Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Doporučené klinické postupy v adiktologii pro specifické cílové skupiny a specifické oblasti, a z hlediska dalších metod práce v adiktologii
Zapojování lidí s žitou zkušeností do systému péče

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii
Číslo projektu: TITSUVCR936
Řešitel projektu: Český adiktologický institut
Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024
Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

BOX XIII

ZAPOJOVÁNÍ LIDÍ SE ZKUŠENOSTÍ DO SYSTÉMU PÉČE

„Máloco je tak efektivní, jako osobní příklad člověka, který to zvládl.“

Důležitým prvkem moderních adiktologických služeb je zapojování lidí se zkušeností do práce s klienty (viz například Koncepce rozvoje adiktologických služeb). V tomto textu jsou shrnuty základní principy, detailněji je zapojení lidí se zkušeností (dále jen LZ) do adiktologických služeb v Metodice zapojování lidí se zkušeností do systému péče v ČR[1].

Evropské pokyny pro prevenci a kontrolu infekcí mezi lidmi užívajícími návykové látky injekčně, které zpracovaly EUDA a ECDC (2023; Schwarz et al., 2022), doporučují zapojení peer mentorů jako účinné metody pro navázání na léčbu VHC a udržení v léčbě VHC, resp. zvýšení adherence k péči. Výzkumy ukazují, že peer podpora může zlepšit kvalitu života, zvýšit udržení v péči, snížit míru relapsů a zvýšit celkovou spokojenost s poskytovanými službami. Peer pracovníci mohou také pomoci snižovat stigmatizaci a podporovat sociální reintegraci jedinců, kteří se zotavují ze závislosti (Jennings et al., 2024).

Projekty, které probíhaly v letech 2012-2014 v ČR, se zaměřily na podporu orientace na zotavení a zapojení peer specialistů do týmů péče o duševní zdraví a vzdělávání budoucích profesionálů. Studie zahrnovala 20 lidí s osobními zkušenostmi, kteří byli odborně školeni a částečně zaměstnáni (Říčan et al., 2015). Výsledky projektu jsou velmi povzbuzující. Devět z deseti zapojených týmů péče o duševní zdraví rozhodlo prodloužit zaměstnání peer specialistů i po skončení projektu. Navíc bylo zjištěno, že peer specialisté nebyli více času v pracovní neschopnosti než jiní zaměstnanci a čas strávený v přímém kontaktu s klienty byl stejný.

Podle studie (Čtvrtečková et al., 2023) je úspěšně navázaný vztah mezi peer pracovníkem a uživatelem služeb klíčovým nástrojem pro budování motivace ke změně. Studie také představuje základní mechanismy, které tuto vztah budují, a mechanismy, které podporují změnu chování. Program peer podpory vedl k zvýšení iniciace léčby užívání opioidů o 60 % po 60 dnech a snížení opakovaných předávkování o 25 % po 180 dnech. Tento program také zlepšil celkovou péči o pacienty a zvýšil jejich zapojení do péče (Treitler et al., 2024).

Dále bylo zjištěno (Spencer et al., 2011), že zapojení pacientů do vzdělávání zdravotnických profesionálů má krátkodobé prospěšné účinky pro všechny strany. Nicméně, dlouhodobé účinky této spolupráce ještě nebyly dostatečně prozkoumány. Studie doporučuje zavedení schůzek mezi

[1] https://www.unielzz.cz/metodika

zástupci akademických institucí, profesních organizací, zdravotnického systému, laické veřejnosti a dalších zainteresovaných stran, aby se řešily otázky vzájemné spolupráce.

1. Vymezení základních pojmů

- **Člověk se zkušeností / Lidé se zkušeností** (LZ); dostatečně široký termín, který není limitující ani stigmatizující (jako jiné termíny, např. “pacient” atd.)

- **Člověk se zkušeností se závislostí**; člověk, který v minulosti zažil nebo aktuálně prochází závislostí, buď svojí vlastní nebo osoby blízké.

- **Žitá zkušenost**; osobní prožitá zkušenost s danou obtíží a zotavováním se z těchto obtíží.

- **Zotavení;** pozitivní proces změny směrem ke zlepšení kvality života. Zahrnuje zlepšení fyzického a duševního zdraví klienta. Proces zotavení může a nemusí zahrnovat abstinenci.

- **Peer**; člověk se zkušeností, který prošel specifickým zážitkem nebo situací (např. duševním onemocněním, závislostí, životem bez přístřeší, omezením na svobodě), díky čemuž je schopen poskytnout neocenitelnou autentickou perspektivu, nesrovnatelnou s teoretickým chápáním těchto obtíží.

- **Recovery kouč;** peer pracovník, který zároveň prošel výcvikem v recovery koučování a dále cíleně rozvíjí své dialogické a koučovací dovednosti.

2. Indikace pro zapojení LZ do systému péče

Pomoc od LZ a zapojení LZ do plánu péče může prospět širokému spektru osob, a je určena především pro tyto skupiny:

- Osoby v procesu zotavení.
- Rodiny a blízcí závislých.
- Mladí lidé a dospívající s rizikovým závislostním chováním.
- Profesionálové v oblasti adiktologie a další odborníci.
- Osoby v širším sociálním kontextu klienta (místní komunita).

Zapojení LZ do plánu péče je v souladu s důkazy o účinnosti možné v jakékoli fázi plánování nebo průběhu péče, zejména pokud je na straně klienta projeven o takovou spolupráci zájem, nebo pokud je účinnost takové spolupráce předpokládána a to zejména:

- V rámci prvního kontaktu s klientem, který hledá podporu při mapování možností zotavení.
- Nasměrování a asistence ke vhodnému způsobu zotavení.
- Podpora před nástupem do rezidenční péče, pokud si ji klient vybere.
- Podpora během rezidenční nebo ambulantní péče.
- Podpora v průběhu služeb následné péče.
- Podpora při odpojování se od služeb a při získávání nezávislosti na institucionálních službách.
- Kontinuální podpora během celého procesu zotavení.

3. Doporučení pro zapojování LZ do systému péče

Při zapojování LZ přímo do fungování služby se držte příslušných Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb s cílem maximálně využít výhody tohoto zapojení, saturovat potřeby LZ a minimalizovat případná rizika (viz níže).

Při odkazování klientů do neformálních svépomocných struktur a soukromé praxe poskytované LZ volte takové, které postupují podle Metodiky pro zapojování LZ do systému péče.

Zapojení LZ do péče může být realizováno následujícími formami.

- **LZ jako zaměstnanci služby, nebo externí spolupracovníci**[2]**;** Člověk se zkušeností může být přímou součástí týmu služby nebo s ním úzce spolupracovat na průběhu péče (například v rámci terapeutické komunity, skupinové psychoterapie, vedení svépomocných skupin, individuálního poradenství), nebo při tvorbě a realizaci volnočasových aktivit, sebezkušenostních a zátěžových aktivit, nebo činnostech sociální práce (asistence a doprovod). Může v rámci adiktologické služby zastávat pozice terénního pracovníka, peer konzultanta, recovery kouče, nebo realizovat cílené činnosti ve smyslu přednáškové a lektorské činnosti.

- **LZ jako nositelé svépomoci**; Člověk se zkušeností může být nositelem svépomoci v některých neformálních strukturách jako svépomocné skupiny a kluby[3].

[2] Základní podmínky pro zapojení LZ do jednotlivých typů adiktologických služeb upravují Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb v souladu s Koncepcí rozvoje adiktologických služeb.

[3] Zejména AA, NA, včetně souvisejícího vytváření a správy obsahu v online prostoru, tematických kanálů a podobně.

Při zapojování LZ do péče přímo v rámci služeb organizujte toto zapojení tak, aby mohli ve prospěch klientů využívat hlavní výhody tohoto zapojení, byly zohledněny jejich potřeby pro toto zapojení a minimalizována rizika spojená s tímto zapojením. Postupujte v souladu se Standardy odborné způsobilosti, které v případě zapojování LZ do jednotlivých typů adiktologických služeb stanovují rámcové podmínky.

Výhody zapojení LZ:

- **Autenticita a empatie;** Lidé se zkušeností mají ke klientům přirozeně blíž, na základě sdílené zkušenosti s žitými obtížemi a procesem zotavení. Dokážou autenticky vnímat prožívání a specifickou podobu potřeb klienta, což může přispívat k vhodné motivaci a nalézání funkčních zdrojů. Peer si může dovolit říkat věci způsobem, který by byl u terapeuta nevěrohodný a nefunkční.

- **Důvěra;** LZ dokážou vytvářet ve vztahu s klientem důvěru a bezpečí na základě sdílení zkušenosti s vlastním zotavováním a jeho úskalími, což je v procesu zotavení klíčový faktor. Vezmeme-li v potaz, že velká část lidí ohrožených závislostním chováním má zkušenost s traumatem a nepříznivými zážitky z dětství (ACE), kde dochází k narušení primární citové vazby a neschopnosti fungování ve vztazích, vytváření nových vztahů založených na důvěře a bezpečí můžeme chápat jako zásadní korektivní životní zkušenost, která pozitivně mění životní postoje klientů a vnímání sebe sama.

- **Inspirace;** Příběhy LZ slouží jako inspirace a jako živé důkazy toho, že zotavení je možné, a že žitá zkušenost může být využita v pomoci druhým, což přináší naději, sílu a motivaci.

- **Vnímavost a citlivost k traumatickým zážitkům;** Vztah klienta a peera je z podstaty partnerský, tedy ne hierarchický, což ve vztahu s klientem prohlubuje zážitek bezpečí a přijetí založený na sdílení a rovnocennosti.

- **Vytváření destigmatizačního prostředí;** Zapojení LZ pomáhá snižovat stigmatizaci a mění tak negativní stereotypy spojené s osobním vnímáním závislostního chování. Viditelnost, úspěšné zotavování se a společenské zapojení lidí s žitou zkušeností přispívá ke změně vnímání závislostí ve společnosti.

- **Účinnost a efektivita;** zapojení LZ může přispívat k lepším výsledkům intervencí v adiktologické péči. Tato podpora může snižovat míru relapsů, zlepšovat proces zotavení a celkovou spokojenost klientů se službami.

- **Předcházení návratu obtíží a podpora dlouhodobého zotavení;** lidé se zkušeností mají unikátní znalosti a porozumění rizikům a výzvám, kterým klienti v průběhu rozhodování o změně a procesu zotavení čelí. Nabízejí praktické rady a emocionální podporu, které snižují riziko návratu obtíží a zaměřují se na dlouhodobé zotavení.

- **Přirozená nízkoprahovost a společný jazyk;** LZ nepoužívají příliš odborné nebo teoretické výrazy a neopírají svou podporu o teoretickou konceptualizaci, naopak mluví jazykem, kterému lidé se závislostním chováním rozumí a opírají se o žitou zkušenost.

- **Zdroj informací pro tým;** LZ poskytují cennou zpětnou vazbu o průběhu adiktologické péče a nastavení adiktologické služby a přináší nové a inovativní nápady do praxe, které vycházejí z potřeb klientů.

- **Osobní růst a sebereflexe;** zapojení LZ je současně cestou k vlastnímu růstu a lepšímu pochopení sebe sama, která je mezi LZ a klientem sdílena. Lidé s žitou zkušeností a klient současně tak upevňují sebevědomí a pocit hodnoty z toho, že pomáhají ostatním.

Potřeby LZ při zapojování do adiktologických služeb:

- **Péče o sebe a dostupnost supervize;** při zapojování LZ do týmů adiktologických služeb dbejte na to, aby měli k dispozici adekvátní prostor pro odpočinek a péči o sebe, dostupnou supervizi a prostor pro případné uchopování a dokončování probíhajícího procesu zotavení. Je potřeba zohlednit, že proces zotavování LZ může stále probíhat a některé hranice mohou být narušeny (např. v důsledku nezpracované traumatické zkušenosti), nebo se tato omezení a rizika objeví až v průběhu práce s příběhem konkrétního klienta.

- **Důstojnost a jasné vymezení kompetencí**; Dbejte na zachování důstojnosti LZ a jejich pozice v týmu, zejména jasným vymezením kompetencí a jejich deklarace směrem ke klientům služby, včetně předávání informací o klientech uvnitř týmu. Klíčové je, jakou pozici v týmu v očích klientů zapojení LZ mají a jak s nimi zbytek týmu mluví.

- **Zajištění dostatečného finančního ohodnocení**[4]**;** pokud je LZ součástí týmu služby, je nezbytné, aby byla tato pozice adekvátně a důstojně finančně ohodnocena.

[4] Základní podmínky pro zapojení LZ do jednotlivých typů adiktologických služeb upravují Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb v souladu s Koncepcí rozvoje adiktologických služeb. V současné době neexistuje, jednotná metodika zaměstnávání LZ, vyjma interních metodik některých organizací.

Rizika spojená se zapojováním LZ do adiktologických služeb:
Pro řízení níže uvedených rizik spojených se zapojováním LZ do týmů služeb je nezbytné poskytnout jim dostatek adekvátní podpory v podobě dostupného vzdělávání, supervize a přímé podpory (viz potřeby), které jim pomáhají zvládat zátěž, výzvy a rizika spojená z jejich zapojením:

- **Emocionální vyčerpání** pramenící z opakovaného sdílení svého příběhu v rámci podpory poskytované ostatním.

- **Nejistota a zdráhání si říct o podporu** pramenící z vlastních obav LZ, že nejsou dostatečně připraveni nebo vyškoleni pro svou roli, může vést k nedostatečné komunikaci potřeb podpory pro zvládání náročných situací a k nedostatečné podpoře od kolegů či nadřízených.

- **Narušení osobní hranice**; aktivní práce s vlastním příběhem vystavuje LZ mnohem více riziku narušení rovnováhy a hranic mezi osobním a pracovním životem, než je tomu u pomáhajících profesionálů.

- **Nedůvěra a stigmatizace**; aktivní práce s osobním příběhem a současně probíhající proces úzdravy může vyvolat u pomáhajících profesionálů nedůvěru a nemusí věnovat LZ potřebou kolegiální péči nebo brát dostatečně vážně jejich potřeby.

- **Návrat obtíží nebo zhoršení**; aktivní práce s osobním příběhem při práci s konkrétním klientem může vyvolat vzpomínky či zážitky ve smyslu retraumatizace a spustit riziko návratu obtíží. Stejně tak vlastní náročnost práce založené na podpoře úzdravy klienta s sebou přináší riziko přetížení a vyhoření.

- **Etická dilemata**; aktivní práce s vlastní zkušeností staví LZ před etické problémy, otázky a dilemata, například když se rozhodují, zda sdílet citlivé informace nebo řešit situace, které by mohly být v rozporu s jejich vlastními hodnotami, nebo hodnotami pracoviště.

- **Časová udržitelnost**; práce LZ je náročná zejména v tom, že se angažuje osobním příběhem a tím se stále v rámci svého procesu úzdravy drží „v problému“ a oddaluje se tedy úzdravný moment, kdy je problém už minulostí[5]. LZ musí mít kvalitní a dostatečné zdroje pro prevenci syndromu vyhoření.

[5] Z hlediska časové udržitelnosti důležité věnovat pozornost rizikovým potenciálům a etickým problémům. Je nezbytné, aby podpora poskytovaná člověku se zkušeností zapojenému do adiktologické péče umožňovala pokračovat v jeho vlastní úzdravě. Zejména pokud shledá pro svou úzdravu jako žádoucí tuto roli opustit. A to bez ohledu na to, zda se jedná o opuštění role včetně opuštění samotného tématu a kontextu adiktologických služeb, nebo naopak opouštění role ve smyslu dalšího profesního vzdělávání a profesionalizace. Stejně tak je nezbytné věnovat pozornost procesům, které by mohly člověka se zkušeností zapojeného do adiktologické péče v roli uvěznit pro jeho užitečnost pro ostatní a de facto tak v terapeutickém prostředí přímo bránit jeho vlastní úzdravě.

4. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Možnosti zapojení lidí s žitou zkušeností jsou široké a mohou významně přispívat k včasné dostupnosti péče, ke zlepšení účinnosti intervencí a celého systému adiktologické péče ve všech typech adiktologických služeb bez ohledu na požadovanou změnu.

Přínos zapojování LZ do systému péče lze spatřovat zejména v poradenském a terapeutickém procesu. V procesu zotavení působí formální a neformální procesy paralelně a systém adiktologických služeb by měl neformální procesy podporovat a využívat.

Zapojení LZ má svůj přínos a nezastupitelnou roli v procesu zotavení, podloženou stále rostoucím počtem studií a četnými příklady dobré praxe z ČR i zahraničí (Čtvrtečková et al., 2024; Říčan et al., 2015)

5. Důkazy účinnosti

Existují vysoce kvalitní důkazy o tom, že manualizované intervence AA/12 krokové programy jsou při zvyšování abstinence účinnější než mnohé jiné zavedené intervence. Nemanualizované intervence typu AA/12 krokových programů mohou být stejně účinné jako tyto jiné zavedené typy intervencí. Intervence AA/12 krokových programů, manualizované i nemanualizované, tedy mohou být přinejmenším stejně účinné jako jiné typy intervencí při dosahování dalších výsledků mimo úplné abstinence, jako jsou snižování intenzity užívání nebo snižování negativních somatických, psychických a sociálních důsledků užívání návykových látek. AA/12 krokové programy tak vysoce pravděpodobně přináší značné úspory nákladů na zdravotní péči u osob s poruchou způsobenou užíváním alkoholu.

Další významnou benefitem je účinnost zapojení peer pracovníků v návaznosti na léčbu VHC a pro udržení v léčbě VHC. Bylo prokázáno, že zapojení peer pracovníků (peer support a peer mentoring) je důležitou intervencí, která usnadňuje testování na HCV, napojení na péči a udržení účasti v péči (Crawford&Bath, 2013; Henderson et al., 2017; Jugnarain et al., 2022; Stagg et al., 2019; Treloar et al., 2015; Ward et al., 2019).

Peer podpora vytváří příležitost pro vzájemné propojení, sdílení znalostí, důvěru a umožňuje zavedení širších mechanismů psychosociální podpory a cest k podpoře zdraví (Crawford&Bath, 2013; Greer et al., 2016; Hay et al., 2017; Medley et al., 2009).

I				II				III					IV				V		
a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	a	b	c	d	a	b	c
	15. **16.**	**9.** **11.**						**14.**		**3.** **8.**				**4.** **5.** **13.**		**1.** **6.** **7.** **10.** **12.**		**2.**	

1. Čtvrtečková, M., Stromšíková, A. Roman, L. (2023) Role of Peer Support in Building Motivation to Change Addictive Behaviour, *The British Journal of Social Work*, Volume 54, Issue 2, Pages 687–703, https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad236

2. Říčan, P., Foitová, Z., Stuchlík, J. (2015). Peer Involvement in the Czech Republic. WAPR BULLETIN N. 36. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Peer-involvement_WAPR.pdf

3. Treitler, P., Crystal, S., Cantor, J., Chakravarty, S., Kline, A., Morton, C., Powell, K. G., Borys, S., & Cooperman, N. A. (2024). Emergency Department Peer Support Program and Patient Outcomes After Opioid Overdose. *JAMA network open*, *7*(3), e243614. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3614

4. Jennings, L. K., Lander, L., Lawdahl, T., McClure, E. A., Moreland, A., McCauley, J. L., Haynes, L., Matheson, T., Jones, R., Robey, T. E., Kawasaki, S., Moschella, P., Raheemullah, A., Miller, S., Gregovich, G., Waltman, D., Brady, K. T., & Barth, K. S. (2024). Characterization of peer support services for substance use disorders in 11 US emergency departments in 2020: findings from a NIDA clinical trials network site selection process. *Addiction science & clinical practice*, *19*(1), 26. https://doi.org/10.1186/s13722-024-00453-x

5. Spencer, J., Godolphin, W., Karpenko, N., Towle, A. (2011). Report: Can patients be teachers? *Involving patients and service users in healthcare professionals' education,* The Health Foundation. Dostupné z: https://www.health.org.uk/sites/default/files/CanPatientsBeTeachers.pdf

6. Crawford, S., & Bath, N. (2013). Peer Support Models for People With a History of Injecting Drug Use Undertaking Assessment and Treatment for Hepatitis C Virus Infection. *Clinical Infectious Diseases*, *57*(suppl_2), S75-S79. https://doi.org/10.1093/cid/cit297

7. Henderson, C., Madden, A., & Kelsall, J. (2017). 'Beyond the willing & the waiting' — The role of peer-based approaches in hepatitis C diagnosis & treatment. *International Journal of Drug Policy*, *50*, 111-115. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.08.004

8. Jugnarain, D. V., Halford, R., Smith, S., Hickman, M., Samartsidis, P., & Foster, G. R. (2022). Role of peer support in a hepatitis C elimination programme. *Journal of viral hepatitis*, *29*(1), 43-51. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jvh.13626

9. Stagg, H. R., Surey, J., Francis, M., MacLellan, J., Foster, G. R., Charlett, A., & Abubakar, I. (2019). Improving engagement with healthcare in hepatitis C: a randomised controlled trial of a peer support intervention. *BMC Medicine*, *17*(1), 71. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1300-2
10. Treloar, C., Rance, J., Bath, N., Everingham, H., Micallef, M., Day, C., Hazelwood, S., Grebely, J., & Dore, G. J. (2015). Evaluation of two community-controlled peer support services for assessment and treatment of hepatitis C virus infection in opioid substitution treatment clinics: The ETHOS study, Australia. *International Journal of Drug Policy*, *26*(10), 9
11. Ward, K. M., Falade-Nwulia, O., Moon, J., Sutcliffe, C. G., Brinkley, S., Haselhuhn, T., Katz, S., Herne, K., Arteaga, L., Mehta, S. H., Latkin, C., Brooner, R. K., & Sulkowski, M. S. (2019). A Randomized Controlled Trial of Cash Incentives or Peer Support to Increase HCV Treatment for Persons With HIV Who Use Drugs: The CHAMPS Study. *Open Forum Infect Dis*, *6*(4), ofz166. https://doi.org/10.1093/ofid/ofz166

12. Greer, A. M., Luchenski, S. A., Amlani, A. A., Lacroix, K., Burmeister, C., & Buxton, J. A. (2016). Peer engagement in harm reduction strategies and services: a critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada. *BMC Public Health*, *16*(1), 452. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3136-4

13. Hay, B., Henderson, C., Maltby, J., & Canales, J. J. (2017). Influence of Peer-Based Needle Exchange Programs on Mental Health Status in People Who Inject Drugs: A Nationwide New Zealand Study [Original Research]. *Front Psychiatry*, *7*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00211

14. Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention*, *21*(3), 181-206. https://doi.org/10.1521/aeap.2009.21.3.181

15. ECDC, & EMCDDA. (2023). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs: 2023 update*. ECDC. https://www.euda.europa.eu/publications/joint-

publications/prevention-and-control-infectious-diseases-among-people-who-inject-drugs-2023-update_en

16. Schwarz, T., Horváth, I., Fenz, L., Schmutterer, I., Rosian-Schikuta, I., & Mårdh, O. (2022). Interventions to increase linkage to care and adherence to treatment for hepatitis C among people who inject drugs: A systematic review and practical considerations from an expert panel consultation. Int J Drug Policy, 102, 103588. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103588

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]