

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Renáta Remešová

Zřizování a provozování aplikačních místností pro uživatele drog: přehled zahraničních zkušeností

Drug consumption rooms establishment and their providing to drug users: overview of international experiences

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 04. 2017

Renáta Remešová

Podpis

Identifikační záznam:

REMEŠOVÁ, Renáta. Zřizování a provozování aplikačních místností pro uživatele drog: přehled zahraničních zkušeností. [Drug consumption rooms establishment and their providing to drug users: overview of international experiences]. Praha, 2017. s. 80., Diplomová práce (DP). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Fidesová, Hana.

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Haně Fidesové Ph.D., za vstřícnost, trpělivost a cenné rady.

Dále bych ráda poděkovala své rodině a přátelům za podporu a trpělivost po celou dobu studia.

Abstrakt

VÝCHODISKA: Aplikační místnosti, tedy zařízení pro supervidovanou aplikaci návykových látek bezpečnějším způsobem, v nehodnotícím prostředí, se od r. 1986 rozšířily do 10 zemí po celém světě. Přestože Česká republika nabízí široké spektrum služeb určených k minimalizaci rizik u problémových uživatelů návykových látek, injekční aplikace u nich stále převládá. Efektivita aplikačních místností byla prokázána, v České republice se však dosud nenacházejí.

CÍLE: Tato práce si klade za cíl především poskytnout systematický, ucelený přehled dosavadních poznatků a zahraničních zkušeností o pozadí vzniku a provozu aplikačních místností. Dále pak popsat, jaké podmínky byly v těchto státech nastaveny, aby mohly být aplikační místnosti legálně provozovány, a zhodnotit, zda by tyto podmínky byly uplatnitelné v ČR. V neposlední řadě je cílem popsat, jaký typ klientů zařízení využívá.

METODY: Pro zpracování praktické části, týkající se zřizování aplikačních místností, byla použita metoda analýzy písemných dokumentů, získaných prostřednictvím rešerše na úrovni mezinárodních odborných databází. Druhá část týkající se provozu aplikačních místností byla zpracována vyhledáváním webových stránek organizací a zjišťováním vybraných organizačních aspektů těchto služeb (provozní doba, personální a finanční zajištění, vstupní kritéria klienta do služby). Aktuálnost dat byla ověřena přímým kontaktováním služeb prostřednictvím e-mailu.

VÝSLEDKY: Vzniku aplikačních místností, předcházely rozsáhlé diskuze a mnohdy složité legislativní a další změny. Nejčastějšími důvody vzniku se ukázaly: šířící se epidemie viru HIV, potíže spojené s otevřenou drogovou scénou, vysoká prevalence HCV, vysoký počet předávkování uživatelů návykových látek. Napoloviční většina klientů těchto služeb je mužského pohlaví ve věku 30-40 let s dlouholetou historií užívání (opiátů, kokainu, amfetaminů), přičemž vstupním kritériem obvykle bývá min. věk 18 let, popřípadě registrace. Provozní doba většinou nezačíná dříve než v 9h a končí ve večerních hodinách. Víkendový provoz je obvykle zkrácen. Personál tvoří z největší části sociální pracovníci, zdravotní sestry a lékaři. Finanční prostředky získávají organizace převážně ze státních či místních a regionálních zdrojů.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ: Aplikační místnosti jsou kontroverzním tématem. Jedním z hlavních důvodů tohoto stavu v ČR je nedostatek odborných prací v domácí literatuře. V případě, že by se v ČR opět otevřela diskuze nad vznikem aplikační místnosti, mohla by tato práce sloužit jako přehledový materiál o zkušenostech ze zahraničí se zřizováním a provozem těchto zařízení. Dalším přínosem je popis současného stavu provozu aplikačních místností a zasazení jejich vzniku do historického a socio - geografického kontextu.

KLÍČOVÁ SLOVA: aplikační místnost - užívání drog - harm reduction - nízkoprahové služby

Abstract

INTRODUCTION: Drug consumption rooms (DCR) are places for the hygienic consumption of preobtained drugs in a non-judgemental environment and under the supervision of trained staff. Since 1986, the DCR have been established in 10 countries around the world. Despite the fact that Czech Republic offers wide range of services aimed to minimize the risks connected to problematic drug users, intravenous application still prevails. While, effectivity of DCR has already been proven, there are none in the Czech Republic.

AIMS: The work aims to provide systematic and comprehensive summary of current state of knowledge regarding establishment and running of DCR from international experiences. Additionally, the target of this work is to describe what conditions, necessary for legal establishment of DCR, were set in these countries and whether these conditions can be set in Czech Republic. Finally, the thesis analyzes whether the DCR are visited and used by clients and describes what the profile of a typical client is.

METHODS: For the first part which deals with establishment of DCR, method of written text analysis based on international scientific databases was used. Second part considering the running of DCR was prepared by analyzing the webpages of individual institutions in order to find out organizational aspects of the provided services (working hours, financial and human resources needs, entrance criteria for clients). These data were validated by e-mail communication with these institutions.

RESULTS: The establishment of DCR was often connected to difficult legislative as well as other changes before which a wide discussion had taken place. The most common reasons for their establishment proved to be the following: spread of HIV, problems with open drug scene, high prevalence of type C hepatitis and high rate of overdoses. The majority of DCR clients are men aged 30-40 with a several years of using (opioids, cocaine, and amphetamines). The applicants must usually fill in application form and be over 18 years old. Regarding organizational aspects of the service, it is generally available also during weekends starting at 9 am and closing in evening hours. Employees consist mostly from social workers, registered nurses, doctors and other employees trained e.g. in first aid and social help to drug users. Financing is mostly provided by state or municipalities.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: DCR continue to be highly controversial topic. One of the main reasons for this state is scarcity of scientific papers in Czech language. In case that the discussion regarding the establishment of DCR would be re-opened in Czech Republic, this work may serve as a material summarizing the foreign experience regarding establishment as well as running these institutions. Further added value of the work is in summarizing current state as well as providing historical and socio-demographic context of DCR.

KEYWORDS: drug consumption rooms - drug use - Harm Reduction -low-threshold services

Obsah

Seznam použitých zkratk	4
I. Úvod	5
II. Teoretická část	7
1. Harm reduction	7
1.1 Principy harm reduction	8
1.2 Efektivita harm reduction intervencí	9
1.3 Harm reduction služby v České republice	9
2. Legislativní ukotvení nízkoprahových služeb v českém systému	11
2.1 Legislativa ve vztahu k užívání drog v ČR	12
3. Aplikační místnosti	13
3.1 Typy aplikačních místností	14
3.2 Cíle aplikačních místností	15
3.3 Cílová skupina	17
3.4 Poskytované služby	18
3.5 Pravidla zařízení	19
3.6 Jsou aplikační místnosti efektivní?	19
4. Postoje k užívání nelegálních drog v novodobé historii	21
4.1 Mezinárodní úmluvy a Vídeňská deklarace	22
III. Praktická část	25
5. Použité metody	25
5.1 Cíle a výzkumné otázky	25
5.2 Metody sběru dat: zřizování aplikačních místností	26
5.3 Metody sběru dat: provozování aplikačních místností	30
5.4 Limity práce	33
5.5 Etické aspekty	33
6. Zřizování aplikačních místností	34
6.1 Od „health rooms“ k aplikačním místnostem, pozadí vzniku před rokem 2000	34
6.2 Pozadí vzniku aplikačních místností po roce 2000	38
6.3 Důvody vzniku aplikačních místností	46
6.4 Legislativní změny umožňující otevření aplikační místností a mezinárodní úmluvy	48

7. Provoz aplikačních místností	49
7.1 Profil klienta, využití služby	49
7.2 Provozní doba.....	52
7.3 Personální a finanční zabezpečení	54
7.4 Vstupní kritéria do služby	56
Diskuze	58
IV. Závěr.....	63
Použitá literatura.....	65
Příloha.....	74

Seznam použitých zkratk

AIDS	Syndrom získaného selhání imunity (<i>acquired immunodeficiency syndrome</i>)
AM	Aplikační místnost
CND	Commission on Narcotic Drugs
CNDS	Comité National de Défense Sociale - Národní výbor pro sociální ochranu
EMCDDA	Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
HR	Harm Reduction
HRI	Harm Reduction International
IHRA	International Harm Reduction Association
IHRC	International Conference on the Reduction of Drug - Related Harm
INCB	International Narcotics Control Boards
INDCR	International Network of Drug Consumption Rooms
IUD	Injekční uživatel drog
KSA	Foundation of Clerical and Social Work
MSIC	Medically supervised injecting centre
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NL	Návyková látka
OPL	Omamné a psychotropní látky
OSN	Organizace spojených národů
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
RCMP	Royal Canadian Mounted Police - Královská kanadská jízdní policie
WHO	World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

I. Úvod

Je to již tři desetiletí, co byla otevřena první aplikační místnost ve švýcarském Bernu. Tato chráněná místa pro hygienickou aplikaci do zařízení přinesených drog, v nevhodném prostředí a pod supervizí odborného personálu, se během těchto let rozrostla do několika desítek měst v Evropě i mimo ni. Přes všechny důkazy o efektivitě nebyly dosud aplikační místnosti v ČR zavedeny (Janíková, 2011).

V České republice existuje celá řada harm reduction programů, aplikační místnosti (dále „AM“) však nejsou součástí spektra nabízených adiktologických služeb. Cílem center pro supervidovanou aplikaci návykových látek je kromě omezení narušování veřejného pořádku (zahrnuje odhozené injekční náčiní, injekční aplikaci a intoxikaci na veřejnosti, a viditelný prodej drog), snížení počtu předávkování (jak fatálních, tak i nefatálních), snížení přenosu infekčních chorob, a v neposlední řadě zvýšení dostupnosti zdravotních a sociálních služeb, ať již léčebného nebo jiného charakteru. V řadě zemí byly AM zaváděny z důvodů zvýšeného výskytu infekčních onemocnění mezi problémovými uživateli drog. V České republice se dlouhodobě udává promořenost HIV v populaci uživatelů návykových látek na velmi nízké úrovni (pod 1%), u virové hepatitidy typu C nedochází k výrazným výkyvům v počtu nakažených mezi injekčními uživateli drog, kteří tvoří dlouhodobě více než polovinu všech nakažených (58,6 % v r. 2015), stejně tak počty smrtelných předávkování nelegálními návykovými látkami dosahují relativně nízkých čísel (57 případů v roce 2015). Nicméně podíl injekční aplikace mezi problémovými uživateli opiátů/opioidů a metamfetaminu je v ČR v mezinárodním srovnání stále velmi vysoký, mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje na úrovni 75–80 % (Mravčík et al., 2016). Trendem posledních let v některých krajích je přechod uživatelů opiátu (heroinu) a substitučních přípravků na jiné látky, často s vyšším rizikem intoxikace, jako např. fentanyl či lék Vendal Retard® (Kiššová et al., 2015). Nelze tedy předpokládat, že rozšíření spektra adiktologických služeb o aplikační místnosti není v českém prostředí potřebné.

Podle § 284 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, naplňuje přechovávání omamných a psychotropních látek (dále „OPL“) v množství větším než malém skutkovou podstatu trestného činu. Přechovávání OPL v množství malém je považováno za přestupek dle § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích¹. Nelze tak předpokládat, že by v současné

¹ Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích ve znění pozdějších změn nahradí s účinností od 1. 7. 2017 nový zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich a dále zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích. Ani jeden z těchto předpisů však v důsledku časového posunu a věcného souběhu v legislativním procesu neobsahuje žádný z tzv. drogových přestupků. Zákodárce si je tohoto nedostatku vědom, ke dni dokončení této práce však není známo, jakým způsobem a zda se do účinnosti nových předpisů podaří tento nedostatek vyřešit. Pokud by se tak nestalo, od 1. 7. 2017 by nebylo možno postihovat držení drogy pro vlastní potřebu v malém množství, ani jiné drogové přestupky.

době bez legislativních změn orgány činné v trestním řízení tolerovaly provoz zařízení, do kterých vchází uživatelé nelegálních návykových látek za účelem aplikace těchto látek.

Obdobná situace byla ovšem i v ostatních státech, kde jsou již AM provozovány. Ty však mají stanovená jasná pravidla pro využívání služby. Prakticky ve všech typech AM platí, že jsou zřizovány oficiální institucí, v rámci zařízení je zakázán prodej či nákup drog a jejich předávání, stejně tak není tolerováno agresivní chování klientů. Některá zařízení mají stanovené specifické podmínky pro využití služby, jako např. prokázání se identifikační kartou u vstupu, případně limitují využití služby pouze na obyvatele dané lokality. Způsob poskytování služby v některých zemích (Norsko, Německo) určuje speciální zákon. V jiných zemích byly zaváděny jako pilotní studie (Kanada, Austrálie, nově Francie). Jako klíčový předpoklad vzniku AM se dle zahraničních zkušeností jeví spolupráce všech zainteresovaných subjektů, zejména pak aktérů lokální politiky, policie, adiktologických pracovníků, zástupců veřejnosti, podnikatelské obce a dalších (Janíková, 2011).

Zdá se, že v řadě evropských měst byla před zřízením AM obdobná situace jako v ČR. Právě z toho důvodu by přehled zahraničních zkušeností o pozadí vzniku a provozu těchto zařízení, legislativních a jiných změnách, které tento proces doprovázely, mohl být v kontextu českého prostředí cenným nástrojem pro zavedení aplikačních místností i na území České republiky. V současné době totiž provoz aplikačních místností většina právních systémů neumožňuje, stejně jako právní úpravy v České republice, kterým jsou dále nadřazeny mezinárodní smlouvy.

II. Teoretická část

Teoretická část se zabývá základními pojmy a uvádí do problematiky aplikačních místností. Vychází z odborné literatury, především z výročních zpráv a odborných článků v lékařských časopisech.

1. Harm reduction

Zprvu se tato práce věnuje termínu harm reduction (dále jen „HR“), jelikož aplikační místnosti patří právě do oblasti HR služeb. Tento pojem se doslovně překládá jako „snižování poškození nebo škod“ a označují se jím koncepce, programy a činnosti zaměřené na snižování a minimalizaci zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání psychoaktivních látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s tímto užíváním přestat. Harm reduction je prospěšné, jak pro uživatele návykových látek, tak jejich rodiny a celou společnost (HRI², 2010).

Těžiště HR jako způsobu nazírání na drogovou problematiku spočívá v ochraně lidských práv a veřejného zdraví. Politici, nositelé rozhodovacích pravomocí, výzkumníci, pracovníci z praxe, veřejnost i uživatelé drog by měli znát konkrétní rizika a škody spojené s užíváním psychoaktivních látek a možné kroky ke snížení těchto rizik a škod (HRI, 2010).

Pojem harm reduction vstoupil do povědomí v 80. letech 20. století jako reakce na šířící se, nově objevený virus HIV u injekčních uživatelů drog (dále jen „IUD“). Začaly tedy vznikat inovativní programy, především výměna sterilního injekčního náčiní (Cook, Bridge and Stimson, 2010). Společným diskuzním místem se stala každoroční mezinárodní „harm reduction“ konference, která se konala poprvé v roce 1990 v Liverpoolu (IHRC – International Conference on the Reduction of Drug - Related Harm), zajišťovaná Mezinárodní asociací „harm reduction“ (International Harm Reduction Association – IHRA, dnes již známou pod zkratkou HRI). Během 90. let se tyto programy globálně rozšiřovaly, a na přelomu století se harm reduction oficiálně stalo součástí protidrogové politiky na mezinárodní úrovni i na úrovni jednotlivých států (Cook, Bridge and Stimson, 2010). Pojem harm reduction je sice mezinárodně nejpoužívanějším, nicméně v literatuře různých států se vyskytuje také jako termín „risk minimisation“ nebo „harm minimisation“ (minimalizace poškození). „Harm minimisation“ by mělo být konečným cílem politik, v této souvislosti je politika nebo program harm reduction spíše pracovním nástrojem (Kalina et al., 2008).

²Harm Reduction International

Dle The Global State of Harm Reduction probíhala v roce 2016 distribuce injekčního materiálu na různých úrovních v 90 zemích světa ve všech světadílech. V současné době v 8 z těchto zemí probíhá výměna injekčního materiálu i ve vězení, nicméně v roce 2012 nabízelo tyto služby pro vězně 11 států. V 80 zemích je možnost substituční léčby závislosti na opiátech, ve 43 zemích i ve vězení. Aplikačních místností je v provozu na 90 v 10 zemích světa. V nejbližší době je v plánu otevření AM také ve Skotsku a Irsku (Stone, 2016). Ve Slovinsku již proběhla změna v trestním zákoníku a ministerstvem zdravotnictví byla vybrána nestátní organizace v Ljublaně, aby realizovala otevření AM jako pilotní projekt. Naopak v Řecku, kde byla AM již otevřena, se musel její provoz po devíti měsících v roce 2014 pozastavit, jelikož se nepodařilo včas podchytit právě legislativní ukotvení. Její poskytovatel v současnosti pracuje s ministerstvem zdravotnictví na opětovném otevření této služby (EMCDDA, 2016).

1.1 Principy harm reduction

Mezi principy harm reduction se dle kanadského centra (CCSA, 1996 in Hunt 2003) věnujícího se problematice návykových látek řadí:

- *Humanistické hodnoty* – rozhodnutí uživatele návykové látky užívat je akceptováno, nikoliv však schvalováno a podporováno. Práva a důstojnost uživatele jsou respektována.
- *Zaměření na bezprostřední cíle* – prvním krokem k bezpečnému užívání či k abstinenci je vytvoření bezprostředních a realistických cílů, které jsou vztaženy k jednotlivcům, cílové skupině a ke komunitě dle aktuálních potřeb.
- *Pragmatičnost* – je známo, že užívání drog sebou přináší jak negativa, tak pozitiva, je tedy potřeba porozumět chování uživatelů.
- *Zaměření na poškození* – priorita je snížit negativní dopady užívání přímo u uživatele, než se snažit snížit užívání jako takové. Abstinence může, ale nemusí být dlouhodobý cíl.
- *Zvažování nákladů a přínosů* – je uplatňován proces identifikace, měření a posouzení problémů a poškození, jsou prováděna hodnocení nákladů a přínosu intervencí, protože pak je možné zaměřit zdroje na priority (Janíková in Kalina et al, 2015).

1.2 Efektivita harm reduction intervencí

Efektivita harm reduction intervencí se hodnotí především v souvislosti s šířením infekčních chorob u injekčního užívání drog. Dokud se nepodaří vyvinout účinnou a široce dostupnou vakcínu proti HIV, zůstanou nejúčinnějším dostupným nástrojem zabráňujícím šíření tohoto viru v rámci komunity IUD i mimo ni i nadále opatření, jejichž cílem je zvýšení dostupnosti sterilních injekčních jehel a stříkaček (WHO, 2004).

Dle WHO (2004) také existují přesvědčivé důkazy o tom, že vyšší dostupnost sterilního injekčního náčiní IUD výrazně přispívá ke snížení rizika nákazy HIV. Nebyly předloženy žádné důkazy o existenci významných nezamýšlených negativních dopadů po téměř dvou desítkách let rozsáhlého výzkumu ve smyslu, že by v důsledku existence těchto programů docházelo k dřívějšímu zahájení, delšímu trvání, nebo vyšší frekvenci nelegálního užívání, či injekční aplikace návykových látek. Řada podrobných studií provedených v několika rozvinutých zemích, a některých zemích s přechodovou ekonomikou, přesvědčivě prokázala, že programy výměny jehel a stříkaček jsou navíc nákladově efektivní. Dále bylo prokázáno, že klienti těchto služeb se častěji rozhodnou zúčastnit se protidrogové léčby, a potenciálně vyhledat primární zdravotní péči. Nejsou přesvědčivé důkazy o tom, že by chlorové a jiné dezinfekční prostředky snižovaly infekci HIV při dekontaminaci injekčního náčiní, tyto strategie mohou být považovány za přijatelné např. v nápravných zařízeních, v nichž je zavedení programů výměn injekčního náčiní neproveditelné. Výměny stříkaček a jehel samy o sobě nestačí k omezení výskytu infekce HIV mezi IUD, kombinace více intervencí z oblasti harm reduction však má při kontrole této nákazy v celkovém měřítku úspěch.

1.3 Harm reduction služby v České republice

Základ sítě nízkoprahových³ služeb v této oblasti tvoří v ČR kontaktní centra a terénní programy. První oficiální výměnný program byl otevřen v roce 1984 v Amsterdamu, v České republice to bylo v roce 1986 ve Středisku drogových závislostí v Apolináři (Kalina et al., 2008).

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2015 poskytovalo výměnný program jehel a stříkaček 104 nízkoprahových programů (57 kontaktních center a 47 terénních programů), a bylo distribuováno 6,4 mil. injekčních setů (odhadem je v ČR 46,9 tis. problémových uživatelů opioidů a metamfetaminů). Poprvé od r. 1998 nebyl zaznamenán nárůst počtu vydaných injekčních jehel, pokles oproti roku 2014 tvoří přibližně 200tis. jehel, a počet výkonů distribuce injekčního materiálu poklesl přibližně o 8 tis., což lze hodnotit jako negativní trend, neboť odhadovaný počet injekčních uživatelů

³ Nízkoprahový přístup – naplňuje takový odborný program, který je přístupný komukoli bez dalších nároků či stanovených omezení, jsou zde naplňovány principy HR (Kalina et al., 2008)

drog v ČR je dlouhodobě vysoký. Průměrně získal jeden injekční uživatel drog v kontaktu s nízkoprahovými programy 171 čistých setů (Mravčík et al., 2016).

V ČR jsou v provozu tři prodejní automaty na injekční materiál, které jsou umístěny na objektech kontaktních center a poskytují tak potřebný materiál i mimo otevírací dobu kontaktního centra. První takový automat byl instalován v Kodani v roce 1986 s cílem oslovit populaci injekčních uživatelů drog, která nechce být v kontaktu s výměnnými programy jehel (cizinci, ženy, mladiství) a jejich pracovníky (Janíková in Kalina et al., 2015). Dalším programem je instalace sběrných kontejnerů na injekční odpad (program FIXPOINT), které jsou pravidelně kontrolovány peer pracovníky v rámci stabilizačního pracovního programu pro uživatele návykových látek. Těchto kontejnerů je v Praze instalováno sedmnáct (Progressive o. s., 2017).

V České republice neexistuje národní program výměny injekčního materiálu v lékárnách, k likvidaci tohoto materiálu přistupuje každá lékárna individuálně. V některých oblastech se však spolupráce daří, a lékárny tak prodávají balíčky připravené pracovníky adiktologických služeb, a odkazují uživatele do nízkoprahových center. Odhad z roku 2008 udává, že se ročně v lékárnách prodá IUD až 1,5 mil. sterilních jehel (Janíková in Kalina et al., 2015).

2. Legislativní ukotvení nízkoprahových služeb v českém systému

V České republice je harm reduction (pod pojmem snižování rizik) jedním ze čtyř pilířů protidrogové politiky spolu s primární prevencí, léčbou a resocializací a snižováním dostupnosti drog (Úřad vlády ČR, 2011). Nízkoprahové služby (terénní programy a kontaktní centra) mají oporu v dokumentech Evropská a Národní strategie protidrogové politiky (2013-2020). Dále tuto protidrogovou strategii specifikuje Akční plán realizace protidrogové politiky, který je rozpracován na určité období.

Nízkoprahové služby byly jakožto služby systému péče ukotveny v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů ve znění pozdějších změn, a tento zákon byl vůbec první v ČR, který takové služby pojmenoval. S účinností od 31. května 2017 byl tento zákon nahrazen zákonem č.65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Ten nyní definuje služby jako odbornou péči pro osoby s adiktologickou poruchou, která zahrnuje prevenci poruch zdravotního stavu spojených s touto poruchou, včetně snižování zdravotních a sociálních rizik, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob postižených těmito poruchami. V dalším odstavci pak uvádí, že tuto péči poskytují poskytovatelé zdravotních služeb, jde-li o zdravotní služby, a poskytovatelé sociálních služeb, jde-li o sociální služby, podle jiných právních předpisů (Senát parlamentu ČR, 2017).

Dále jsou to inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče), které nejsou právními normami, ale slouží jako základní nástroj pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytované péče, nenahrazují však diagnostické a léčebné standardy a postupy dobré praxe u jednotlivých metod. Jsou členěny na obecnou a speciální část. Obsahují požadavky, které mají naplnit všechny typy služeb v obecné části, a ve speciální části definují typ služby či programu ve vztahu k jeho cílové skupině a roli služby v terapeutickém kontinuu nebo v jejím vztahu ke specifickému prostředí, ve kterém je poskytována. Cílem standardů odborné způsobilosti je stanovit ve veřejném zájmu kritéria péče o problémové uživatele drog a drogově závislé, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb (Libra et al., 2015).

2.1 Legislativa ve vztahu k užívání drog v ČR

Tato kapitola pojednává o trestné činnosti související s drogami a o aktuálně platných drogových trestných činech v trestním zákoníku, jelikož také tyto trestné činy zabraňují v současné době otevření aplikačních místností v ČR.

Samotné užívání drog není v České republice trestným činem, nicméně pojí se s ním jiná trestná činnost. Základním právním předpisem upravujícím tzv. drogové trestné činy, tedy různé způsoby nedovoleného zacházení s OPL je zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník v platném znění. Jedná se o tyto trestné činy:

- § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy
- § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
- § 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku
- § 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
- § 287 Šíření toxikomanie

Jak je již zmíněno v úvodu práce, přechovávání OPL v množství malém je považováno za přestupek. Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích ve znění pozdějších změn nahradí s účinností od 1. 7. 2017 nový zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, a dále zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích. Ani jeden z těchto předpisů však v důsledku časového posunu a věcného souběhu v legislativním procesu neobsahuje žádný z tzv. drogových přestupků. Zákonodárce si je tohoto nedostatku vědom a lze předpokládat, že přechovávání OPL v množství malém bude nadále přestupkem. Ke dni dokončení této práce však není známo, jakým způsobem a zda se do účinnosti nových předpisů podaří tento nedostatek vyřešit. Pokud by se tak nestalo, od 1. 7. 2017 by nebylo možno postihovat držení drogy pro vlastní potřebu v malém množství, ani jiné drogové přestupky.

EMCDDA v roce 2007 sjednotila terminologii, a pojem **trestná činnost související s drogami**, má nahradit všechny dříve používané termíny jako např. „drogová kriminalita“ (Gabrhelíková in Kalina, 2015). Tuto trestnou činnost rozděluje do 4 skupin: *psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost*, což jsou trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky, nebo jako důsledek jejich akutního nebo chronického užívání, *ekonomicky motivovaná trestná činnost* páchaná za účelem získání peněz na financování užívání drog, *systémová trestná činnost* v rámci fungování nezákonných drogových trhů jako součást procesu nezákonné nabídky, distribuce a užívání drog a *trestné činy porušování drogových zákonů* (EMCDDA,2007).

3. Aplikační místnosti

Aplikační místnosti lze definovat jako centra pro hygienickou aplikaci přinesených omamných a psychotropních látek pod dohledem školeného pracovníka v nehodnotícím prostředí (Hedrich, 2004). Tato zařízení jsou další možnou alternativou ke snižování nežádoucích následků užívání návykových látek (infekční nemoci, předávkování a snížení rizikové aplikace drog na veřejných místech), vedle již zavedených HR programů, jako např. výměna injekčního náčiní a substitučních center.

AM jsou vysoce specializovaná, zdravotnická centra a vymezují se vůči tzv. „shooting galleries“, což jsou místnosti určené rovněž k aplikaci návykových látek, jsou ale neoficiální bez odborného zajištění, provozovány obvykle distributory drog (Hedrich, 2004). Tyto místnosti vznikaly již dávno před vznikem oficiálních AM, což značí poptávku po této službě.

V anglické odborné literatuře se používají pro tato zařízení různá označení např. drug consumption rooms, supervised injecting facilities/sites, safer injecting facilities. EMCDDA⁴ používá označení drug consumption rooms (Janíková, 2011). Následující tabulka č. 1 zobrazuje počet aplikačních místností v jednotlivých státech.

Tabulka č. 1: Aplikační místnosti ve světě (EMCDDA, 2016, Stone, 2016).

Země	Počet AM	Počet měst s AM
Austrálie	2	1
Dánsko	5	3
Francie	2	2
Kanada	1	1
Lucembursko	1	1
Německo	24	15
Nizozemí	31	25
Norsko	1	1
Španělsko	12	2
Švýcarsko	12	8

⁴Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

3.1 Typy aplikačních místností

Aplikační místnosti se dělí (např. Hedrich, Hunt) na tři základní typy – integrované, specializované a mobilní. V rámci tohoto rozdělení se liší jednotlivé služby v závislosti na způsobu aplikace, typ užívaných návykových látek a pravidla provozu.

Integrovaný typ je nejčastější, aplikační místnost je zde součástí již existujícího zařízení, a je tedy jednou z více poskytovaných služeb, jako např. poradenství, výměna sterilního materiálu, testování na infekční nemoci apod. Poskytují se zde služby i lidem bez domova, je zde distribuováno jídlo, a dostupný hygienický servis (sprcha, ošacení). Samotná aplikace drogy pod dohledem probíhá ve zvláštní části zařízení, a je přístupná pouze cílové skupině.

Specializovaný typ – tato zařízení jsou samostatná, a slouží především k bezpečné aplikaci drog. Tento typ je méně častý, a nachází se v blízkosti otevřené drogové scény s drogovým trhem či blízko jiných drogových služeb, kde je zvýšená poptávka po bezpečné a hygienické aplikaci (Hunt, 2006). I v těchto typech AM je nabízena výměna injekčního náčiní a základní ošetření, ale důraz se klade na odesílání uživatelů do dalších externích služeb jako je substituční léčba či pomoc s hledáním bydlení/zaměstnání (Schäffer & Stöver, 2014).

Mobilní AM - V Berlíně, Barceloně a Kodani se lze setkat také s mobilní aplikační místností, která poskytuje služby ve speciálně upraveném dodávkovém voze. Jsou zde 1-3 místa vyhrazena k aplikaci a i tyto mobilní AM nabízejí výměnu sterilního injekčního materiálu, testování na infekční nemoci, a další služby harm reduction. V Berlíně a Kodani se vůz přemísťuje po lokalitách s otevřenou drogovou scénou, a v těchto místech setrvává po určitý čas v pravidelnou denní dobu. Jednou z výhod tohoto typu služby je možnost reagovat na aktuální vývoj drogové scény, a v případě zjištění změny situace je možnost upravit trasu automobilu, a tak efektivně oslovit cílovou populaci. Jsou tedy geograficky flexibilnější, nicméně vykazují omezenější počet klientů než v „kamenné“ AM. Např. v Berlíně, v roce 2010 proběhlo v této mobilní aplikační místnosti 4082 aplikací, s průměrem 11 klientů denně (Schäffer & Stöver, 2014). V Barceloně je dodávka umístěna spíše na jednom takovém místě.

Někteří autoři (Hunt, 2006, Hedrich 2004) zmiňují také tzv. neformální typ AM, které jsou provozovány současnými nebo bývalými uživateli drog. Jsou tolerovány policií a určena ke kouření/inhalaci drog. Popsána jsou pouze v Nizozemí.

Austrálie a Kanada se rozhodly pro modely, které jsou založeny na projektech s využitím specializovaných aplikačních místností, naproti tomu evropské služby jsou obvykle menší, a spíše fungují na více místech daného města nebo obce. Některé evropské služby jsou specializované v tom smyslu, že mají velice konkrétní cílovou populaci, např.

jedna z nizozemských AM se zaměřuje výhradně na malý počet uživatelů drog pocházejících ze zahraničí. Takové služby se však jasně liší od kanadských a australských „ukázkových“ projektů, které byly legislativou výslovně zřízeny jako vědecké studie (Hunt, 2006).

3.2 Cíle aplikačních místností

Aplikační místnosti směřují k určitým cílům a to v oblasti ochrany zdraví a v oblasti veřejného pořádku a bezpečnosti (Janíková, 2011).

- a) Oblast ochrany zdraví spočívá jednak ve strategii public health (ochrana před negativním dopadem problémového užívání drog na veřejné zdraví), tak i v podpoře zdraví samotného uživatele a minimalizaci škod způsobených rizikovým způsobem užívání drog a celkově životním stylem (prevence krví přenosných infekčních nemocí, prevence předávkování, zvýšení povědomí o rizicích užívání drog a o bezpečnější aplikaci atd).
- b) Co se týče oblasti veřejného pořádku a bezpečnosti, klade si AM za cíl především snížení počtu případů aplikace návykových látek na veřejnosti a zabránění zvyšování kriminality v okolí zařízení pro aplikaci drog (Hedrich, 2004).

EMCDDA (2015) popsala v modelu služby tzv. implementační a výstupní cíle aplikačních místností, které lze pro lepší přehlednost znázornit v níže uvedené tabulce č. 2. Tato tabulka byla do českého jazyka přeložena Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (Janíková, 2015).

Tabulka č. 2: Implementační a výstupní cíle aplikačních místností (EMCDDA, 2015).

<p><i>U diagnostiky a příjmu do AM:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - stanovit způsobilost pro využívání služby, kontrola oficiálních přístupových kritérií - poskytnout informace o fungování AM a interních pravidlech - poskytnout informace o eliminaci rizik/bezpečnějšímu užívání - získat informace o droze, kterou si uživatel chystá aplikovat - stanovit individuální potřeby (posoudit zdravotní stav) 	<p><i>V oblasti superevidované aplikace:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - zajistit méně rizikovou aplikaci - zajistit dohled nad aplikací a dodržování interních pravidel - poskytnout poradenství o bezpečnějším užívání s přihlédnutím ke specifickým potřebám uživatele - poskytnout akutní péči v případě předávkování a jiných nežádoucích reakcí - poskytnout prostor k užití drogy mimo zraky veřejnosti 	<p><i>V oblasti dalších služeb:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - monitorovat účinky užití drogy u klientů, kteří opustí aplikační prostory - poskytnout primární lékařskou péči - poskytnout krizové poradenství - poskytnout program výměny injekčního náčiní a pomůcky k bezpečné likvidaci jehel - poskytnout nápoje, jídlo, ošacení, možnost hygieny 	<p><i>Při zprostředkování/do-poručení do další péče:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - poskytnout informace o možnostech léčby - motivovat klienty k vyhledání další léčby - odkázat klienty na další služby, např. detoxifikaci, substituční léčbu, možnost ubytování, sociální péči, lékařskou péči apod.
<p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>Výstupní cíle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - navázat kontakt s těžko dostupnými populacemi uživatelů drog - identifikovat klienty vyžadující lékařskou péči a tuto péči jim zprostředkovat 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>Výstupní cíle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - minimalizovat bezprostřední rizika související s konzumací drog - redukovat morbiditu a mortalitu - stabilizovat a podporovat zdraví klientů - omezit narušování veřejného pořádku 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>Výstupní cíle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - zvýšit informovanost klientů o možnostech léčby a usnadnit přístup k systému péče - zvýšit pravděpodobnost, že klient nabízenou léčbu přijme 	

Všechny výše uvedené cíle směřují tedy především k přežití a lepší sociální integraci klienta AM.

3.3 Cílová skupina

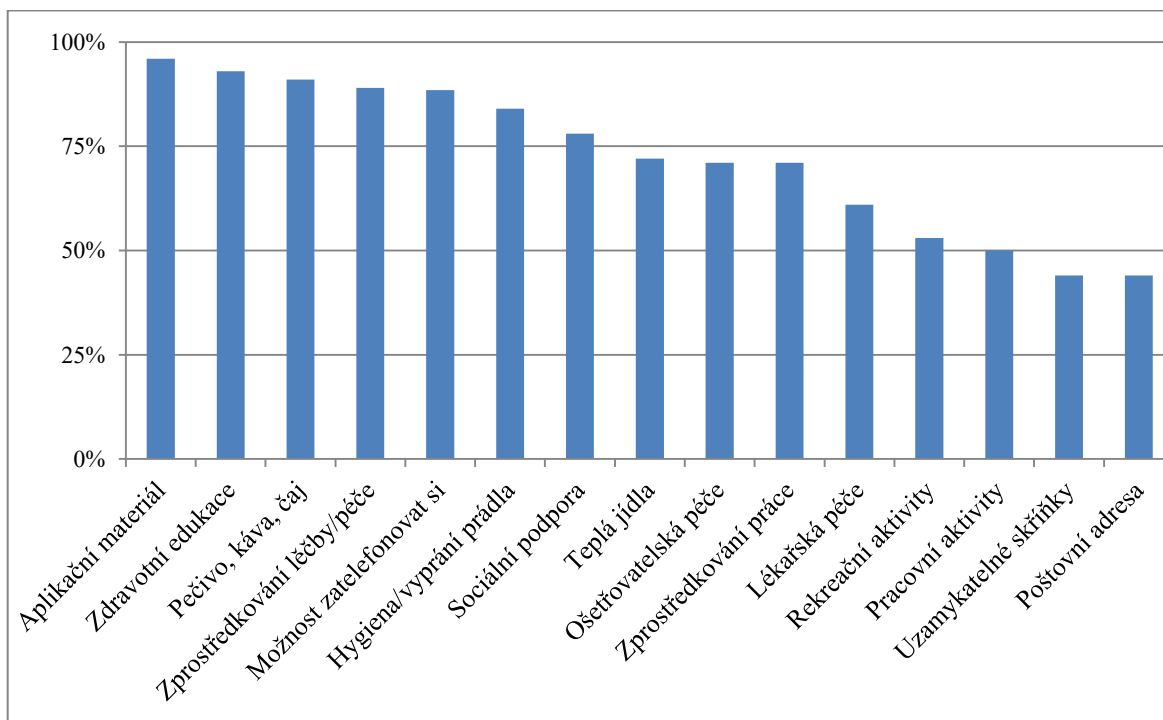
Cílovou skupinou AM má každá země, ve které se tato zařízení vyskytují definovanou velmi podobně. Nejčastěji tyto služby navštěvují vysoce rizikové populace uživatelů drog, a to zejména injekčních uživatelů, kteří nevyužívají jiné nabídky pomoci nebo je nelze oslovit jinými prostředky. Mají specifické potřeby, které nejsou pokryty jinými službami nebo institucemi (Janíková, 2011).

Např. v Kanadě definují cílovou klientelu jako marginalizované uživatele drog, které nelze oslovit tradičními prostředky, a už dříve užívali injekčně návykové látky. V Australských AM se zaměřují na injekční uživatele drog, kteří si aplikují návykové látky na veřejných místech anebo o samotě, a na skryté injekční uživatele. Ve Španělsku jsou cílovou skupinou sociálně vyloučení injekční uživatele drog bez domova. V Nizozemsku převládá užívání drog inhalací nebo kouřením (Schatz & Nougier, 2012). Zacílenou populaci definují jako „problematické pouliční uživatele drog“, čímž myslí dlouhodobě závislé, užívající na ulici, narušitele veřejného pořádku se špatným tělesným stavem a také „chronické uživatele tvrdých drog, kteří nejsou motivováni k léčbě“. Ve Švýcarsku byla cílová skupina definována jako osoby, které neakceptují nebo nevyužívají jiné nabídky pomoci, dlouhodobí, tzv. hardcore injekční uživatele drog. V Německu je to obdobné, zaměřují se také na injekční uživatele na otevřených drogových scénách (Hunt, 2006).

3.4 Poskytované služby

Přestože se používá souhrnné označení - aplikační místnosti, termín zahrnuje celou škálu služeb různého typu, poskytovaných různými způsoby, zaměřených na různé populace a v různých prostředích. Uživatelům je v každém typu aplikační místnosti poskytnut sterilní injekční materiál, tzv. injekční sety obsahující dezinfekci, nádobky k ředění roztoku, filtry a buničinu a dále obdrží nádobu na injekční odpad, takže je použitý materiál možno bezpečně zlikvidovat. Obvykle je zařízení vybaveno samotným místem k aplikaci (stůl, židle, zapalovač, zrcadlo) a místem pro setrvání po aplikaci pro rychlý zásah v případě předávkování (Janíková, 2011). Spektrum služeb je ale širší, probíhá např. edukace o zdravotní a sociální péči, o bezpečném užívání a další zdravotnické informace jako je první pomoc při předávkování. Dále jsou to doplňkové služby, např. hygienický, vitaminový a potravinový servis, základní zdravotní ošetření, krizová intervence, motivační rozhovor, zprostředkování léčby a další. V následujícím grafu č. 1 lze vidět, v jakém rozsahu jsou jednotlivé služby poskytovány.

Graf č. 1: Rozsah služeb poskytovaných zařízeními pro aplikaci drog (EMCDDA, 2015).



3.5 Pravidla zařízení

Aplikační místnosti mají stanovena jasná pravidla pro využívání služby. Prakticky ve všech těchto zařízeních platí, že patří pod oficiální instituci, je zde ze zákona zakázán prodej a nákup drog a jejich předávání. Není tolerována agrese vůči personálu nebo ostatním klientům. Aplikace je možná pouze na vyhrazených místech, zakázána je aplikace mimo tato místa např. na toaletách nebo chodbách a také pohybování se po zařízení s jehlou (Hedrich, 2004).

Některá zařízení mají specifické podmínky pro využití služby jako např. identifikační kartu ve Švýcarsku a Nizozemsku, přidělené jedinečné číslo dostanou klienti ve Španělsku a kód v Austrálii. V Kanadě se používají identifikátory účastníka studie, jelikož se jedná o vědecko-výzkumný projekt (Schäffer & Stöver, 2014).

Obvykle je vstup do zařízení omezen věkem od 18 let, v některých německých AM je vstup od 16 let s písemným souhlasem rodičů, obvykle platí omezený vstup pro těhotné ženy nebo uživatele v doprovodu dítěte. Ve Švýcarsku i jinde v Německu se můžeme setkat s omezeným vstupem podle bydliště a národnosti (vstup povolen po předložení osobních dokladů při úvodní registraci). Smyslem tohoto pravidla je zabránit tzv. „drogovému turismu“, který byl problémem např. v curyšském „jehlovém parku“. Jedna z nizozemských AM se ale zase specializuje na zahraniční klienty (Hunt, 2006), v německém Hamburgu se nachází aplikační místnost pro ženy (Schäffer & Stöver, 2014).

3.6 Jsou aplikační místnosti efektivní?

Za vznikem a fungováním aplikačních místností sice stály zástupci různých zainteresovaných subjektů na místní úrovni, nicméně zpočátku se jednalo o experimentální a občas kontroverzní projekty. Poskytovatelé služeb, policie a orgány zodpovědné za oblast veřejného zdraví následně prováděli pečlivé vyhodnocování situace před a po otevření AM a dokumentovali, zda bylo dosaženo zamýšlených změn. Tato data byla předávána činitelům na místní, někdy i celostátní úrovni, ale v zahraničních periodících byla publikována jen málokdy. První přehledovou studii o těchto výsledcích publikovala EMCDDA v roce 2004. Tato kapitola uvádí příklad několika studií zabývajících se účinností AM.

Wood et al (2004) zmiňují, že se několik měsíců po otevření AM ve Vancouveru snížil počet viditelných aplikací na veřejných místech a počet odhozených injekčních stříkaček, tyto závěry potvrzují i další studie (např. Salmon et al., 2007).

Studie z Dánska (Kappel, 2016), která dokumentuje vliv AM na zlepšení zdraví a celkový pocit „pohody“, uvádí, že klienti cítí větší pocit bezpečí na rozdíl od předchozího chaotického prostředí a mohou si aplikovat návykovou látku v méně stresujícím prostředí a pomocí čistého injekčního náčiní.

Několik studií potvrzuje, že AM významně snižují riziko předávkování a nižší míru sdílení jehel, čímž se snižuje i riziko přenosu HIV (Stolz et al., 2007, Kerr et al., 2007, Milloy & Wood, 2009). V Sydney bylo zjištěno (Salmon et al., 2010), že během otevíracích hodin AM byl zaznamenán nižší počet výjezdu rychlé zdravotnické pomoci v souvislosti s předávkováním.

Hedrich (2010) rovněž uvádí, že je prokázána efektivita při navazování a udržování kontaktu s vysoce marginalizovanými cílovými skupinami. To vede u klientů k zlepšení hygieny a bezpečnějšímu užívání (Lloyd-Smith et al., 2009).

Mezi prokázaná pozitiva poskytování AM tedy patří např. bezpečnější a hygieničtější užívání drog zejména u pravidelných klientů, lepší přístup ke zdravotnickým a sociálním službám, omezení užívání návykových látek na veřejných místech. Negativní dopad na míru drogové kriminality v blízkosti těchto služeb nebyl prokázán. Tyto služby přispívají k zahájení léčby, nejsou k dispozici data, z nichž je možné usuzovat, že by vznik těchto zařízení vedlo k nárůstu užívání drog nebo frekvence injekční aplikace návykových látek (EMCDDA, 2016).

Vliv AM na snižování výskytu viru HIV a hepatitidy typu C v širší populaci uživatelů se nicméně obtížně odhaduje, jelikož pokrytí cílové populace ze strany příslušných zařízení není úplné a je metodologicky obtížné izolovat jejich efekt od jiných intervencí (Hedrich, 2010).

4. Postoje k užívání nelegálních drog v novodobé historii

Přibližně do roku 1960, byly drogy a jejich užívání považovány především za odborný problém a závislost byla vnímána jako nemoc. Návykové látky užívali převážně umělci, zástupci lékařské profese (lékaři, lékárníci, sestry), kteří měli k drogám snadný přístup. Experty byli psychiatři a specializovaní lékaři a kriminalisté (nespecializovaní) při potírání trestné činnosti. Vládní strategie, specifické rozpočty a programy prevence a léčby neexistovaly.

V 60. letech se ve vyspělých zemích stávají drogy společenským problémem, závislost je dále vnímána jako nemoc, ale již „infekční“ ve smyslu šíření do různých sociálních vrstev a profesí (není problémem jen střední třídy). Odborníky na léčbu jsou psychiatři, ale vstupují i další profese. Postupně se vytvářejí specializované skupiny kriminalistů, kteří mají za úkol zabránit výrobě a distribuci drog. Vzhledem ke zhoršující se situaci se pracuje na prevenci, léčbě, represí a větším zapojení výzkumu. Zpracovávají se specifické intervence a strategie, rodí se drogová politika. Vlády mnoha zemí v čele s USA vyhlašují tzv. „válku proti drogám“ (Zábranský, 2003).

Na přelomu 80. let se objevuje hrozba infekce HIV. Z užívání drog se stává celospolečenský problém, ale je na něj již nazíráno jako na komplexní jev ovlivněný biologickými, psychologickými a společenskými faktory. Za experty jsou považováni také psychologové, epidemiologové a sociální pracovníci. Objevuje se koncept public health. Riziko nakažení HIV v souvislosti s intravenózním užíváním je považováno za velkou hrozbu. V západní Evropě se začíná prosazovat přístup harm reduction, ovšem stále se klade důraz na represí. Pojem „harm reduction movement“ (hnutí) se používá jako protiklad k termínu „válka proti drogám“ (Janíková in Kalina, 2015).

Od počátku 90. let dochází ke změnám v postkomunistických zemích po rozmachu informačních technologií a rozšíření tzv. nových syntetických drog. Výzkumy přináší nové pojmy a zpochybňují koncept závislosti jako nemoci a abstinence jako jediného řešení. Zdravotní a sociální rizika injekčního užívání jsou považována za největší hrozbu intravenózního užívání. Koncept veřejného zdraví proniká i do postkomunistických zemí a Evropa ustupuje od „války proti drogám“, na rozdíl od USA. Valné shromáždění OSN v roce 1991 označuje ve svém akčním plánu drogy za globální problém. V mezinárodních orgánech napříč jednotlivými zeměmi (alespoň na oficiální úrovni) vládne přesvědčení o komplexním charakteru užívání drog, který vyžaduje mezioborovou, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci, mapování a analýzu potřeb, sjednocení sběru dat a koordinaci aktivit. Klade se důraz na rovnováhu mezi represí a prevencí a léčbou. V Evropě vznikají koordinační orgány a strategie na nadnárodní i národní úrovni (Zábranský, 2003).

4.1 Mezinárodní úmluvy a Vídeňská deklarace

Tato kapitola pojednává o mezinárodní spolupráci v protidrogové politice, Vídeňské deklaraci a dokumentu vydaném Globální komisí pro protidrogovou politiku. Zmíněné, jsou rovněž některé mezinárodní úmluvy, jelikož z nich vychází národní legislativa.

Mezinárodní spolupráce v oblasti kontroly omamných a psychotropních látek lze datovat do roku 1909, tehdy byla svolána první konference v čínské Šanghaji. Ta vyústila k přijetí první Mezinárodní úmluvě o opiu. Po druhé světové válce, Organizace spojených národů vytvořila pro problematiku kontroly OPL Komisi pro narkotika (Commission on Narcotic Drugs – CND). Mezinárodně byly v oblasti kontroly narkotik přijaty tyto nástroje:

- *Protokoly z let 1946, 1948 a Protokol o opiu z roku 1953* – týká se role INCB
- *Jednotná úmluva o omamných látkách z r. 1961 (United Nations Single Convention on Narcotic Drugs 1961)* – cílem bylo sjednocení všech dosavadních mezinárodních úmluv a rozřídění omamných látek do 4 skupin, ty jsou průběžně doplňovány
- *Protokol o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách z r. 1972 (Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol)* – týká se posílení role INCB, rozšiřuje povinnosti států v oblasti odhadů spotřeby, zdůrazňuje potřebu léčby a rehabilitace populace závislých.
- *Úmluva o psychotropních látkách z r. 1971 (Convention on Psychotropic Substances of 1971)* – zařadila vedle pojmu omamné látky také kategorii psychotropních látek
- *Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z r. 1988 (United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988)* – zamezení obchodování s narkotiky a zisků z nelegálního prodeje narkotik.

INCB (International Narcotic Control Board) neboli Mezinárodní rada pro kontrolu narkotik je nezávislý kontrolní orgán, který dohlíží na plnění mezinárodních protidrogových úmluv OSN z let 1961, 1971 a 1988 (Kačaba, 2004).

V roce 2010 se ve Vídni konala mezinárodní konference AIDS. Účastníci této konference podepsali deklaraci, která volá po dekriminlizaci užívání drog ve všech státech světa, a obrat k výzkumem podloženým přístupům (evidence – based) v oblasti harm reduction. Podpořila ji řada osobností, od nositelů Nobelových cen, politických vůdců, představitelů vymáhání práva po zástupce neziskových organizací. Deklarace tvrdí, že kriminalizace drog vede k šíření HIV/AIDS a negativním zdravotním i sociálním důsledkům. (Běláčková, 2010). Mezinárodní vědecká komunita požaduje uznání limitů

a škod v souvislosti s drogovou prohibicí a volá po reformě v protidrogové politice. Důkaz, že vymáhání práva nedokázalo zabránit dostupnosti drog je jednoznačný. Navíc neexistují důkazy, že by toto vymáhání práva snižovalo prevalenci užívání drog. Vlády a mezinárodní organizace, včetně Organizace spojených národů, mají etické a právní závazky reagovat na krizi a usilovat o zavedení alternativních evidence-based strategií (Vídeňská deklarace, 2010).

V roce 2013, Globální komise pro protidrogovou politiku (2012) vydala dokument „Válka proti drogám a HIV/AIDS“, ze kterého plynou následující doporučení: Vedoucí představitelé jednotlivých zemí a generální tajemník Organizace spojených národů, jakož i Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, UNAIDS a Komise pro narkotika musí učinit následující:

„1. Uznat a řešit příčinné souvislosti mezi válkou proti drogám a šířením HIV/AIDS, násilím souvisejícím s fungováním drogových trhů a dalšími zdravotními (např. hepatitida typu C) a sociálními dopady.

2. Reagovat na skutečnost, že hlavním problémem, který přispívá k dalšímu šíření epidemie HIV v mnoha oblastech světa, je rizikové chování, jež je důsledkem represivních protidrogových politik a podfinancování vědecky podložených přístupů.

3. Apelovat na vlády jednotlivých států, aby upouštěly od praxe zatýkáni a věznění osob, které sice užívají drogy, ale nezpůsobují újmu druhým.

4. Nahrazovat neefektivní opatření zaměřená na kriminalizaci a trestní postih uživatelů drog výzkumem podloženými intervencemi, které nejsou v rozporu se zásadami dodržování lidských práv a u nichž bylo prokázáno, že vedou ke smysluplnému snižování negativních individuálních i společenských dopadů užívání drog.

5. Země, které nedostatečně využívají osvědčená opatření k ochraně veřejného zdraví, by měly začít neprodleně pracovat na rozvíjení a zavádění strategií, které prokazatelně vedou k omezení dalšího šíření viru HIV a ochraně zdraví osob, které užívají drogy, včetně distribuce sterilních stříkaček a dalších programů zaměřených na eliminaci rizikových praktik při injekční aplikaci drog. Neuskutečnění takových kroků je zločin.

6. Soukromý i privátní sektor by měl investovat do nejrůznějších snadno dostupných variant léčby a péče pro drogově závislé, včetně substituční léčby a léčebných programů založených na preskripci heroinu. Těmito strategiemi lze snižovat celkovou poptávku po drogách a předcházet tak nemocem a úmrtím, jakož i snižovat rozsah a škodlivé důsledky drogových trhů.

7. Všechny odpovědné orgány – od obecní až po mezinárodní úroveň – si musí uvědomit, že válka proti drogám zjevně nevede ke smysluplnému snižování nabídky drog, a v souladu s tím upouštět od tradičních opatření spojovaných s „úspěchy“ protidrogové represe (např. počty zatčených, odsouzených či záchyty drog), které se nijak pozitivně nepromítají do jednotlivých segmentů společnosti.

8. Posuzovat úspěšnost protidrogové politiky na základě indikátorů, které vypovídají o skutečném dopadu na jednotlivé komunity, např. nižší míra šíření viru HIV

a další infekčních onemocnění (např. hepatitidy typu C), méně smrtelných předávkování, méně násilí v souvislosti s drogovými trhy, nižší počet uvězněných osob a nižší míra problémového užívání návykových látek.

9. Vyzývat orgány, které jsou v rámci institucionálního systému OSN zodpovědné za oblast veřejného zdraví, aby se ujaly vůdčí role při řešení otázky užívání drog a jeho negativních dopadů a prosazovaly uplatňování prokazatelně efektivních opatření. Jiné orgány, například Mezinárodní rada pro kontrolu narkotik, by měly podléhat nezávislému externímu dohledu, jehož prostřednictvím by bylo možné zabránit tomu, že politiky, které tyto orgány prosazují, povedou ve skutečnosti k zhoršování zdraví a bezpečnosti občanů.

10. Urychleně jednat. „Válka proti drogám“ skončila neúspěchem. Podnikneme-li však neprodlené kroky, jsme schopni předejít milionům nových případů nákazy virem HIV a úmrtí na AIDS.“

III. Praktická část

5. Použité metody

Review neboli přehledová studie je považována za práci, která nabídne ucelený a systematický přehled výsledků studií v dané oblasti, a poskytne nový pohled na problematiku. Tato práce má za cíl poskytnout přehled dosavadních i aktuálních informací na téma aplikační místnosti, konkrétně podmínky jejich zřizování a provozu.

Praktická část je rozdělena na dvě části. Ke zpracování první této části, týkající se zřizování aplikačních místností, byla použita metoda analýzy písemných dokumentů, což je metoda, která má za úkol zpracovávat materiál, který již existuje. Výzkumník většinou pouze dle svého výzkumného cíle a definovaných výzkumných otázek materiál vybírá, provádí selekci a další úpravy. Ze strany výzkumníka je při analýze dokumentů nejmenší možnost ovlivnit charakter těchto materiálů. Nepodílí se na jejich vzniku, podílí se na jejich sestavování, objevování, selektování atd. Zásadní podmínkou je maximální otevřenost k tvorbě zajímavých, nových a nekonvenčních závěrů (Miovský, 2006).

Druhá část praktické části, týkající se provozu aplikačních místností, byla tvořena vyhledáváním oficiálních internetových stránek jednotlivých organizací a zjišťováním provozu jejich zařízení. Jako ověření správnosti a aktuálnosti těchto informací byly rozeslány e-maily do 18 vyhledaných organizací.

5.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem práce je poskytnout systematický, ucelený přehled dosavadních poznatků a zahraničních zkušeností o pozadí vzniku a provozu aplikačních místností. Například v Dánsku vznikaly aplikační místnosti, aby došlo ke snížení počtu smrtelných předávkování. Došlo tedy k právním úpravám, otevření AM, školení zaměstnanců, kteří měli za úkol edukovat klienty o nebezpečí předávkování a v jeho případě zasáhnout (Kappel et al., 2016).

Tato práce si rovněž klade za cíl popsat, jaké podmínky byly v těchto státech nastaveny, aby mohly být AM legálně zřizovány, jelikož to v současné době většina právních systémů provozovat neumožňuje, stejně jako právní úpravy v České republice, kterým jsou dále nadřazeny mezinárodní smlouvy. I přes tento fakt si země, v nichž AM vznikaly, dokázaly tuto službu ukotvit v zákoně nebo zavést jako pilotní studii na omezenou dobu.

Dalším cílem je popsat, zda klienti tato zařízení využívají a jaký je profil typických uživatelů drog v těchto službách.

Na základě výše uvedených cílů, byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké společenské okolnosti doprovázely zakládání aplikačních místností?
2. Jaké jsou důvody pro zřizování a provozování aplikačních místností?
3. Jaké jsou organizační aspekty provozu aplikačních místností?
4. Jaký typ klientů tato zařízení využívá?

5.2 Metody sběru dat: zřizování aplikačních místností

Pojem „data management“ je proces interakce mezi získáváním dat, redukcí dat, zachycením a vyvozováním závěrů. Zpracování první poloviny praktické části, zabývající se zřizováním aplikačních místností tedy proběhla v následujících krocích:

1. Stanovení cíle, přínos práce

Téma aplikačních místností je v oboru adiktologie aktuální. A to nejen např. v odborných diskuzích či médiích v ČR, ale také v zahraničí. Důkazem je např. otevření nové aplikační místnosti v roce 2016 ve Francii (EMCDDA, 2016). Přínos práce lze tedy vidět v systematické sumarizaci a nové interpretaci již existujících poznatků o otevírání a provozech AM, což bylo také jedním z cílů práce. Dalším cílem bylo popsat, jaké podmínky byly v těchto státech nastaveny, aby mohly být AM legálně provozovány, a jakým způsobem jsou provozovány. Třetím a posledním cílem bylo pak popsat typ uživatelů, pro něž je takovéto zařízení vhodným.

2. Typ review

Dle studie typů článků (Booth, Grant, 2009) bylo vyhodnoceno, že tato práce je tzv. systematické review, které má za úkol systematicky vyhledávat a zhodnotit dosavadní a aktuální studie na dané téma a vytvořit ucelený přehled.

3. Identifikace zdrojů dat, rešerše:

K systematizaci dat je potřeba se opakovaně vracet, doplňovat je a rozšiřovat dle potřeby a nových zjištění (není to ohraničená a definovaná procedura).

V úvodní rešerši byly zvoleny především mezinárodní el. databáze EBSCO, Science Direct, MEDLINE, SCOPUS, Google scholar a Research Gate. Dalším klíčovým zdrojem k této práci jsou data získaná z publikací EMCDDA. Například článek *European report on drug consumption rooms* (Hedrich, 2004), ve kterých lze najít jednak obecné shrnutí historie vzniku AM v jednotlivých státech, tak odkazy na další relevantní zdroje.

4. Vymezení kritérií výběru

Druh publikace: Za druh publikace jsou v této práci považovány odborné publikace, studie a články (týkající se aplikačních místností, jejich vzniku, provozu apod.) převážně

v anglickém jazyce, dále jsou to pak ostatní písemné dokumenty, zejména právní předpisy, zákony a výroční zprávy. Z databázi byla filtrována především recenzovaná periodika.

Rok publikace: V práci se jedná o shrnutí dosavadních výsledků o vzniku a provozu aplikačních místností. Jak již bylo zmíněno, 1. AM byla otevřena v r. 1986 v Bernu. Zajímají nás tedy publikace k tématu v letech 1986 až 2017.

Jazyk publikace: Publikace byly vyhledávány primárně v českém a anglickém jazyce.

Socio-demografické území: Práce se zabývá pouze vybranými evropskými státy, které mají v provozu aplikační místnosti, popřípadě se v nich v nejbližší době otevrou, a dále Austrálií (konkrétně Sydney) a Kanadou (Vancouver). Mezi těmito státy jsou socio-kulturní rozdíly a je tedy potřeba se vyvarovat generalizaci při interpretaci výsledků.

Klíčová slova: Při vyhledávání relevantních dokumentů je důležité volit správná klíčová slova. V této práci je potřeba zohlednit, že pro aplikační místnosti je v anglické literatuře hned několik výrazů a to: drug consumption rooms, safer injecting facilities, supervised injecting sites/facilities. EMCDDA ve svých publikacích používá označení drug consumption rooms (Janíková, 2011). Pro vyhledání informací týkajících se vzniku AM a změn v právním systému, byla použita klíčová slova: „drug consumption rooms law“, „supervised injection facility law“, „drug consumption rooms government“. K doplnění informací nebo v případě, že se nepodařilo vyhledat informace o některém ze států, bylo klíčové slovo zadáno jako anglický termín pro aplikační místnost a název příslušného státu např. „drug consumption rooms in Germany“.

5. *Kritika pramenů*

Po úvodní rešerši bylo potřeba eliminovat nerelevantní a neodpovídající zdroje. Eliminovány byly ty, jež po vyhledání pomocí klíčových slov a po přečtení abstraktů nekorespondovaly s výzkumnými otázkami. Dále byly zdroje hodnoceny dle relevantnosti ke zvoleným kritériím: datu vzniku, druhu a jazyka publikace. Tato kritéria byla zadána přímo v databázích. Výsledek třídění není nikdy konečný, podléhá potřebám a záměrům pro analýzu. Vybrány byly články, které mají vytyčené srozumitelné a konkrétní cíle a srozumitelně popsané výsledky.

6. *Zpracování a interpretace výsledků*

Při zpracování a interpretaci výsledků se vycházelo pouze z poznatků uvedených v dané studii, nebyly přidávány vlastní závěry. Jak již bylo zmíněno, při interpretaci výsledků je také potřeba vyvarovat se generalizaci, jelikož mezi zeměmi, které provozují aplikační místnosti, se vyskytují socio-kulturní rozdíly.

Při práci s jinými přehledovými studii byly vždy dohledány primární zdroje a interpretovány jeho výsledky, přehledové studie nebyly výchozím materiálem, ale inspirací. Důležitou roli hrálo také najít klíčové a nejcitovanější autory.

Při zpracovávání tohoto srovnávání i samotné analýzy bylo otevřeno na obrazovce paralelně dva nebo více textů, pracovalo se s různými typy tabulek, grafů, schémat (např. Microsoft Excel), byly formátovány a konvertovány texty z různých programů.

7. Diskuze a závěr

Tato část je nejsložitější částí studie. Jde o tvorbu nových a zajímavých závěrů. Je potřeba shrnout dosažené výsledky a porovnat je mezi sebou navzájem. Zdůraznit specifický přínos celé práce. Zrekapitulovat odpovědi na formulované výzkumné otázky, které vzešly z analýzy dokumentů. Dále je v závěru uvedena zpětná reflexe, zda byly splněny cíle práce, jaké limity práce se mohly objevit při zpracování a jak mohou být poznatky dále využity. Navrhovaná doporučení musí být jednoznačně podložena výsledky analyzovaných prací.

Následující tabulka uvádí konkrétní odborné články, které byly vybrány z elektronických databází pomocí klíčových slov a použity ke zpracování první části praktické části popisující zřizování aplikačních místností a důvody pro jejich zavedení. U státu Lucembursko nebyl nalezen žádný odborný článek popisující vznik zařízení pro supervidovanou aplikaci návykové látky, proto byl jako zdroj použito shrnutí z EMCDDA.

Tabulka č. 3: Přehled vybraných odborných článků použitých ke zpracování kapitoly popisující zřizování aplikačních místností

Název článku	Autoři, rok vydání	Stát
<i>The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland</i>	Wouter de Jong, Urban Weber, 1999	Nizozemsko, Švýcarsko, Německo
<i>Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin.</i>	Paul Dietze, Rebecca Winter, Alisa Pedrana, Astrid Leicht, Xavier Majó i Rocca, 2012	Španělsko
<i>Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia</i>	Kate Dolan, Jo Kimber, Craig Fry, John Fitzgerald, David McDonald, Franz Trautmann, 2000	Austrálie
<i>Vancouver's supervised injection facility challenges Canada's drug laws</i>	Kathleen Dooling, Michael Rachlis, 2010	Kanada
Neexistuje odpovídající odborný článek, data zpracována z: Luxembourg country overview	EMCDDA, 2016	Lucembursko
<i>The Norwegian trial of drug consumption rooms</i>	Astrid Skretting, 2006	Norsko
<i>Drug consumption rooms and the role of politics and governance in policy processes</i>	Esben Houborg, Vibeke Asmussen Frank, 2014	Dánsko
<i>ODYSSEAS: supervised use of drugs versus bureaucracy in Greece.</i>	Meni Malliori, Sofia Galinaki, Anastasios K Papakonstantinou, 2015	Řecko
<i>Supervised consumption rooms: the French Paradox</i>	Marie Jauffret-Roustide, Gaelle Pedrono, Nathalie Beltzer, 2013	Francie

5.3 Metody sběru dat: provozování aplikačních místností

Pro druhou polovinu praktické části týkající se provozu aplikačních místností byly podle „*International Network of Drug Consumption Rooms*“ (INDCR), vyhledávány jednotlivé organizace, jelikož se zde nachází mapa a názvy zařízení provozující AM. Následně byly vyhledány oficiální internetové stránky těchto organizací, kde se nachází provozní doba, personální zabezpečení a další informace. Pro ověření aktuálnosti a správnosti těchto informací, byl rozeslán krátký dotazník do těchto služeb, který se zabýval právě organizačními aspekty, jako je provozní doba, personální zabezpečení, ale také kým jsou financovány a jaká jsou vstupní kritéria do těchto služeb.

E-mailové adresy byly získány z internetových stránek zařízení, které jsou uvedeny v příloze na konci práce. Osloveno bylo 18 organizací v zastoupení každého státu, kde se nachází aplikační místnost. Návratnost odpovědí na otázky = 10. Návratnost odpovědí bez zodpovězení otázek = 3. Z organizace Fixpunkt v Berlíně přišly dvě odpovědi, protože má tato organizace 3 aplikační místnosti a každá odpověď byla za odlišné AM, uvedeny jsou tedy obě tyto odpovědi. Rovněž ze švýcarské organizace CONTACT přišly dvě odpovědi za město Bern a Biel. Všechny navrácené odpovědi se shodovaly s informacemi uvedenými na internetových stránkách organizace. Nepodařilo se získat odpověď z lucemburské, norské a francouzské aplikační místnosti, informace jsou přeloženy z internetových stránek.

Následující tabulka č. 4 zobrazuje přehled vyhledaných a kontaktovaných organizací a návratnost odpovědí, případně, která data byla použita.

Tabulka č. 4: Přehled vyhledaných a kontaktovaných zařízení provozujících aplikační místnost

Název oslovené organizace, stát, město	Odpověď na dotazy	Odpověď jiného charakteru ⁵	Bez odpovědi	Použita data na základě informací z oficiálních stránek org. ⁶	Data z internetových stránek použita pouze pro provozní dobu
Abrigado - Lucembursko, Lucemburk			x	x	
Uniting MSIC – Austrálie, Sydney	x				
Oslo kommune Sprøyterom – Norsko, Oslo			x	x	
Insite - Kanada, Vancouver	x				
Gaia - Francie, Paříž			x	x	
Argos – Francie, Štrasburk			x	x	
Fixpunkt – Drogenkonsumbil + SKA Německo – Berlín, mobilní+ kamenná AM	x				
Fixpunkt - Birkenstube, Německo, Berlín	x				
Cursussen Reakt, Nizozemsko (uzavřeno v r. 2013)	x				
VJPS Tasch - Švýcarsko, Schaffhausen	x				
CONTACT Anlaufstelle – Švýcarsko, Biel	x				
CONTACT Anlaufstelle – Švýcarsko, Bern	x				

⁵ Např. aplikační místnosti převzala jiná organizace (Medicos del Mundo), nedoručitelný e-mail (Fixelancen), odkaz na internetové stránky - informace ale nebyly k nalezení (De Regenboog Groep)

⁶ Včetně finančního a personálního zabezpečení

Název oslovené organizace, stát, město	Odpověď na dotazy	Odpověď jiného charakteru ⁵	Bez odpovědi	Použita data na základě informací z oficiálních stránek org. ⁶	Data z internetových stránek použita pouze pro provozní dobu
K+A Dreispitz, Reiherring – Švýcarsko, Basilej			x		x
De Regenboog Groep, Princehof - Nizozemsko, Amsterdam		x			x
Mændenes Hjem, Projekt Blisko – Dánsko, Kodaň	x				
Fixelancen – Dánsko, Kodaň		x			
Kirkens Korshær – Dánsko, Odense			x		x
Sala Baluard, Španělsko, Barcelona			x		x
Arrels Sant Ignasi, Španělsko, Lleida	x				
Medicos del Mundo, Španělsko		x			

5.4 Limity práce

Dostupné materiály byly často v jiném jazyce, než výzkumník ovládá, určité limity tedy mohou vzniknout nepřesným překladem, a to zejména týká-li se překlad právních úprav. V této práci byly vyhledávány publikace primárně v anglickém a českém jazyce, výjimku tvořily oficiální webové stránky institucí.

Dalším limitem může být skutečnost, že jsou zpracovávána pouze data existující v době vzniku práce. Nejen že si nemůžeme být jistí validitou a reliabilitou těchto dat, zároveň také může dojít ke zkreslené interpretaci při jejich zpracování a při tvorbě závěrů této práce. Také musí být kladen důraz na to, že srovnávané a analyzované studie mají rozdílnou metodologii. Jeden z limitů může být používání terminologie u různých autorů - stejné označení, ale různý obsah nebo naopak jiné označení ale stejný obsah.

Dalším limitem práce může být jev (publikační bias), kdy studie, které obsahují pozitivní výsledky klinických zkoušek, mají větší šanci na zveřejnění v prestižních mezinárodních časopisech. Z toho vyplývá, že přehled citací vyhledaných pouze v renomovaných časopisech může vnést do řešení klinické otázky přehnaný optimizmus. Experimenty s negativním výsledkem jsou zřídka nabízeny k publikaci a ještě řidčeji přijímány (Hájek, 2002).

5.5 Etické aspekty

Etika je důležitým aspektem každé práce. Jde o teoretickou, nikoliv praktickou práci, a nekooperuje tedy s dotazníkovým šetřením ani rozhovory s klienty. Při rozesílání e-mailů, k ověření a doplnění informací do organizací, nebyla vyžadována citlivá data, pouze informace o provozních záležitostech, které jsou povětšinou veřejně dostupné, nebylo proto potřeba výslovného informovaného souhlasu. V e-mailové korespondenci bylo sděleno jméno autora, název fakulty a také oboru a informace k jakému účelu budou data použita. Ve výsledcích nejsou uvedena jména odpovídajících zaměstnanců, pouze organizace, přestože není důvod tato jména anonymizovat. Odpověď na tento e-mail byla samozřejmě dobrovolná.

Důležité je rovněž prohlásit, že práci autorka zpracovávala sama a při sběru sekundárních dat a manipulaci s nimi ocitovala původní zdroje. Autorka se rovněž snažila vyvarovat nesprávné interpretaci závěrů, které vplynuly ze zjištěných informací.

6. Zřizování aplikačních místností

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, centra pro supervidovanou aplikaci návykových látek byla zřízena s očekávaným cílem navázat kontakt s těžko dostupnými populacemi, redukovat počet smrtelných předávkování nelegálními návykovými látkami, omezit šíření krví přenosných infekčních onemocnění injekční aplikací a aplikací drog na veřejnosti či o samotě, zvýšit klientovu informovanost o možnostech léčby a současně usnadnit jejich přístup k systému péče a také omezit narušování veřejného pořádku. Cílem následujících kapitol části praktické je popsat historický kontext zakládání aplikačních místností, což souvisí s důvody jejich vzniku a legislativními změnami, které toto založení doprovází a pokusit se zodpovědět výzkumné otázky: jaké společenské okolnosti doprovázely zakládání aplikačních místností a jaké jsou důvody pro zřizování a provozování aplikačních místností.

6.1 Od „health rooms“ k aplikačním místnostem, pozadí vzniku před rokem 2000

Polooficiální centra injekční aplikace se datují až do 70. let 20. století a to v Nizozemsku a Velké Británii, ve Švýcarsku pak počátkem 80. let (Curych a Bern, v roce 1981 a 1986). Tato místa je potřeba výrazně odlišit od aktuálních aplikačních místností, lze je lépe charakterizovat jako místa pro tolerované užívání drog. Současné aplikační místností kladou důraz na aplikaci pod dohledem, hygienu injekční aplikace a distribuci sterilního injekčního náčiní. Tato neoficiální místa pro nitrožilní aplikaci však přitahovala různé skupiny uživatelů drog a velké množství drogových dealerů, nespokojenost okolí se brzy projevila. Služba tedy pod nátlakem okolí buď ukončila svou činnost z vlastní iniciativy, nebo byla uzavřena po zásahu policie (Mladá, 2010).

Švýcarsko, Bern, 1986: První aplikační místnost byla otevřena ve švýcarském Bernu (Contact Netz - Organizace pro pomoc závislým) v roce 1986. Zpočátku je úřady a další autority nechtěly podporovat, neboť to bylo v konfliktu s represivním přístupem v boji proti drogám, v některých městech byl dokonce úplný zákaz distribuce injekčních stříkaček. Tento postoj se změnil na konci 80. let, v době, kdy propukla epidemie viru HIV mezi uživateli nelegálních návykových látek (De Jong, Weber, 1999). Oficiálně začaly být tolerovány v roce 1988, což bylo výsledkem diskuzí pracovní skupiny, složené ze soudců a generálního prokurátora (Hedrich, 2004). Byly tedy vypracovány politické strategie ve prospěch aplikačních místností, v mnoha městech byl zrušen zákaz vydávání injekčního náčiní. Na národní úrovni pak byly vydány směrnice, které umožňovaly provoz AM (tzv. Rechtsgutachten). Podmínkou provozu bylo, že musí zařízení nabízet zdravotnické a sociální služby, dohled nad aplikací a je zde zakázán prodej drog. V Curychu, Bernu a Basileji se aplikační místnosti staly společně s heroinovým experimentem (vydávání heroinu na lékařský předpis) důležitou součástí v péči o drogové uživatele. Studie vzápětí ukázaly, že se jejich zdravotní stav rapidně zlepšil a potíže spojené s otevřenou drogovou scénou ustoupily (de Jong, Weber 1999). Dle Hunta (2006) bylo AM ve Švýcarsku v roce

2003 již dvanáct v sedmi městech (Basilej-2, Bern-1, Biel-1, Ženeva-1, Schaffhausen-1, Solothurn-1, Curych-5) a jsou přijímány a podporovány většinou politických stran v zemi. Švýcarsko podobně jako Česká republika rozděluje protidrogovou politiku do čtyř pilířů: represe, léčba a terapie, prevence a harm reduction (INDCR, 2015)

Německo, Frankfurt, 1994: Švýcarsko poté v zakládání AM následovali Německo a Nizozemsko. Vývoj aplikačních místností v Německu byl podobný v mnoha ohledech. Koncem 80. let se totiž také Frankfurt a Hamburk potýkal s potížemi spojenými s rozsáhlou otevřenou drogovou scénou v centru města, špatným zdravotním stavem uživatelů návykových látek, vysokým počtem smrtelných předávkování a strachem z šířícího se viru HIV. Začaly se tedy realizovat metadonové programy a programy výměny injekčního materiálu. Mezi lety 1988 a 1993 se pětinasobně zvýšily výdaje na ambulantní pomoc drogovým uživatelům ve městě Frankfurt. Již tehdy začala vznikat místa pro aplikaci drog, která byla tiše tolerována policií i úřady a to i bez právního základu, a to jak ve Frankfurtu, tak ve městech Hamburk, Brémy a Bonn. To nevyhnutelně vedlo k debatě nad zavedením oficiálních míst pro užívání heroinu a kokainu a přesun uživatelů z frekventovaných, turistických veřejných prostor právě do zařízení podpořených zdravotními a sociálními službami v nehodnotícím prostředí. V roce 1991 byl ve Frankfurtu utvořen výbor scházející se jednou týdně, kterého se účastnily všechny strany zapojené do protidrogové politiky, tento výbor podporoval vznik aplikačních místností (De Jong, Weber, 1999). Iniciativu převzala progresivní hnutí pro pomoc závislým a k oficiálnímu zavedení vedl právní posudek jejich provozování ve Frankfurtu z roku 1994 (Hunt, 2006). V Hamburku v roce 1991 byly vydány požadavky v brožurě Sociálně-pedagogickou iniciativou Sankt George (Sv. George) s názvem „*It is really time: rooms for drug users in Hamburg*“ (volně přeloženo: Je opravdu načase: místnosti pro uživatele drog v Hamburku). Aby se předešlo potížím s policií a úřady, byl v roce 1994 speciálně upraven autobus městské hromadné dopravy k účelům poradenství o bezpečném užívání, ale také právě k aplikaci drog, ovšem pojmenován byl jako tzv. „health room“ a ve přední části autobusu byl umístěn velký plakát s nápisem „užívání drog je zde zakázáno“. Ve Frankfurtu se touto dobou používal název „injection rooms“. Poté na základě znaleckého posudku soudního orgánu Hamburk byly „health rooms“ prohlášeny za přípustné (Schaffer & Stover, 2011).

V červnu 1995, město Hamburk navrhlo pozměňovací zákon (§ 29 - BtMG⁷), který by znamenal, že konzumace drog v těchto službách není trestná. V prosinci 1999 německý parlament (Bundestag) přijal novelu Zákona o omamných látkách s cílem poskytnout právní základ pro AM. V únoru 2000, Spolková rada Německa (Bundesrat) s tímto návrhem souhlasila a vstoupil v platnost dne 1. dubna 2000. Vzhledem k tomu, že se protidrogová politika spolkových zemí liší, jako kompromis byly zákonem stanoveny minimální standardy aplikačních místností (§ 10a BtMG), viz tabulka č. 5 níže.

⁷ Betäubungsmittelgesetz

Přijetí příslušného spolkového zákona v únoru 2000 se setkala s vyjádřením nesouhlasu ve Výroční zprávě Mezinárodního výboru pro kontrolu omamných látek (INCB). Německo vyjádřilo ochotu obhájit svůj postup před příslušným mezinárodním soudem, INCB však žádný podnět k soudu nepodal a Výroční zpráva INCB z roku 2001 se nese ve zdatelně smířlivějším tónu - pravděpodobně zejména proto, že Úmluvy OSN, dovolují používání drog za "vědeckými a lékařskými účely" a německé aplikační místnosti jsou z definice zdravotnickými zařízeními (Zábranský, 2001). Po této úpravě se od roku 2001 do roku 2003 vybuovaly aplikační místnosti ve spolkové zemi Severní Porýní – Vestfálsko a to v devíti městech (Münster, Wuppertal, Essen, Cologne, Aachen, Dortmund, Bochum, Bonn and Bielefeld), mobilní aplikační místnost byla v provozu v Berlíně od října 2003.

Do roku 2016 mělo Německo již 24 aplikačních místností v 15 městech (Stone, 2016).

Tabulka č. 5: Zákonem stanovené minimální standardy aplikačních místností v Německu (Hedrich, 2004).

Německý zákon o omamných látkách (§ 10a BtMG) stanovuje 10 minimálních standardů k zajištění bezpečnosti uživatelů drog a odpovídajícího dohledu nad užíváním drog. Vyhlášky na úrovni spolkových zemí musejí vyhovovat následujícím standardům, které se týkají zdraví, veřejného pořádku a administrativních záležitostí:

1. vhodné vybavení
2. zajištění okamžitého poskytnutí akutní lékařské pomoci
3. lékařské poradenství a asistence s cílem minimalizovat rizika při užívání omamných látek přinesených drogově závislou osobou
4. odeslání těchto osob do následných poradenských a léčebných služeb orientovaných na abstinenci
5. opatření předcházející tomu, aby v aplikačních místnostech docházelo k trestným činům spadajícím do zákona o omamných látkách s výjimkou držení drog pro osobní potřebu v nevýznamných množstvích
6. spolupráce s místními úřady zodpovídajícími za veřejný pořádek a bezpečnost, jež je nutná k tomu, aby se v co největší možné míře předcházelo páchaní trestné činnosti v bezprostředním okolí aplikačních místností
7. přesná definice skupiny osob oprávněných užívat aplikační místnosti, konkrétně co se týká jejich věku, typu omamné látky, kterou si smejí přinést, a způsobu užívání; osoby, u nichž je patrné, že se jedná o nové nebo občasné uživatele, musejí být z užívání aplikačních místností vyloučeny
8. dokumentace a hodnocení práce odvedené v aplikačních místnostech
9. neustálá přítomnost dostatečného počtu spolehlivých pracovníků, jejichž odborná příprava je kvalifikuje ke splnění požadavků uvedených v bodech 1 až 7
10. jmenování povolané osoby, která bude zodpovídat za dodržování požadavků uvedených v bodech 1 až 9

Nizozemsko, Rotterdam, 1994: Před rokem 2000 se aplikační místnosti začaly objevovat ještě v jednom státě, kterým je Nizozemsko. Zde můžeme vznik AM rozlišit na dvě období, jedno v letech 1975 až 1986 v Amsterdamu a na 90. léta v Rotterdamu, Arnhemu a opět Amsterdamu. První zařízení podobná dnešním AM byla otevřena v 70. letech jako součást nízkoprahových přístupů progresivních pomáhajících služeb (HUK, Princenhof) v Amsterdamu. V tomto městě vznikaly nadále i v první polovině 80. let aplikační místnosti podobné kavárnám, které byly nazývány „drogové lodě“. Většina těchto zařízení nefungovala déle než několik let, poté byla zavřena policií či na základě soudního rozhodnutí. Důvodem bylo právě shlukování drogových dealerů a uživatelů i z jiných částí města a potíže v bezprostředním okolí. Poslední takovéto zařízení

v Amsterdamu bylo uzavřeno v roce 1986. V letech 1987 – 1994 iniciovala KSA⁸ s podporou policie a členů městské rady v oblasti public health kontroverzní projekt s názvem „Perron Nul“, který pomáhal problémovým uživatelům drog, ale také lidem bez domova. Po několika incidentech skončil v roce 1994. Druhé období započíná otevřením aplikační místnosti v rámci téže církve (KSA – Pauluskerk - Rotterdam), v roce 1990. O čtyři roky později se staly AM běžnou součástí služeb, ovšem tentokrát se provozovatelé již snaží vyvarovat nepořádku v nejbližším okolí a vyžadují např. identifikaci pomocí občanského průkazu. V polovině ledna 1996 mělo přístup již 700 klientů s občanským průkazem do dvou aplikačních místností v prostorách kostela Pauluskerk. Ovšem oficiálně je bylo možno realizovat až po vydání právní metodiky v říjnu roku 1996, kdy se AM staly součástí protidrogové politiky s cílem regulovat ilegální trh s drogami. Kromě Rotterdamu vznikají AM také v Arnhemu (podporováno policií, městskou radou a státním zástupcem). Vzápětí také v Maastricht (za podpory starosty, policie a státního zastupitelství) v rámci již existujícího zařízení pro lidi bez přístřeší a drogové uživatele a souběžně také v Amsterdamu (De Jong, Weber 1999). V roce 2016 bylo v Nizozemí již 31 aplikačních místností v 25 městech (Stone, 2016), což je ze všech zemí vůbec nejvyšší počet.

6.2 Pozadí vzniku aplikačních místností po roce 2000

Španělsko, Madrid, 2000: první zařízení ve Španělsku bylo umístěno blízko velké otevřené drogové scény poblíž Madridu v roce 2000. Vzniklo v reakci na četné předávkování a obecně špatný přístup uživatelů ke zdravotní péči. Jejich vznik se časově shoduje se všeobecně rozšířeným vývojovým posunem k uplatnění přístupů minimalizace škod v celém Španělsku, jemuž předcházela vysoká míra výskytu HIV. Tato skutečnost však není uváděna jako konkrétní důvod pro vytvoření těchto služeb (Hunt, 2006). Španělské aplikační místnosti byly vytvořeny v integrovaném modelu s dalšími zdravotními a sociálními službami.

Protidrogová politika ve Španělsku je decentralizovaná, zodpovědnost za rozvoj služeb pro osoby užívající nelegální návykové látky tedy mají jednotlivé regionální a místní samosprávy. Dle zákona na národní úrovni není právní překážka pro otevření aplikační místnosti, mají podporu Národní agentury pro drogy (National Agency of Drugs), Národní agentury pro AIDS (National Agency on AIDS) a odpovídajících regionálních a místních orgánů. Užití látky a ponechání injekční stříkačky na veřejném místě není trestným činem, ale je to závažný přestupek, za který hrozí vysoká finanční pokuta, která může být nahrazena alternativním trestem v podobě nařízení odvykací léčby.

Např. mobilní aplikační místnost v Barceloně je provozována nestátní neziskovou organizací pod záštitou Akčního plánu protidrogové politiky města Barcelona. Tento plán byl schválen všemi politickými stranami, které tvoří Městskou radu města Barcelona a jsou

⁸ Foundation of Clerical and Social Work

pod koordinací Agentury pro veřejné zdraví okresních úřadů a bezpečnostními silami. Před zavedením této AM se vedly rozsáhlé diskuze ohledně lokace, které se účastnili především Okresní úřad a místní obyvatelé. Dva terénní pracovníci také místní obyvatele seznámili s problematikou injekčního užívání drog a představili místa, kde by mohla být AM umístěna (Dietze et al., 2012).

Austrálie, Sydney, 2001: Ještě před otevřením specializované AM v Austrálii dne 6. května 2001 se provádělo několik studií a to ve městech Sydney, Melbourne a Canberra (Maher et al, 1998, McKetin et al., 2000, Fitzgerald et al, 1999, Rumbold and Fry, 1998, Fleming and Cook, 2000 in Dolan et al., 2000). Tyto studie došly k následujícím závěrům: pouliční prodej heroinu a potíže s drogovým trhem přetrvávají, cena heroinu klesla a zvýšila se jeho kvalita, počet uživatelů heroinu se zvyšuje a to zejména u mladých osob, pomocí vymáhání práva se nepodařilo zamezit pouličnímu prodeji a užívání drog na ulici pokračuje. Další studie (Darke et al., 2000, Rumbold and Fry, 1998, Fry, Rumbold, Lintzeris, 1998) opět poukazují na špatný zdravotní stav uživatelů: zvyšující se počet předávkování (fatálních i nefatálních) především po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, vysoký počet nakažených uživatelů hepatitidou typu C a nehygienický způsob aplikace vedoucího k riziku nakažením viru HIV nebo hepatitidou typu B a také upozorňují na veřejné pohoršení z odhozených injekčních stříkaček a riziko zločinu. Po těchto studiích a výsledcích, které ukázaly, že aplikační místnosti jsou potenciálně výhodná strategie harm reduction probudila v Austrálii diskuze. Dva telefonní průzkumy (n=300) náhodně vybraných obyvatel okolí King Cross v Sydney ukázaly, že podpora aplikačních místností se zvedla z 68% (1997) na 76% (1998).

Nakonec byly vyvozeny čtyři argumenty, proč by měly být aplikační místnosti na zkoušku otevřeny: 1) snížení počtu uživatelů aplikujících si na veřejných prostranstvích a nižší počet odhozených injekčních stříkaček 2) lepší přístup klientů k lékařské péči, zdravotním a sociálním službám 3) snížení smrtelného předávkování heroinem 4) redukce krví přenosných onemocnění. Na základě legislativy umožňující vytvoření této služby v rámci vědecké studie vznikla aplikační místnost MSIC (medically supervised injecting centre) v Sydney (Dolan et al., 2000). Přestože se o zřízení aplikačních místností uvažovalo i v dalších městech, jako např. v Melbourne, žádná další zařízení nejsou v současnosti k dispozici. Služba v Sydney však nedávno byla rozšířena, což jí umožňuje pokračovat v provozu i po skončení původní hodnotící studie (Schatz & Nougier, 2012).

Kanada, Vancouver, 2003: Small et al. (2006) uvádí, že příběh za vznikem AM v kanadském Vancouveru je složitý a stojí za ním série událostí, do kterých je zapojeno mnoho subjektů. Zmínění autoři, sepsali publikaci o vzniku kanadské AM za účelem povzbudit další obce a společenství, aby přijaly odvážné kroky potřebné k redukci devastujících zdravotních a sociálních důsledků injekčního užívání drog. V Kanadě vzrostl počet předávkovaných osob návykovými látkami z 39 v roce 1988 na 357 v roce 1993. Více než polovina těchto úmrtí byla zaznamenána ve Vancouveru, který obývalo 14 %

počtu osob z celé provincie (Britská Kolumbie). Většinu předávkování měl na svědomí heroin, v ostatních případech to byla kombinace alkoholu s dalšími látkami. Reakce na tento nárůst počtu předávkovaných osob bylo utvoření pracovní skupiny vedené hlavním koronerem provincie Vincentem Kainem. Ten ve své zprávě apeloval na vládu k dekriminálnímu NL jako součásti protidrogové politiky.

V roce 1997, Dr. John Blatherwick tehdejší vedoucí lékař zdravotní služby Vancouver (Chief medical health officer of Vancouver), upozornil na ohrožení směrem k veřejnému zdraví v oblasti Downtown Eastside ve Vancouveru. V té době se po dočasném zlepšení opět zvýšil počet předávkování NL, ale počet nakažených HIV se mírně snížil. Zrodila se také síť drogových uživatelů (Network Drug Users).

V roce 1998, Dr. John Millar tehdejší hlavní lékař provincie Britská Kolumbie (Provincial Health Officer for British Columbia) předložil zprávu, ve které vyzývá k realizaci rozsáhlejších harm reduction postupů. Vznikla koalice harm reduction. Tato koalice se rozšiřovala o organizace na podporu bydlení, akademiky, novináře, některé policisty a asociace komunitních služeb. Všichni tito jmenovaní hráli důležitou roli při vzniku AM (Dooling, Rachlis, 2010). Zvláštní pozornost vzbudila také skupina tzv. truchlících rodičů s názvem „Žalem k akci“, kteří přišli o svého potomka v důsledku předávkování drogami a upozorňují, že takováto úmrtí se vyskytují napříč všemi socioekonomickými třídami. Ovšem svou roli sehráli také příbuzní, kteří aktuálně žili se závislými osobami (Small et al, 2006).

V roce 1999, na tuto problematiku upozornil také populární kanadský televizní seriál Da Vinciho vyšetřování (Da Vinci's Inquest), který divákům nastínil špatnou situaci v Downtown Eastside. V březnu 2000 se uskutečnila konference s názvem: *“Keeping the Doors open”* (Držte dveře otevřené), které se účastnili akademičtí pracovníci, politici, členové komunit a policisté za účelem projednání inovativních přístupů harm reduction. Sloužila také k upevnění vazeb mezi jednotlivými skupinami, které se zabývaly snižováním rizik a škod u uživatelů drog. Přítomno bylo také několik odpůrců harm reduction.

V září 2000 se pak sešli zástupci federální, provinční a obecní vlády, kteří podepsali dohodu o společné snaze směrem ke zlepšení situace ve Vancouveru. Díky této dohodě se stal přístup harm reduction jedním z pilířů protidrogové politiky spolu s prevencí, léčbou/rehabilitací a represí. V listopadu 2000 byla opětovně zvolena Liberální politická strana a mohla tedy pokračovat v plnění zmíněné dohody. Tato strana měla silnou podporu ve čtyřech členech lékařského výboru (dva z nich byli členy vlády během vývoje AM), měla také podporu napříč politickým spektrem ve Vancouveru a Britské Kolumbii. v Austrálii se objevili oponenti, kteří vyjádřili svůj nesouhlas s přístupy harm reduction a myšlenkou vytvořit aplikační místnost. Jednalo se o některé členy policejního oddělení Vancouveru, ale i členy státní policie a Královské kanadské jízdní policie (RCMP).

V roce 2002 byl zvolen nový starosta Vancouveru, který měl aplikační místnosti jako součást politického programu. V červnu 2003 udělila vláda výjimku ze Zákona o kontrole drog a jiných látek⁹, §56. Toto zařízení je realizováno stejně jako v Austrálii pomocí pilotního vědecko-výzkumného projektu. Bylo otevřeno v září 2003 a kapacitu naplnilo během pouhých několika týdnů (Dooling & Rachlis, 2010).

Přes prokázanou efektivitu tohoto zařízení, byla existence aplikační místnosti ohrožena v roce 2006. Po korupčním skandálu nahradila Liberální politickou stranu nově zvolená strana Konzervativní, za které bylo vyjmuto harm reduction jako jeden z pilířů protidrogové politiky a lídr této strany již v kampani avizoval, že peníze daňových poplatníků nebudou využívány k financování užívání drog. V srpnu 2006 dvě národní organizace činné v trestním řízení (Asociace kanadských policistů a Královská kanadská jízdní policie) požadovaly, aby byla pozastavena evaluace zařízení a aby nebylo vybudováno jiné takovéto zařízení na území Kanady. O několik dní později prohlásil ministr zdravotnictví, že odkládá rozhodnutí o poskytnutí další výjimky k provozu AM v jiné části území. Také uvedl, že počáteční výzkum vynesl nové otázky, které musí být zodpovězeny. Vyzdvihnul ovšem, že AM přispělo ke snížení užívání drog v komunitě a v boji proti drogám, což nebyl původní cíl zařízení. Uvedl, že nelze očekávat dopad na celou společnost.

Po dvou letech dohadů, 27. května 2008 pouhý měsíc před vypršením platnosti výjimky ze zákona, soudce Nejvyššího soudu vynesl verdikt: zjištěním bylo, že tento Zákon o kontrolovaných drogách je v rozporu s Listinou základních práv a svobod (§7). Dále prohlásil (volně přeloženo autorem): *I když neexistuje nic, co bych řekl ve prospěch injekčního užívání látek, které vedou k závislosti, je toho mnoho, co bych řekl k odpírání zdravotnických služeb závislým osobám, které budou zlepšovat jejich zdravotní kondici*. K tomu ještě dodal: *„Nemohu souhlasit s tvrzením, podle kterého musí závislý uhasit jeho touhu po droze v nebezpečných podmínkách, jestliže pro to existují tato bezpečná místa*“.

Aplikační místnost zůstala otevřena (Dooling & Rachlis, 2010).

Lucembursko, Lucemburk, 2005: První aplikační místnost Lucemburska byla založena v hlavním městě, v červenci roku 2005. Stalo se tak v rámci plnění Národního akčního plánu o drogách (2005-2009) pod hlavičkou Snižování rizik a škod a rušení veřejného pořádku. Původní koncept lucemburské AM byl navržen Ministerstvem zdravotnictví a financován CNDS¹⁰ (Národní výbor pro sociální ochranu), pod kterým bylo také nízkoprahové centrum pro závislé uživatele návykových látek (Abrigado) a to se aplikační místnosti ujalo. Tento akční plán také předpokládal otevření dalších aplikačních místností v jiných regionech země, především na jihu Lucemburska. Programy výměny injekčních jehel probíhají od roku 1993, přestože to bylo uzákoněno až v roce 2001,

⁹ Controlled Drugs and Substances Act

¹⁰ Comité National de Défense Sociale

změnou zákona o drogách z roku 1973¹¹. Tato novelizace umožnila také otevření aplikační místnosti (EMCDDA, 2016). Předtím, než byla aplikační místnost založena, proběhly studie analýzy potřeb, které dospěly k závěru, že je potřeba reagovat na potřeby klientů užívajících nelegální návykové látky, zejména pak těch aplikujících si injekčně. Dále je potřeba oslovit marginalizované skupiny osob a přispět k bezpečnějšímu užívání. Také zmiňují, že v aplikačních místnostech nejde jen o samotné užití drogy, ale také o komunikaci a rozvoj mezilidských vztahů (jak mezi klientem a odborníkem, tak mezi klienty). Proto může být „drug consumption room“ vnímána také jako „drug communication room“ (Schatz & Nougier, 2012). V roce 2012 byla otevřena v rámci tohoto zařízení i místnost sloužící k inhalování a kouření NL pod dohledem (EMCDDA, 2016).

Norsko, Oslo, 2005: Diskuze o potřebě vzniku AM v Norsku je neméně zajímavá a datuje se do druhé poloviny 90. let. Jedním z důvodů začínat s touto diskusí byl nárůst počtu předávkování opiáty, ale také zvýšení počtu problémových uživatelů (Skretting, 2006 udává až o dvojnásobek). Jak čas ubíhal, do popředí debaty se dostala především otázka důstojnosti uživatelů drog a jejich zdraví. Proč by tedy nemohly existovat AM, když se realizují i programy výměny jehel ve velkém (v řadě obcí již od r. 1988) a substituční léčba se stala běžnou součástí služeb v roce 1998. Uživatelé NL byli popsáni jako skupina, která potřebuje pomoc, a AM by mohly pomoci např. při změně v jejich hygienických návycích, jako zvýšení informovanosti o bezpečnějším užívání a kontakt se zdravotními a sociálními službami. Ovšem opoziční strana těchto zařízení argumentovala, že je to plýtvání finančními a lidskými zdroji. Také, že peníze by se měly raději investovat do léčby drogové závislosti. Dalším argumentem bylo ohrožení národní protidrogové politiky a podpora příliš liberálního postoje k návykovým látkám směrem k veřejnosti a možný nárůst počtu uživatelů. Přišli také s otázkou, kdo by v případě předávkování v aplikační místnosti byl za smrt uživatele zodpovědný.

Přesto byl v roce 1999 parlamentu předložen první návrh o uzákonění AM v Norsku a to sociálně – demokratickou stranou (Labour party). Nepodařilo se ovšem získat parlamentní podporu. Nejvyšší státní zástupce (Attorney General) po přezkoumání souvisejících právních otázek, přednesl v roce 2003 stanovisko, že pro zavedení AM je nutná změna zákona a z právního hlediska je to velice problematické. Nakonec parlament vyzval vládu, aby vypracovala nezbytné změny umožňující legálně provozovat aplikační místnost jako vědecko-výzkumný pilotní projekt. Výjimka ze zákona týkající se AM¹² (Zákon č. 64, o zkušebním provozu aplikačních místností) byla norským parlamentem schválena v prosinci 2004 a první zařízení bylo otevřeno v únoru 2005 (Skretting, 2006), které bylo součástí nízkoprahových služeb. V roce 2007 byla AM přemístěna do

¹¹ Loi concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie

¹² Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)

vhodnějšího, samostatného objektu. V roce 2009 byla změna v legislativě prodloužena natrvalo (Schatz & Nougier, 2012).

Dánsko, Kodaň, 2012: Po více než 20 letech diskuzí, v roce 2012 představilo jako součást protidrogové politiky aplikační místnosti i Dánsko. Jako první v hlavním městě Kodaň. Klíčovou roli v budování aplikační místnosti zde hráli především: vláda, zejména ministr zdravotnictví, národní a místní politici, nestátní neziskové organizace, odborníci a různá občanská sdružení. Od roku 1990 do roku 2011 dvě po sobě jdoucí vládní strany (Středolevicová a Liberálně-konzervativní) uznávaly, že zdravotní a sociální podmínky marginalizované populace uživatelů drog a otevřená drogová scéna jsou politickým problémem a přístupy harm reduction hrají důležitou roli. Nicméně obě dvě vládnoucí strany zamítly otevření AM.

Důvody, proč se toto téma v roce 1990 vůbec objevilo na politické scéně, byly především zdvojnásobení počtu úmrtí v souvislosti s drogami a otevřená drogová scéna. V roce 1994 byly oficiálně přijaty přístupy harm reduction. V roce 1998 doporučil poradní orgán vlády - Rada pro narkotika (Narcotic council), aby Dánsko aplikační místnosti otevřelo. Tato doporučení podpořily i některé politické strany a členové vlády. Ministr zdravotnictví tedy konzultoval s Mezinárodním výborem pro kontrolu omamných látek (INCB), zda by takové opatření porušovalo Jenotnou úmluvu OSN o omamných látkách. Na jaře 1999 byla doručena odpověď INCB, že by opravdu byly porušeny závazky ze strany Dánska a vláda tedy myšlenku zavedení AM odložila. Nicméně uznávala potřebu řešit zdravotní a sociální problémy uživatelů návykových látek a navýšila finanční prostředky na léčbu drogové závislosti. Počet úmrtí související s drogami byl ale nadále vysoký, byly tedy přiděleny další finance na nízkoprahové služby, jako jsou terénní práce a sociální služby zaměřující se na skrytou a těžko dosažitelnou populaci uživatelů.

V roce 2001 také nedošlo k významné politické změně týkající se aplikačních místností a to až do roku 2011. Vláda jen přidala ideologické argumenty týkající se harm reduction a aplikačních místností v tom smyslu, že by toto zavedení vedlo k přímé kontraindikaci jádra protidrogové politiky v boji proti užívání zakázaných látek mimo lékařské a vědecké účely. To vyústilo rovněž v politiku nulové tolerance k držení nelegálních návykových látek prostřednictvím právních předpisů v roce 2004 (zákon č. 445 ze dne 9. června 2004) a ukončilo tak 35 let trvající období, kdy nebylo postihováno držení nelegálních návykových látek pro vlastní potřebu.

Nicméně později vláda opět navýšila finanční prostředky určené pro rozvoj místních organizací, které se zaměřují na zlepšení životních podmínek drogových uživatelů. Na národní úrovni probíhaly diskuze mezi politiky a politickými stranami, na místní úrovni se zapojovali rovněž politici, územní správy a občanské společnosti. Obec Kodaň neustále agitovala vládu, aby změnila svou strategii protidrogové politiky. Profesor práv Frederik Harhoff poté došel k závěru, že za určitých podmínek by bylo možné otevřít

aplikační místnosti bez porušení mezinárodního práva, ovšem po zavedení nulové tolerance k držení nelegálních drog by bylo porušeno právo na národní úrovni.

Nestátní neziskové organizace pokračovaly ve své snaze a aktivně prezentovaly jejich zájmy a obavy v médiích a parlamentu. Navzdory znalosti o drogové scéně a zkušenosti v práci s uživateli návykových látek, neměly možnost ovlivnit změnu politiky. To mělo za následek nelegální provozování aplikačních místností v prostorách služeb. Další iniciativy uspořádaly veřejné slyšení a vytvořili dokument 101 řešení problémů souvisejících s drogami, jedno z nich bylo také vytvořit AM. Účelem by bylo jednak zlepšit zdraví veřejné a zdraví marginalizovaných skupin uživatelů a stát se vstupní branou do léčebného systému pro tuto populaci osob. Mnohem úspěšnější „akt občanské nepolůšnosti“ jak to v článku nazývají autoři, bylo otevření mobilní AM v září 2011 neziskovou organizací Foreningen Fixerum a dosáhli tak pozornosti médií. Ačkoliv vláda zpochybnila legalitu tohoto zařízení, žádné pokusy o uzavření neproběhly. Krátce potom, politické strany, které se zavázaly k otevření AM jako součásti protidrogové politiky, vyhrály volby.

V roce 2012 vláda předložila návrh zákona, který umožňuje ministru zdravotnictví povolit obcím zřízení AM. Aby nebyl porušen zákon o nulové toleranci, obce musí spolupracovat s policií a definovat území, kde toto právo nebude vymáháno (zákon č. 185 ze dne 13. června 2012). Sociálně-demokratická vláda také představila novou interpretaci Mezinárodních smluv a roli INCB. Podle ní jsou aplikační místnosti v souladu s mezinárodními smlouvami OSN za předpokladu, že existují uživatelé drog, kteří nemají prospěch z existujících komplexních léčebných služeb a harm reduction politiky a aplikační místnosti nepřispějí k ilegální distribuci drog. V situaci, kdy komplexní léčebný systém a harm reduction přístup nesnížil počet smrtelných předávkování a neredukoval rizika spojená s užíváním nelegálních návykových látek, AM by mohly být považovány za významné přispění ke snížení špatného zdravotního stavu těchto osob a eliminovat předávkování. Ovšem obavy vyvolal fakt, že o povolení k otevření AM mohly požádat pouze obce (Houborg, Frank, 2014).

Řecko, Atény, 2013: V Řecku se od roku 2011 zvýšil počet nově diagnostikovaných případů nákazy virem HIV u injekčních uživatelů návykových látek. Reakcí bylo rozšíření programů výměny injekčních stříkaček v letech 2011 a 2012, poté začaly nově objevující se případy klesat. V rámci rozšíření služeb harm reduction otevřela Řecká organizace proti drogám (Hellenic Organization Against Drugs) v roce 2013 aplikační místnost s názvem Odysseas a nabízela klientům včasné intervence v případě předávkování, edukaci o přenosných infekčních chorobách a tvořila vstupní bránu do léčebného systému. Během prvních 10 měsíců svého působení zaznamenala tato AM 2501 návštěv uživatelů. Ovšem v srpnu 2014 v důsledku nárůstu množství byrokratických překážek, vyšla zpráva ze strany Řecké organizace proti drogám a Ministerstva

zdravotnictví vyplynulo, že se nepodařilo zajistit legislativní rámec pro poskytování těchto služeb a provoz byl pozastaven (Malliori et al, 2015).

Francie, Paříž, 2016: Ve Francii bylo injekční užívání nelegálních návykových látek prohlášeno za politický problém po Pařížských studentských nepokojích v květnu 1968. Po necelých 20 letech, se v roce 1987 začal realizovat prodej injekčních stříkaček a v roce 1996 byla zavedena substituční léčba závislosti na opiátech. O deset let později se principy harm reduction staly součástí legislativy, přestože Francie zastává represivní postoj k drogám (samotné užívání je trestné). Skupina injekčně si aplikujících osob se vyznačuje finanční a sociální nestabilitou, často jim tedy nezbývá jiná možnost, než si aplikovat látku na veřejném prostranství. Prevalence hepatitidy C u uživatelů je vysoká 60% (Jauffret-Roustide et al., 2009). Problémy spojené s užíváním na veřejnosti v posledních letech vedly odborníky a vědce k volání po změnách v protidrogové politice, která by neměla být založena na otázkách morálky a ideologie, ale na mezinárodních vědeckých důkazech, což je v souladu s Vídeňskou deklarací (Wood et al. 2010).

Předtím, než se aplikační místnosti dostaly do zájmu médií, proběhly ve Francii dvě studie. V roce 2008 – EROPP¹³ (Costes et al., 2010) a počátkem roku 2010 – KABP (knowledge, attitude, beliefs and practices), které se zabývaly postoji, vnímáním a znalostmi veřejnosti o užívání drog (Jauffret-Roustide et al., 2010). Studie EROPP (n=2300) měla jednu z otázek zaměřenou právě na AM, a ta zněla: „*Aby nedošlo k ohrožení zdraví, někteří lidé věří, že uživatelé heroinu by si měli aplikovat tuto látku ve speciálních místnostech pod dohledem personálu.* S tvrzením: zcela souhlasím – spíše souhlasím - spíše nesouhlasím – zcela nesouhlasím“. Studie ukázala, že 73% respondentů nebyla pro realizaci aplikačních místností. Tyto výsledky byly publikovány v roce 2010, několik dní před oznámením Ministerstva zdravotnictví o pověření skupiny odborníků, aby přezkoumala proveditelnost experimentu otevření aplikační místnosti ve Francii. Výsledky výzkumu EROPP podporovali stávající politici v tom smyslu, že francouzská populace není na tato zařízení připravena.

V roce 2010, několik měsíců před zveřejněním výsledků EROPP byla ovšem realizována studie KABP (n=9014), která rovněž zahrnovala otázku na AM. „*V některých evropských městech existují zdravotnická zařízení, kde si mohou uživatelé drog aplikovat přinesenou látku v bezpečných a hygienických podmínkách, aby se omezil přenos viru HIV a hepatitid. Jste nakloněni tomu, aby tyto místnosti byly otevřeny také ve Francii?*“ Respondenti vybírali z možností: rozhodně ano – pravděpodobně ano – pravděpodobně ne – rozhodně ne. Výsledky studie KABP se liší od studie EROPP. Průzkum KABP zjistil, že 66% tázané populace si myslí, že by tato zařízení byla společensky přijatelná. Studie KABP se spíše zabývala otázkou aplikační místností v souvislosti s HIV nebo hepatitidou (B, C) a odráží společenskou diskusi směřující k opatření a snížení rizika. Na rozdíl od

¹³ Ten years of change in French people's perceptions and opinions regarding drugs (1999-2008)

studie EROPP, která byla zaměřena na vnímání návykových látek obecně, a dotazy mohly evokovat jakési nebezpečí drog pro společnost.

V roce 2012 se téma aplikačních místností znovu objevuje, v prezidentské kandidatuře Francois Hollande, vyjádřil podporu aplikačních místností jako pilotního projektu a zároveň upozorňuje na nutnost ponechat užívání drog nezákonným. Něco málo přes rok od svého zvolení, a to navzdory vládě znovu potvrzuje svůj výrok vůči tomuto experimentu, na místní politické úrovni se ale s podporou nesetkal. Ačkoliv zavedení aplikačních místností byla oznámena v tisku v Paříži, Štrasburku, Bordeaux a Marseille, orgány v těchto třech městech (s výjimkou Paříže) odstranily toto AM ze své politické agendy z důvodu nadcházejících komunálních voleb a citlivosti veřejnosti na toto téma (Jauffret-Roustide et al, 2013).

Dle Brisacier a Duplessy (2016) byl ve Francii 26. ledna 2016 přijat Zákon o modernizaci zdravotního systému¹⁴, kde se § 43 zmiňuje o experimentu AM povoleném na 6 let. Aplikační místnost byla otevřena jako vědecko-výzkumný pilotní projekt, a to v říjnu 2016 v Paříži a poté také ve Štrasburku, obě tato zařízení fungují v rámci nemocnice a mají svůj vlastní vchod. Registrace je nutná.

6.3 Důvody vzniku aplikačních místností

V jednotlivých zemích se konkrétní důvody pro zavedení a tolerování aplikačních místností mírně liší, stejně jako se liší časové období, v němž byly otevírány. Z předchozí kapitoly se dá ovšem říci, že principy harm reduction a AM vznikaly především v reakci na šířící se nově objevený virus HIV, velký počet smrtelných předávkování nelegálními drogami a celkově špatný zdravotní stav uživatelů NL a otevřenou drogovou scénu v centrech měst. Ostatně kvůli těmto důvodům se zakládají aplikační místnosti i v současnosti. Tabulka č. 6 shrnuje výše popsané důvody dle států a roku vzniku.

¹⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système

Tabulka č. 6: Rok, místo a důvody vzniku AM v jednotlivých státech

Stát	Rok vzniku 1. oficiální AM	Město	Důvody zřízení AM
Švýcarsko	1986	Bern	Špatný zdravotní stav uživatelů NL, šířící se infekční nemoci, otevřená drogová scéna v centrech měst (de Jong, Weber 1999).
Německo	1994	Frankfurt	Rozsáhlá otevřená drogová scéna v centru města (de Jong, Weber, 1999).
Nizozemsko	1994	Rotterdam	Omezování veřejného nepořádku, špatný zdravotní stav uživatelů (de Jong, Weber, 1998).
Španělsko	2000	Madrid	Četný počet předávkování, špatný přístup uživatelů ke zdravotní péči, vysoká míra výskytu HIV u IUD (Hunt, 2006).
Austrálie	2001	Sydney	Narůstající počet předávkování opiáty, aplikace NL na veřejnosti, obava z rozšíření hepatitidy C u uživatelů NL, především v části King Cross, zlepšit přístup uživatelů do dalších služeb (Dolan et al., 2000).
Kanada	2003	Vancouver	Vysoká míra narušování veřejného pořádku, vysoké rozšíření viru HIV a hepatitidy C, velký počet předávkování (Wood et al, 2008).
Lucembursko	2005	Lucemburk	Vysoký počet úmrtí na předávkování, zlepšení prevence krví přenosných onemocnění (EMCDDA, 2016).
Norsko	2005	Oslo	Prevence krví přenosných infekčních nemocí, omezit počet předávkování, zlepšit přístup klientů do soc. - zdr. služeb (Skretting, 2006).
Dánsko	2012	Kodaň	Vysoký počet předávkování mezi uživateli NL, špatný zdravotní stav (Houborg, Frank, 2014).
Francie	2016	Paříž	Vysoká prevalence hepatitidy C mezi uživateli, prevence šíření viru HIV, zlepšit kontakt se službami (Jauffret-Roustide et al, 2013).

6.4 Legislativní změny umožňující otevření aplikační místností a mezinárodní úmluvy

Kapitola č. 6 popisuje pozadí vzniku aplikačních místností v jednotlivých státech. Následující tabulka shrnuje, které státy jsou vázány mezinárodními úmluvami OSN (UNODC, 2017) a také jaká právní úprava jim umožnila legální provoz aplikační místnosti.

Tabulka 7: Právní úprava umožňující provoz AM a vázanost jednotlivých států mezinárodními úmluvami OSN

Stát	Právní úprava umožňující provoz aplikační místnosti	Úmluva o psychotropních látkách z r. 1971 x = signatáři p = přijetí	Protokol o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách z r. 1972	Signatáři Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s OPL z r. 1988
Švýcarsko	Směrnice (Rechtsgutachten).	p	x	x
Německo	Pozměňovací zákon (§ 29 - BtMG), minimální standardy AM (§ 10a BtMG).	x	x	x
Nizozemsko	Právní metodika.	p	x	x
Španělsko	N/A	p	x	x
Austrálie	Vytvoření legislativy v rámci vědecko – výzkumného projektu.	x	x	x
Kanada	Výjimka ze Zákona o kontrole drog a jiných látek, §56, vědecký projekt.	p	x	x
Lucembursko	Změna základního zákona o drogách z r. 1973, novelizace v r. 2001.	p	x	x
Norsko	Zákon o zkušebním provozu AM č. 64, vědecko – výzkumný projekt.	p	x	x
Dánsko	Zákon č. 185, ze dne 13. června 2012.	x	x	x
Francie	Zákon o modernizaci zdravotního systému, §43, vědecko – výzkumný pilotní projekt.	x	x	x

7. Provoz aplikačních místností

Zakladatelé aplikačních místností by měli mít dobrý přehled o potřebách lokálních uživatelů návykových látek a o tamní drogové scéně a její dynamice. Potřeba je také kvalitativně i kvantitativně zjistit, jaké jsou způsoby užívání, nejčastější užívaná návyková látka, doba jejího užití a odhad denního počtu uživatelů AM. Důležité je rovněž zvolit vhodnou vzdálenost aplikační místnosti od drogové scény. Založení tohoto zařízení se může setkat s námitkami ze strany místních obyvatel a podniků. Nemusí se setkat ani s úplným pochopením politiků, kteří na jednu stranu bojují proti drogám a jeho prodeji a na stranu druhou podporují otevření aplikační místnosti. Spuštění kampaní nebo snaha změnit právní předpisy může tento proces zpomalit či zastavit. Je tedy vhodné mít dostatečnou podporu ze strany obyvatel a soukromých firem v okolí, v rané fázi mohou např. provádět oficiální ankety a průzkumy nebo pořádat pravidelné schůze, kde budou zastoupeny všechny zainteresované skupiny (de Jong & Weber, 1999).

Co se týče provozu aplikačních místností, druhá polovina praktické části se zabývá zejména profilem klienta, finančním zabezpečením služby, dále jejím personálním zajištěním a v neposlední řadě i otevírací dobou zařízení. Cílem je zodpovědět výzkumné otázky jakým způsobem jsou aplikační místnosti provozovány a jaký typ klientů tato zařízení využívá.

7.1 Profil klienta, využití služby

Tato kapitola vychází jednak z publikace *Drug consumption rooms – Evidence and practice* (Schatz & Nougier, 2012) a informace jsou doplněny z oficiálních internetových stránek aplikačních místností a e-mailových odpovědí organizací.

V australské aplikační místnosti MSIC se od otevření v roce 2001 do 15. května 2015 registrovalo 15 040 klientů, aplikací probíhá 140-250 denně. 70% klientů nikdy předtím nenavštívilo jiné zdravotnické zařízení pro tento typ klientely (Goodhew et al, 2016). Většina z nich byla mužského pohlaví (74%), průměrný věk 33 let. Klienti měli za sebou v průměru třináctiletou historii užívání. V době registrace do služby jich bylo 70% nezaměstnaných, přibližně 35% mělo ukončené střední vzdělání, 23% bylo propuštěno z výkonu trestu odnětí svobody v posledních 12 měsících, 16% nemělo bydlení, 46% si v posledním měsíci aplikovalo drogu na veřejném prostranství a 40% nikdy neprošlo žádným léčebným programem. Co se týče substancí, zatímco mezi květnem 2002 a září 2005 pokleslo užívání heroinu z 80% na 40%, od května 2006 do ledna 2012 se zvýšilo z 40% na 60% užívání jiných druhů opiátů. Užívání kokainu se pohybovalo okolo 15%, metamfetamin užívalo 10% klientů a buprenorfin 1-2% uživatelů (Schatz & Nougier, 2012).

V dánských aplikačních místnostech je od otevření v roce 2012 registrováno okolo 3564 klientů s průměrnou denní návštěvností kolem 500 klientů (Kappel et al., 2016).

Dle oficiálních internetových stránek kanadské AM se od otevření aplikační místnosti ve Vancouveru v roce 2003 do roku 2015 registrovalo do tohoto zařízení 18 093 klientů (více než 3,4 mil. návštěv). Co se týče pohlaví, 73% klientů tvořili muži, 27% ženy. 20% uživatelů bylo identifikováno jako původní obyvatelé Kanady. V roce 2015 proběhlo 5 359 ošetření, 5 368x byli klienti odkázáni do dalších zdravotních a sociálních zařízení a 768x zasahovali pracovníci při předávkování. Dle užívaných látek se nejčastěji objevoval z opiátů heroin (54%), následován metamfetaminem (23%), dále kokainem (10%).

V Lucembursku se od otevření AM v roce 2005 registrovalo do zařízení 1 200 klientů s návštěvností 96 denně. V roce 2011 bylo registrováno celkem 26 929 návštěv. Zde rovněž dochází většinou klienti mužského pohlaví a to v 80%. Nejvíce uživatelů do této AM dochází ve věku 25 – 34 let (44%) a ve věku 35 – 44 let (37%), osob od 18-24 let je podstatně méně (9%). Nejčastěji užívají opiát heroin (87%) a stimulans kokain (8%).

V německých aplikačních místnostech je těžké sjednotit data, jelikož je zde 26 AM v 17 městech. Jako příklad slouží Frankfurt. Mezi lety 2003 a 2009 vzrostla frekvence klientů až o 50% na 4 700 za rok. Průměrný věk je mezi 26 a 35 lety. Nejužívanější drogou je intravenózně opiát heroin, následuje volná báze kokainu (crack). Berlínskou mobilní AM navštívilo 4082 uživatelů do roku 2010 (Dietze et al, 2012).

Návštěvnost jedné z nizozemských aplikačních místností je 24 klientů za den. V průběhu let se cílová skupina měnila dle potřeb klientů. V současné době je 90% uživatelů, kteří si neaplikují návykové látky injekčně, převládá užívání inhalací a kouření. Průměrně mají okolo 45 let a 90% z nich jsou muži.

Od vzniku AM v Norsku v roce 2005 se zde registrovalo 2 480 klientů, 1500 z nich využívá služby zařízení každý rok. V září 2011 byla průměrná denní návštěvnost 109 uživatelů denně, 70% z nich bylo mužského pohlaví. Průměrný věk 37 let (Schatz & Nougier, 2012).

První španělská AM byla otevřena v roce 2000 v Madridu. V roce 2009 mělo toto zařízení 5 063 klientů a 105 804 návštěv. Průměrný věk byl 34 let a okolo 80% mužů. Většina těchto klientů byla z Evropy, ale velké zastoupení měla východní Evropa a severní Afrika. Nejpopulárnější drogou je zde kokain (výjimku tvoří Bilbao a Sala Baurd v Barceloně), ale od roku 2011 se v Barceloně stále častěji objevují opiáty, v Madridu zase tzv. speedball (kombinace stimulačních látek s látkami tlumivými). Mobilní aplikační místnost navštívilo 7755 osob do roku 2010 (Dietze et al, 2012).

Ve Švýcarsku se situace rovněž různí dle měst. V Bernu je počet mužské klientely 74,1% okolo 35 let s dlouholetou historií užívání. Nejčastěji tito klienti užívají heroin, kokain, benzodiazepiny, konopné drogy a alkohol. V Ženevě je poměr mužů 72,2% okolo 32 let věku a nejčastěji užívají injekčně kokain a heroin.

Dle Brisacier & Duplessy (2016) očekává AM v Paříži 100-150 klientů denně a Štrasburk 150-200 uživatelů za den.

Ze získaných dat vyplynulo, že nadpoloviční většina klientů AM je mužského pohlaví (70-90%) ve věku 30-40 let s dlouholetou historií užívání drog. Výjimku tvoří AM v Rotterdamu a Hamburgu, kde se zaměřují na osoby poskytující placené sexuální služby (Hedrich, 2004). Studie z Bernu, Biel, Ženevy, Frankfurtu a Sydney prokázaly, že většina klientů jsou pravidelní injekční uživatelé nejčastěji opiátu (heroin) a kokainu, v menší míře pak metamfetaminů, s frekvencí užívání několikrát týdně, někteří několikrát denně. V Nizozemsku je naopak typické užívání formou inhalace či kouřením (Schatz & Nougier, 2012).

7.2 Provozní doba

Důležitým organizačním aspektem každé služby je vhodně zvolený čas, kdy mohou klienti toto zařízení využít. Samozřejmě se to odvíjí od možností služby, jaké je personální zajištění provozu, finanční zabezpečení a potřeby klientů. K ilustraci provozu AM v různých zemích, bylo zjišťováno, jak jsou v některých službách nastaveny otevírací hodiny pro klienty. Pro lepší přehlednost jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka č. 8: Provozní doba v jednotlivých AM

Název organizace, stát, město	Provozní doba	
Abrigado - Lucembursko, Lucemburk	Pondělí, úterý: 12:00-19:00 Středa: 12:30 – 16:00 Čtvrtek, pátek: 9:00 – 16:00	Sobota, neděle: 12:00 – 19:00
Uniting MSIC – Austrálie, Sydney	Pondělí, středa, pátek: 9:30 – 21:30 Úterý: 9:30 – 15:45, 18:00 – 21:30	Sobota, neděle + svátky: 9:30 – 17:30
Oslo Kommune Sprøyterom – Norsko, Oslo	Pondělí – pátek: 9:00 – 21:30	Sobota, neděle 10:00 – 16:00
Insite - Kanada, Vancouver	Pondělí – pátek: 9:00 – 3:00	Sobota, neděle: 9:00-3:00
Gaia - Francie, Paříž,	Pondělí – pátek: 13:30 – 20:30	Sobota, neděle: 13:30 - 20:30
Argos – Francie, Štrasburk	Pondělí – pátek: 13:00 – 19:00	Sobota, neděle: 13:00 – 19:00
Fixpunkt - Drogenkonsumbil, Německo – Berlín, mobilní AM	Pondělí – pátek: 14:00 – 18:00	--
Fixpunkt – SKA – Německo, Berlín	Pondělí – pátek: 12:00 – 17:00	--
Fixpunkt - Birkenstube, Německo, Berlín	Pondělí – pátek: 11:00 -16:00	--
De Regenboog Groep, Princehof – Nizozemsko, Amsterdam	Pondělí – pátek: 10:00 – 18:00	Sobota, neděle: 10:00-18:00
Curscussen Reakt, Nizozemsko (uzavřeno v r. 2013)	Pondělí – pátek: 9:00- 17:00	Sobota, neděle: 9:00-17:00
VJPS Tasch - Švýcarsko, Schaffhausen	Pondělí – pátek: 11:00 – 17:30	Sobota, neděle + svátky: 12:00 - 16:30
Mændenes Hjem, Projekt Blisko – Dánsko, Kodaň	Pondělí – pátek: 24 hodin (od 6:00-7:45 úklid prostor)	Sobota, neděle: 24 hodin (od 6:00-7:45 úklid prostor)

Název organizace, stát, město	Provozní doba	
K+A Dreispitz – Švýcarsko, Basilej	Pondělí, středa, pátek: 11:00 – 16:00 Úterý, čtvrtek: 16:00 – 22:00	Sobota: 11:00-16:00 Neděle: střídavě s K+A Riehenring 13:00 – 21:00
K+A Riehenring – Švýcarsko, Basilej	Pondělí, středa, pátek: 16:00 – 22:00 Úterý, čtvrtek: 11:00 – 16:00	Sobota: 16:00 – 20:00 Neděle: střídavě s K+A Dreispitz
CONTACT Anlaufstelle – Švýcarsko, Biel	Po, út, čt, pá: 12:15 – 19:30 St: 12:15- 18:15 (ženy do 20:15)	Sobota:12:00-18:00
CONTACT Anlaufstelle – Švýcarsko, Bern	Pondělí: 14:30 – 19:30 (ženy do 22:45) Úterý: 14:30 -22:00	Sobota: 14:30 -22:00 Neděle + svátky: 16:00 – 20:00
Sala Baluard - Španělsko Barcelona	Pondělí – pátek: 8:45 – 22:00	Sobota, neděle a svátky: 10:00 – 21:00
Arrels Sant Ignasi – Španělsko, Lleida	Pondělí – pátek: 13:30 – 19:30	--
Kirkens Korshær – Dánsko, Odense	Pondělí – pátek: 8:00 – 14:00	Sobota: 9:00 – 14:00

Co se týče mobilních aplikačních místností, v Berlíně byla dle Dietze et al (2012) umístěna na dvou místech a to Stuttgarter platz a Bahnhof Zoo. Dle oficiálních internetových stránek organizace Fixpunkt je ovšem tato pojízdná AM umístěna již pouze na Stuttgarter platz v Charlottenburg-Wilmersdorf od pondělí do pátku v době od 14:00 - 18:00 (Fixpunkt, 2015). V Barceloně se mobilní AM pohybovala 4 hodiny po místech otevřené drogové scény, ovšem nyní je umístěna na jednom místě poblíž přístavu (Dietze, 2012).

V Německu se otevírací doby jednotlivých aplikačních místností pochopitelně liší. Záleží na lokální poptávce po službě a finančních zdrojích, které jsou k dispozici. Průměrně je tato doba od 3,5h do 12h. Některá zařízení jsou tedy otevřena jen na pár hodin a některá jsou uzavřena o víkendech (Schäffer & Stöver, 2011). To se ukázalo i z odpovědí zaměstnanců organizace Fixpunkt, kde všechny tři aplikační místnosti zmíněné organizace mají otevřeno pouze ve všední dny. Také některé AM ve Španělsku mají o víkendech zařízení uzavřeno. Zařízení CONTACT v Biel má zase otevřeno pouze v sobotu, v neděli nikoliv, mají také prodlouženou otevírací dobu pouze pro ženy.

Skretting ve své publikaci z roku 2006, rok po otevření AM v Norsku uváděla otevírací dobu 6 hodin denně, 7 dní v týdnu od 10:00 do 16:00. Schatz & Nougier v roce 2012 uváděli čas od pondělí do čtvrtku mezi 9:00 a 19:30 a od pátku do neděle mezi 9:00 a 15:00. Ovšem norské webové stránky aplikační místnosti uvádějí v březnu 2017, pondělí

až pátek 9:00-21:30 a sobota – neděle 10:00-16:00. Otevírací doba se tedy v průběhu deseti let prodlužovala.

7.3 Personální a finanční zabezpečení

Dalším nezbytným aspektem pro provozování AM je počet a profese zaměstnanců a rovněž zajištění financí pro chod zařízení. Informace uvedené v tabulce č. 9 jsou odpovědi zaměstnanců organizací, výjimku tvoří pouze data z Norska a Lucemburska, zde jsou odpovědi z oficiálních internetových stránek.

Tabulka č. 9: Personální a finanční zajištění vybraných organizací provozujících AM

Název organizace, stát, město	Personální zajištění	Finanční zabezpečení
Abrigado - Lucembursko, Lucemburk	Multidisciplinární tým, školení pracovníci, zdr. sestry, ošetrovatelé, psychologové, sociální pracovníci, lékaři.	CNDS (Comité National de Défense Sociale).
Uniting MSIC – Austrálie, Sydney	Registrované zdr. sestry, pracovník výchovy ke zdraví, lékař na částečný úvazek, psychiatrické zdr. sestry, koordinátor zajišťující další služby.	Toto zařízení je financováno ze zkonfiskovaných výnosů trestné činnosti. Tento účet je spravován pokladnou New South Wales.
Oslo Kommune Sprøyterom – Norsko, Oslo	Kontinuálně 6 zaměstnanců: zdr. sestry, soc. pracovníci.	Finanční zdroje města Oslo a Norské ředitelství pro zdraví.
Fixpunkt - Drogenkonsummobil, Německo – Berlín, mobilní AM	Sociální pracovníci, zdravotní sestry.	Samospráva města Berlín.
Fixpunkt – SKA – Německo, Berlín	Interdisciplinární tým. V samotné AM jsou zdr. sestry, v kontaktní místnosti sociální pracovníci. Lékaři nabízejí např. testování v úterý a čtvrtek od 17:00 – 21:00.	Samospráva města Berlín.
Fixpunkt - Birkenstube, Německo, Berlín	Sociální pracovníci, zdravotní sestry.	Samospráva města Berlín.
VJPS Tasch - Švýcarsko, Schaffhausen	7 zaměstnanců, 3 zdravotní sestry (1 z nich psychiatrická), 2 sociální pedagogy, 1 sociální animátor, 1 zaměstnanec bez speciální profese pracuje tam již mnoho let. Všichni školeni v první pomoci.	Finance získané z prostředků města Schaffhausen.
CONTACT Anlaufstelle – Švýcarsko, Biel + Bern	Zdravotní sestry, sociální pracovníci, pedagogičtí pracovníci	Finance získané z kantonu Bern.

Název organizace, stát, město	Personální zajištění	Finanční zabezpečení
Insite - Kanada, Vancouver	Primárně zdravotní sestry a školení sociální pracovníci. Doplnují je pracovníci z organizace: peer zaměstnanci, lékař, poradci.	Vládní prostředky – Ministerstvo zdravotnictví.
Curscussen Reakt – Nizozemsko	Zdravotní sestry, 1x týdně lékař, zdravotničtí asistenti.	Financováno ze zdrojů města.
Arrels Sant Ignasi - Španělsko, Lleida	Personál v AM tvoří 2 sociální pracovníci, 1 zdravotní sestra a 1 soc. pracovník pro integraci	Dary, členské poplatky, různé dotace (Ministerstvo zdravotnictví, spravedlnosti, sociální péče).
Mændenes Hjem, Projekt Blisko – Dánsko, Kodaň	Během jedné směny tři zaměstnanci z nich alespoň 1 zdravotní sestra. Dále pak sociální pracovníci.	Financováno ze zdrojů města Kodaň.

Dle EMCDDA (2016) jsou aplikační místnosti ve Francii (Paříž, Štrasburk) financovány Ministerstvem zdravotnictví, obecními úřady a asociacemi. Odhadované náklady na roční provoz AM v Paříži jsou 1,2 mil. € . Předpokladaný počet zaměstnanců (profesionálů) v tomto zařízení, kteří budou na pracovišti kontinuálně je 5, ve Štrasburku pak 7.

Mobilní aplikační místnost v Barceloně zaměstnává jednu zdravotní sestru, kterou doplňují dva sociální pracovníci. Jednotlivé aplikační místnosti ve Španělsku běžně spadají pod místní a regionální agentury, např. „Sala Baluard“ patří pod Agenturu pro veřejné zdraví (Public Health Agency) města Barcelony, „CAS Vall d’Hebrón“ v Barceloně spadá pod Národní zdravotní službu (National Health Service) a je umístěna v nemocnici, jiné aplikační místnosti nepatří přímo pod systém veřejného zdravotnictví, ale spolupracují s ním. Všechny aplikační místnosti jsou financovány z různých úrovní veřejné správy. Většina z nich jsou nestátní neziskové organizace (Schatz & Nougier, 2012).

Z výsledků vyplynulo, že tyto služby jsou obvykle zajišťovány sociálními pracovníky, registrovanými zdr. sestrami a dalšími pracovníky, kteří jsou školeni v první pomoci a sociální pomoci uživatelům návykových látek. Některé služby uvádějí lékaře jako každodenní součást týmu, některé zase v omezený čas na určité dny.

7.4 Vstupní kritéria do služby

Jak již uvádí teoretická část práce, aplikační místnosti mají stanovena jasná pravidla pro využívání služby. Prakticky ve všech těchto zařízeních platí, že je zde ze zákona zakázán prodej a nákup drog a jejich předávání. Není tolerována agrese vůči personálu nebo ostatním klientům. Aplikace je možná pouze na vyhrazených místech zakázáno je pohybování se po zařízení s jehlou (Hedrich, 2004). Je zde také stanoveno, co musí klient splňovat, aby toto zařízení mohl využívat (registrace, minimální věk, užívaná látka, podepsání kontraktu atd).

V tabulce č. 10 jsou uvedeny konkrétní zjištění z vybraných organizací týkající se podmínek využití aplikačních místností.

Tabulka č. 10: Vstupní kritéria klientů do služby

Název organizace, stát, město	Vstupní kritéria do služby
Abrigado - Lucembursko, Lucemburk	Věk alespoň 18 let. Přístup mají pouze pravidelní uživatelé (aplikující si injekčně nebo inhalující), nesmí být současně klienty opiátového substitučního programu.
Uniting MSIC – Austrálie, Sydney	Věk min. 18 let, injekční uživatel NL, klientky nesmí být gravidní ani nesmí mít sebou dítě, nesmí být při příchodu intoxikovaní.
Oslo Kommune Sprøyeterom – Norsko, Oslo	Věk min. 18 let, musí podepsat kontrakt. AM je určena pouze pro uživatele heroinu.
Fixpunkt – Drogenkonsummbil (mobilní AM) + SKA (kamenná AM), Německo – Berlín,	Min. 16 let (se souhlasem rodičů) a od 18 let všichni uživatelé heroinu, kokainu a metamfetaminu, kteří nemají opiátovou substituci. Nutná je identifikace a podepsání kontraktu.
Fixpunkt - Birkenstube, Německo, Berlín	Věk nad 18 let nebo povolení od zákonného zástupce, musí být pravidelní uživatelé, musí být ochoten sdělit osobní data (ID), musí být schopen dodržet stanovená pravidla.
CONTACT Anlaufstelle – Švýcarsko, Biel + Bern	Věk min. 18 let, musí být obyvatel kantonu ¹⁵ Bern. Nesmí zde osoby, které si nikdy předtím neaplikovaly injekčně heroin. Musí se registrovat (ID), registrace platí 6 měsíců a může být prodloužena pouze po individuálním rozhovoru s pracovníkem.
VJPS Tasch - Švýcarsko, Schaffhausen	Věk nad 18 let, bydliště v kantonu Schaffhausen, předložení občanského průkazu. Konzumace alkoholu, prodej drog

¹⁵ Švýcarsko je rozděleno do 26 autonomních členských států, tzv. kantonů.

Název organizace, stát, město	Vstupní kritéria do služby
	a násilí je v objektu zakázáno.
Insite - Kanada, Vancouver	Věk 19 let, nastaveny co nejnižší možné bariéry ke vstupu. Zjišťuje se užívaná látka. Nejsou povinni předkládat ID, mohou tedy zůstat v anonymitě.
Curscussen Reakt - Nizozemsko (služba uzavřena v r. 2013)	Věk nad 18 let, policie měla důležitý hlas při přijímání klientů.
Arrels Sant Ignasi – Španělsko, Lleida	Muži i ženy nad 18 let, aktivní uživatelé heroinu a kokainu formou inhalace či intravenózně.
Mændenes Hjem, Projekt Blisko – Dánsko, Kodaň	Věk min. 18 let, dodržovat instrukce personálu. Projekt Blisko se zaměřuje na zahraniční uživatele z Východní Evropy.

Z výše uvedených informací lze vidět, že služby mohou využívat ve většině případů plnoletí, dlouhodobější uživatelé návykových látek. Výjimku tvoří organizace Fixpunkt, kterou mohou navštěvovat klienti starší 16 let s písemným souhlasem rodičů či jiného zákonného zástupce. Některé organizace vyžadují identifikaci či ověření věku pomocí občanského průkazu, některé také podepsání kontraktu mezi zařízením a klientem. Ve třech švýcarských AM musí být klient obyvatelem daného kantonu. V Norsku mohou využít AM pouze klienti užívající heroin, v jedné ze španělských AM je to heroin a kokain, v Německu zase metamfetamin, heroin, kokain a nesmí být současně v substituční léčbě.

U některých organizací se objevovaly odpovědi, kdy do zařízení nemají přístup osoby, které si předtím neaplikovali injekčně. Rozhodnutí, zda zahrnout nové nebo občasné injekční uživatele, jsou spojena s obtížným zvažováním. Včasné zapojení uživatelů může vytvořit příležitosti pro podporu zdraví a rané intervence mezi uživateli, kteří si teprve začínají drogu aplikovat injekčně. Existuje ovšem riziko upevnění identity klienta coby injekčního uživatele a jeho silnějšího zakotvení v sociálních sítích injekčních uživatelů, a to i u osob, jejichž injekční užívání drog by jinak bylo relativně přechodné. Stávající výzkum nepodává užitečné informace o dopadu aplikačních místností na „injekční drogové kariéry“ uživatelů a toto téma nadále zůstává oblastí, kterou je třeba dále prozkoumat. Případy, kdy klient nedokáže správně provést injekční aplikaci, ale trvá na ní, představují pro praxi zvláště těžké etické dilema (Hunt, 2006).

Diskuze

Česká republika má široké spektrum nízkoprahových služeb, nicméně aplikační místnosti do nich nepatří. Vysoká míra úmrtí spojených s užitím návykové látky a šíření viru HIV mezi IUD bývají častými motivy pro realizaci AM. Situace v České republice v souvislosti s předávkováním není alarmující, stejně jako prevalence HIV u IUD, a nevzniká tak nezbytná potřeba realizovat toto zařízení z těchto důvodů. Na straně druhé, ČR se řadí mezi země s extrémně vysokým podílem injekčních uživatelů mezi touto populací. To může také souviset s fenoménem zvaným závislost na jehle. Ten je spojován především s vysokou oblibou injekční aplikace a její vysokou preferencí před všemi ostatními způsoby aplikace návykových látek. Dále je spojován s úporností a mnohdy aplikací v řádu několika hodin, dělením dávek na malá množství, vysokou četností injekční aplikace během jednoho dne, aplikací vody či alkoholu injekční cestou (Sklenář, 2014). Trendem posledních let je přechod některých uživatelů na jiné látky, často s vyšším rizikem intoxikace, jako např. fentanyl či lék Vendal Retard® (Kiššová et al., 2015). Britská Kolumbie v Kanadě zaznamenala v roce 2016 vysoký počet předávkování, z nichž mnoho z nich bylo v souvislosti právě s užitím fentanylu. V návaznosti na to byla některé dny aplikační místnost otevřena až 24 hodin po dobu 6 měsíců (Global Platform for Drug Consumption Rooms, 2016).

Rovněž výskyt nových forem injekčního užívání stimulantů, včetně nových psychoaktivních látek, má za následek potencionální nárůst rizik pro uživatele návykových látek. Aplikační místnosti spadají mezi kontaktní a nízkoprahová pracoviště, která skýtají první příležitost k bližšímu proniknutí do nových vzorců užívání a sehrávají tak rovněž důležitou roli při včasné identifikaci nových a vznikajících trendů mezi rizikovými populacemi, které využívají jejich služby (Mravčík et al., 2016). Důležitým tématem jsou rovněž tzv. „skryté skupiny mezi uživateli drog“, jejich specifika jsou ze strany poskytovatelů služeb, politiků a široké veřejnosti opomíjena. Členové této populace tak využívají sítě existujících služeb pro uživatele drog ve velmi malé míře a jsou na okraji zájmu výzkumníků a politiků. Problémy jak zdravotní, tak sociální mohou zůstat dlouhodobě neřešeny. Přitom se jedná o jedince, kteří jsou často vysoce zranitelní a zasluhují minimálně stejnou, ne-li vyšší pozornost jako běžná klientela, jejich potřeby jsou známé. V některých skrytých skupinách mohou také chybět informace o rizicích užívání drog a může v nich docházet k rychlejšímu šíření infekčních onemocnění, k rychlejšímu rozvoji závislosti a dalším jevům (Nepustil et al, 2012).

V kontextu České republiky by bylo logické provozovat aplikační místnost v rámci kontaktních center (integrovaný typ), které již mají služby zaběhnuté a mají svou stálou klientelu. Samozřejmě by bylo vhodné, aby byly tyto služby provozovány v blízkosti otevřené drogové scény. Není ovšem od věci přemýšlet nad zavedením mobilní služby, které znamenají úsporu některých nákladů oproti stálým zařízením a mohou být také

cestou, jak omezit některé potenciální problémy s územním plánováním a obavami veřejnosti (Hunt, 2006). Nevýhodou je méně míst určených k aplikaci návykové látky a méně prostoru pro další práci s klienty.

Právě územní plánování a obavy politiků a veřejnosti se ukázalo být stěžejním při diskuzích o aplikačních místnostech v ČR, potažmo v hlavním městě Praha, kde se o aplikační místnosti již několikrát uvažovalo. Informace se objevovaly i v médiích zejména v letech 2013, 2014 (Idnes, Týden, Aktuálně, Deník). Nakonec, kvůli nesouhlasu městských částí a obavám z porušení zákona, od realizace tohoto zařízení Praha upustila. Obavy z porušení zákona se objevovaly i v jiných státech. Do usilování o zavedení aplikační místnosti se v zahraničí obvykle zapojilo více klíčových aktérů (politické strany, progresivní hnutí, nestátní neziskové organizace, členové policie, různé organizace uživatelů či jejich rodinných příslušníků). Argumentem pro nezřízení aplikačních místností opozičních stran bývá často porušení mezinárodních úmluv. Nicméně z kapitoly 6.4 vidíme, že těmito úmluvami se řídí i ostatní státy, které AM provozují. Řešením se ukázalo být např. zřízení těchto služeb buď jako vědecko-výzkumný pilotní projekt na určitou dobu za předpokladu evaluace těchto programů (Norsko, Austrálie, Kanada, Francie), vydání právní metodiky (Nizozemsko) či udělení výjimky ze zákona (Kanada, Německo). V některých zemích je potřeba právní úpravy i při realizaci vědeckého projektu, zejména v těch, kde je např. trestné samotné užívání návykových látek. Zde pak aplikační místnosti mohou dostat výjimku ze zákona. Např. ve Španělsku není užívání trestným činem, ale aplikace na veřejnosti je pod hrozbou vysoké pokuty (601 – 30 000€) nebo alternativním trestem. Trestné je užívání např. v Norsku, Francii či Lucembursku.

Postih za držení návykové látky se ale vyskytuje téměř ve všech zemích včetně České republiky. Jedná se o § 284 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, kde naplňuje přechovávání omamných a psychotropních látek v množství větším než malém skutkovou podstatu trestného činu. Přechovávání OPL v množství malém je pak považováno za přestupek dle § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích. Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích ve znění pozdějších změn nahradí s účinností od 1. 7. 2017 nový zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, a dále zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

K ilustraci a popisu provozování aplikačních místností byly vybrány čtyři organizační aspekty a to provozní doba, finanční a personální zabezpečení a podmínky vstupu klientů do zařízení. Popsán byl rovněž profil typického klienta zařízení. Práce se nezabývá dalšími provozními náležitostmi, jako je např. vedení dokumentace, zajištění bezpečnosti na pracovišti a nouzovými situacemi. Ukončením a návaznosti služby se zabývá jen okrajově.

Otevírací doba jednotlivých zařízení se mírně liší a to jak počtem hodin, tak například víkendovým provozem. Což může souviset jednak s finančními a personálními

možnostmi zařízení, ale také s potřebami klientů v dané oblasti. Personál je obvykle tvořen v zastoupení zdravotních sester, sociálních pracovníků, lékařů či dalších zaměstnanců školených v dané oblasti. V kontextu českého prostředí by v tomto zařízení našla uplatnění profese adiktologa. V případě, že by bylo zařízení zdravotnické, v České republice struktura i počet personálu odpovídá Vyhlášce 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a zohledňuje potřeby a aktuální počet uživatelů služeb i provoz organizace. Pracovníci mají rovný přístup k vnější supervizi (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013), důležitá je také prevence rizika vzniku syndromu vyhoření a snížení četnosti mimořádných událostí. Problémy se objevily např. v norské aplikační místnosti, kde skupina zaměstnanců trpěla psychickým vyčerpáním a během prvních dvou let provozu bylo zaregistrováno zvýšení absence z důvodu pracovní neschopnosti či ukončení pracovního poměru. Pracovníci této AM (ti, kteří dali výpověď, ale také aktuální zaměstnanci) se shodovali v těchto oblastech: práce, kde jste fyzicky přítomni uživatelům aplikujícím si návykovou látku, je velice psychicky náročná; cítili zodpovědnost za to, kdyby se klientům něco stalo po odchodu ze zařízení (předávkování); supervize neexistovala; cítili se být ohroženi např. jehlou uživatele, jelikož někteří jsou psychicky nestabilní; u pracovníků se objevily sny, kde si klienti aplikovali látku do krku či do třísel (Skretting, 2006). Další studie o etických úvahách, které se vyskytují u pracovníků aplikační místnosti, proběhla v zařízení v Ženevě (Solai et al., 2006). Identifikováno bylo sedm oblastí: asistence při aplikaci či přípravě; špatný zdravotní stav a neochota vyhledat léčbu; uživatelů, kteří si poprvé chtějí aplikovat injekčně; nezletilí, kteří nemají přístup do zařízení; těhotné uživatelky NL (vstup povolen); naléhání na vícenásobné injekční aplikaci přes špatný stav žilního systému a po vypršení limitu (30 minut) v místě aplikace; neúčast na aktivitách AM (např. workshop). V ČR a v adiktologické praxi především, se podařilo relativně dobře nastavit supervizi jako nástroj dobré podpory (Broža in Kalina, 2015).

Velmi důležitou součástí při plánování služby je zajištění financí. V České republice je financování adiktologických služeb vícezdrojové. Protidrogová politika je financována ze dvou úrovní: centrální (státní rozpočet) a regionální (krajské a obecní rozpočty) a jako samostatný rozpočtový program je vykazována v rozpočtech Úřadu vlády ČR (sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky), ministerstva školství mládeže a tělovýchovy, ministerstva obrany, ministerstva zdravotnictví a ministerstva spravedlnosti. Na financování se podílí také ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo vnitra a Policie ČR, ty ale nemají samostatnou rozpočtovou politiku na protidrogovou politiku. Dále jsou tyto služby financovány ze zdravotních pojišťoven a evropských fondů. Výsledky praktické části ukázaly, že aplikační místnosti v zahraničí jsou financovány také právě z veřejných rozpočtů státních či regionálních (Mravčík et al., 2016).

Aplikační místnosti jsou stále předmětem politických diskusí a výzkumů o jejich zavádění v mnoha zemích po celém světě. Jsou také v popředí zájmu médií. Analýza potřeb a diskuze o zavedení aplikační místnosti proběhla nedávno např. v Rumunsku (Bukurešť, Ilfov) jako reakce na šířící se virus HIV. V Rumunsku se vyskytují tzv. ilegální místnosti, kde uživatelé konzumují návykové látky. Jedná se o byty se značně nehygienickými podmínkami. Zmiňují také, že obecně rumunští drogoví uživatelé jsou marginalizováni (Din, 2014).

V únoru 2017 vyšlo také několik novinových článků o nadcházejícím otevření dalších aplikačních místností v Kanadě, ve městě Montreal, a to v reakci na výše zmíněné zvýšení počtu předávkovaných, zejména látkou fentanyl (Global Platform for Drug Consumption Rooms, 2017). Článek internetových novin France24 (2017) uvádí, že se uvažuje také nad otevřením aplikačních místností ve městě Ottawa a Toronto.

Diskutuje se rovněž o otevření dalších aplikačních místností v Austrálii, ve městě Melbourne (News 2017, Herald Sun, 2017, The Age, 2017), toto zařízení odmítá současný premiér státu Victoria, podporu nachází např. u Ministra pro duševní zdraví, hlavního koronera státu Victoria, který doporučil otevření těchto zařízení v části North Richmond. O otevření další aplikační místnosti v Norsku, konkrétně ve městě Bergen rovněž informuje portál Global Platform for Drug Consumption Rooms (2016). Toto zařízení by mělo být otevřeno denně od 8:00 – 21:30 a mělo by být určeno pro injekční uživatele heroinu.

Global Platform for Drug Consumption Rooms (2017) také informuje o schválení vlády návrhu zákona otevření aplikační místnosti v Irsku. Tento návrh neurčuje konkrétní lokaci zařízení, pilotní projekt je ovšem plánován v centru Dublinu. O zavedení AM se debatuje delší dobu i ve Velké Británii. Organizace John Rowntree Foundation v rámci projektu „Nezávislé pracovní skupiny pro aplikační místnosti“ vypracovala celkem šest odborných textů na toto téma (např. Indikátory pro zjišťování potřeby zřízení místností pro aplikaci drog ve Velké Británii, Harm reduction a legislativa ve Velké Británii, Budování místností pro aplikaci drog).

V New Yorku proběhl průzkum mezi uživateli, zda by využívali tato zařízení, již v roce 2003. Výsledky studie ukázaly, že by s největší pravděpodobností uživatelé tato zařízení navštěvovali, zejména pak ti více ohrožení např. nakažením infekčních nemocí či měli již nějakou zkušenost s předávkováním (Broedhead et al, 2003). Deník The New York Times vydal v lednu 2017 článek o diskuzích nad otevřením AM ve státech New York, California, Maryland, Seattle a San Francisco.

Na závěr stojí za zmínku také webová stránka s názvem Room for Change, kde může kdokoli podepsat petici za otevření aplikační místnosti. Jsou zde popsány potíže, které zapojená města mají např. s otevřenou drogovou scénou. Do kampaně jsou zapojena města Atény, Bělehrad, Bratislava, Bukurešť, Budapešť, Lisabon, Sofia, Varšava a Porto.

Město New York má svou vlastní kampaň s názvem „SIF NYC – For A Safe & Healthy Life“ (sifnyc.org, 2017).

V roce 2013, proběhla analýza potřeb aplikační místnosti na území ČR v rámci diplomové práce (Janouškovec, 2013). Na základě rozhovorů, s klienty pražských nízkoprahových zařízení, pracovníků adiktologických služeb a pracovníků pražské správy a samosprávy (policie ČR, městská policie, zástupci občanů) vyplynulo, že projekt AM je vnímán nadpoloviční většinou respondentů pozitivně. Nicméně se objevují obavy z dopadů případné realizace, např. ve zhoršení situace v okolí AM či z finanční náročnosti. V současné době neznáme ani postoj a ochotu adiktologických služeb v ČR k realizaci těchto služeb.

IV. Závěr

Z uvedených faktů práce vyplývá, že zakládání aplikačních místností doprovázelo mnoho společenských okolností. V zemích, které mají aplikační místnosti v provozu, se vedly rozsáhlé diskuze o jejich zavedení a to v některých případech i mnoho let, např. v Dánsku přes 20 let (Houborg, Frank, 2014), v Norsku přibližně 10 let (Skretting, 2006). A také, že jejich vznik doprovázely mnohdy složité legislativní a další změny. U aplikačních místností, které byly vybudovány před rokem 2000, se ukázalo, že jejich existenci předcházely neoficiální zařízení zřízená nelegální cestou o mnoho let dříve. V drtivé většině případů, hrálo roli několik klíčových aktérů, kteří aplikační místnosti prosazovali (nestátní neziskové organizace, členové policie, organizace uživatelů nebo jejich rodičů a příbuzných, politici, lékaři či koroneři). Na místní nebo regionální úrovni je obvykle zapotřebí konsensu na politickém programu mezi městskou radou, státním zastupitelstvím a policií. Důležitou roli hraje také místní komunita (obyvatelé v sousedství, firmy v okolí).

Programy AM, které jsou postupně ve světě realizovány, vznikají v rámci uplatňovaného právního systému daných zemí jako samostatné právní subjekty, jako součást zdravotnického zařízení, velmi často jako součást nevládní organizace nebo jako součást místní státní nebo veřejné zdravotní služby (Schatz & Nougier, 2012).

Jako nejčastější důvody vzniku těchto zařízení se ukázaly především: šířící se virus HIV, potíže spojené s otevřenou drogovou scénou (odhozené injekční stříkačky, viditelná aplikace na veřejných místech), vysoká prevalence hepatitidy typu C, vysoký počet předávkování uživatelů návykových látek.

Co se týče organizačních aspektů služby, provozní doba je z větší části i během víkendů a neotevívá dříve než v 9:00 (výjimkou je AM v Dánsku, která otevírá v 8:00). Např. v Kanadě je jediná aplikační místnost otevřena až 18 hodin denně, některé AM v Německu 6 hodin denně. Ve švýcarské AM je provoz ve večerních hodinách vyhrazen pouze pro ženy. Víkendový provoz je obvykle zkrácen. Co se týče personálního zajištění, z výsledků vyplynulo, že tyto služby jsou obvykle zajišťovány sociálními pracovníky, registrovanými zdr. sestrami, lékaři a dalšími pracovníky, kteří jsou školeni v první pomoci a sociální pomoci uživatelům návykových látek. Tyto výsledky uvádí ve své studii i Schatz & Nougier (2012) a rovněž internetové stránky International Network of Drug Consumption Rooms. Finanční prostředky tato zařízení či organizace získávají převážně ze státních či místních a regionálních zdrojů, např. v kanadském Vancouveru je to z Ministerstva zdravotnictví, v německém Berlíně či švýcarském Schaffhausenu z finančních prostředků města a v australské Sydney ze zkonfiskovaných výnosů trestné činnosti. Tento účet je spravován pokladnou New South Wales.

Dále se práce zaměřovala na typický profil klienta těchto zařízení. Z výsledků vyplynulo, že nadpoloviční většina klientů služeb pro užívání drog pod dohledem jsou muži ve věku 30-40 let s dlouholetou historií užívání. Výjimku tvoří AM v Rotterdamu a Hamburgu, kde se zaměřují na osoby poskytující placené sexuální služby (Hedrich, 2004). Dále se ukázalo, že většina klientů jsou pravidelní injekční uživatelé nejčastěji opiátu (heroin) a kokainu, v menší míře pak metamfetaminů, s frekvencí užívání několikrát týdně, někteří několikrát denně. V Nizozemsku je naopak typické užívání formou inhalace či kouření. Co se týče využívání služby, například v australské aplikační místnosti se od otevření v roce 2001 do května 2015 registrovalo 15 040 klientů, v dánských aplikačních místnostech je od otevření v roce 2012 registrováno okolo 3564 klientů s průměrnou denní návštěvností kolem 500 klientů (Kappel et al., 2016). Ve Vancouveru v roce 2003 do roku 2015 registrovalo do tohoto zařízení 18 093 klientů (více než 3,4 mil. návštěv). Lucembursko registrovalo do zařízení 1 200 klientů s návštěvností 96 denně (Schatz & Nougier, 2012).

Výzkumnými cíli této práce bylo poskytnout přehled dosavadních poznatků a zahraničních zkušeností o pozadí vzniku aplikačních místností a jejich provozu. Dále pak, zda klienti tato zařízení využívají a jaký je profil typických uživatelů drog v těchto službách. Domnívám se, že cíle práce byly naplněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

Není snad kontroverznější, mýty a předsudky obestřená modalita harm reduction, než jsou tzv. aplikační místnosti pro uživatele drog. Jedním z hlavních důvodů tohoto stavu je nedostatek odborných prací v českém jazyce (Janíková, 2010). V případě, že by se v ČR opět otevřela diskuze nad vznikem aplikační místnosti, mohla by tato práce sloužit jako přehledový materiál o zkušenostech ze zahraničí, jak při zřizování AM, tak i s provozem. Další přínos této práce vidím ve shrnutí současného stavu aplikačních místností, ale také v jeho historickém kontextu. Práce nezahrnuje důležité a často diskutované téma evaluace aplikačních místností a dopadu jejich provozování na místní komunitu, jelikož by to bylo nad rámec rozsahu a mohla by to být samostatná práce.

Použitá literatura

Adameček, D., Libra, J., Šedivá, D. (2015). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Schváleno: RVKPP, dne 03. 03. 2015.

Běláčková, V. (2010). Vídeňská deklarace - kriminalizace uživatelů drog vede k šíření HIV/AIDS. *Adiktologie ve světě*. Získané dne 15.03.2017 z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/78/1940/Videnska-deklarace-kriminalizace-uzivatelu-drog-vede-k-sireni-HIV-AIDS>.

Bootht, A., Grant, M., J. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* (26), p.91–108. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x/epdf>.

Bridge, J., Cook, C., Stimson, G. V. (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Chapter 2: The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. EMCDDA: Lisbon. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>.

Brisacier, A-C., Duplessy, C. (2016) Short update on opening drug consumption rooms in France. EMCDDA DRID National Expert Meeting Lisbon 6-8 June 2016. Retrieved from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2738/4.%20A.%20Brisacier%20-%20Short%20updates_%20Drug%20consumption%20rooms%20in%20France.pdf.

Broadhead, R. S., Borch, C. A., van Hulst, Y., Farrell, J., Villemez, W. J., & Altice, F. L. (2003). Safer injection sites in New York City: A utilization survey of injection drug users. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 733-750. Retrieved from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002204260303300311>

Bucci, N., Preiss, B. (2017). Coroner recommends trial of safe injecting room in north Richmond amid heroin deaths. *The Age*. Získané dne 2.4.2017 z: <http://www.theage.com.au/victoria/coroner-recommends-trial-of-safe-injecting-room-in-north-richmond-amid-heroin-deaths-20170220-gugy0u.html>.

Costes, J-M., Le Nézet, O., Spilka, S., Laffiteau, C. (2010). Ten years of change in French people's perceptions and opinions regarding drugs (1999-2008). *French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions*. Available at: <http://en.ofdt.fr/publications/tendances/ten-years-change-french-people-perceptions-and-opinions-regarding-drugs-1999-2008-tendances-71-august-2010/>.

- ČTK. (2013). Praha chce zřídít místnost, kde si závislí lidé mohou aplikovat drogy. *Deník.cz*. Získané dne 15. 04. 2017 z: <http://www.denik.cz/praha/mesto-chce-zridit-mistnost-kde-si-zavisli-lide-mohou-aplikovat-drogy-20130220-mf.html>
- Darke, S., Ross, J., Zador, D., Sunjic, S. (2000). Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992–1996. *Drug and Alcohol Dependence* (60,2), p. 141–150. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871699001477>
- Dietze, P., Winter, R., Pedrana, A., Leicht, A., i Roca, X. M., & Brugal, M. T. (2012). Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *International Journal of Drug Policy*, Volume 23, Issue 4, p. 257–260. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395912000436>.
- Din, C., T. (2014). The Role of Drug consumption rooms in HIV prevention. *Revista de Asistența Socială*, anul XIII, nr. 1,2014, p. 159-177. Available at: <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=38895>
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, K., McDonald, T., Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*, p. 337-346. Retrieved from: https://www.drugpolicy.org/docUploads/harm_reduction_digest_injecting_centres.pdf.
- Dooling, K., & Rachlis, M. (2010). Vancouver's supervised injection facility challenges Canada's drug laws. *Canadian Medical Association Journal*, 182(13), p. 1440-1444. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2942917/>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2007). Drogy a trestná činnost — složitý vztah. Získané dne 31. 01. 2017 z: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/470/Dif16CS_84996.pdf
- European monitoring centre for drugs and Drugs Addiction (2015). Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejich výsledcích. *Zaostřeno*. Editor: Janíková, B. Praha: Úřady vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). Perspectives on Drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Lisbon: EMCDDA. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms>.
- Fixpunkt (2015). Drogenkonsumräume und – mobil. Získané dne 25. 02. 2017 <http://www.fixpunkt-berlin.de/index.php?id=dkm>
- Fojčíková, Z., ČTK. (2014). Pražští radní se zřekli nápadu na aplikační místnosti pro závislé. *Idnes.cz*. Získané dne: 15. 04. 2017 z: http://praha.idnes.cz/konec-napadu-na-aplikacni-mistnosti-dbi-/praha-zpravy.aspx?c=A140325_162714_praha-zpravy_zuf

France, 24. (2017). Canada authorizes new drug consumption rooms. Získané dne 05. 04. 2017 z: <http://www.france24.com/en/20170206-canada-authorizes-new-drug-consumption-rooms>.

Fry, C., Rumbold, G., Lintzeris, N. (1998). The Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire (BBVTRAQ): Administration and Procedures Manual. Melbourne: Turning Point Alcohol and Drug Centre. Retrieved from: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_7362_EN_english_bbvtraq.pdf.

Global Platform for Drug Consumption Rooms (2016). Vancouver's Insite open 24 hours some days during overdose crisis. Získané dne 05. 04. 2017 z: <http://www.salledeconsommation.fr/vancouver-s-insite-open-24-hours-some-days-during-overdose-crisis.html#KdsrIVmU>.

Global Platform for Drug Consumption Rooms (2017). First supervised injection centre approved. Ireland. Získáno dne 02. 04. 2017 z: <http://www.salledeconsommation.fr/first-supervised-injection-centre-approved.html#mSn1s6WW>.

Global Platform for Drug Consumption Rooms (2017). Health Canada Authorizes Three New Supervised Consumption Sites in Montreal. Získáno dne 02. 04. 2017 z: <http://www.salledeconsommation.fr/health-canada-authorizes-three-new-supervised-consumption-sites-in-montreal.html#cw8BUMRo>.

Global Platform for Drug Consumption Rooms (2016). Bergen: A second Supervised Injection site in Norway. Získané dne 02. 04. 2017 z: <http://www.salledeconsommation.fr/bergen-a-second-supervised-injection-site.html#phVac5jC>.

Globální komise pro protidrogovou politiku (2013). Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: Skrytá epidemie hepatitidy typu C. Vydal Úřad vlády České republiky, 2013 1. vydání v jazyce českém.

Goodhew, M., Salmon, A.M., Marel, Ch., Mills, K.L., Jauncey, M. (2016). Mental health among clients of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC). *Harm Reduction Journal*. Retrieved from: Doi: 10.1186/s12954-016-0117-y.

Hájek, T., (2002). Publikační bias: lze se spolehnout na metaanalýzy? *Psychiatrie*. Roč. 6, č. 4, s. 252-254. Získané z: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc03005493>

Hall, W., Kimber, J. (2005). Being realistic about benefits of supervised injecting facilities. *The Lancet*, Volume 366, p. 271-272. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605664768>.

Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. Lisbon: EMCDDA. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>.

Hedrich, D., Kerr, T., Dubois-Arber, F. (2010), 'Drug consumption facilities in Europe and beyond', in European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Retrieved from: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101273_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch11-web.pdf

Hunt, N. (2003). A review of the evidence-base for harm Reduction approaches to drug use. Retrieved from: <https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>

Hofrichterová, E. (2013) Legální aplikace drog v centru Prahy? Podle magistrátu už brzy. *Týden.cz*. Získané dne 15. 04. 2017 http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/krimi/legalni-aplikace-drog-v-centru-prahy-podle-magistratu-uz-brzy_262610.html

Houborg, E., Frank, V. A. (2014). Drug consumption rooms and the role of politics and governance in policy processes. *International Journal of Drug Policy*, p- 972-977. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395914000115#>

Hunt, N. (2006). An overview of models of delivery of drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation. Retrieved from: <http://neilhunt.org/Reports/2006-JRF-drug-consumption-rooms-models-of-delivery-hunt>

HRI (2010). What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London, United Kingdom: HRI.

Janíková, B. (2011). Aplikační místnosti: Centra pro zdravotnický supervidovanou aplikaci omamných a psychotropních látek. *Zaostřeno na drogy*. 9 (1). Praha: Úřady vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Thierry, D., Rondy, M., Quaglia, M., & Desenclos, J. C. (2009). A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC infectious diseases*, 9(1), 113. Retrieved from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-9-113>

Janouškovec, V. (2013). Aplikační místnosti pro uživatele drog - analýza potřeb. *Diplomová práce*. 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze.

Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G., & Beltzer, N. (2013). Supervised consumption rooms: the French Paradox. *Int J Drug Policy*, 24(6), 628-30. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395913000820>

Jong, W.D., Weber, U. (1998). The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 10 (1999), p. 99–108. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395998000723>.

Kappel, N., Lauridsen, S., Tegner, J., Toth, E., (2016). A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, (13), p. 1-12. Retrieved from: doi:10.1186/s12954-016-0109-y.

Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kalina, K. et al. (2015) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kerr, T., Small, W., Moore, D., Wood, E. (2007). A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, p. 37-45. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689342>.

Kiššová, L., Černíková, T., Dárek, D., Klíma, T. (2016). Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2014. Praha: Úřad vlády ČR, Sekretariát RVKPP.

KPMG. (2011). Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period (2007-2011), Final Report.

Krobotová, T., (2014). Odborník: o boji s drogami rozhoduje celá společnost. *Aktuálně.cz*. Získané dne 15.4.2017 z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/odbornik-v-boji-s-drogami-rozhoduje-cela-spolecnost/r~54a90c483ff611e4973a002590604f2e/?redirected=1492540302>

Lambert, O. (2017). Melbourne could open drug injecting room like Kings Cross. *The News*. Získané dne 2.4.2017 z: <http://www.news.com.au/lifestyle/health/health-problems/melbourne-could-open-drug-injecting-room-like-kings-cross/news-story/bfad8ec2acfa2f08c0fe86272a1fca69>.

Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M.W., Montaner, S. J, Kerr, T. (2009). Determinants of cutaneous injection-related infection care at a supervised injecting facility. *Annals of Epidemiology*, p. 404-409. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.007>

Malliori, M., Galinaki, S., Papakonstantinou, K. (2015). ODYSSEAS: supervised use of drugs versus bureaucracy in Greece. *The Lancet, Psychiatry*, vol. 20 (2). Retrieved from: [http://thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00008-5/fulltext](http://thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00008-5/fulltext)

Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M. and Rush, B. (2000) International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders. Geneva: World Health Organization, in cooperation with United Nations Drug Control Programme and European Monitoring Centre for Drugs and Drug. Addiction. Retrieved from: <https://www.unodc.org/docs/treatment/guideevaloftreatment.pdf>

- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mladá, K., Pavlovská, A., Novák, P. (2010). Vybrané harm reduction služby v Berlíně. *Adiktologie* (10) 4, p. 252-258.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová L., et al. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005). Mezinárodní spolupráce v oblasti protidrogové politiky. Editor: Kačaba, I. *Zaostřeno na drogy 4*. Praha: Úřad vlády ČR. Available at: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4624/595/Zaostreno%20200504.pdf
- Nepustil, P, Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., Bártová, A. (2012). Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: Analýza informačních zdrojů. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Oslo Komunne. (2017). Sprøyterom - Prindsen mottakssenter. Retrieved from: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjoner/prindsen-mottakssenter/sproyterom-prindsen-mottakssenter/>.
- Progressive, o.s. (2017). Aktuality: Aktuální rozmístění kontejnerů FIXPOINT v Praze. Získané dne 07. 02. 2017 z: <http://www.progressive-os.cz/aktualni-rozmisteni-kontejneru-fixpoint-v-praze>
- Riley, D., Sawka, E., Conley, P. et al. (1999) Harm Reduction: Concepts and Practice. *A Policy Discussion Paper, Substance Use & Misuse*. DOI:10.3109/10826089909035632
- Rumbold G, Fry C. (1998). Victorian drug trends 1998: findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS). *Technical Report No. 73. Sydney: NDARC, 1999*. Retrieved from: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/TR.059.pdf>
- Rosenberg, T. (2017). Injecting Drugs, Under a Watchful Eye. *The New York Times*. Získané dne 5.4.2017 z: https://www.nytimes.com/2017/01/18/opinion/injecting-drugs-under-a-watchful-eye.html?_r=0.
- Salmon, A.M., Thein, H. H., Kimber, J., Kaldor, J.M., Maher, L. (2007). Five years on: what are community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, p. 46-53. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395906002386>.

- Salmon, A. M., Van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J., Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance calls-out in Sydney, Australia. *Addiction*, p. 676-683. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20148794>.
- Schäffer, D., Stöver, H. (2014). Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges. *European Harm Reduction Network*. Retrieved from: http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_europe.pdf
- Schäffer, D., & Stöver, H. (2011). Drug consumption rooms in Germany: A situational assessment by the AK Konsumraum. *Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, akzept*. Retrieved from: http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07af1Eng.pdf.
- Schatz, E., Nougier, M. (2012). Drug consumption rooms – Evidence and practice. IDPC Briefing paper. *International Drug Policy Consortium*. Available at: http://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf.
- Small, D., Palepu, A., & Tyndall, M. W. (2006). The establishment of North America's first state sanctioned supervised injection facility: A case study in culture change. *International Journal of Drug Policy*, 17(2), p. 73-82. Retrieved from: <http://www.communityinsite.ca/Smalletal2006March.pdf>.
- Sklenář, O. (2014). Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a VFN v Praze, Klinika adiktologie.
- Skretting, A. (2006). The Norwegian trial of drug consumption rooms. Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research. Retrieved from: http://www.issdp.org/conference-papers/2007/papers/Astrid_Skretting.pdf
- Solai, S., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., & Benaroyo, L. (2006). Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 17(1), 17-22. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395905002070>.
- Stone, K. (2016). The Global State of Harm Reduction. Harm Reduction International: London. Retrieved from: https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf
- Suchthilfe Region Basel (2017). Konsumräume. Získané dne 28.3. 2017 z: <http://www.suchthilfe.ch/konsumraeume.html>
- The Vienna Declaration. (2010). *The Vienna Declaration*. Retrieved from: <http://www.viennadeclaration.com/the-declaration/>.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2017). Drug – Related Treaties. Retrieved from: <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>.

Úřad vlády České republiky (2011). Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018. Praha: Úřad vlády ČR.

White, A., Minear, T., Hurley, D. (2017). North Richmond safe injecting room to be considered by State Parliament. *Herald Sun*. Získané dne 3.4.2017 z: <http://www.heraldsun.com.au/news/victoria/north-richmond-safe-injecting-room-to-be-considered-by-state-parliament/news-story/2a909b88bb72b7af0d611f7086418dc7>.

WHO. (2017). Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système (The law No. 2016-41 of January 26, 2016 to modernize our health system). Retrieved from: <https://www.mindbank.info/item/6146>

Wodak, A., Cooney A. (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. World Health Organization. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf.

Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D.C, Montaner, J.S.G, Tyndall, M.W. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, p. 731-734. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC517857/>,

Wood, E., Kerr, T., Tyndall, M. W., & Montaner, J. S. (2008). The Canadian government's treatment of scientific process and evidence: inside the evaluation of North America's first supervised injecting facility. *International Journal of Drug Policy*, 19 (3), 220-225. Received from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395907002198>

Wood, E., Werb, D., Kazatchkine, M., Kerr, T., Hankins, C., Gorna, R. & Montaner, J. (2010). Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *The Lancet*, 376(9738), p. 310-312. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Don_Des_Jarlais/publication/45281588_Vienna_Declaration_a_call_for_evidence-based_drug_policies/links/0deec530781ff915a3000000.pdf.

Woods, S. (2014): Drug Consumption Rooms in Europe. Organisational overview. *Regenboog Group, Amsterdam*. Retrieved from: http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_in_europe.pdf.

Zábranský, T. (2004). Drogová epidemiologie. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého.

Právní předpisy

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích

Zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich

Zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

Zákon o omamných látkách (Německo) - Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Zákon o kontrole drog a jiných látek (Kanada) – Controlled Drugs and Substances Act

Zákon o drogách (Lucembursko) - Loi concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie z r. 1973

Zákon č. 64, o zkušebním provozu aplikačních místností (Norsko) - Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)

Zákon o modernizaci zdravotního systému (Francie) - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système

Příloha

Oficiální internetové stránky kontaktovaných organizací

Abrigado – Lucembursko, Lucemburk:	http://www.cnds.lu/abrigado/drogenkonsumraum/
Uniting MSIC – Austrálie, Sydney:	https://uniting.org/our-services/for-adults/sydney-medically-supervised-injecting-centre
Oslo kommune Sprøyterom – Norsko, Oslo:	https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjoner/prindsen-mottakssenter/sproyterom-prindsen-mottakssenter/
Insite - Kanada, Vancouver:	http://www.vch.ca/your-health/health-topics/supervised-injection/
Gaia - Francie, Paříž:	https://gaia-paris.fr/salle-de-consommation-a-moins-risque/
Argos – Francie, Štrasburk:	http://www.rue89strasbourg.com/ouverture-salle-de-shoot-strasbourg-113343
Fixpunkt – Německo, Berlín:	http://fixpunkt-berlin.de/index.php?id=dkm
Princehof – Nizozemsko, Amsterdam:	http://www.deregenboog.org/waar/princehof-inloophuis-gebruikersruimte
Cursussen Reakt, Nizozemsko (uzavřeno v r. 2013)	https://www.parnassiagroep.nl/
VJPS Tasch - Švýcarsko, Schaffhausen:	https://www.vjps.ch/tagesraum-tasch/
CONTACT Anlaufstelle – Švýcarsko, Biel, Bern:	http://www.contact-suchthilfe.ch/angebot/contact-anlaufstelle/#anlaufstellen
K+A Dreispitz, Reiherring – Švýcarsko, Basilej:	http://www.suchthilfe.ch/konsumraeume.html
Fixelancen – Dánsko, Kodaň:	http://fixerum.dk/mobile-injection-room-first-aid-service-drug-users-vesterbro
Kirkens Korshær – Dánsko, Odense:	http://odense.kirkenskorshaer.dk/dagvarmestuen/stofindtagelsesrummet/
Sala Baluard, Španělsko, Barcelona:	http://lameva.barcelona.cat/barcelovers/ca/detall/centre-d-atencio-sociosanitaria-sala-baluard_99400101097.html
Medicos del Mundo - Španělsko:	https://medicosdelmundo.org/index.php/mod.imagenes/mem.detalle/id.1317/lang.es
Arrels Sant Ignasi, Španělsko, Lleida:	https://www.arrelssantignasi.cat/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=39
Mændenes Hjem, Projekt Blisko – Dánsko, Kodaň	http://maendeneshjem.dk/blisko/