Przyjęto założenia, że działania prowadzone w ramach kampanii społecznej nie będą:

- straszyć śmiercią z powodu zakażenia HCV lub epatować wizerunkami osób cierpiących na zakażenie HCV,
- wzbudzać agresji i/lub nietolerancji,
- utrwaląc wizerunku człowieka zakażonego HCV, jako człowieka przegranego, straconego dla społeczeństwa,
- dyskredytować, ośmieszać i piętnować,
- stygmatyzować ani obrażać żadnej grupy zawodowej związanej z pracą, w której może dojść do przerywania ciągłości tkanek (a w efekcie z kontaktem z krwią),
- wykorzystywać przedmiotów czy symboli, które mogą być kojarzone z aktami terroru i przemocy, w tym m.in.: broń palna, nóż, itp.

Natomiast zgodzono się, aby kampania społeczna była zabawna, ale zarazem nie błaha.

10.5. Planowanie i formułowanie strategii kreatywnej oraz elementów kampanii społecznej

Tworząc kreację, jak również planując działania w ramach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH sięgnął po kanały komunikacji rozpoznawalne w zidentyfikowanych grupach docelowych i chętnie wykorzystywane, które niekiedy kształtują postrzeganie różnego rodzaju problemów.

Z uwagi na złożoność tematu, jak również planowany, innowacyjny sposób realizacji działań o charakterze edukacyjno-informacyjnym w ramach kampanii, w przekazie mediowym zastosowano swoistą prowokację stylistyczną.

Odbiorcy przekazów medialnych każdego dnia słyszą dziesiątki komunikatów o zagrożeniu dla ich zdrowia i życia. Przejmują się tymi historiami, których szansa wystąpienia czasami jest jeden na milion. Wiele osób obawia się zagrożeń, które w rzeczywistości nic nie znaczą i nijak mają się do rzeczywistości. Czasami są mniej lub bardziej śmieszne, najczęściej żenujące, ale zawsze zmuszające do myślenia, bo kto w to wszystko wierzy? Człowiek trzymający kredens, mordujący termokoc, czajnik grozy, czy atakujący znieścacka bóbr. To tylko jedne z wielu nagłówków, które trafiły na pierwsze strony popularnych polskich dzienników,

codziennie spotykanych za witrynami. Jest tego dużo, dużo więcej, tak jak wiele galerii dostępnych w Internecie.

W tym szumie zagrażających informacji ludzie skupiają się przede wszystkim na tych spektakularnych, a nie ważnych. Planując działania oraz kreację kampanii społecznej wykorzystaliśmy tę zasadę przekierowując uwagę odbiorców na temat zakażeń HCV.

Prześmiewając niejako otaczające nas nagłówki gazet, stworzono wymagowane zagrożenia: rekinami w Bałtyku, pajakami w bananach i kobrą grasującą na osiedlu. W planowaniu kampanii NIZP-PZH opierał się na fachowym wsparciu firmy Good Company, a za kreację i realizację wizualizacji kampanii społecznej, w tym „key visualu”; produkcję spotu telewizyjnego - w reżyserii Piotra Onopy; i spotu radiowego odpowiedzialne było Konsorcjum TELESCOPE Malina Wieczorek oraz Mastermind Media Sp. z o.o.

10.6. Kampania społeczna „HCV Jestem świadom” w mediach

Podstawowym, a tym samym pierwszym elementem kampanii społecznej było wykorzystanie tradycyjnych mediów masowych: radia, telewizji, prasy, reklamy zewnętrznej i Internetu.

Reklama telewizyjna jest uważana za najskuteczniejszą formę docierania do masowego odbiorcy. Dzięki reklamie telewizyjnej uzyskujemy wiarygodność przekazu, szeroki zasięg przy niższych kosztach dotarcia do jednego odbiorcy w porównaniu z innymi mediami reklamowymi, a także silne oddziaływanie na emocje odbiorcy.

W okresie od dnia 1 lipca 2016 r. do 31 sierpnia 2016 r. spot telewizyjny wyemitowano 927 razy w Telewizji Polskiej S.A. na antenie Programu TVP1, Programu TVP2 i Programu TVP3 oraz pakietu stacji tematycznych Telewizji Polskiej S.A., a także pakietu stacji tematycznych Cyfrowego Polsatu S.A. W ramach emisji społecznych dzięki współpracy z Fundacją „HIGIEJA” we wrześniu 2016 r. spot telewizyjny został wyemitowany dodatkowo przez Telewizję Polską S.A. w liczbie 115 emisji na antenie Programu: TVP1, TVP3, TVP POLONIA, TVP KULTURA. Szacujemy, że spot telewizyjny obejrzało łącznie około 18.500.000 osób, osiągając tym samym wskaźnik GRP na poziomie 152. GRP (ang. Gross Rating Points), to wartość określająca siłę (skuteczność w dotarciu do odbiorcy), poprzez zmierzenie ilości odbiorców, do których dotarł spot telewizyjny w połączeniu z częstotliwością, z jaką został nadany. Szczegóły wskaźnika oraz zasięg spotu TV przedstawiono na **rycynie 10.1.**

Z uwagi, iż radio stwarza szerokie możliwości i stanowi najbardziej osobisty środek przekazu, towarzysząc wielu słuchaczom niemalże przez cały dzień, w okre-



DZIAŁANIA EDUKACYJNO-INFORMACYJNE W MEDIACH (RADIO I TELEWIZJA) ORAZ REKLAMA ZEWNĘTRZNA.

Spot telewizyjny*

Emitowany: **1042 razy** (TVP1, TVP2, TVP3, pakiet stacji tematycznych TVP, pakiet stacji tematycznych Polsat.)

GRP: **152;**

Zasięg: **3+ 20,65 %.**

Spot radiowy*

Emitowany: **141 razy** (Pakiet Złote Przeboje, ZET Chili, Pakiet Zet Total, Pakiet RMF 3D).

GRP: **184;**

Zasięg: **3+ 25,2 %**

Reklama zewnętrzna*

na **115** nośnikach w całej Polsce.

*01.07.2016 r. – 31.08.2016 r

Rycina 10.1.

Działania edukacyjno-informacyjne w mediach (telewizja, radio oraz reklama zewnętrzna)



Rycina 10.2.

Kadr ze spotu emitowanego w TV w ramach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

się emisji spotu telewizyjnego, nastąpiła także emisja spotu radiowego. Spot radiowy, który usłyszało blisko 14.000.000 słuchaczy, został wyemitowany w sumie 141 razy na antenach stacji radiowych: Pakiet Złote Przeboje, ZET Chili, Pakiet Zet Total oraz Pakiet RMF 3D. Wartość wskaźnika GRP oraz zasięg dla emisji spotu radiowego przedstawiono na **rycinie 10.1**.



Rycina 10.3.

Reklama informująca o audycjach radiowych w ramach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Ponadto, w ramach trasy koncertowej „Lato z Radiem” na antenie Programu 1 Polskiego Radia wyemitowano trzy częściową audycję na temat HCV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Wykorzystanie w kampanii społecznej reklamy radiowej, jako doskonałego, względnie taniego, środka przekazu, pozwoliło dotrzeć do szerokiej grupy słuchaczy, oddziałując na ich emocje, nawiązując z nimi kontakt w wielu różnych sytuacjach - przy pracach domowych, podczas podróży do pracy, czy też w trakcie prowadzenia samochodu, itp.

Wśród działań kampanii społecznej nie mogło zabraknąć reklamy zewnętrznej. Niewątpliwym atutem tego rodzaju masowej reklamy jest jej szeroki zasięg oraz brak konieczności ponoszenia przez widza jakichkolwiek nakładów finansowych w porównaniu z telewizją, radiem, prasą czy Internetem. Odbiorcami reklamy zewnętrznej są wszyscy, którzy wychodzą z domu. Emisja reklamy zewnętrznej w ramach prowadzonych działań kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” odbywała się przez dwa wakacyjne miesiące 2016 r. na 115 nośnikach w całej Polsce.

Oprócz reklamy zewnętrznej w okresie czerwiec - listopad 2016 r. w Internecie prowadzono kampanię bannerową mającą na celu poza dostarczeniem czytelnego przekazu o HCV, przekierowanie użytkowników Internetu na stronę internetową kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”. Wyraziste kolory, różnorodny format i animacje bannerów, przyciągnęły uwagę i sprawiły, że osoby odwiedzające strony www klikając na zamieszczony na nich banner, licznie odwiedzały stronę



Rycina 10.4.

Przykłady reklamy zewnętrznej w ramach Kampanii „HCV Jestem świadom”

kampanii www.jestemswiadom.org. W okresie trwania kampanii bannerowej w Internecie reklama wyświetlona została ponad 200 mln razy przez ok. 23 mln unikatowych użytkowników Internetu. W reklamę kliknięto ponad 500 tys. Internautów, a na potrzeby kampanii wykorzystano 10 różnych formatów reklamy: 240x400, 250x250, 300x250, 300x600, 320x100, 336x280, 486x60, 728x90, 970x90 oraz 970x250. Najwięcej kliknięć odnotowano: przy reklamie w formacie 300x250, w Warszawie - 131.586 kliknięć, oraz na stronie Interia.pl - 40.828 kliknięć.

Wykorzystując potencjał prasy, która buduje relacje i wiarygodność oraz angażuje i pogłębia przekaz, na łamach gazet i czasopism w trakcie trwania kampanii ukazywały się liczne artykuły i reklamy przekierowujące czytelnika na stronę kampanii www.jestemswiadom.org. Zadaniem publikowanych artykułów i reklam było zaspokojenie ciekawości czytelnika na temat HCV i wirusowego zapalenia wątroby typu C, dostarczenie mu wiarygodnych informacji, pogłębianie wiedzy, a także skłanianie odbiorcy przekazu do zastanowienia i refleksji. W ramach współpracy z Fundacją Urszuli Jaworskiej - w lipcu 2016 r. AGORA S.A. na łamach swoich gazet wyemitowała 27 razy informację prasową o kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”.

Obchodzony każdego roku na koniec lipca - Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby - ustanowiony decyzją Światowej Organizacji Zdrowia w 2010 r.,

KOBRA NA OSIEDLU

KOLEJNE ATAKI REKINA!

TROPICALNE PAJĄKI W BANANACH!

NIE ZAJMUJ SIĘ SZTUCZNYMI PROBLEMAMI. WIRUS HCV TO REALNE ZAGROŻENIE!

Sprawdź na:
www.jestemswiadom.org

SWISS CONTRIBUTION PROJEKT KIK/35 „ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV”, WSPÓLFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ MINISTRA ZDROWIA

INSTYTUCJA REALIZUJĄCA: PZH

PARTNERZY: Ministerstwo Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego - PZH, Biuro Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, HCV JESTEM ŚWIADOM

Rycina 10.5.

Przykłady reklamy bannerowej w Internecie w ramach Kampanii „HCV Jestem świadom”

stał się motywacją do zaplanowania kolejnych działań w ramach kampanii społecznej. Co roku zarówno eksperci jak i przedstawiciele środowiska pacjentów starają się zwrócić uwagę na problem zakażeń wirusami, które wywołują przewlekłe zapalenie wątroby. Z tego też powodu w dniu 12 września 2016 r. na antenie Programu 1 Telewizji Polskiej S.A. odbył się „Wielki Test o Zdrowiu”, poruszający tematykę HCV i wirusowego zapalenia wątroby typu C, którego obejrzało ponad 1.200.000 widzów, a próbę rozwiązania testu on-line podjęło aż 179.000 Internautów. Program odbył się z udziałem:

- Pana Konstantego Radziwiłła, Ministra Zdrowia,
- Pana Marka Posobkiewicza, Głównego Inspektora Sanitarnego,
- Pana Prof. dr hab. Mirosława J. Wysockiego, Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH,
- Pana Guido Beltrani - Dyrektora Biura Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy - Radcy Ambasady Szwajcarii w Polsce,

- Pani Prof. dr hab. Alicji Wiercińskiej-Drapała, Kierownika Kliniki Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie oraz znanych i lubianych gwiazd estrady, filmu, sportu, dziennikarstwa, które odpowiadały na pytania dotyczące zdrowia.



12 września 2016 r. - **1,2** mln widzów
i **179 tys.** rozwiązanych testów online



Rycina 10.6.

Kadry z programu telewizyjnego pt. „Wielki Test o Zdrowiu” przygotowanego przez TVP i NIZP-PZH w ramach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”



Rycina 10.7.

Kadr z programu telewizyjnego pt. „Wielki Test o Zdrowiu” przedstawiający symboliczną główną nagrodę dla zwycięzców programu

Zwycięzcami „Wielkiego Testu o Zdrowiu” zostali: pani Marzena Słupkowska i pan Vito Casetti, którzy główną nagrodę przekazali na rzecz Fundacji Urszuli Jaworskiej, zaangażowanej w pomoc pacjentom z nowotworami krwi i szpiku, pacjentom z guzami mózgu, a także chorym na stwardnienie rozsiane i zakaźnym wirusem HCV.

10.6.1. Kampania społeczna „HCV Jestem świadom” w Internecie

Kampania internetowa, jako niestandardowe narzędzie w kampanii społecznej skupiała się na działaniach mających na celu uświadomienie społeczeństwa na temat: problemu zakażeń HCV, możliwości diagnostyki i leczenia, dróg szerzenia się wirusa oraz działań ograniczających ryzyko zakażenia. Wszystkie aktywności w kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” skupiały się głównie wokół strony internetowej www.jestemswiadom.org. Każdy komunikat pojawiający się w tradycyjnych mediach masowych przekierowywał odbiorcę na stronę kampanii (rycina 10.8.).

HCV
JESTEM ŚWIADOM

DZIAŁANIA W INTERNECIE

Dedykowany Landing Page
www.jestemswiadom.org

787.000 ODSŁON*
*stan na 13.01.2017 r.

KOLEJNE ATAKI REKINA!

NIE ZAJMUJ SIĘ SZTUCZNYMI PROBLEMAMI, WIRUS HCV TO REALNE ZAGROZENIE!
Sprawdź na:
www.jestemswiadom.org

HCV
JESTEM ŚWIADOM

Rycina 10.8.
Strona internetowa kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

W celu utrzymania zainteresowania społeczności internetowej, wytworzone i wykorzystywane w kampanii internetowej materiały video, grafiki, memy, animacje ukazywały się na stronie www.jestemswiadom.org z odpowiednią częstotliwością. Ich moderacja odbywała się na bieżąco. Ważnym elementem działalności portalu kampanii było sprzężenie zwrotne z odbiorcami - w sekcji FAQ umieszczane były sukcesywnie odpowiedzi ekspertów z Projektu KIK/35 na najczęściej zadawane pytania internautów, w tym też te, które dotyczyły trudnych społecznie kwestii oczekiwania osób z rozpoznany WZW-C na leczenie.

Osobną aktywnością w ramach kampanii internetowej były działania w mediach społecznościowych. Na portalach Facebook, Twitter, YouTube, Printerest, Google+, Snapchat oraz Instagram powstawały odpowiednie profile. W obszarze tym współpracowano z należącą do grupy Eura7 agencją Abanana.



MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE



Facebook:
Zasięg: 10,6 mln



Instagram:
Zasięg: 1,2 mln



Twitter:
Zasięg: 2,2 mln

Followersi:
5 tys.



Rycina 10.9.

Zasięgi publikowanych treści w social media (stan na dzień: 31.12.2016 r.)

W kampanię internetową zostali zaangażowani również blogerzy (Los Wiaheros, Mamalife, Fit jest Git, Basia Smoter, Ugotowani.tv), którzy ze swoim przekazem podprogowym w ramach różnej tematyki poruszanej na swoich profilach, trafiali do subskrybentów.

**Rycina 10.10.**

Lista blogerów uczestniczących w kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Twórcy internetowi, w tym blogerzy, pozwalają dotrzeć do setek tysięcy czytelników, którzy czytając kolejne wpisy coraz bardziej ufają opiniom i komentarzom, które pojawiają się na stronie. W działaniach akcji obecny był więc blog podróżniczy Los Wiaheros. Państwo Alicja i Andrzej to nie tylko znani globtroterzy, ale również osoby, które w swoich podróżach dbają o bezpieczeństwo. Dlatego ich cenne porady mogły pomóc niejednemu wędrowcowi na szlaku. Profil parentingowy Mamalife pokazywał z kolei potencjalne zagrożenia, z którymi możemy zetknąć się w środowisku domowym oraz podkreślał, jak ważna jest świadomość w wielu kwestiach zdrowotnych. Działania blogerki pomogły dotrzeć do szerokiej grupy odbiorców - głównie kobiet, matek, pokazując im, że świadomość może uratować życie i wpłynąć na bezpieczeństwo naszych bliskich. Młoda kosmetyczka Basia z bloga BasiaSmoter.pl uświadamiała o ryzyku zakażenia wirusem HCV podczas codziennych, i wydawałoby się błahych czynności, takich jak wizyta u fryzjera, kosmetyczki, tatuażysty czy w placówce medycznej. Dla osób, które cenią aktywny sposób wypoczynku z cennymi poradami przychodził blog Fitjestgit. Ćwiczenia mogą być pomocne i nie tylko ułatwiać codzienne życie, ale również pomóc w zmaganiu się z chorobą. Dzięki tym działaniom udało się

dotrzeć do ponad 350.000 odbiorców i zwiększyć świadomość osób, które w swojej codzienności starają się przede wszystkim znaleźć rozwiązania nurtujących je problemów i szukać inspiracji do nowych działań [5].

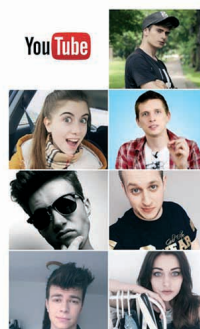
10.6.2. Youtuberzy ambasadorami kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Alex Mandostyle, iHanio, Yoczook, Uwaga! Naukowy Bełkot, SerafinTV, Po Prostu Patryk i Requer - to youtuberzy, którzy zaangażowali się w kampanię społeczną „HCV Jestem świadom” i zostali jej ambasadorami.

Youtuberów, którzy wystąpili w roli ambasadorów, dobrano tak, aby ich kanały były jak najbardziej zróżnicowane tematycznie. Do komunikacji wykorzystano między innymi ich konta na portalach YouTube, Facebook, Instagram i Snapchat. Od 10 czerwca 2016 r. siedmiu youtuberów na swoich kanałach informowało w sposób adekwatny do zainteresowań swoich odbiorców o tym, czym jest HCV, jakie niesie ze sobą zagrożenie i jak uniknąć zakażenia. Każdy z ambasadorów w charakterystyczny dla siebie sposób przygotowywał i publikował filmy na portalu YouTube i Snapchat. Na wszystkich swoich pozostałych profilach (Facebook,



- Alex Mandostyle
- Ihanio
- Uwaga! Naukowy Bełkot
- Yoczook
- SerafinTV
- Requer
- PoProstuPatryk



Łącznie filmy na YouTube, które powstały na kanałach influencerów osiągnęły prawie **1 000 000** wyświetleń.

Rycina 10.11.

Lista Youtuberów uczestniczących w kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Instagram, Twitter, Ask.fm, Snapchat) ambasadory organizowali konkursy, umieszczali posty angażujące i informujące o kampanii, a także posty o samym wirusie HCV oraz o konsekwencjach zakażenia.

„Kampania trwała nieustannie 90 dni. Każdego dnia proponowaliśmy inny rodzaj aktywności związany z edukowaniem na temat HCV. Zadbaliśmy również o to, by przekaz kampanii pojawił się na profilach influencerów na wszystkich najważniejszych portalach społecznościowych” - mówi Emil Kokoszka z agencji WE SHARE, odpowiedzialnej za realizację działań z youtuberami.

Każdego dnia, przez trzy miesiące jeden z youtuberów był zaangażowany w działania. Ten element kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” był skierowany przede wszystkim do ludzi młodych. To do nich trafia język youtuberów oraz treści, które pojawiają się na ich kanałach. Agencja wyszła z założenia, że komunikacja na kanałach ambasadorów powinna przebiegać w jak najbardziej naturalny sposób. W ramach kampanii na kanałach YouTube zaangażowanych twórców powstało siedem filmów. Każdy z materiałów wideo był stworzony w stylistyce danego youtubera, do której są przyzwyczajeni jego widzowie, długością nie odbiegał od innych materiałów wideo z jego kanału. Dzięki temu fani pozytywnie reagowali na komunikaty, chętnie wchodzili w interakcje: dawali „lajki”, komentowali oraz wysyłali „snapy”. Łącznie filmy na YouTube, które powstały na kanałach wymienionych wyżej influencerów osiągnęły prawie milion wyświetleń. Ambasadory pozostawali z fanami w nieustannym kontakcie, odpowiadali na pytania dotyczące HCV i brali udział w imprezach o charakterze edukacyjnym, organizowanych w ramach kampanii. Dzięki wszystkim działaniom podejmowanym na kanałach ambasadorów udało się dotrzeć z przekazem na temat HCV aż do czterech milionów osób!

10.6.3. „Twarz Kampanii HCV”

Prowadzone za pośrednictwem kanałów internetowych działania zachęcały pracowników salonów fryzjerskich, kosmetycznych, akupunktury oraz tatuażu oraz pracowników zawodów medycznych do samokształcenia się w zakresie prewencji i profilaktyki zakażeń HCV za pośrednictwem platformy e-learningowej.

Aby zachęcić pracowników sektora usług do samodzielnego edukowania się, na stronie internetowej kampanii zorganizowano konkurs na „Twarz Kampanii HCV”. Wśród osób, które uzyskały co najmniej 11 punktów w szkoleniu on-line z wykorzystaniem platformy e-learningowej, rozlosowano 15 nagród filmowych: wystąpienie w kilku minutowym filmie dotyczącym promocji wiedzy o HCV, dobrych praktyk w swoim salonie (bez reklamowania samego salonu). Przeciwdziałając bierności środowiska wyprodukowano i zamieszczono w Internecie film promujący konkurs na „Twarz Kampanii HCV”.



Rycina 10.12.
Logotyp konkursu na „Twarz Kampanii HCV”

10.6.4. Mapa Świadomych Miejsc

Mapa Świadomych Miejsc to jedna z inicjatyw podejmowanych w Internecie w ramach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”. Mapa wskazuje lokalizacje salonów i innych podmiotów usługowych zatrudniających osoby o wysokiej świadomości zapobiegania zakażeniom HCV potwierdzonej odbytym szkoleniem teoretycznym zakończonym egzaminem. Decydując się na zabieg upiększający, należy wybierać miejsca, gdzie personel jest świadomy problemu zakażeń krwiopochodnych, przestrzega zasad bezpieczeństwa, a salon wyposażony jest w jednorazowy lub wysterylizowany sprzęt. Wirus HCV jest stosunkowo odporny na warunki środowiska zewnętrznego, w temperaturze pokojowej może przetrwać na skażonych powierzchniach ponad siedem dni. W zapobieganiu zakażeniom HCV najważniejsze są wiedza i przestrzeganie procedur. Dlatego celem tej inicjatywy było pokazanie na mapie Polski wszystkich miejsc, gdzie personel jest świadomy zagrożeń jakie niesie ze sobą HCV - gdyż ukończył z sukcesem szkolenie o problemie HCV oferowane w ramach Projektu KIK/35.



Rycina 10.13.
Logotyp inicjatywy „Mapa Świadomych Miejsc”

10.7. Lato z kampanią społeczną „HCV Jestem świadom” - kontakt bezpośredni z odbiorcami

Podczas kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” nie mogło zabraknąć bezpośredniego kontaktu z odbiorcami kampanii. Działania edukacyjno-informacyjne prowadzono w 17 miastach w całej Polsce, w tym 10 w ramach trasy koncertowej „Lato z Radiem”. Adresowano je do ogółu społeczeństwa, podczas których wiedza o HCV przekazywana była w sposób ciekawy i atrakcyjny, wskazywano na problem zakażeń HCV, jako problem wszystkich grup społecznych.



Rycina 10.14.

Reklama trasy koncertowej „Lato z Radiem” z udziałem kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Miasta w których odbyły się wydarzenia, to miejsca, w których przeprowadzone w lutym 2016 r. (przed rozpoczęciem kampanii społecznej) badania opinii publicznej na temat tego co Polacy wiedzą o HCV, wykazały najmniejszą świadomość ludzi na temat wirusa HCV: mniejsze miejscowości, w których główny przekaz kampanii emitowany przez telewizję, radio, Internet, został uzupełniony o bezpośredni kontakt z odbiorcą. Zespół edukatorów, animatorów, lekarzy i przedstawicieli Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny oraz partnerów, w szczególności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, bezpośrednio spotykał się z Polakami na wybranych imprezach zbiorowych i festynach organizowanych w całym kraju.



WYDARZENIA PLENEROWE KAMPANIA WIEDZY O HCV

Dwa namioty Kampanii „HCV Jestem świadom”

- **28,1 tys.** odwiedzin

16,5 tys. osób wzięło udział w animacjach

1.180 haseł o HCV w konkursie kreatywnym

1.846 anonimową ankietę i **909** odwiedzin stanowiska lekarza

2.800 zdjęć w fotobudce, **3.360** bezpiecznych tatuaży



Rycina 10.15.

Plenerowe działania edukacyjno-informacyjne w ramach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Działania plenerowe w ramach kampanii zostały przeprowadzone przy użyciu nowych technologii cyfrowych. Zabawy i quizy uczestnicy rozwiązywali na infokioskach o ekranach dotykowych, z bezpośrednim dostępem do strony internetowej kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”, aby osoby odwiedzające namioty mogły na bieżąco odpowiadać na pytania dotyczące HCV. Edukatorzy i animatorzy przeprowadzali ankietę dotyczącą wiedzy o HCV i WZW-C z wykorzystaniem tabletów.

Animacja publiczności imprez plenerowych polegała na zapraszaniu do namiotów HCV oraz skorzystania z atrakcji w nich przygotowanych. Delegowana osoba krążyła w przestrzeni przed namiotami. W czasie trwania wydarzenia edukatorzy rozdawali uczestnikom imprezy kody QR, z zakodowanymi hasłami. Zadaniem uczestnika było utworzenie nowego hasła poprzez dokończenie zdania. Co 45 minut komisja składająca się z przedstawicieli NIZP-PZH wybierała najbardziej kreatywne hasło. Zwycięzca otrzymywał nagrodę. Istotną częścią stoiska była strefa odpoczynku, w której można było odpocząć i zrelaksować się oglądając

Po raz kolejny w roku 2016 przeprowadzono działania edukacyjno-informacyjne wśród osób zgromadzonych na Festiwalu „Przystanek Woodstock”. W ramach trzy dniowego pobytu zorganizowano punkt edukacyjno-informacyjny, gdzie propagowano wiedzę o HCV.



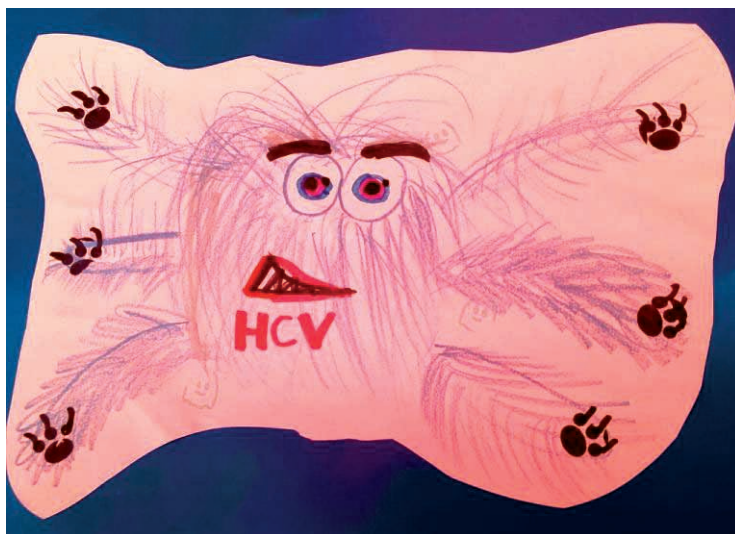
Rycina 10.17.

Fotorelacja i liczba uczestników koncertów, na których obecny był punkt edukacyjno-informacyjny kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Organizatorem wszystkich punktów edukacyjno-informacyjnych podczas 10 wydarzeń plenerowych w ramach trasy koncertowej „Lato z Radiem” w całej Polsce oraz 6 imprez regionalnych, a także podczas Festiwalu „Przystanek Woodstock” była firma BOOM - Bardzo Oryginalna Oferta Marketingowa. Działania edukacyjno-informacyjne podczas wydarzeń plenerowych wspierała Fundacja „HIGIEJA”, Stowarzyszenie Sadów Grójeckich, które przekazało dla uczestników wydarzeń plenerowych certyfikowane jabłka grójeckie, oraz Spółdzielnia Pracy „Muszynianka”, która przekazała uczestnikom wodę do picia.

Fotorelacja ze wszystkich wydarzeń plenerowych dostępna jest na stronie kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” - www.jestemswiadom.org.

W ramach działań kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” współpracowaliśmy również z samorządem terytorialnym. Podczas wydarzenia w Kaliszu odwiedzając punkt edukacyjno-informacyjny o HCV i WZW-C, mieszkańcy Miasta Kalisza otrzymywali zaproszenie na badanie krwi. Wykonawcą programu była Przychodnia KONSYLIIUM ul. Podkowińskiego 2 w Kaliszu. Program był w całości finansowany z budżetu Miasta Kalisza.



Rycina 10.18.

„Wirusostrach” namalowany przez jednego z najmłodszych uczestników kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”

Drużyna edukacyjna kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” we wrześniu 2016 r. odwiedziła także uroczne miasto Tuszyn, które obchodziło swoje 600-lecie. W myśl hasła edukacja przez zabawę, przygotowano wiele różnorodnych atrakcji stanowiących połączenie zdobywania wiedzy i dobrej zabawy. Uśmiech u najmłodszych wywoływało wspólne tworzenie „wirusostracha”, układanie puzzli, gry i zabawy ruchowo-muzyczne. Starsi uczestnicy z zaangażowaniem rozwiązywali quiz wiedzy o HCV przy życzliwej pomocy edukatorów oraz układali puzzle magnetyczne i brali czynny udział w kreatywnych konkursach z nagrodami.

10.8. Podsumowanie

Mimo, że w chwili przekazywania do druku niniejszego opracowania kampania społeczna „HCV Jestem świadom” nie została jeszcze zakończona, możemy z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że wszystkie zaplanowane w trakcie kampanii działania związane z kreacją przekazywanych treści informacyjnych zostały zrealizowane zgodnie z harmonogramem. Na I kwartał 2017 r. zaplanowano do realizacji działania polegające w szczególności na utrzymaniu aktywności na stronie internetowej kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” oraz kanałach społecznościowych kampanii, a także emisji przygotowanych materiałów filmowych w Internecie oraz telewizji i radio.

Tabela 10.1.

Zestawienie wybranych działań realizowanych w poszczególnych okresach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” oraz ich koszty i uzyskane wskaźniki

L.p.	Nazwa działania	Kanał komunikacji	Liczba emisji	Okres realizacji	Osiągnięte wskaźniki	Nakłady finansowe w [zł]
1.	Utworzenie i utrzymanie strony internetowej kampanii	Internet	ND	06.2016 r. - 01.2017 r.	Liczba odston: 787 000	7 857
2.	Działania edukacyjno-informacyjne w mediach (emisja spotu)	Telewizja	927 razy	07.2016 r. - 08.2016 r.	GRP: 152,16 Zasięg 3+: 20,65 %	116 297
		Telewizja	115 razy	09.2016 r.	Emisje darmowe	0,00*
		Radio	141 razy	07.2016 r. - 08.2016 r.	GRP: 194 Zasięg 3+: 25,20 %	110 700
3.	Kampania bannerowa	Internet	26 tygodni	06.2016 r. - 11.2016 r.	Liczba kliknięć: 500 416 Liczba wyświetleń: 204 908 274 Unikatowi użytkownicy: 23 010 000	123 000
4.	Emisja reklamy zewnętrznej	Billboard, citylight	110 nośników 5 nośników	07.2016 r. - 08.2016 r.	Szacowana liczba kontaktów z reklamą: 12 436 789	83 640
5.	Emisja reklamy w prasie	Prasa	27 razy	07.2016 r.	Emisje darmowe	0,00**
6.	Działania edukacyjno-informacyjne w mediach społecznościowych	Internet	ND	06.2016 r. - 12.2016 r.	Zasięg: Facebook: 10 600 000 Twitter: 2 200 000 Followersi: 5 000 Instagram: 1 200 000	254 856
7.	Działania edukacyjno-informacyjne youtuberów	Internet, wydarzenia plenerowe	ND	06.2016 r. - 09.2016 r.	Liczba wyświetleń filmów na YouTube: ponad 1 000 000 Liczba osób, do których dotarł komunikat: 4 000 000	102 760
8.	Działania edukacyjno-informacyjne podczas wydarzeń plenerowych	Wydarzenia plenerowe	17 miast	06.2016 r. - 09.2016 r.	Liczba uczestników: 28 100 Liczba osób, która wzięła udział w animacjach: 16 500	638 000
9.	Produkcja i emisja programu „Wielki Test o Zdrowiu”	Telewizja	1 raz	07.2016 r. - 09.2016 r.	Liczba widzów: 1 200 000 Liczba internautów rozwiązujących test online: 179 000	660 000

* - Emisja bez kosztowo odbyła się w ramach współpracy z Fundacją „HIGIEJA”

** - Emisja bez kosztowo odbyła się w ramach współpracy z Fundacją Urszuli Jaworskiej

ND - nie dotyczy

O skuteczności dotarcia kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” do odbiorców wnioskować można z przytoczonych wyżej wartości osiągniętych wskaźników, jednak najważniejszym efektem kampanii jest zwiększenie wiedzy społeczeństwa mierzone w niezależnych badaniach, najlepiej porównujących stan po zakończeniu działań w ramach kampanii ze stanem sprzed jej rozpoczęcia. Badania takie przeprowadzone zostały w grudniu 2016 r., a ich wyniki, porównane z wynikami uzyskanymi w lutym 2016 r. potwierdziły wzrost rozpoznawalności HCV jako ważnego problemu zdrowotnego (z 45% do 51%), a respondenci rzadziej wybierali odpowiedzi błędne dotyczące różnych aspektów epidemiologii HCV i zauważalnie częściej wybierali odpowiedź: nie wiem/trudno powiedzieć, co wskazuje, na poczucie niedosytu wiedzy. O wzroście rozpoznawalności HCV przez społeczeństwo pośrednio świadczy wzrost z 5% do 13% odsetka osób deklarujących, że ma wśród sąsiadów osobę z HCV. W uzyskanych po kampanii wynikach badania szczególnie cieszy zwiększenie się odsetka respondentów deklarujących zachowania świadczące o postawie aktywnej wobec problemu HCV, zwłaszcza wzrost odsetka osób (z 11% do 15%), które z własnej inicjatywy wykonały badanie w kierunku HCV. Z 35% do 51% wzrosła też liczba osób, które pamiętały, że miały wykonywane takie badanie w związku z pobytem w szpitalu. Po działaniach przeprowadzonych w 2016 r. w ramach kampanii respondenci niemal o 25% częściej pytali personel o stosowanie sterylnego sprzętu w trakcie zabiegów kosmetycznych i stomatologicznych, a co najważniejsze z 40% do 30% zmniejszyła się liczba osób deklarujących, że nigdy takich pytań nie zadaje podczas zabiegów. Jednakże, wyniki analizy odpowiedzi respondentów na inne pytania wskazują, że istnieje potrzeba kontynuowania akcji informacyjnych o problemie HCV [6].

Zwieńczeniem kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” było przyznanie przez Kapitułę konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia - Liderzy Medycyny 2016, nagrody głównej w kategorii: Lider Roku 2016 w Ochronie Zdrowia - działalność edukacyjno-szkoleniowa.

Rycina 10.19.

Prof. Mirosław Wysocki z nagrodą główną
- statuetką i dyplomem w kategorii:
Lider Roku 2016 w Ochronie Zdrowia
- działalność edukacyjno-szkoleniowa
w konkursie Sukces Roku w Ochronie
Zdrowia - Liderzy Medycyny 2016



Kapituła konkursu złożona z osób szczególnie zaangażowanych w ochronę zdrowia: przedstawiciele władzy ustawodawczej, samorządu terytorialnego, związków pracodawców, instytucji, podmiotów gospodarczych, stowarzyszeń oraz najbardziej wpływowych osobistości świata medycyny doceniła w drodze głosowania kampanię społeczną „HCV Jestem świadom” podejmowaną na rzecz poprawy sytuacji epidemiologicznej w zakresie zakażeń HCV. Doceniono wkład tego projektu w podniesieniu poziomu wiedzy społeczeństwa na temat nie tylko profilaktyki, ale także wczesnej diagnostyki, w tym zakresie.

PODZIĘKOWANIA

Kampania nie odniosłaby sukcesu, gdyby nie zaangażowanie wielu Osób oraz Instytucji. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, będący głównym organizatorem kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” serdecznie dziękuje wszystkim, którzy brali udział w realizacji poszczególnych działań w ramach kampanii. Dzięki Państwa zaangażowaniu i profesjonalnej współpracy mogliśmy dotrzeć z wiedzą o HCV do ogromnej rzeszy Polaków za pośrednictwem w szczególności telewizji, radia, Internetu, reklamy zewnętrznej, a także poprzez bezpośrednie kontakty i rozmowy ze społeczeństwem podczas wydarzeń plenerowych zorganizowanych w 17 miastach w Polsce.

Dziękujemy wszystkim pracownikom NIZP-PZH i instytucji będących Partnerami w Projekcie KIK/35 - zwłaszcza Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu i Państwowej Inspekcji Sanitarnej za wszelkie formy zaangażowania: wsparcie osobiste, merytoryczne i logistyczne. Dziękujemy też firmom, które na rzecz wspomnianych działań świadczyły różnego rodzaju usługi w zakresie: kreacji wizerunku kampanii, projektowania oraz produkcji materiałów reklamowych i informacyjnych - w tym audiowizualnych; planowania i organizacji imprez; stworzenia i utrzymywania aktywności portalu www.jestemswiadom.org i na forach społecznościowych. Widzieliśmy wielokrotnie, że Państwo nie tylko starali się rzetelnie wywiązać z zawartych umów, ale też często - po zapoznaniu się z problemem, którym się w kampanii zajmowaliśmy, osobiście się angażowaliście w ideę, która nam przyświecała. Dziękujemy również za zainteresowanie i wsparcie przedstawicieli mediów, które towarzyszyły nam w trakcie realizacji projektu KIK/35, informując społeczeństwo o problemie HCV i działaniach jakie podejmujemy, w formie licznych audycji, wywiadów i artykułów prasowych. W tym miejscu szczególne podziękowania winni jesteśmy pani Monice Wróbel-Harmas, która w NIZP-PZH zapewniała komunikację pomiędzy osobami realizującym zadania merytoryczne w Projekcie KIK/35, a przedstawicielami mediów.

Szczególne podziękowania kierujemy do Instytucji Pośredniczącej - Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia oraz do

Krajowej Instytucji Koordynującej - Ministerstwa Rozwoju, których Pracownicy służyli wsparciem i pomocą na każdym etapie przedsięwzięcia. Każda, nawet najmniejsza pomoc, miała swoją wartość i przyniosła oczekiwany efekt - bardzo dobry wynik działań kampanii „HCV Jestem świadom”.

Z hasłem „HCV Jestem świadom”, licząc na Państwa dalsze zaangażowanie, pragniemy kontynuować rozpoczęte działania edukacyjno-informacyjne.

PIŚMIENNICTWO

1. Strona www.kampaniespoleczne.pl (2017).
2. Tarczydło B., Kampania społeczna w teorii i praktyce, Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica w Krakowie, (2013); nr 157 Wykorzystanie nowych mediów w public relations; Studia Ekonomiczne / Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach.
3. Bücker R., Czechowska L., Gadomska G., Gajda J., Gawron-Tabor K., i wsp., Metodologia Badań Politologicznych, Polskie Towarzystwo Nauk Politycznych, (2016), Warszawa.
4. „Wirus HCV - świadomość wśród Polaków” Raport z badania dla Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH; 29.2.2016 r., Millward Brown, 2016 r. Warszawa.
5. Strona internetowa www.jestemswiadom.org (2017).
6. Szenrok D., Jagodzińska I., „Wirus HCV - świadomość wśród Polaków” Raport z badania dla Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH; 28.12.2016 r., Millward Brown, 2016 r. Warszawa.

ASPEKTY SYSTEMOWE I EKONOMICZNE WZW TYPU C W POLSCE NA TLE EUROPY

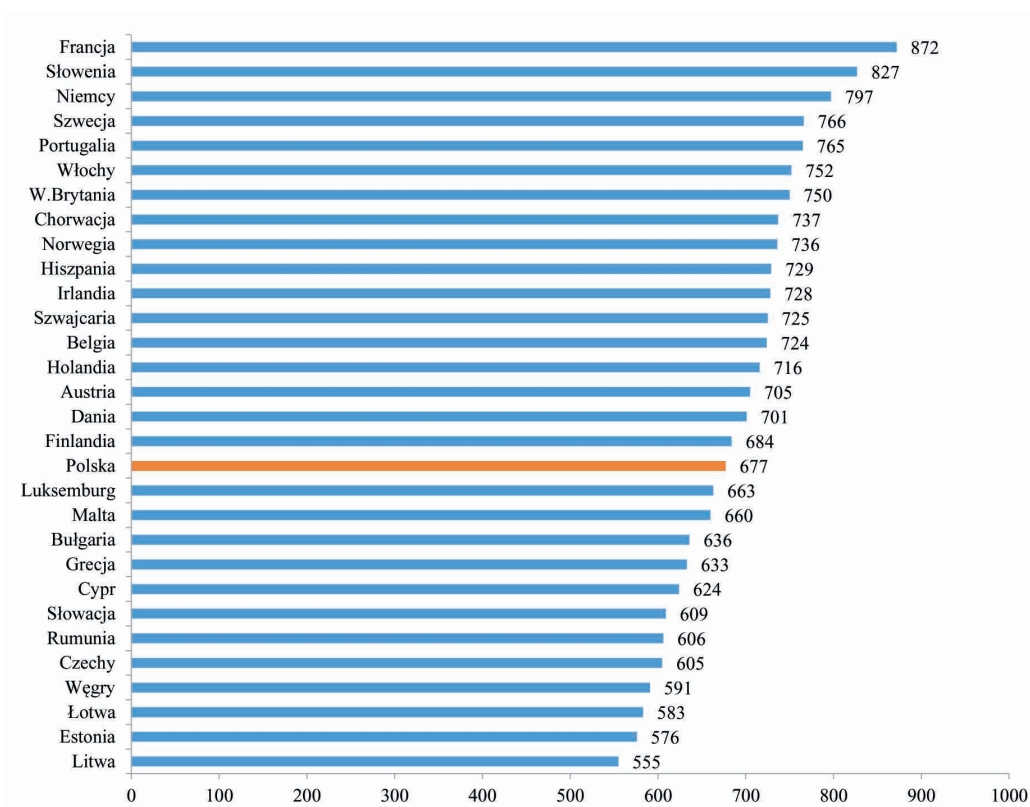
Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Zasadniczym celem Programu „Zapobieganie zakażeniom HCV” było stworzenie podstaw do zaplanowania długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania WZW-C w Polsce. W rozdziale przedstawiono najważniejsze aspekty systemowe i ekonomiczne wspierające proces przygotowywania takiej strategii dla Polski. W pierwszej części - diagnozującej sytuację, przeprowadzono przegląd kluczowych raportów i rankingów porównujące opiekę nad pacjentami z WZW w krajach europejskich. W drugiej części w ramach przeglądu najważniejszych strategii międzynarodowych w zakresie zapobiegania i leczenia WZW dokonano zestawienia najważniejszych dokumentów polityki zdrowotnej z poziomu Światowej Organizacji Zdrowia, Unii Europejskiej oraz Polski. W trzeciej części przedstawiono najważniejsze aspekty ekonomiczne WZW-C w Polsce.

11.1. Kluczowe raporty i rankingi porównujące organizację diagnostyki i opieki nad pacjentami z wirusowym zapaleniem wątroby w krajach europejskich z uwzględnieniem sytuacji Polski

W ostatnich pięciu latach opublikowano kilka kluczowych raportów analizujących krajowe systemy opieki nad pacjentami z wirusowym zapaleniem wątroby (WZW). Przedstawiono je w kolejności chronologicznej, aby pokazać jak zmieniła się sytuacja oceny diagnostyki i leczenia WZW w Europie, w tym ze szczególnym uwzględnieniem Polski. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawiana w cytowanych raportach sytuacja w Polsce często nie w pełni oddawała rzeczywisty obraz. Wydaje się jednak, że prześledzenie ewolucji polskiego systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad zakażonymi WZW z perspektywy oceny zewnętrznych ekspertów i porównań międzynarodowych może być użyteczne w procesie analizy i optymalizacji działań krajowych.

W 2012 r. został wydany raport pt. „Euro Hepatitis Index 2012 Report”, który porównał politykę zdrowotną, diagnostykę i leczenie WZW w 30 krajach europejskich [1]. Europejski Ranking Zapalenia Wątroby oprócz oceny procesu diagnostyki i leczenia WZW przedstawił obszary poprawy efektywności, formułując strategię działania w zakresie tych chorób. W rankingu zwyciężyła Francja, z 872 punktami, na 1000 możliwych. Drugie miejsce zajęła Słowenia (827 pkt), a trzecie Niemcy (797 punktów). Polska zajęła 18 miejsce, z 677 punktami. Przedstawia to **rycina 11.1**.



Rycina 11.1.

Wyniki Europejskiego Rankingu Zapalenia Wątroby (Euro Hepatitis Index 2012 Report) przeprowadzonego w 30 krajach europejskich, wg. liczby zdobytych punktów
Źródło. Euro Hepatitis Index 2012 report

Europejski Ranking Zapalenia Wątroby wychodził naprzeciw priorytetom Unii Europejskiej i rządów krajów członkowskich, w poszukiwaniu skutecznych strategii postępowania i sposobów ograniczenia konsekwencji WZW. Raport wykazał, że epidemia WZW w Europie jest w dużym stopniu ignorowana, pomimo szacunków, że około 23 milionów osób cierpi na przewlekłe zapalenie wątroby

typu B i typu C. Współczynnik wykrywalności zakażeń WZW był bardzo niski. Nawet w krajach, które wdrożyły strategię ogólnokrajową, wykrywało się mniej niż 40% przypadków. W krajach takich jak Wielka Brytania czy Niemcy współczynnik wynosił 14-18%. W Polsce według raportu wykrywało się około 3% przypadków zakażeń WZW. Stwierdzono również, że rządy nie traktowały priorytetowo skutecznej strategii postępowania z WZW, pomimo, że każdego roku na choroby związane z zapaleniem wątroby umiera 125 tys. Europejczyków. Do wyjątków należała Wielka Brytania i Francja. Oznaczało to, że wiele jeszcze pozostało do zrobienia również w krajach z czołówki rankingu WZW. Według autorów raportu w porównaniu z innymi krajami Europy Środkowej Polska oferowała swoim obywatelom w 2012 r. opiekę na dobrym, europejskim poziomie (677 pkt.). Od 1996 r. bezpłatnymi szczepieniami obowiązkowymi przeciw WZW-B objęte były dzieci i młodzież do 19 r.ż. oraz osoby narażone w sposób szczególny na zakażenie: wykonujący zawody medyczne i uczniowie szkół medycznych, osoby z bliskiego otoczenia osób zakażonych HBV, osoby zakażone wirusem HCV oraz chorzy dializowani. Szeroka grupa osób miała zalecane szczepienia przeciw WZW-B odpłatne. Nie przeprowadzono systematycznie badań przesiewowych w grupach ryzyka (osoby dożylnie przyjmujące narkotyki i nosiciele wirusa HIV). Była prowadzona dokładna analiza prospektywna w grupie chorych hemodializowanych oraz badania kobiet w ciąży w zakresie HBV. Leczenie WZW było bezpłatne. Dostęp do specjalistów chorób zakaźnych i nowych terapii był ograniczony kolejkami oczekujących. Dzieci leczone były na oddziałach specjalistycznych. Istniały polskie organizacje pacjentów z WZW, ale miały niewielki wpływ na organy podejmujące decyzje. Wg. rekomendacji autorów raportu polski rząd powinien utworzyć krajową strategię postępowania w WZW oraz w pełni funkcjonalny rejestr raka wątroby. Liczba przeszczepów wątroby powinna wzrosnąć [1].

W raporcie pt. „Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States”, opracowanym przez WHO w 2013 r. przedstawiono sytuację w zakresie zarządzania WZW, przestaną przez rządy krajów członkowskich [2]. W rozdziale o Polsce można było znaleźć informacje dotyczące poszczególnych grup zagadnień związanych z WZW, które zebrano w tabeli 11.1.

Raport pt. „Global Community Hepatitis Policy Report 2014” został opublikowany w 2014 r. przez World Hepatitis Alliance [3]. Był odpowiedzią społeczeństwa obywatelskiego na informacje dostarczone przez rządy państw członkowskich zebrane w raporcie WHO pt. „Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States”. Respondenci zostali zapytani, o to jakie kluczowe aspekty reakcji decydentów na problem WZW identyfikują w swoich krajach. W przypadku Polski komentarze organizacji pozarządowych i klinicyстів dotyczyły przede wszystkim:

- braku narodowego programu WZW opracowanego wspólnie z organizacjami pacjentów i środowiskiem klinicyстів,

Tabela 11.1.

Sytuacja w zakresie zarządzania WZW w Polsce wg. raportu WHO z 2013 r.

Zagadnienie	Najważniejsze ustalenia
Koordinacja krajowa zarządzania problemem WZW (<i>National coordination</i>)	Brakuje narodowego programu WZW, nie ma oddelegowanego do tego zagadnienia departamentu w strukturach rządowych oraz nie są organizowane aktywności w ramach Światowego Dnia Zapalenia Wątroby. Rząd realizuje profilaktykę wirusowego zapalenia wątroby oraz programy prewencyjne, adresowane do pracowników służby zdrowia, osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną, żyjących z HIV, szczepieniem przeciw WZW-B objęte są dzieci i młodzież do 19 r.ż., osoby z otoczenia zakażonych HBV, osoby chore na WZW-C oraz inne grupy narażone na zakażenie.
Podnoszenie świadomości i partnerstwa (<i>Awareness-raising and partnerships</i>)	Struktury rządowe nie współpracują regularnie z organizacjami chorych na WZW, nie opracowują razem programów prewencji i leczenia.
Polityki zdrowotna oparta na faktach i solidne dane (<i>Evidence-based policy and data for action</i>)	Na szczeblu narodowym prowadzony jest nadzór epidemiologiczny nad WZW, prowadzone są rejestry zachorowań - na poziomie lokalnym i regionalnym, publikowane są regularnie raporty rządowe i statystyki oraz podejmowane są działania przeciwepidemiczne w przypadku wykrycia ognisk zapalenia wątroby.
Zapobieganie transmisji zakażenia (<i>Prevention of transmission</i>)	Wdrożona jest narodowa strategia prewencji zakażeń WZW wśród pracowników sektora ochrony zdrowia, banków krwi i krwiodawców.
Badania przesiewowe, opieka i leczenie (<i>Screening, care and treatment</i>)	Personel medyczny jest szkolony na różnych poziomach edukacji zawodowej w zakresie postępowania z osobą zakażoną WZW, istnieją krajowe wytyczne i standardy leczenia zakażeń WZW. Publiczny system ochrony zdrowia oferuje bezpłatnie badania diagnostyczne w kierunku wykrycia zakażeń WZW (B i C) dla dawców krwi, kobiet w ciąży oraz osób ze skierowaniem od lekarza chorób zakaźnych. Leczenie zakażeń WZW jest bezpłatne. Rząd polski chętnie współpracuje z agendami WHO.

Źródło. Opracowanie własne na podstawie Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States, WHO 2013

- zbyt niskich nakładów na leczenie WZW typu B i C. Wnioskowany był wzrost nakładów na terapie WZW-C minimum o 50% rocznie,
- zbyt długich kolejek chorych oczekujących na włączenie do terapii WZW
- braku narodowego programu diagnostycznego.

Najnowszy raport przekrojowy na temat sytuacji w zakresie WZW w krajach europejskich pt. „The 2016 Hep-CORE Report” został opracowany przez ELPA - European Liver Patients Association (Europejskie Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Wątroby) [4]. Głównym celem raportu była identyfikacja porażek i sukcesów poszczególnych krajów w zakresie zarządzania WZW, poprawa procesu decyzyjnego opartego na priorytetach i rzecznictwie pacjentów oraz mobilizacja działań rządów w kierunku poprawy sytuacji. Badaniami objęto 27 krajów wg. narodowych i regionalnych kluczowych wskaźników oceny polityki zdrowotnej w zakresie WZW: świadomości, profilaktyki, badań diagnostycznych, monitorowania choroby i leczenia. Aż czternaście (52%) badanych krajów - w tym Polska nie posiadało narodowych strategii w zakresie WZW. Trzydzieści krajów (48%) posiadało narodowe strategie w zakresie WZW. W dziesięciu z nich (77%), strategia narodowa dotyczyła HBV i HCV razem, natomiast w pozostałych trzech krajach (Belgia, Hiszpania, Wielka Brytania) strategie dotyczyły wyłącznie HCV. Dwanaście z trzynastu krajów (92%), które posiadały narodowe strategie WZW posiadało plany implementacji strategii narodowej. Cztery kraje (31%) - Belgia, Niemcy, Izrael, Turcja posiadały strategie narodowe, w których działania wobec HBV i HCV były zintegrowane z działaniami przeciwko innym chorobom.

11.2. Polityka zdrowotna dotycząca WZW i WZW-C

11.2.1. Polityka zdrowotna dotycząca WZW i WZW-C z perspektywy WHO, Unii Europejskiej i organizacji pacjentów

W dniu 21 maja 2010 r. Światowa Organizacja Zdrowia uznała wirusowe zapalenie wątroby za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych XXI wieku. Podczas 63 sesji WHO, przyjęto pierwszą w historii rezolucję numer WHA63.18, dotyczącą wirusowego zapalenia wątroby [5]. Rezolucja wzywała rządy krajów członkowskich do podjęcia działań na rzecz wzrostu świadomości choroby w społeczeństwie, poprawy profilaktyki oraz diagnostyki WZW. W wyniku przyjętej rezolucji został ustanowiony na dzień 28 lipca - Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby (World Hepatitis Day).

W 2012 r. WHO opublikowało dokument programowy w zakresie przeciwdziałania WZW pt. „Prevention & Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action” [6]. Opracowanie zawierało kluczowe działania strategiczne, takie jak zwiększanie świadomości WZW w społeczeństwie i wśród decydentów związanych ze zdrowiem, promowanie partnerstwa w realizacji projektów, posługiwanie się wiarygodnymi danymi w ocenie sytuacji zdrowotnej, przekrojową profilaktykę zakażeń HCV z naciskiem na edukację, populacyjne badania przesiewowe i dostęp do skutecznej terapii.

W dokumencie pt. „Hepatitis-Improving the health of patients with viral hepatitis. Report by the Secretariat” WHO podkreślało wagę kompleksowych i przekrojowych działań w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia WZW [7]. Zwróciło również uwagę na problem równości obywateli w dostępie do nowoczesnego leczenia przeciwwirusowego - szczególnie w zakresie HCV.

24 maja 2014 r. państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia na 67 sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia przyjęły kolejną rezolucję numer WHA67, poświęconą problemowi WZW [8]. Rezolucja zawiera 16 punktów adresowanych do państw członkowskich, w których wzywa się je do wzmożonych działań w celu poprawy powszechnego dostępu do profilaktyki, diagnostyki i leczenia zapalenia wątroby oraz opracowania krajowych strategii w tym zakresie. Działania te to przede wszystkim:

1. Opracowanie i wdrożenie skoordynowanych wielosektorowych krajowych strategii zapobiegania, diagnozowania i leczenia WZW na podstawie lokalnego kontekstu epidemiologicznego;
2. Wzmocnienie działań związanych z promocją zdrowia i zapobiegania WZW, stymulowanie i wzmocnienie strategii szczepień, na podstawie lokalnego kontekstu epidemiologicznego;
3. Wspieranie zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego we wszystkich aspektach zapobiegania, diagnozowania i leczenia WZW;
4. Wprowadzenie odpowiedniego systemu nadzoru nad WZW w celu wsparcia procesu podejmowania decyzji w zakresie polityki zdrowotnej opartej na faktach;
5. Wzmocnienie monitorowania systemu pobierania krwi od dawców niskiego ryzyka, opartego na wysokiej jakości badań przesiewowych, aby uniknąć przeniesienia zakażenia HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B, zapalenia wątroby typu C i kiły;
6. Wzmocnienie systemu jakości-diagnostyki wszystkich dawców tkanek i narządów w celu uniknięcia przeniesienia HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B, zapalenia wątroby typu C i kiły;
7. Zmniejszenie częstości występowania przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B, w szczególności poprzez zwiększenie wysiłków na rzecz zapobiegania perinatalnej transmisji;
8. Wzmocnienie działań w celu zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i E, w szczególności w promocji żywności i pitnej wody, bezpieczeństwa i higieny;
9. Wzmocnienie kontroli zakażeń w placówkach opieki zdrowotnej poprzez wszystkie niezbędne środki;
10. Szczepienie niemowląt przeciwko WZW B, jako narodowy program szczepień;

11. Uwzględnienie równego dostępu do profilaktyki, diagnostyki i leczenia populacji dotkniętych WZW;
12. Rozpatrywanie, w razie potrzeby, krajowych mechanizmów prawnych dla stosowania elastycznych aspektów praw własności intelektualnej w celu promowania dostępu do określonych produktów farmaceutycznych;
13. Rozpatrywanie, w razie potrzeby, wykorzystania środków administracyjnych i prawnych w celu promowania dostępu do technologii zapobiegawczych, diagnostycznych i terapeutycznych przed wirusowym zapaleniem wątroby;
14. Wdrożenie kompleksowego zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby w programach diagnozowania i leczenia osób, które używają narkotyków w iniekcjach;
15. Przejście od 2017 r. do wyłączonego użytku bezpiecznych materiałów iniekcyjnych;
16. Zweryfikowanie polityk, procedur i praktyk związanych ze stygmatyzacją i dyskryminacją, w tym odmawianiu prawa do zatrudnienia, szkoleń i edukacji, a także ograniczenia w podróżowaniu, wobec osób żyjących z i dotkniętych WZW, lub naruszających ich pełne korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia.

Podczas sześćdziesiątego dziewiątego Światowego Zgromadzenia Zdrowia w maju 2016 r. WHO przedstawiło globalną strategię dotyczącą WZW na lata 2016-2021 pt. „Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis” [9]. Strategia została zaakceptowana przez 194 kraje, które poparły główny jej cel - eliminację WZW, jako zagrożenia zdrowia publicznego do 2030 r. Dwa mierzalne cele strategii, to:

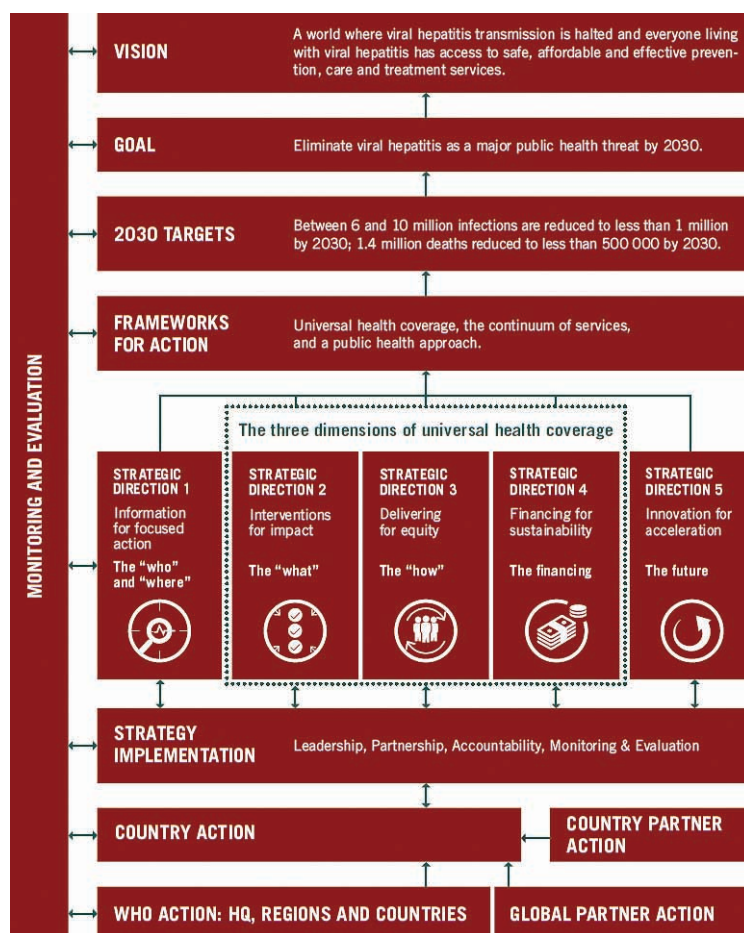
- zmniejszenie częstości występowania przewlekłych postaci WZW z obecnej liczby 6-10 milionów przypadków na świecie do 0,9 miliona w 2030 r.;
- zmniejszenie liczby zgonów z powodu przewlekłego WZW z 1,4 mln rocznie na świecie do 0,5 mln rocznie w 2030 r.

Osiągnięcie tych celów będzie wymagało radykalnej zmiany w strategiach narodowych i nadania WZW rangi priorytetu w polityce zdrowotnej danego kraju. Strategia musi wykorzystać nowe możliwości, w tym: zwiększenie świadomości społecznej, postęp w leczeniu WZW oraz diagnostyce aby uzyskać równy dostęp obywateli do zdrowia. Priorytetowe działania powinny być organizowane w ramach pięciu strategicznych kierunków:

1. Informacja dla ukierunkowanego działania (*Information for focused action*): rozwijanie silnego systemu informacyjnego opartego na danych epidemiologicznych;
2. Skuteczne interwencje (*Interventions for impact*): interwencje i technologie o udowodnionej skuteczności powinny być zawarte w koszyku gwarantowanych świadczeń zdrowotnych;

3. Zapewnienie równego dostępu (*Delivering for equity*): wzmocnienie systemów ochrony zdrowia, aby dostarczyć usługi wysokiej jakości w celu osiągnięcia efektu zdrowotnego i równego dostępu do zdrowia wszystkich obywateli;
4. Finansowanie na rzecz zrównoważonego rozwoju (*Financing for sustainability*): wprowadzane rozwiązań redukujących koszty i obniżających ryzyko;
5. Innowacje (*Innovation for acceleration*): promowanie innowacyjnych rozwiązań i technologii.

Rycina 11.2. przedstawia w oryginalnej wersji graficznej strukturę globalnej strategii WHO dotyczącej wirusowego zapalenia wątroby dla sektora zdrowia na lata 2016-2021.



Rycina 11.2.

Struktura globalnej strategii WHO dotyczącej wirusowego zapalenia wątroby dla sektora zdrowia na lata 2016-2021

Źródło. Global report on access to hepatitis C treatment. Focus on overcoming barriers. World Health Organization 2016

We wrześniu 2016 r. WHO przedstawiło dla regionu Europy dokument pt. „Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region” [10]. Opracowanie jest realizacją strategii WHO pt. „Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021”. Dokument jest również spójny z Programem na rzecz Zrównoważonego Rozwoju i Ochrony Zdrowia 2020 oraz polityki w zakresie zdrowia w Unii Europejskiej. Jest to pierwszy plan działań dla sektora ochrony zdrowia w zakresie WZW, jako jednego z największych wyzwań dla zdrowia publicznego w Europie. Konserwatywne oszacowania określają liczbę zakażonych HCV na 15 mln osób, a liczbę zakażonych HBV na ok. 13 mln osób. Rocznie umiera z powodu WZW ok. 171 tys. osób. Wizją proponowanych działań jest doprowadzenie w Europie do zahamowania rozprzestrzeniania się WZW, dostępności badań diagnostycznych oraz równego dostępu osób zakażonych do opieki zdrowotnej i skutecznego leczenia.

Głównym celem rekomendowanych przez WHO działań jest eliminacja WZW, jako zagrożenia zdrowia publicznego w Regionie Europejskim do roku 2030, poprzez:

- ograniczenie przenoszenia wirusów WZW;
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu WZW i jego powikłań;
- zapewnienie równego dostępu do kompleksowej profilaktyki, rekomendowanej diagnostyki, opieki i leczenia dla wszystkich obywateli.

Aby osiągnąć ambitny cel eliminacji WZW do 2030 r. należy na poziomie całego Regionu europejskiego WHO oraz każdego kraju doprowadzić do realizacji siedmiu celów regionalnych w perspektywie 2020 r. Pierwsze pięć celów regionalnych dotyczy zapobiegania WZW, a szósty i siódmy leczenia WZW. Wspomniane cele regionalne wymieniono poniżej:

1. 95% pokrycie trzema dawkami szczepionki przeciwko HBV dla niemowląt, w krajach, które wdrożyły program powszechnego szczepienia;
2. 90% pokrycie interwencyjne szczepionką lub inne podejścia przy urodzeniu, aby zapobiec transmisji HBV z matki na dziecko;
3. 100% pobieranej krwi powinno być badane przesiewowo przy użyciu metod o zapewnionej jakości;
4. 50% iniekcji powinno być wykonywanych z użyciem urządzeń gwarantujących bezpieczeństwo;
5. Co najmniej 200 sterylnych zestawów do iniekcji na osobę rocznie powinno być dystrybuowane dla osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną, jako część kompleksowego pakietu redukcji szkód;
6. 50% osób żyjących z przewlekłym zakażeniem HBV i HCV powinno być zdiagnozowane i świadome swojej choroby;
7. 75% osób z rozpoznaniem zakażeniem HBV i HCV, którzy kwalifikują się do leczenia powinno być poddane rekomendowanej przez klinicystów terapii.

Powyższy dokument został poparty rezolucją Regionu europejskiego WHO uchwaloną we wrześniu 2016 r., która zwraca się do państw członkowskich o wzmocnienie krajowych programów zapobiegania i kontroli WZW, dostosowaną do przepisów i priorytetów krajowych oraz do poprawy świadomości społecznej na temat WZW [11]. Zaleca ona rządów krajów europejskich cztery kierunki działań w zakresie WZW:

1. dostosowanie krajowych strategii WZW do strategii i planów działania rekomendowanych przez WHO, z poparciem politycznym oraz zabezpieczeniem adekwatnego finansowania;
2. wzmocnienie krajowych systemów zdrowia publicznego w zakresie prewencji i kontroli WZW;
3. upewnienie się, że działania rządu w zakresie prewencji, leczenia i opieki zdrowotnej dotyczą osób z WZW w oparciu o lokalne dane epidemiologiczne;
4. zabezpieczenie poprzez odpowiednie regulacje i polityki równego i sprawiedliwego dostępu obywateli do kompleksowej profilaktyki, leczenia i opieki w zakresie WZW.

W 2016 r. podczas pierwszego szczytu „EU Policy Summit” został zaprezentowany dokument pt. „Hepatitis C Elimination Manifesto” (Manifest Eliminacji WZW-C) [12]. Była to inicjatywa organizacji pacjentów z chorobami wątroby popierająca strategię WHO, wsparta przez Parlament Europejski. W 2016 r. European Liver Patients Association (ELPA) opublikowała również raport pt. „Hepatitis B and C: An action plan for saving lives in Europe. The experts’ recommendation summary” [13].

11.2.2. Polityka zdrowotna dotycząca WZW i WZW-C w Polsce

W Polsce aktualnie działania rządu w zakresie WZW realizowane są zgodnie z założeniami „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020” (NPZ), którego celem strategicznym jest „wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” [14]. Szczegółowym celem operacyjnym NPZ, który dotyczy WZW-C jest cel operacyjny czwarty: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki. W ramach Programu zaplanowano m.in. profilaktykę chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi. Wg. Ministerstwa Zdrowia najważniejsze kierunki działań mające na celu ograniczenie liczby zakażonych HCV w Polsce to:

- zwiększenie dostępności diagnostyki,
- dotarcie do osób nieświadomych zakażenia oraz
- poprawa dostępności leczenia już wykrytych zakażeń.

Od lipca 2015 r. Minister Zdrowia w odpowiedzi na postulaty zarówno środowiska pacjentów, jak i ekspertów w dziedzinie chorób zakaźnych objął refundacją publiczną terapię bezinterferonową w ramach nowego programu lekowego NFZ pt. „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C”. W ramach programu refundowane są leki zawierające ombitaswir, paritaprewir, ritonawir oraz dasabuwir dla pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C, u których potwierdzono obecność zakażenia HCV należącym do genotypu 1 lub 4. Od listopada 2015 r. do programu dodano leki zawierające sofosbuwir oraz sofosbuwir + ledipaswir, co pozwoliło na objęcie terapią pacjentów zakażonych HCV z genotypu 2,3,5,6, a przede wszystkim zapewniło dostęp do leczenia pacjentom, u których stwierdzono ciężką niewydolność wątroby i chorym oczekującym na przeszczep wątroby. Równolegle prowadzone są działania prowadzące do poprawy bezpieczeństwa zabiegów wykonywanych w placówkach medycznych - wdrażanie odpowiednich procedur, dostępność sprzętu w odpowiedniej ilości oraz ciągła edukacja personelu. Resort współpracuje w tym zakresie z NFZ, GIS, NIZP-PZH, organizacjami pacjentów, klinicystami oraz mediami. Corocznie na szczeblu narodowym i regionalnym obchodzony jest Światowy Dzień WZW. Celem stworzenia podstaw do opracowania krajowej strategii zwalczania WZW-C była realizacja projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” w latach 2012-2016. Bardzo ważnym wydarzeniem było opublikowanie przez Ministerstwo Zdrowia w grudniu 2016 r. przekrojowego opracowania pt. „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (WZW)”. [15].

Politykę zdrowotną w zakresie prewencji i diagnostyki HCV realizują także nieliczne jednostki samorządu terytorialnego. Według statystyk Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w Polsce od stycznia 2010 r. do grudnia 2016 r. zostało opracowanych i zarekomendowanych pozytywnie 19 samorządowych programów zdrowotnych w zakresie HCV. W ramach tych programów zaplanowano objęcie opieką populacji ok. 30 tys. osób rocznie. Populację docelową objętą programami w latach 2010-2016 oszacowano na ok. 720 tys. osób. Zaplanowany budżet przeznaczony na realizację 19 samorządowych programów zdrowotnych w zakresie HCV w latach 2010-2016 wyniósł ok. 151 mln zł [16].

11.2.2.1. Rekomendacje dla polityki zdrowotnej w zakresie WZW-C w Polsce

Rekomendacje dla polityki zdrowotnej w zakresie WZW-C w Polsce zostały opracowane w kilku dokumentach i raportach systemowych.

W 2004 r. z inicjatywy Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego została zawiązana Polska Grupa Ekspertów HCV. Głównymi

celami działania było podjęcie działań ograniczających dynamikę epidemii HCV, opracowanie strategii poprawy opieki medycznej nad zakażonymi HCV oraz uświadamianie społeczeństwu rangi zakażeń HCV [17]. Pierwszym z efektów pracy PGE HCV był projekt Narodowego Programu Zwalczania Zakażeń HCV. Przedstawiony w 2005 r., miał być realizowany początkowo w latach 2008-2010. Jako główne cele programu autorzy wskazali na zmniejszenie dynamiki szerzenia się zakażeń HCV oraz redukcję niekorzystnych następstw WZW-C (marskość wątroby, nowotwór wątroby). Wśród celów wspierających główne cele zidentyfikowano: edukację pracowników systemu ochrony zdrowia oraz społeczeństwa, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, ograniczenie źródeł i dróg transmisji zakażeń HCV, zapewnienie dostępu do diagnostyki zakażeń HCV, diagnostyki kwalifikującej oraz terapii, stworzenie sieci klinicznych ośrodków referencyjnych oraz oceny działań prowadzonych w ramach programu [17]. Program miał objąć ok. 1 mln osób, 95% budżetu miało być przeznaczone na badania przesiewowe oraz leczenie WZW-C. Projekt został złożony w Ministerstwie Zdrowia, był aktualizowany i uzupełniany, jednak do chwili obecnej nie doczekał się wdrożenia. Bardzo ważnym aspektem działania PGE jest coroczne publikowanie dokumentu pt. „Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów HCV” [18].

Od 2012 r. zostały opublikowane w Polsce cztery przeglądowe raporty systemowe z zakresu WZW-C zawierające m.in. rekomendacje dla wdrożenia strategii narodowej w zakresie WZW-C. Pierwszym z nich był raport Instytutu Ochrony Zdrowia pt. „Diagnostyka i terapia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (wirusem HCV) w Polsce: raport - rekomendacje 2013-2014” [19]. W 2014 r. firma HTA Consulting opublikowała raport pt. „WZW typu C. Konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia” [20]. Najważniejsze rekomendacje wynikające z opracowania przygotowanego przez HTA Consulting to:

- Szeroki dostęp do diagnostyki w kierunku HCV;
- Kompleksowa edukacja i promocja zachowań zmniejszających ryzyko transmisji zakażenia HCV;
- Dostęp osób zakażonych do skutecznej i bezpiecznej terapii przeciwwirusowej.

Raport Instytutu Ochrony Zdrowia (IOZ) wydany w 2015 r. wskazywał na konieczność opracowania i wdrożenia w Polsce długofalowej kompleksowej strategii rozwiązania problemu zakażeń HCV [21]. Przyjęcie długofalowej strategii pozwoli ograniczyć liczbę nowych zakażeń HCV, odległych następstw WZW typu C (marskość, niewydolność wątroby, rak wątrobowo-komórkowy oraz - finalnie - zgon), przyczyni się też do poprawy sytuacji osób zakażonych oraz zmniejszenia kosztów pośrednich, będących następstwem choroby (absencja, nieefektywna obecność w pracy, renty itd.). W narodowej strategii powinny być uwzględnione następujące priorytety:

- Wczesne wykrycie i wczesne rozpoczęcie leczenia.
- Poprawa dostępności do leczenia oraz dostęp do nowych terapii.
- Poprawa wiedzy społeczeństwa w zakresie zakażenia HCV oraz jego prewencji.
- Poprawa nadzoru sanitarnego oraz poprawa wiedzy personelu medycznego w zakresie prewencji zakażeń HCV.
- Powołanie stałego zespołu przy ministrze zdrowia do rozwiązania problemu HCV w Polsce.

Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego pt. „Wirusowe zapalenie wątroby typu C - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych” wydany w 2015 r. formułował rekomendacje dotyczące optymalizacji zarządzania problemem WZW-C w Polsce [22]. Obejmowały one szereg niżej wymienionych działań:

- Opracowanie przez Ministra Zdrowia we współpracy z interesariuszami systemowymi długofalowej „Strategii prewencji, diagnostyki i leczenia WZW typu C w Polsce” będącej integralną częścią Narodowego Programu Zdrowia.
- Utworzenie krajowego rejestru pacjentów z WZW-C opartego na rzeczywistych danych w celu bieżącej oceny opieki zdrowotnej nad chorymi oraz umożliwienia prognozowania trendów epidemiologicznych i planowanych zmian nakładów finansowych.
- Uznanie leczenia WZW-C jako priorytetu zdrowotnego państwa ze względu na wysokie koszty społeczne i koszty zdrowotne.
- Opracowanie i wdrożenie Programu profilaktyki WZW-C w celu zwiększenia identyfikacji osób zakażonych.
- Wprowadzenie bardziej efektywnego modelu finansowania przez NFZ procedur związanych z leczeniem WZW-C na bazie koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej.
- Opracowanie Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia chorób zakaźnych, jako narzędzi planowania strategicznego w systemie ochrony zdrowia.
- Opracowanie programu prewencji rentowej dla pacjentów z WZW-C w celu zmniejszenia kosztów ponoszonych przez ZUS, związanych w szczególności z absencją chorobową i świadczeniami z tytułu niezdolności do pracy.

11.3. Aspekty ekonomiczne WZW typu C w Polsce na tle krajów europejskich

W zakresie leczenia WZW-C dokonał się w ostatnich latach olbrzymi postęp terapeutyczny. Zostały wynalezione i wprowadzone na rynek medyczny nowe leki, których wysoka skuteczność kliniczna prowadzi do wyleczenia pacjenta. Jest to bardzo ważny przełom dla zakażonych i nadzieja dla krajów, które mają pro-

blem z zachorowalnością na WZW-C. Jednocześnie stwarza to poważne wyzwanie przed rządami tych krajów w zakresie refundacji terapii dla wszystkich kwalifikujących się do niej chorych. Z racji niepodważalnych argumentów klinicznych w procesie podejmowania decyzji przez płatnika publicznego istotną rolę odgrywa aspekt ekonomiczny. Analizy ekonomiczne muszą więc uwzględniać wszystkie rodzaje kosztów - w tym przede wszystkim niedoszacowane zwykle koszty pośrednie, wynikające z utraty produktywności osób chorujących na WZW-C i umierających z powodu jego powikłań.

W 2016 r. opublikowano estymację obciążenia chorobą (ang. burden of disease) w zakresie WZW na świecie pt. „The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013” [23]. Stwierdzono, że WZW było siódmą przyczyną zgonów na świecie i odpowiadało za 1,45 mln zgonów, co w porównaniu do 0,89 mln. zgonów w 1990 r. wykazało wzrost na poziomie 63%. W 2013 r. WZW-B i WZW-C odpowiadały za 95% zgonów oraz 91% DALY - lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (ang. disability-adjusted life-years) z powodu WZW ogółem. W zakresie obciążenia WZW mierzonego liczbą lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (DALY) nastąpił 34% wzrost - z 31,7 mln w 1990 r. do 42,5 mln w 2013 r. Największy wzrost obciążenia chorobą zanotowano w przypadku WZW-C - 43%. W 2013 r. liczba zgonów z powodu powikłań WZW w Polsce wyniosła 5 990 (10,9 zgonów na 100 tys. mieszkańców) oraz odnotowano ogółem 158,1 tys. lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (DALY) z powodu WZW (306 DALY na 100 tys. mieszkańców) [23].

W zakresie kosztów bezpośrednich i pośrednich WZW brakuje wiarygodnych opublikowanych porównań międzynarodowych. W Polsce główne źródła danych o kosztach bezpośrednich WZW typu C z perspektywy płatnika publicznego stanowią bazy NFZ, a w przypadku kosztów pośrednich - ZUS.

11.3.1. Koszty bezpośrednie ponoszone przez NFZ

W 2010 r. NFZ rozliczył leczenie (w rodzajach leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna) dla 33 106 chorych na WZW-C (ICD-10;B18.2), w 2011 r. - 36 252 chorych, w 2012 r. - 35 747 chorych, w 2013 r. - 35 632 chorych, a w 2014 r. 36 276 chorych. Wartość sfinansowanych świadczeń związanych z leczeniem pacjentów z powodu WZW-C we wszystkich rodzajach umów wynosiła 178,3 mln zł w 2010 r., 168,0 mln zł w 2011 r., 162,1 mln zł w 2012 r., 203,6 mln zł w 2013 r. oraz 254,3 mln zł w 2014 r. [22].

W zakresie programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C” kontakty świadczeniodawców z NFZ wyniosły w 2015 r. 113.129.325 zł, a w 2016 r. - 452.778.631 zł. Dynamika przyrostu kontraktów 2016 vs. 2015 r. wyniosła +300% [24].

Koszty leczenia raka wątrobowokomórkowego oraz przeszczepów wątroby poniesione przez NFZ w 2013 r. wyniosły odpowiednio 16,8 mln zł (w ramach programu lekowego B5) i 17,8 mln zł. Należy wziąć pod uwagę niedoszacowanie tych kosztów oraz brak ujęcia kosztów leczenia marskości wątroby oraz innych powikłań WZW [20].

11.3.2. Koszty pośrednie transferowe ponoszone przez ZUS

Chorym na WZW-C przysługuje z tytułu ubezpieczeń społecznych szereg świadczeń, przede wszystkim świadczenia związane z rentami z tytułu niezdolności do pracy, rentami socjalnymi, świadczeniami rehabilitacyjnymi oraz absencją chorobową [25]. Dane ZUS wskazują łączne dane ubezpieczonych chorych z WZW wg. klasyfikacji ICD-10: B18, należy jednak przypuszczać, że dane dotyczące absencji chorobowej w wyniku WZW-C stanowią znaczący odsetek. Z danych wynika, że w 2012 r. wystawiono łącznie 14 917 zwolnień chorobowych związanych z WZW na łączną liczbę 193 074 dni absencji chorobowej. W 2013 r. wystawiono łącznie ok. 15 700 zwolnień na łączną liczbę 202 434 dni absencji chorobowej. W 2014 r. wystawiono łącznie 15 930 zwolnień chorobowych na łączną liczbę 203 243 dni, a w 2015 r. 15 930 zwolnień chorobowych na łączną liczbę 183 599 dni absencji chorobowej.

Tabela 11.2.

Liczba dni absencji chorobowej oraz liczba zaświadczeń lekarskich w zakresie WZW (ICD-10: B18) w latach 2012-2015

Rok	2012	2013	2014	2015
Liczba dni absencji chorobowej	193 074	202 434	203 243	183 599
Liczba zaświadczeń lekarskich	14 917	15 700	15 930	14 959

Źródło. Opracowanie własne na podstawie danych ZUS, 2016

Wynika z tego, że w 2015 r. liczba dni absencji chorobowej oraz liczba zaświadczeń lekarskich odnotowała trend spadkowy w porównaniu do lat 2013 i 2014.

Wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną WZW (ICD-10: B18) w 2012 r. wyniosły ogółem 49 555,6 tys. zł. Najwyższy udział wydatków wynoszący 64,5% (31 955,0 tys. zł) odnotowano w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy. Drugą co do wielkości pozycję wydatków stanowiła absencja chorobowa - 10 932,6 tys. zł (22,1%). Trzecią pozycją stanowiły świadczenia rehabilitacyjne - 4 712,0 tys. zł. (9,5%), a czwartą renty socjalne - 1 956,0 tys. zł (3,9%) [22].

Tabela 11.3.

Wydatki ZUS w 2012 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną WZW (ICD-10: B18), wg. rodzajów świadczeń

Kategoria	Kwota (zł)	Odsetek
Renty z tytułu niezdolności do pracy	31 955,00	64,5%
Absencja chorobowa	10 932,60	22,1%
Świadczenie rehabilitacyjne	4 712,00	9,5%
Renty socjalne	1 956,00	3,9%
Razem	49 555,60	100%

Źródło. Opracowanie własne na podstawie danych ZUS, 2016

Podobnie kształtowała się struktura wydatków ZUS z tytułu najpoważniejszych powikłań WZW: raka i marskości wątroby. W przypadku rozpoznania ICD-10: C22 (Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych) udział w wydatkach na rent z tytułu niezdolności do pracy wyniósł w 2012 r. ok. 67,2% i 27,3% z tytułu absencji chorobowej. W przypadku rozpoznania K74 (Zwłóknienie i marskość wątroby) udział w wydatkach na renty wyniósł prawie 84%, a z tytułu absencji chorobowej ok. 11% [22].

11.3.3. Koszty pośrednie związane z utratą produktywności

Koszty pośrednie związane z utratą produktywności szacowane są w kontekście krótkotrwałej lub długotrwałej niezdolności do pracy. W aspekcie krótkookresowym rozpatrywany jest absenteizm dotyczący nieobecności w pracy, jak również prezenteizm, oznaczający obniżenie wydajności w pracy. Według szacunków ekspertów, w 2013 r. roczne koszty pośrednie związane z utratą produktywności w wyniku WZW wyniosły ok. 584,8 mln zł. Była to suma kosztów przedwczesnych zgonów - 53,6 mln zł, niepełnosprawności - 147,7 mln zł, absenteizmu - 20,9 mln zł oraz prezenteizmu - 362,5 mln zł. Przeciętna całkowita utrata produktywności u chorego z WZW typu C została oszacowana na poziomie ok. 41,4 tys. zł rocznie. Biorąc to pod uwagę roczne koszty pośrednie WZW-C mogą wynosić ok. 383 mln zł [26].

Wychodząc naprzeciw potrzebom w zakresie aktualizacji danych systemowych i finansowych dotyczących WZW-C w marcu 2017 r. zostanie wydana przez NIZP-PZH monografia z najnowszymi danymi pozyskanymi od płatnika publicznego oraz innych interesariuszy systemowych.

11.4. Podsumowanie

Przedstawione informacje wskazują na rosnące znaczenie zdrowia publicznego w procesie planowania polityki zdrowotnej i kompleksowego zarządzania chorobą. Na przykładzie WZW-C można zauważyć ewolucję systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach prowadzącą do co raz większej koordynacji działań na szczeblu narodowym - od edukacji zdrowotnej, budowania świadomości społecznej, diagnostyki, epidemiologii, terapii oraz monitorowania wskaźników systemowych i ekonomicznych. Rekomendacje WHO mogą być nie tylko bardzo użyteczne w procesie planowania strategii krajowych w zakresie WZW, ale również wspierać wymianę informacji i doświadczeń pomiędzy krajami. Bardzo satysfakcjonujący z perspektywy zdrowia publicznego jest wzrost znaczenia organizacji pacjentów oraz świadomości zdrowotnej obywateli. W przypadku WZW-C stwarza to nadzieję, że działania rządów prowadzące do inwestowania w optymalizację zarządzania WZW-C spotkają się z wsparciem i odpowiedzialną partycypacją społeczeństwa. Wydaje się, że w Polsce interesariusze systemowi tworzyli od kilku lat solidne podstawy do opracowania i implementacji strategii narodowej w zakresie WZW-C. Biorąc pod uwagę, że zasadniczym celem Programu „Zapobieganie zakażeniom HCV” było stworzenie podstaw do zaplanowania długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania WZW-C w Polsce można mieć nadzieję, że kończący się Program będzie dodatkowym argumentem dla stworzenia strategii w 2017 r.

PIŚMIENNICTWO

1. Cebolla B, Björnberg A. (2012) Euro Hepatitis Index 2012 report. Health Consumer Powerhouse.
2. WHO (2013) Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States.
3. World Hepatitis Alliance (2014) Global Community Hepatitis Policy Report 2014.
4. European Liver Patients Association (2017) The 2016 Hep-CORE Report. Monitoring the implementation of hepatitis B and C policy recommendations in Europe.
5. WHO (2010) Resolution Viral hepatitis WHA63.18. Sixty-Third World Health Assembly.
6. WHO (2012) Prevention & Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action.
7. WHO Report by the Secretariat (2013) Hepatitis. Improving the health of patients with viral hepatitis, EB134/36.
8. WHO (2014) Resolution Hepatitis WHA67.6. Sixty-Seventh World Health Assembly.

9. WHO (2016) Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021.
10. WHO (2016) Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region.
11. WHO Regional Office for Europe Regional Committee for Europe (2016) Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. Draft resolution EUR/RC66/Conf.Doc./6 Rev. 1.
12. Elimination Manifesto. Hepatitis C Elimination in Europe. Our vision for a Hepatitis C-free Europe (2016).
13. Walker M, Kautz A, Chavdarova L. (2015) Hepatitis B and C. An action plan for saving lives in Europe. The experts recommendation summary. ELPA.
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (2016) Dziennik Ustaw Poz. 1492.
15. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia (2017).
16. Strona internetowa AOTMiT (2017).
17. Polska Grupa Ekspertów HCV (2012) Oświadczenie Polskiej Grupy Ekspertów HCV na temat Wirusowego Zapalenia Wątroby typu C w Polsce w roku 2012.
18. Halota W, Flisiak R, Boroń-Kaczmarek A, Juszczyk J, Małkowski P. i wsp. (2016) Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów HCV - 2016.
19. Bogucki M, Flisiak R, Halota W, Jaworska U, Kozierkiewicz A. i wsp. (2012) Diagnostyka i terapia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (wirusem HCV) w Polsce: raport - rekomendacje 2013-2014. Instytut Ochrony Zdrowia.
20. Władysiuk M, Jaros P, Kobierski J, Hałdaś M, Gąszczet K. i wsp. (2014) WZW typu C. Konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia. Raport systemowy HTA Consulting.
21. Raciborski F, Gujski M, Kłak A, Gierczyński J. (2015) HVC w Polsce. Strategia rozwiązania problemu zdrowotnego oraz działania w perspektywie 2015-2016. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia.
22. Gałazka-Sobotka M, Gierczyński J, Gryglewicz J, Karczewicz E, Zalewska H, Zyśk R. i wsp. (2015) Wirusowe zapalenie wątroby typu C - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.
23. Stanaway JD et al. (2016) The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, Volume 388, Issue 10049, 1081-1088.
24. Strona internetowa NFZ (2017).
25. Strona internetowa ZUS (2017).
26. Kobierski J, Hałdaś M, Władysiuk M. (2014) Hepatitis C - the need for changes in the system in the health care in Poland. *JHPOR*, 2014, 2, 26-34 DOI: 10.7365/JHPOR.2014.2.4.

WNIOSKI Z PROGRAMU KIK/35 I REKOMENDACJE DZIAŁAŃ DO WDROŻENIA

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Materiał nagromadzony w Programie KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest dziełem wielu pracowników NIZP-PZH, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Lubelskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz CMKP. Długofalową misją tego programu było wskazanie opartych na faktach działań, które powinny być podjęte i systemowo realizowane w celu zmniejszenia liczby osób zakażonych HCV w populacji Polski.

Realne wypełnienie tej misji będzie wymagać współpracy wielu instytucji począwszy od władnego podejmować decyzje finansowe i inicjować potrzebne zmiany legislacyjne Ministerstwa Zdrowia, poprzez Państwową Inspekcję Sanitarną uprawnioną do prowadzenia nadzoru i kontroli w obszarze przestrzegania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń w instytucjach przeprowadzających zabiegi o potencjalnym ryzyku, przez liczne instytucje edukacyjne i szkoleniowe, a także pozarządowe organizacje zaangażowane w szerzenie informacji o zakażeniu HCV i promujące działania mające na celu zapobieganie zakażeniom i ułatwienie dostępu do leczenia osób z aktywnym zakażeniem.

Działania zrealizowane w ramach Programu KIK/35, zwłaszcza te podkreślające konieczność stałego doskonalenia procedur medycznych chroniących przed zakażeniami krwiopochodnymi, jak również konieczność wprowadzenia takich procedur do usług niemedycznych przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek - celem ograniczenia szerzenia się HCV, uzupełniają wieloletnią działalność Polskiej Grupy Ekspertów HCV promującej rozszerzenie programu leczenia zakażeń HCV w Polsce i przygotowującej rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C odpowiadające współczesnym standardom obowiązującym w krajach Europy Zachodniej. Powszechne i rzetelne stosowanie działań preczynających drogi szerzenia się wirusa w połączeniu, z identyfikacją możliwie jak największej liczby zakażonych osób i ich skutecznym leczeniem stanowi nadzieję na efektywne przerwanie transmisji HCV i ograniczenie WZW-C w Polsce.

Aby sprawnie wspomniane działania przeprowadzić trzeba dysponować rzetelną wiedzą o epidemiologii HCV w kraju. Dlatego istotnym warunkiem wstępnym

Projektu KIK/35 było metodologicznie poprawne oszacowanie rozpowszechnienia zakażeń HCV w Polsce z uwzględnieniem tych grup ludności, w których ryzyko zakażenia jest podwyższone. Ważnym elementem podjętych badań było określenie sytuacji występujących w zakładach medycznych i innych rodzajach zakładów świadczących usługi niemedyczne, w których występuje zagrożenie zakażeniem HCV oraz innymi czynnikami wywołującymi zakażenia krwiopochodne. Zakażenia instytucjonalne, w przypadku których osoba zakażona jest często nieświadomym uczestnikiem zdarzenia, stanowią podstawowe, ale nie jedyne źródło zakażeń HCV. Pewien odsetek zakażeń, różny w różnych grupach społecznych jest wynikiem, zachowań osób zakażonych, które wynikają z ich niewiedzy lub niedbałości.

Dlatego tak ważnym elementem było poznanie zakresu wiedzy na temat zakażeń krwiopochodnych zarówno profesjonalistów i przyszłych profesjonalistów opieki medycznej jak i osób wykonujących zabiegi z uszkodzeniem ciągłości skóry lub śluzówki w zakładach niemedycznych jak pracownie tatuażu i salony kosmetyczne.

Podstawą zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym w społeczeństwie jest też elementarna wiedza na temat tych zakażeń wśród ogółu społeczeństwa, osób które same nie wykonują usług mogących grozić zakażeniem, ale są ich odbiorcami, a ponadto uczestniczą w wielu sytuacjach życia codziennego, w których może dojść do takiego zakażenia. Świadomość możliwości zakażenia w różnych sytuacjach życiowych i jego konsekwencji powinna być dla nich ostrzeżeniem, ale też źródłem poczucia podmiotowości i przysługujących im praw w sytuacjach potencjalnych zagrożeń instytucjonalnych. Dlatego istotnym elementem działań wszystkich modułów Projektu KIK/35 było sprawdzanie wiedzy różnych grup społecznych i formułowanie wniosków dotyczących edukacji i szkoleń dostosowanych do potrzeb tych grup, a w Projekcie 5 przygotowanie odpowiednio zróżnicowanych programów szkoleniowych.

Nikt z osób pracujących w poszczególnych projektach nie czekał z wnioskami z uzyskanych wyników na zakończenie badań. Wstępne wnioski były wyciągane na bieżąco i formułowane na zebraniach Komitetu Sterującego oraz w dyskusjach między poszczególnymi uczestnikami Projektu KIK/35. Przeglądy etapowe pozwoliły na uzyskanie ocen i uwag zarówno ze strony innych uczestników badania jak i obserwatorów zewnętrznych. Szczególnie cenne były uwagi dotyczące procedur bezpieczeństwa przy wykonywaniu zabiegów szpitalnych ze strony przedstawicieli Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych oraz naszego Partnera - Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Wiele działań praktycznych, mających na celu zmniejszenie zagrożenia zakażeniami krwiopochodnymi, było prowadzone przez uczestniczących w badaniu przedstawicieli GIS i dotyczyły one szczególnie tworzonych i modyfikowanych w okresie działania programu procedur kontrolnych dotyczących bezpieczeństwa

zabiegów w zakładach medycznych i niemedycznych, w których występuje potencjalne ryzyko zakażeń krwiopochodnych.

Badania prowadzone w ramach Projektu 1 wymagały dotarcia do wielu ośrodków na terenie kraju i przeszkolenia dużej liczby współpracowników terenowych. W ten sposób Projekt 1. pośrednio poszerzył zakrojoną na szeroką skalę działalność edukacyjną Projektu 5.

Przedstawione niżej wnioski z Projektu KIK/35 są w zasadniczym kształcie oparte na założeniach strategicznych sformułowanych wcześniej przez kierowników poszczególnych projektów i głęboko zaangażowanej, w ramach partnerstwa w Projekcie KIK/35, grupy pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, pod kierunkiem Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego, mgr Izabeli Kucharskiej. Jak podkreślono wyżej, leżące u podstaw tej strategii zasadnicze dane empiryczne są dziełem zespołów kierowanych przez dr hab. Magdę Rosińską, mgr. Janusza Sierostawskiego, prof. dr hab. Kazimierza Madalińskiego, dr hab. Krzysztofa Tomaszewicza oraz dr Anitę Gębską-Kuczerowską. Przy tworzeniu strategii istotny był też udział ściśle z nami współpracującego pana prof. dr hab. Mirosława Wysockiego i pana dr hab. Rafała Gierczyńskiego.

12.1. Diagnostyka i leczenie zakażeń HCV

W ramach Projektu 1 przeprowadzono skrupulatne oszacowania liczby osób z obecnością przeciwciał anti-HCV oraz osób z obecnością HCV-RNA w grupach wieku i płci. Uzyskane liczby zestawiono z liczbami przypadków rozpoznawanych rocznie w nadzorze epidemiologicznym, co daje rozmiar potrzeb w zakresie rozpoznawania i leczenia osób zakażonych HCV.

Z badań tych wynika, że w Polsce może być około 165 tysięcy osób z obecnością wirusa WZW-C w surowicy (HCV-RNA), przy czym około 125 tysięcy tych osób pozostaje nierozpoznanych - przy rocznym wykrywaniu jedynie 25 zakażeń na 1000 zakażeń istniejących w populacji. Należy tu zaznaczyć, że pula osób zakażonych nie jest stała i jest stale uzupełniana o osoby nowo zakażone.

Są to alarmujące dane, wskazujące na konieczność zaprojektowania i systematycznego prowadzenia badań przesiewowych w celu zwiększenia liczby rozpoznanych przypadków zakażeń wymagających leczenia. Wysoki przewidywany koszt populacyjnych badań przesiewowych wskazuje na potrzebę szukania możliwych rozwiązań w ramach istniejących struktur. Ankieta przeprowadzona przez zespół dr hab. Magdaleny Rosińskiej wśród lekarzy POZ daje podstawy, aby tam właśnie koncentrować wstępną diagnostykę zakażeń HCV. Przygotowanie systemu diagnostyki HCV opartego na przychodniach POZ będzie wymagało takich działań jak:

1. Ustalenie przez Ministerstwo Zdrowia i samorzządy zasad finansowania tych badań.
2. Ustalenie, w postaci instrukcji, kryteriów kwalifikacji do badania diagnostycznego w kierunku HCV pacjenta na podstawie oceny jego stanu zdrowia, oraz przynależności do ustalonych w badaniach epidemiologicznych grup ryzyka zakażenia HCV przez interdyscyplinarny zespół.
3. Ustalenie, w skali kraju, sieci laboratoriów diagnostycznych i poradni referencyjnych z wyraźnym przyporządkowaniem jednostek POZ i zapewnieniem pełnej drożności kierowania pacjentów do dalszej diagnostyki i leczenia.
4. Zapewnienie wszystkim kobietom w ciąży dostępności do rutynowych badań w kierunku zakażenia HCV w ramach opieki prenatalnej.
5. Stworzenie systemu diagnostyki i leczenia zakażeń HCV u osób uzależnionych od iniekcyjnych środków odurzających.
6. Prowadzenie akcji popularyzujących badania przesiewowe w grupach ryzyka zakażeń HCV według ustaleń badań epidemiologicznych. Dotyczy to np. osób, którym przetaczano krew przed 1992 r. Akcje testowania można połączyć z europejskim tygodniem testowania - <http://www.testingweek.eu/> i w ten sposób wykorzystać związaną z nim akcję promocyjną.
7. Systematyczna (w odstępach 5-6 letnich) kontrola sytuacji epidemiologicznej (rozpowszechnienie) zakażeń HCV w Polsce, prowadzona na odpowiednio licznej próbie w celu oceny skuteczności programu zapobiegania i zwalczania zakażeń HCV w Polsce i w razie potrzeby wprowadzanie odpowiednich korekt i uzupełnień do tego programu.

12.2. Prewencja zakażeń HCV w zakładach medycznych oraz niemedycznych wykonujących zabiegi z przerwaniem ciągłości skóry lub błon śluzowych

Podstawową zasadą w zapobieganiu zakażeniom krwiopochodnym w zakładach, w których wykonywane są zabiegi z przerwaniem ciągłości skóry lub błon śluzowych, jest to, że wymagania higieniczne powinny być dla tej grupy zakładów jednolite tzn. od zakładów nie medycznych winno się wymagać tych samych zasad co od zakładów medycznych.

Zgodnie z Ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, prowadzony jest bieżący nadzór sanitarny nad warunkami higieniczno-sanitarnymi jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Działania kontrolne w podmiotach leczniczych prowadzone są zgodnie (m.in.) ze stale aktualizowanymi zarządzeniami Głównego Inspektora Sanitarnego, regulującymi także szczegółowo treść

formularzy stosowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy wykonywaniu czynności kontrolnych w obszarze epidemiologii. Formularze te podlegają okresowej aktualizacji w celu dostosowania ich do zmian technologii medycznych. Istotnym elementem kontroli bezpieczeństwa sanitarnego procedur medycznych jest sprawdzanie zużycia sprzętu jednorazowego oraz dokumentacji prowadzenia dekontaminacji, w tym sterylizacji sprzętu wielokrotnego użycia.

Jak wynika z badania przeprowadzonego w projekcie 4, aktualna sytuacja zabezpieczeń przeciw zakażeniom krwiopochodnym w wielu gabinetach stomatologicznych jest niedostateczna. W trakcie przygotowywania są uwspółcześnione procedury kontroli tych gabinetów wraz z opracowaniem nowych, szczegółowych wzorów dokumentów kontroli dotyczących najistotniejszych elementów profilaktyki zakażeń. Ambulatoria małej chirurgii posiadają już odpowiednie dokumenty kontrolne uwzględniające sterylizację parową, lub wymaganą konieczność posiadania umowy na sterylizację z podmiotem zewnętrznym, weryfikowaną przez przedstawienie faktur za wykonane usługi.

W świetle badań ankietowych i badań empirycznych przeprowadzonych w szpitalach w ramach Projektu 4 oraz doświadczeń inspektorów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także opinii przedstawicieli Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych konieczna jest intensywna promocja przestrzegania zaleceń w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym w instytucjach, w których istnieje możliwość uszkodzenia powłok skórnych lub śluzówek u pacjentów (klientów) i personelu.

Zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. O zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Dotyczy to posiadania, stosowania i nadzorowania realizacji uniwersalnych zasad zapobiegania zakażeniom, w tym higieny rąk, stosowania środków ochrony indywidualnej, postępowania z odpadami medycznymi w szczególności z potencjalnie zakażonymi przedmiotami ostrymi. W ramach tych działań należy wymienić sterylizację sprzętu wielokrotnego użycia i dekontaminację pomieszczeń, powierzchni roboczych i łóżek szpitalnych.

Powyższe zasady powinny być przedmiotem szkoleń personelu medycznego organizowanych przez członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, a w odniesieniu do personelu innych podmiotów leczniczych przez uprawnione do szkolenia osoby lub instytucje. Istnieje pilna potrzeba zorganizowania systemu szkoleń personelu w zakresie zakażeń związanych z opieką medyczną, w tym zakażeń krwiopochodnych. Jednym z możliwych rozwiązań byłoby szkolenie personelu medycznego podmiotów leczniczych innych niż szpitale wspólnie

z pracownikami szpitali w ramach szkoleń organizowanych przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych.

Zgodnie z wyżej wymienioną ustawą osoby inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, podejmujące czynności w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości skóry lub błony śluzowej są obowiązane do wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.

Aktualnie jest przygotowywany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w zakresie szczegółowych wymagań sanitarno-higienicznych jakim powinny odpowiadać obiekty w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej.

Ważność praktyk związanych z bezpiecznym wykonywaniem tatuażu jest podkreślona przez Europejski Komitet Normalizacyjny (CEN), który przygotowuje europejską normę w zakresie higienicznych warunków wykonywania usługi tatuażu. Wdrożenie tej normy może przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa tych zabiegów.

Jak zaznaczono wyżej, wykonywane w tych zakładach procedury, w których istnieje możliwość uszkodzenia ciągłości powłok powinny zachowywać te same standardy jak procedury medyczne i pod tym kątem powinny one podlegać kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

12.3. Potrzeby w zakresie systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz rozwijania świadomości społecznej w zakresie wiedzy na temat zakażeń krwiopochodnych

Poziom wiedzy w zakresie występowania zakażeń krwiopochodnych i zapobiegania nim był w różnych swoich aspektach sprawdzany w badaniach ankietowych we wszystkich projektach Projektu KIK/35. Tego zagadnienia dotyczyły działania podejmowane w Projekcie 4 i 5. Badania ankietowe wykazały znaczne zróżnicowanie wiedzy między poszczególnymi kategoriami pracowników opieki medycznej. Wśród lekarzy, wiedza pracowników POZ była na ogół dostateczna. Podobnie podstawowa wiedza lekarzy stomatologów. W tej ostatniej grupie uderzał kontrast między poziomem wiedzy teoretycznej, a wolą stosowania jej w praktyce. Zdarzały się dość liczne wypowiedzi, w których odejście od uniwersalnych zasad zapobiegania zakażeniom było „usprawiedliwiane” brakiem czasu lub ograniczeniami finansowymi. Podobne postawy odnotowano w sektorze usług pozamedycznych. Występowanie takich postaw wskazuje na konieczność wzmożenia nadzoru nad zakładami medycznymi i pozamedycznymi, świadczącymi usługi, w których wykonywane są zabiegi z potencjalnym ryzykiem transmisji

zakażeń krwiopochodnych. Obecnie przygotowywane rozporządzenia Ministra Zdrowia wychodzą naprzeciw tym potrzebom.

Istotny problem stanowią niedostatki w zakresie uwzględnienia w programach kształcenia lekarzy zagadnień związanych z zakażeniami w instytucjach medycznych, ze szczególnym podkreśleniem zakażeń krwiopochodnych, które w wysokim stopniu zależą od działań ludzkich i są uwarunkowane niewiedzą lub niedbałością. Konieczne jest też poważne uwzględnianie w programach doskonalenia zawodowego tej problematyki i postawienie wymagań odbycia odpowiednich szkoleń z elementami przeszkolenia praktycznego przed dopuszczeniem pracownika do kontaktów z pacjentem.

We wszystkich pięciu projektach merytorycznych Projektu KIK/35 podkreślana jest konieczność, nie tylko zwiększania świadomości na temat zakażeń krwiopochodnych w populacji ogólnej, ale również szerszego uwzględnienia tej problematyki w szkolnych programach nauczania higieny.

W ramach Projektu 5 zostały przeprowadzone szkolenia wśród personelu medycznego oraz personelu niemedycznych zakładów usługowych, na temat zagrożeń ze strony zakażeń krwiopochodnych w zakresie prowadzonych przez nich usług i możliwych do podjęcia działań ograniczających ryzyko tych zakażeń.

W oparciu o analizę wcześniej przygotowanych programów edukacyjnych pielęgniarek i położnych oraz lekarzy i lekarzy dentyków zostało przygotowane minimum programowe szkoleń, sylabus oraz materiały edukacyjne. Zostały również opracowane wymogi wykształcenia i wiedzy dla edukatorów (kwalifikacje i metodologia). Wnioski Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, w zakresie odnoszącym się do kompetencji i zadań realizowanych przez pielęgniarki i położne, zostały zaimplementowane do nowelizowanych, przyjętych przez Ministra Zdrowia, ramowych programów kształcenia podyplomowego tych grup zawodowych.

Przygotowano materiały w różnych formach dydaktycznych, o różnych stopniach zaawansowania, dla różnych grup odbiorców. W tworzeniu tych materiałów uczestniczyli eksperci i praktycy, w tym wykładowcy uniwersyteccy o ustalonej renomie.

Istotna część materiału edukacyjnego została przygotowana w formie elektronicznej i udostępniono ją na platformie e-learningowej, do której dostęp jest wolny od opłat. Przygotowana w ramach Projektu KIK/35 platforma edukacyjna (e-learning) wyposażona została w moduł do kontroli przyswojonej wiedzy.

12.4. Prewencja zakażeń HCV wśród osób uzależnionych od iniekcyjnych substancji odurzających w ramach strategii redukcji szkód (*harm reduction*)

Osoby uzależnione od iniekcyjnych substancji odurzających stanowią grupę społeczną o najwyższej zapadalności na zakażenia HCV. Z powodu niskiej świadomości zagrożeń, dużej nieufności do pozostałej części społeczeństwa m.in. z powodu stygmatyzacji osób uzależnionych i częstej do nich niechęci, grupa ta ma największe trudności z korzystaniem z przysługujących obywatelom usług medycznych. Dlatego warunkiem skutecznego zwalczania zakażeń w tej grupie jest włączenie programów profilaktyki zakażeń HCV i leczenia osób zakażonych tym wirusem do szerszych programów redukcji szkód, w tym rozwinięcia programów leczenia substytucyjnego i technicznych rozwiązań umożliwiających bezpieczne iniekcje dla osób, u których leczenie substytucyjne okazało się nieskuteczne. Istnieje też wielka potrzeba działań informacyjnych skierowanych do osób uzależnionych, ale też i do ogółu społeczeństwa mająca na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji i promowanie traktowania uzależnienia jako choroby.

Do realizacji skutecznego zwalczania zakażeń HCV w populacji osób uzależnionych wskazane są następujące działania:

1. Zapewnienie dostępu do bezpłatnej diagnostyki HCV, włączając w to test przesiewowy) dla osób z grupy szczególnego ryzyka, jaką stanowią użytkownicy narkotyków w iniekcjach (ryzyko zakażenia HCV jest wielokrotnie wyższe niż dla osób z populacji generalnej);
2. Zapewnienie finansowania dla zainicjowania pilotażowego programu tzw. pokoi iniekcyjnych w ramach kontrolowanego eksperymentu medycznego. Sposób wprowadzenia zmian legislacyjnych tworzących podstawy prawne dla funkcjonowania takich pokoi, jeśli wyniki eksperymentalnego wdrożenia tego rozwiązania potwierdzi jego skuteczność;
3. Sposoby zapewnienia zakażonym HCV czynnym użytkownikom narkotyków dostępu do leczenia HCV bez wymogu abstynencji od narkotyków;
4. Sposoby przeciwdziałania praktykom dyskryminacyjnym, których ofiarą są osoby uzależnione od narkotyków, w dostępie do świadczeń zdrowotnych i społecznych;
5. Stworzenie systemu sterowanej kompleksowej opieki nad osobą uzależnioną od narkotyków, w ramach którego oferowano by ułatwienia w dostępie do diagnostyki i leczenia HCV.

Realizacja trzech ostatnich postulatów może okazać się trudna do przeprowadzenia w aktualnej sytuacji polityki terapeutycznej, która dopuszcza do leczenia HCV wyłącznie osoby, u których leczenie odwykowe okazało się skuteczne.

Racjonalne wprowadzanie tych, wzorowanych na doświadczeniach innych krajów, zmian powinno być stopniowe i opierać się na powiązaniu w programie pilotażowym przychodni lekarskich podejmujących opiekę medyczną, w tym leczenie zakażeń HCV, z pokojami iniekcyjnymi. Skuteczność działań modelu, który jest stosowany w Szwajcarii stwarza nadzieję na możliwość lepszego dostępu do pomocy lekarskiej osobom uzależnionym, które w zakresie dostępu do diagnostyki i leczenia natrafiają w naszym społeczeństwie na trudne do przezwyciężenia bariery.

12.5. Podsumowanie

Nie mogę przypisywać sobie autorstwa tych propozycji, gdyż wiele elementów koncepcyjnych w nich zawartych pochodzi od kierowników poszczególnych projektów. W badaniach też czynnie uczestniczyły liczne osoby z poza kręgu bezpośrednich wykonawców Projektu KIK/35.

Zmniejszenie zapadalności na zakażenia HCV prowadzące do znacznego ograniczenia liczby osób zakażonych wirusem HCV w Polsce stanowi ważną misję służb sanitarno-epidemiologicznych i pracowników medycznych, ale także wspierających nas organizacji pozarządowych i indywidualnych ludzi. W chwili obecnej nie ma sposobu, aby określić ilościowo zakres spadku liczby osób zakażonych wirusem HCV, który można by uznać za wypełnienie tej misji. Ale można przyjąć całkowitą eliminację wirusa HCV z populacji, może nie jako realnie określony cel, a raczej jako kierunek, w którym należy podążać. Opracowana strategia winna określić cele cząstkowe i etapowe, a także sposoby osiągnięcia tych celów. Zdajemy sobie sprawę z tego, że określenie ram czasowych dla wypełnienia tak zdefiniowanej misji nie jest w chwili obecnej realistyczne. Dlatego uważamy, że eliminację zakażeń HCV należy potraktować, jako wyznacznik kierunku szeroko zakrojonych działań prewencyjnych i leczniczych, prowadzonych w skoordynowany sposób przez władze administracji państwowej, służby sanitarno-epidemiologiczne, władze samorządowe, personel medyczny, pozarządowe organizacje (NGO) oraz właściwie wyedukowanych obywateli.

Badania przeprowadzone w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, a także inne dostępne źródła stanowią podstawę do rozeznania aktualnej sytuacji w zakresie rozpowszechnienia zakażeń HCV w populacji Polski, w grupach płci i wieku, na wsi i w miastach. W oparciu o badania ankietowe uzyskano dane, co do możliwych czynników ryzyka zakażeń HCV. Badanie wykonane w ramach Projektu 4 stanowi postawę rozeznania ryzyka zakażeń w zakładach opieki medycznej. Uzyskanie postępu w zmniejszaniu rozpowszechnienia zakażeń HCV ma wynikać z powiązanych ze sobą lub działających oddzielnie działań na rzecz realizacji celów strategicznych.

Istotnym elementem proponowanej przez nas strategii jest prawnie umocowany system regularnie powtarzających się sprawdzianów chorobowości związanej z zakażeniami HCV, w postaci reprezentatywnych badań przekrojowych. Będzie on konieczny do oceny skuteczności programu zwalczania zakażeń HCV, jako całości, ale także efektywności działania poszczególnych jego elementów. Taki system będzie pomocny dla modyfikacji Programu Zapobiegania Zakażeniom HCV w tych elementach, których skuteczność okaże się niewystarczająca.

Rzetelnie i kompetentnie przeprowadzona analiza rozpowszechnienia zakażeń HCV w różnych grupach naszego społeczeństwa, udokumentowanie w badaniach epidemiologicznych aktualnie występujących w społeczeństwie polskim czynników ryzyka zakażeń HCV oraz oszacowanie stosunku liczby nowo wykrywanych zakażeń HCV do liczby wciąż jeszcze nie wykrytych stanowi nie tylko podstawę do formułowania priorytetów diagnostycznych i terapeutycznych, ale służy też podważaniu mitów jakie wciąż są propagowane w przestrzeni publicznej. Do tych mitów należy przekonanie o wyjątkowo niskim w populacji Polski, w porównaniu do danych światowych, odsetku zakażeń przewlekłych wśród osób z przeciwciałami dla HCV. Podobnie, jako mało uzasadnione należy traktować przekonanie, że w warunkach, gdy rocznie wykrywane jest w Polsce około 25 przypadków zakażeń przewlekłych na 1000 istniejących, jedyny sposób eliminacji zakażeń HCV stanowić może leczenie wykrytych przypadków.



WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ OBCOJĘZYCZNYCH

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CI	przedział ufności
CMKP	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
EASL	European Association for the Study of the Liver (Europejskie Stowarzyszenie Badań nad Wątrobą)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób)
ELPA	European Liver Patients Association (Europejskie Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Wątroby)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii)
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
HCV	Hepatitis C Virus (Wirus zapalenia wątroby typu C)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Ludzki wirus niedoboru odporności)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)
IDU	Intravenous Drug Users (użytkownicy narkotyków w iniekcjach)
IVF	in vitro fertilisation (zapłodnienie pozaustrojowe)
KIDL	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PSSE	powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
RNA	ribonucleic acid (kwas rybonukleinowy)
SCO	Swiss Contribution Office - Szwajcarskie Biuro Współpracy
SPPW	Szwajcarsko-Polski Program Współpracy
SVR	Sustained Viral Response (brak wykrywalnego RNA HCV w krwi w czasie 24 tygodni po przerwaniu leczenia)
SWOT	(akronim słów: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) - technika służąca porządkowaniu i analizie informacji
WHO	World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WZW	Wirusowe Zapalenie Wątroby
WZW-C	Wirusowe Zapalenie Wątroby typu C
WSSE	wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

INDEKS AUTORÓW

DĄBROWSKA KATARZYNA

(dr n. hum.), adiunkt, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami; Instytut Psychiatrii i Neurologii, w Warszawie

GABER ANNA*

(mgr), specjalista ds. promocyjno-szkoleniowych, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

GĘBSKA-KUCZEROWSKA ANITA

(dr n. med.), adiunkt, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego NIZP-PZH; Kierownik Studium Zdrowia Publicznego; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

GIERCZYŃSKI JAKUB

(dr n. med. MBA), starszy specjalista, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie; Wykładowca i ekspert, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia; Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

GIERCZYŃSKI RAFAŁ

(dr hab. n. med., specjalista zdrowia publicznego), profesor NIZP-PZH; Kierownik Zakładu Bakteriologii; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

GODZIK PAULINA

(dr n. med.), adiunkt, Zakład Wirusologii; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

KICIAK SŁAWOMIR

(dr n. med.), adiunkt, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych; Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KOŁAKOWSKA AGNIESZKA*

(mgr), pracownik inżyniersko-techniczny, Zakład Wirusologii; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

KUCHARSKA IZABELA

(mgr, specjalista zdrowia publicznego), Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego, Główny Inspektorat Sanitarny

MADALIŃSKI KAZIMIERZ

(prof. dr hab. med.), główny specjalista, Zakład Wirusologii; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

MALEK ANNA

ekonomista; koordynator administracyjno-finansowy; Kierownik Działu Ekonomicznego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

PARDA NATALIA*

(mgr), analityk programów badawczych, Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

PATOŁA RAFAŁ

(mgr, CFE), Pełnomocnik Dyrektora ds. Inwestycji i Rozwoju, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

RAKOW LIDIA*

(mgr), specjalista ds. promocyjno-szkoleniowych, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

ROSIŃSKA MAGDALENA

(dr hab. n. o zdr., specjalista zdrowia publicznego), profesor NIZP-PZH, Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

SIEROŚLAWSKI JANUSZ

(mgr), specjalista w Zakładzie Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami; Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STĘPIEŃ MAŁGORZATA

(lek. med.), specjalista ds. badawczych, Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

SUJKA JOANNA

(lek. wet.), Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Główny Inspektorat Sanitarny

TOMASIEWICZ KRZYSZTOF

(dr hab. n. med.), Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

WYSOCKI MIROŚLAW JAN

(prof. dr hab. med.), Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, Konsultant Krajowy w dziedzinie Zdrowia Publicznego; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

ZAKRZEWSKA KAROLINA

(mgr), specjalista inżynieryjno-techniczny, Zakład Epidemiologii oraz analityk programów badawczych, Zakład Wirusologii; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

ZIELIŃSKI ANDRZEJ

(prof. dr hab. med.), Przewodniczący Komitetu Sterującego Projektu KIK/35, główny specjalista, Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

* - afiliacja w czasie realizacji Projektu KIK/35

