

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta
Katedra sociální a charitativní práce

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Aplikační místnosti jako jeden z možných nástrojů harm reduction?
The drug consumption rooms as one of the possible harm reduction tools?

Vedoucí práce:
PhDr. Mgr. Petr Novák, Ph.D.

Autor práce:
Bc. Rosolová Tereza

Praha, 2024

Poděkování

Srdečně ráda bych tímto poděkovala PhDr. Mgr. Petru Novákovi, Ph.D. za odborné vedení, opravdu vstřícný, přátelský a pohotový přístup při konzultacích, věnovaný čas a poskytování rad a připomínek při zpracování diplomové práce. Velké poděkování patří všem respondentům, kteří spolupracovali na výzkumné části a mému partnerovi, který mi poskytl pomoc při jazykovém překladu.

Prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma: *Aplikační místnosti jako jeden z možných nástrojů harm reduction?* prohlašuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 1. 5. 2024

Bc. Rosolová Tereza

.....

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje tématu aplikačních místností a případnému zavedení této služby v České republice jako jeden z možných nástrojů harm reduction. Nezbytností je bližší seznámení s tématem injekčních uživatelů návykových látek, přístupem harm reduction a fungováním aplikačních místností v zahraničí. Právě zmapování fungování této služby v jiných státech po celém světě, respektive zmapování možných překážek a doporučení ve fungování a zavádění, je výzkumným cílem této závěrečné práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Drogy, návykové látky, injekční užívání návykových látek, harm reduction, aplikační místnosti.

ANNOTATION

Diploma thesis addresses the topic of drug consumption rooms and the implementation of this service in the Czech Republic as one of the possible harm reduction tools. It is necessary to have a closer acquaintance with the subject of drug users, the harm reduction approach, and the functioning of drug consumption rooms abroad. The research aim of this final thesis is precisely to map the operation of this service in other countries around the world, respectively to map possible barriers to operation and implementation.

KEYWORDS

Drugs, addictive substance, injection use, harm reduction, consumption rooms.

Obsah

Úvod	11
1 Injekční užívání návykových látek	13
1.1 Rizika spojená s injekčním užíváním návykových látek.....	14
1.2 Užívání návykových látek v České republice.....	18
1.3 Užívání návykových látek v Praze.....	19
1.4 Profil injekčního uživatele návykových látek.....	22
1.5 Návykové látky ukotveny v legislativě.....	23
2 Harm reduction.....	25
2.1 Harm reduction a vztah k sociální práci	28
2.2 Harm reduction v koncepci protidrogové politiky ČR	30
2.3 Nízkoprahové služby	31
2.3.1 Kontaktní centra	32
2.3.2 Terénní programy	34
3 Aplikační místnosti	35
3.1 Typy aplikačních místností.....	37
3.1.1 Integrované aplikační místnosti	38
3.1.2 Specializované aplikační místnosti	39
3.1.3 Neformální aplikační místnosti.....	39
3.2 Cíle	39
3.3 Cílová skupina	40
3.4 Poskytované služby.....	40
3.5 Provozní pravidla.....	40
3.6 Účinnost a dopad aplikačních místností.....	41
3.7 Aplikační místnosti ve vybraných státech	43
4 Výzkumná část.....	47
4.1 Cíle a výzkumné otázky	47
4.2 Metoda sběru a zpracování dat	50
4.3 Výzkumný přístup ke sběru dat.....	52
4.4 Strategie výběru respondentů	52
4.5 Etická stránky výzkumu	55
4.6 Vlastní pohled na danou problematiku, uzávorkování	56
5 Interpretace získaných dat	58
5.1 Výsledky analýzy dotazníkových listů.....	58
5.1.1 Pohled na službu	59
5.1.2 Klient v hlavní roli.....	68
5.1.3 Pár vět na závěr.....	70
6 Diskuze	73

Závěr.....	76
Seznam použitých informačních zdrojů	78
<i>Literatura</i>	<i>78</i>
<i>Internetové zdroje.....</i>	<i>80</i>
Seznam příloh	83
<i>Příloha 1</i>	<i>84</i>
<i>Příloha 2</i>	<i>85</i>
<i>Příloha 3</i>	<i>87</i>
<i>Příloha 4</i>	<i>88</i>
<i>Příloha 5</i>	<i>91</i>
<i>Příloha 6</i>	<i>94</i>
Abstrakt	95
Abstract	97

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
DCR	Drug consumption room
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GHB	Kyselá gama-hydroxymáselná
HHC	Hexahydrokanabinol
HHC-O	Hexahydrokanabinol-O-acetát
HIV	Human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency)
INDCR	The International Network of Drug Consumption Rooms
i.v.	Intravenózní (nitrožilní)
K-centrum	Kontaktní centrum
MAP	Managed alcohol program
NTA	National Treatment Agency for Substance Misuse
OSN	Organizace spojených národů
PUD	Problémový uživatel drog
THC	Tetrahydrokanabinol
THCP	Tetrahydrokanabiforol
USA	United States (Spojené státy americké)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Ze Zprávy o nelegálních drogách v České republice z roku 2023 vyplývá, že zhruba 30 % osob nad 15 let někdy vyzkoušelo nejčastěji zneužívanou nelegální drogu u nás, tedy marihuanu. Ze zprávy rovněž vyplývá, že 4-5 % populace někdy užilo extázi, 2-3 % dokonce užilo pervitin, 2-3 % někdy vyzkoušelo kokain. Vysoká procenta nám jen potvrzují, jak jsou tyto nelegální látky v ČR běžně dostupné a nadužívané.

Osobně se přikláním k názoru, že návykové látky vždy byly, jsou a budou zneužívané, a to bez ohledu na věk, pohlaví nebo třeba sociální status. Je třeba s tímto faktem pracovat a nepřístupovat k problematice represivně, nýbrž připravovat „půdu“ (legislativní, zdravotnickou, sociální apod.) pro komplexní snižování dopadů na úrovni jedince i celé společnosti za pomoci přístupů harm reduction.

Koncepci vnímání zneužívání a nadužívání drog si vytváří každá kultura svou vlastní, na kterou reaguje i legislativním ukotvením.

Ačkoliv za nejvíce rizikové pro celou společnost považuji zneužívání léků a alkoholu, tedy legální drogy, která je v České republice hojně oslavována, a kterou až 10 % populace užívá denně, ve své práci se budu věnovat tvrdým nelegálním drogám, konkrétně pak injekčnímu zneužívání převážně pervitinu a opioidů.

Na toto téma mě přivedla běžná procházka okolím pražské zastávky Anděl, kde není možné si nevšimnout kumulace lidí bez domova, uživatelů drog, snížení čistoty a bezpečnosti a pouličních potyček, což jsou aspekty, kterých si všimne opravdu každý procházející. Při zpomalení a zkoumání problematiky v lokalitě člověk zjišťuje, že problém je mnohem markantnější. Drogový trh i za bílého dne, mladiství v partách uživatelů, použitý infekční materiál na ulicích, ale i v přilehlých parcích v blízkosti škol a na dětských hřištích, drogová doupata v křovích a odlehlých uličkách.

Vzhledem k zájmu o adiktologická témata v profesní i osobní rovině jsem se o situaci začala více zajímat a zjistila jsem, že se tato alarmující situace řeší již od roku 2019, kdy se otevřená drogová scéna přesunula z centra města právě na Prahu 5, kde se tou dobou nacházela ještě dvě kontaktní centra. Dnes se na Praze 5 nachází pouze kontaktní centrum organizace Sananim, které na počet klientů nemá kapacitu ani finance. Ačkoliv se o zánik kontaktního centra Progressive zasloužilo vedení městské části, tak i samotní občané, situace zůstává stejná. Na jedné straně stále přetrvávají stížnosti na kumulaci uživatelů v okolí stávajícího kontaktního centra, na straně druhé hrozí potencionální zavření i druhého K-

centra a tím i nárůst odhozeného použitého injekčního materiálu v okolí a celková ztráta kontroly nad drogovou komunitou skrze kontaktní pracovníky. Nenáleží mi soudit jednotlivé postoje k místní problematice, respektuji postoje nízkoprahových služeb, ale i politických zástupců, kteří reagují na potřeby svých občanů, což jako budoucí rodič respektuji dvojnásob.

Je ale nutné se situací něco dělat, drogová scéna se z Prahy 5 v následujících letech zřejmě nepřesune a jedním z možných řešení by byl vznik aplikační místnosti, které by mohly snížit výskyt použitého injekčního materiálu, snížit počet fatálních předávkování, podpořit návaznou péči, která může vést ke snížení počtu uživatelů, při dobře nastavených pravidlech aplikační místnosti by mohlo dojít i ke snížení kumulace uživatelů v okolí.

Ve své diplomové práci se věnuji tématu Aplikační místnosti jako jeden z možných nástrojů harm reduction, a jelikož podobných prací již bylo pár napsáno, rozhodla jsem se zaměřit na již fungující aplikační místnosti po celém světě, jejichž informace by mohly sloužit jako rámec pro implementaci aplikačních místností v České republice. Po zahájení psaní závěrečné práce jsem zjistila, že v září 2023 byla založena první mobilní aplikační místnost v Brně, což považuji za velký průlom, a doufám, že mé podklady budou moci sloužit pro ukotvení této služby v ČR.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, které danou problematiku konkretizují. První kapitola se věnuje problematice nelegálních návykových látek, konkrétně těch injekčně užívaných se zaměřením na rizika, drogovou scénu v České republice a v Praze a legislativní ukotvení.

Jelikož harm reduction přístup zaštiťuje fungování aplikačních místností, je nezbytné proniknout do přístupu harm reduction, kterému se věnuje druhá kapitola teoretické části, která dále seznamuje s pojmy jako nízkoprahové služby, kontaktní centra a terénní programy.

Nejzásadnější kapitola teoretické části, na kterou pak navazuje výzkumná část, se věnuje aplikačním místnostem. I přes poměrně malé množství zdrojů doufám, že seznámení s fungováním, historií, typy, cíli a pravidly bude dostatečné.

Ve výzkumné části bude popsána metoda, strategie a cíl výzkumu, dále specifikace výběru respondentů, etická stránka výzkumu. Výzkumným cílem je zmapování překážek a doporučení při zavedení a fungování služeb aplikačních místností z pohledu pracovníků již zavedených služeb prostřednictvím strukturovaného rozhovoru s otevřenými i uzavřenými otázkami se sedmi respondenty z pěti různých států po celém světě.

1 Injekční užívání návykových látek

Uživatele ilegálních návykových látek můžeme rozdělit dle potencionálních dopadů do tří skupin. Jedná se o uživatele **experimentátory**, kteří návykové látky užívají neinjekčně a krátkodobě, dále o uživatele, kteří si drogu aplikují **injekčně (intravenózně, zkráceno i.v.) bez vážnějších zdravotních dopadů**, což vypovídá o krátkodobějším charakteru drogové kariéry. U této skupiny je větší riziko přenosu virových onemocnění a lokální poškození vlivem samotné aplikace. Harm reduction přístup, kterému se budu ve své práci věnovat, může být velmi účinným nástrojem k motivaci abstinovat nebo zahájit např. substituční léčbu. **Dlouhodobí uživatelé s vážnými zdravotními dopady** jsou pak poslední skupinou, do které zpravidla spadají dlouholetí injekční uživatelé, u kterých jsou dopady na jejich organismus nevratné a chronické. Vyskytují se u nich také lokální či celkové infekce, podvýživa, poškození cévního systému a orgánů, chronická hepatitida apod., což komplikuje jejich psychický i fyzický stav. I u této skupiny je harm reduction efektivním přístupem (Kalina, 2015).

V následujícím textu se budu věnovat injekční aplikaci návykových látek, vzhledem k tomu, že aplikační místnosti začaly vznikat právě jako reakce na injekční užívání drog. A ačkoliv po celém světě nalezneme i aplikační místnosti pro způsob užití nelegální drogy i kouřením (inhalací) a šňupáním (intranazální aplikace), domnívám se, na základě alarmující situace ve větších městech po celé České republice, že by právě injekční uživatelé měli být primární cílovou skupinou pro teoretický rámec vzniku aplikačních místností.

Intravenózní užívání návykových látek je v České republice populární a rozsáhlé, a také nejvíce rizikové. Z Akčního plánu protidrogové politiky 2023-2025 vyplývá, že v České republice je 40-42 tisíc injekčních uživatelů. Z adiktologické praxe si troufám říct, že číslo je značně vyšší, jelikož ani anonymizované dotazníkové šetření není relevantní v pravdivosti odpovědí. Injekčnímu užití návykových látek dle mého názoru předchází několik důvodů. Jedná se např. o nedostačující rauš z jiného způsobu užití návykové látky (kouřením, šňupáním), anebo o ekonomické důvody, kdy k nitrožilní aplikaci stačí uživateli mnohem menší množství drogy a především u mladistvých, i nátlak party, aby zkusili něco nového.

Touto formou aplikace se v České republice zneužívá především pervitin (stimulant), heroin (opiát) a jejich syntetické náhražky. V zahraničí je velmi rozšířené např. zneužívání GHB (γ -hydroxybutyrát), které je populární především v Nizozemsku, a fentanyl, což je

látka, která aktuálně rezonuje společností a její zneužívání je alarmujícím tématem především v USA, kde se aplikační místnosti věnují právě snižování předávkování vlivem tohoto syntetického opioidu a jeho dopadům na zdraví uživatelů.

Každý rok v USA zemřou vyšší desítky tisíc lidí na předávkování touto syntetickou drogou. Fentanyl je běžně užíván jako velmi silné analgetikum, stokrát silnější než heroin, avšak hranice, kdy se stává látka nebezpečnou je velmi tenká. U opioidu dochází k rezistenci na danou látku a uživatel je tak nucen množství navyšovat, což může být neodhadnutelné až fatální. Výroba i samotný obchod je poměrně levný a snadný, jelikož se jedná o látku legální, ačkoliv k nakládání s ní je třeba povolení (www.irozhlaz.cz, [online]). I v České republice jsou evidovány případy předávkování touto látkou, u nás je rozšířené především zneužívání náplastí, respektive jejich vyvařování a následná intravenózní aplikace. Náplasti mohou být použity i jako prostředek k velmi rychlé a jisté sebevraždě. Dle Davida Peška, který je vedoucím kontaktního centra Sananim, ročně zemřou na předávkování fentanylem jen v České republice desítky lidí (ct24.ceskatelevize.cz, [online]).

Díky již velmi nízké dávce, kdy látka okamžitě zabíjí, je fentanyl velkým rizikem i při teroristických útocích, kdy může být použit právě ve formě náplastí, nebo ve formě aerosolů a kapalin, kdy je i velmi nízká koncentrace smrtící, což může představovat problém při odhalování této potencionální zbraně.

1.1 Rizika spojená s injekčním užíváním návykových látek

Intravenózní aplikace je velmi rizikovou formu, kdy dochází k narušení tkáně a putování látky přímo do krve, případně svaloviny nebo kůže, což samozřejmě nese velké množství rizik, kterým se budu věnovat v nadcházejícím textu diplomové práce.

Fyzikálně-chemický vliv

Fyzikálně-chemický vliv je hlavním faktorem, který vede k onemocnění. Týká se především aplikace roztoku, který se míchá s návykovou látkou pro injekční užití. Tento roztok by měl být samozřejmě sterilní, ale měl by mít i správnou pH reakci a osmotický tlak, čemuž tak v praxi velmi často není, a poté dochází k poškození cév. K fyzikálně-chemickým vlivům dochází i při zneužívání organických rozpouštědel, kdy čicháním látky dochází k poškození kognitivních funkcí, které je nevratné (Kalina, 2015).

Lokální kožní infekce

Mezi další velmi častá rizika se řadí lokální kožní infekce, ke kterým dochází prostřednictvím nesterilního injekčního náčiní (jehel, roztoků, lžiček, filtrů apod.), sdílením tohoto náčiní či jiného mechanického poškození nesprávnou aplikací. Může se jednat o abscesy, flegmony, povrchové záněty žil, impetigo, vředy apod. Především u abscesů hrozí riziko rozšíření infekce do krevního oběhu a vyvolání sepse, která může končit až smrtí. Opakované sepse mohou vést ke zúžení cév, zánětu hlubokých žil, které mohou vést k plicní embolii a odumření končetin. Nesprávnou aplikací drogy může dojít k ruptuře a tepennému krvácení nebo vzniku aneurysmatu (Kalina, 2008). Velké riziko představují i mikro částičky v droze, které se nerozpustily nebo nejdou zcela rozpustit, a které mohou způsobit mechanické poškození např. srdeční chlopně.

Orgánové a systémové poškození

Může docházet i k orgánovým a systémovým poškozením, ke kterým se řadí poškození cévního systému, zúžení cév, zhoršená trofika tkání a tím vznikající bérkové vředy. Může docházet k ruptuře a tepennému krvácení, bakteriální endokarditidě, která bývá často doprovázená poškozením funkce chlopně, arytmií a jinými poruchami srdce, které vznikají často při užití stimulancií. Poškozen může být i dýchací systém, kdy může dojít k hypoxii a tím k poškození orgánů. Vlivem opiátu a jiných tlumivých látek může dojít k zástavě dechu nebo k mechanickému uzavření, pneumoniím, akutnímu plicnímu otoku, který je také znám jako syndrom heroinových plic, a který se řadí na druhé místo nejčastější příčiny smrti u uživatelů opiátů – uživatelé se těžce dýchá, dech se u něj výrazně zrychluje (Kalina, 2015).

Infekční onemocnění

Nejčastějším rizikem injekční aplikace drog je přenos infekcí skrze krev sdílením aplikačního náčiní. Jedná se především o bakterie, plísňe a viry, kdy nejrizikovějším je virus HIV, hepatitida B a C.

Z uvedených je nejrozšířenější infekcí mezi injekčními uživateli v České republice hepatitida typu C. V roce 2020 bylo na území ČR evidováno 771 nových případů nákazy

hepatitidy C, z toho 50 % byli injekční uživatelé návykových látek. V roce 2019 byl tento počet dokonce 1138 nových případů, z toho 582 případů mezi injekčními uživateli (Mravčík, Chomynová, Grohmannová, 2019 cit. dle Krekulová, 2021). Ve více jak polovině případů nákazou virem hepatitidy C nemoc propuká v chronickou, kdy dochází k jaterní fibróze a cirhóze a vysokému riziku karcinomu.

Ačkoliv virus HIV není v ČR tak četný, je třeba zmínit, že od roku 2012 přibude každý rok přes 200 nových nakažených a tato tendence je vzestupná. V roce 2020 bylo na našem území evidováno 3 841 HIV pozitivních osob, z toho kupodivu pouze 14 uživatelů návykových látek. Toto onemocnění je tak stále velmi dominantní pro homosexuální komunitu, kdy k přenosu dochází skrze sexuální aktivity (Krekulová, 2021).

Je nutné zmínit, že od počátku rusko-ukrajinského konfliktu do HIV center v České republice přišlo 453 nakažených osob, kteří na území České republiky pobývají se statutem dočasné ochrany, z tohoto počtu 36 osob bylo injekčními uživateli návykových látek, což samozřejmě zvyšuje mnohonásobně vyšší riziko přenosu HIV na území ČR, jak pohlavním stykem, tak injekční aplikací drogy (Akční plán politiky v oblasti závislostí 2023-2025).

Výše zmíněná virová onemocnění jsou spojena s promiskuitním chováním nebo přímo s prostitucí, kterého se uživatelé návykových látek velmi často dopouštějí s účelem obstarání si finančních prostředků (Krekulová, 2021).

Velké riziko přinášejí i bakterie, které jsou běžně vyskytující se na kůži, ale i věcech denní potřeby. U uživatelů návykových látek počet těchto bakterií bývá vyšší vzhledem k horším hygienickým návykům a skrze vpich pak bakterie putují do těla (Kalina, 2008). Četný je i přenos streptokoků a stafylokoků, který se léčí antibiotiky. Nejenže u uživatelů velmi často dochází k pozdní diagnóze, ale i při včasné diagnóze je pravidelné podávání antibiotik spíše vzácné, a tak se proces uzdravování značně komplikuje a protahuje.

Zcela nejrizikovějším způsobem aplikace pro rozvoj infekce je tzv. booting a flushing, kdy uživatel injekční stříkačkou natáhne svou krev, kterou smíchá s návykovou látkou, a poté aplikuje. Tato metoda je zvláště nebezpečná a může zapříčinit infikované trombózy (Krekulová, 2021).

Předávkování

Injekční užívání drogy nese velmi vysoké riziko předávkování, které může být definováno jako: „náhodná nebo úmyslná otrava drogou či drogami, která nastává jako

přímý a akutní důsledek farmakologického účinku drogy na různé orgánové systémy a životní funkce“ (Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, s. 14, 2022) s možným následkem smrti, a to především z důvodu, že při aplikaci je uživatel velmi často o samotě, ať už na toaletách nebo uživatelských bytech, squatech a není jim tak včas poskytnuta první pomoc, nebo jsou přítomni ostatní uživatelé, ale první pomoc neposkytnou, jelikož nevědí jak, případně se bojí následujícího vyšetřování policie, a tak místo raději opustí.

Riziko předávkování také zvyšuje předcházející abstinence především u opioidů a při užití více substancí najednou. V roce 2020 došlo k 96 případům smrtelného předávkování drogou, z toho 28 opioidy, 20 pervitinem, 2 těkavými látkami, 2 GHB, 1 kokainem, 1 THC a 38 psychoaktivními léky (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 cit. dle Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

Psychické a sociální dopady

Intravenózní zneužívání návykových látek neškodí pouze somaticky, ale samozřejmě i sociálně a duševně. Pro injekční užívání návykových látek je typické dlouhodobé a četné užívání, které často vede k podvýživě, dehydrataci, nedostatečné hygieně, nespavosti, špatnému psychickému stavu, hypovitaminóze, poruchám imunity a asociálnímu chování, které může být doprovázeno i promiskuitou a prostitucí, a tím se tak zvyšuje i riziko sexuálně přenosných nemocí jako je např. kapavka, syfilis, chlamydie apod.

Sociální dopady zpravidla počínají nedostudováním, nemožností uplatnit se na trhu práce nebo ztrátou zaměstnání. To značně komplikuje možnost stabilního bydlení a může končit až bezdomovectvím a sociálním vyloučením, což může finančně kompenzovat kriminální činnost či prostituce. Dále jsou narušovány vztahy rodinné, komunitní i společenské, čímž jedinec ztrácí své sociální role.

Z pohledu duševních poruch velmi často dochází k duálním diagnózám, kdy jednou je problémové užívání drog a tou druhou je přidružená psychiatrická porucha, která může zhoršit zdravotní komplikace z důvodu nevyhledání lékařské pomoci a taktéž zhoršit celkové sociální aspekty života. Mezi nejčastější přidružené poruchy se řadí disociální a hraniční poruchy osobnosti, deprese (u 12-80 % uživatelů), porucha pozornosti s hyperaktivitou, poruchy příjmu potravy (u 30 % uživatelů), psychotické poruchy jako jsou schizofrenie (30-66 %) a bipolární porucha (40-60 %) (Torrens, 2015 cit. dle Analýza situace v oblasti užívání

návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

1.2 Užívání návykových látek v České republice

Ze Souhrnné zprávy o závislostech z roku 2021, kterou vydává monitorovací středisko pro drogy a závislosti, vyplývá, že v České republice je stabilně velmi vysoké číslo lidí pravidelně konzumujících alkohol a nikotinové výrobky, u kterých roste obliba elektronických cigaret a zahřívání tabáku. Odhaduje se, že je v České republice 1,5-2,1 miliónu denních kuřáků a 800-980 tisíc denních uživatelů alkoholu. Je třeba zdůraznit, jak vysoká tato čísla jsou. Konzumace alkoholu i nikotinu má značné dopady na jednotlivce i společnost v mnohých rovinách, a to se jedná o látky legální.

Co se týče nelegálních návykových látek, na první příčce se umísťují konopné látky a počet rizikových uživatelů této drogy se odhaduje na 350-465 tisíc. Zároveň se odhaduje, že 22-37 % osob starších 15 let vůbec někdy konopné látky vyzkoušelo. U skupiny lidí mladších 15 let tento odhad činí dokonce 38 % populace (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2023).

Počet osob užívajících rizikově pervitin nebo opioidy se odhaduje na 43-46 tisíc. Z tohoto počtu se odhaduje, že 11 tisíc osob užívá pouze opioidy a z toho 3 tisíce osob užívá heroin. Uživatelů pervitinu se odhaduje 42 tisíc. Z celkového počtu uživatelů pervitinu a opioidů jich 40-43 tisíc užívá drogu injekčním způsobem, což je opravdu obrovské číslo. Pro porovnání, v roce 2011 se odhadovalo, že se v České republice vyskytuje 36 tisíc uživatelů pervitinu a opioidů, z toho bylo 34 tisíc injekčních uživatelů (Mravčík, 2021). Injekční uživatelé návykových látek jsou specifickou a nejvíce rizikovou skupinou z pohledu přenosu infekčních onemocnění, předávkování a potýkají se s dalšími somatickými, psychickými a sociálními problémy.

Česká republika má velmi hustou síť podpůrných adiktologických služeb různých oborů a resortů (zdravotní, sociální, výchovně-pedagogické), které jsou klienty poměrně hojně využívány, zejména pak těmi, kteří užívají nelegální návykové látky injekčně. Odhaduje se, že 40-45 tisíc uživatelů vyhledá ročně jednu ze sítě adiktologických služeb v České republice. V roce 2020 byl počet těchto služeb 285. Konkrétně se pak jednalo o 58 služeb primární prevence, 59 nízkoprahových kontaktních center, 49 terénních programů,

109 ambulantních léčebných služeb (10 pro mladistvé), 18 detoxifikačních zařízení, 22 lůžkových zdravotnických zařízení, 17 terapeutických komunit, 51 doléčovacích programů, 18 substitučních léčeb a 4 stacionární programy (Mravčík, 2021 cit. dle Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

Z dotazníkové studie z roku 2019, která probíhala ve 38 nízkoprahových službách, konkrétně v kontaktních centrech po celé České republice, vyplynulo, že z 955 oslovených klientů, bylo 666 mužů, průměrný věk klientů byl 34,6 let a 97 % uvedlo, že v minulosti alespoň jednou užili návykovou látku intravenózním způsobem a 91 % osob dokonce v posledním měsíci. Z celkového počtu respondentů 86 % užívalo pervitin, 11 % buprenorfin a 3 % heroin (Mravčík, 2021 in Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

1.3 Užívání návykových látek v Praze

Jakožto každé velkoměsto i Praha má vyšší počet uživatelů návykových látek, a tím i zvýšenou kriminalitu. Drogová kultura v Praze se oproti jiným městům liší, což způsobuje vysoký počet poptávky, čím se zvyšuje i počet nabídky. Velkým tématem je vysoký nárůst zneužívání kokainu mezi mladými lidmi v rámci noční zábavy. Užívání kokainu se stává velmi dostupným, a ačkoliv se jedná o stimulant, jeho užívání může být i velmi skryté. Ačkoliv je zneužívání tohoto stimulantu aktuálním tématem, tito zpravidla rekreační uživatelé nespádají do výše zmíněných počtů rizikových uživatelů drog v České republice.

Praha je i prvním ukazatelem nových trendů v oblasti drogové kultury, právě v Praze je největší výskyt zneužívání nových syntetických drog, což přináší nepředvídatelné psychické stavy a toxické psychózy u osob, které látky zneužívají. Příčinou je otevřená drogová scéna, která se vyskytuje především v hlavním městě od 90. let.

Otevřenou drogovou scénou je označována lokalita, ve které se shlukují uživatelé, kteří se řadí do skupiny problémových uživatelů drog (PUD), a kde dochází k obchodování s nelegálními drogami. Kumulace těchto jevů zvyšuje kriminalitu (potyčky, prostituci, obchodování s drogami a látkami k substituční léčbě, krádeže), snižuje bezpečnost lidí v komunitě a snižuje čistotu a bezpečnost veřejného pořádku. K jednotlivým drogovým scénám mohou patřit malé uzavřené skupiny tzv. toxiků, ale mohou mít i charakter až tisícových skupin, které přijímají i lidi z jiných měst a zemí, ale také nezletilé osoby ze

sociálně slabších rodin či nezletilé osoby, které jsou vedeny jako pohřešované osoby z důvodu útěku z institucionální péče. Nezletilé osoby jsou často zneužívány na obchod s drogami a prostituci. Členové otevřené drogové scény mohou být i součástí organizovaných zločinů. První otevřené drogové scény vznikaly již v 60. letech 20. století po celé Evropě a hlavním produktem byla marihuana, poté i heroin, pervitin a kokain (Connolly, 2006 in Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

Dlouhé roky se hlavní otevřená drogová scéna nacházela v okolí Hlavního nádraží, Václavského a Karlova náměstí, avšak aktuálně se přesunula na Prahu 5 kolem zastávek Anděl, Na Knížecí a Smíchovské nádraží. Další otevřené drogové scény nalezneme v okolí zastávek metra Palmovka, Florenc a Budějovická. Dle Herzoga (2019) se drogová scéna na Praze 1 může rozdělit do dvou od sebe oddělených drogových trhů. První typ nalezneme především v okolí Václavského náměstí, který cílí na turisty a mladistvé osoby, které do města vyrážejí za noční zábavou. Dealeři jsou často cizinci, kteří jsou součástí větší organizované skupiny a bývají pouhými prodejci. Na tomto drogovém trhu se nejčastěji prodává marihuana, hašiš, extáze, LDS, kokain, pervitin a heroin a kvalita čistoty látky bývá často nízká. Druhý drogový trh na tomto území spravují injekční uživatelé drog, kteří tvoří poměrně uzavřenou komunitu lidí nenavazují nijak zvláštní vztahy a jejich pozice v komunitě se často proměňují. Největší poptávka je po pervitinu, heroinu, buprenorfinových a benzodiazepinových tabletách a koncentrují se v okolí pražského hlavního nádraží, Národní třídy a I.P. Pavlova. Obecně se však dá říct, že typická otevřená drogová scéna se nachází na místech uzlů veřejné hromadné dopravy, aby usnadnila a urychlila dostupnost. Dále pak na místech, kde se vyskytuje velké množství lidí za účelem bezpečnosti v komunitě a na místech, která jsou jakýmsi koloritem již od 90. let (Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

Čím více se vzdalujeme od centra Prahy, drogová scéna se proměňuje. Kumuluje se na Praze 1 a 2 (Václavské a Karlovo náměstí, Hlavní nádraží, Vrchlického sady). Praha 3 (Žižkov, Vysočany) slouží jako jakési klidové útočiště pro skupinu osob pohybujících se v centru, kteří zde vyhledávají opuštěné budovy, ve kterých vytvářejí tzv. squaty, do kterých těžko pronikají policisté i terénní pracovníci. Praha 4 (Nusle, Braník, Novodvorská, Budějovická) je specifická svou rozlohou a drogová komunita zde není v takovém zájmu jako ve středu města, jelikož v této části Prahy chybí podpůrná síť sociálních služeb, i proto terénní pracovníci dochází do této části Prahy. Přesun jedné z hlavních drogových scén na

Prahu 5 je velmi aktuálním tématem. Může být podnícen i výskytem nízkoprahových služeb v okolí zastávky Anděl, což se nelíbí řadě místních obyvatel, dochází tak k častým protestům a diskusím, na základě čehož byl uskupen speciální policejní tým a přijata deklarace, která si klade za cíl rozšíření nízkoprahových služeb i do jiných městských částí. Nízkoprahové služby, které se v lokalitě vyskytují, dělají maximum pro zlepšení situace, např. instalací Fixpointů. Scéna na Praze 6 (Hradčany, Břevnov) je netypická svou uzavřeností, avšak úzce spolupracuje s organizací Drop In, která má v části kontaktní centrum. Praha 7 (Holešovice) je typickou scénou pro mladistvé uživatele a uživatele přijíždějících z jiných měst za noční zábavou, a to především do přilehlých nočních klubů Cross a Centrála. Od roku 2019 se však rozsah místní drogové scény snížil o polovinu. Oblast Prahy 8 (Palmovka, Karlín, Kobylisy) je velmi rozlehlou a monitorovanou. Policisté Prahy 8 procházejí výcvikem pod záštitou organizace Progressive, aby věděli, jak jednat s lidmi pod vlivem drog (Havlíková, 2020 cit. dle Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

Ze zmíněných celorepublikových 44 tisíc uživatelů pervitinu a opioidů v roce 2020 se odhaduje, že takřka 30 % těchto uživatelů se pohybuje na území hlavního města Prahy. Dále se odhaduje, že z výsledných 13 tisíc osob jich 5 500 užívá pervitin, tedy 16 % z celkového počtu uživatelů pervitinu v ČR. A 7 500 osob zneužívá na území Prahy opioidy, což je asi 70 % z celkového počtu uživatelů opioidů v ČR. Pro porovnání, ve druhém nejvíce obydleném kraji České republiky, tedy ve Středočeském kraji, se tento počet osob odhaduje na 2,5 tisíce. Druhým nejpočetnějším krajem v počtu PUD je kraj Moravskoslezský, kde se odhaduje počet na 4 tisíce (Mravčík, 2021 in Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

Aktuálně je sledována tendence poklesu injekčního užívání opioidů a pervitinu na území Prahy, čímž dochází i ke zmenšování drogového trhu, což může být důsledkem vysokých životních nákladů na území hlavního města. Lidé se tak stěhují do menších měst, kde je levněji a obecně dochází ke stárnutí populace injekčních uživatelů, kteří nastupují do léčebných zařízení a výkonu trestu, ale i umírají.

Město Praha kultivuje riziková místa, aby eliminovala příležitosti, kde mohou uživatelů a lidé bez domova dlouhodobě trávit čas, přespávat, obchodovat a aplikovat si drogu. Dochází k rekonstrukcím budov, veřejných toalet, ale i ke kultivaci odloučených a zarostlých míst. Došlo ke zrušení heren na území Prahy 2 a ve stanici metra Muzeum.

Zvýšený počet terénních pracovníků je také příčinou, proč dochází ke snižování kumulace uživatelů na konkrétních místech, na základě čehož dochází ke snížení kriminality a zvýšení čistoty prostředí.

Vysoká koncentrace lidí užívajících návykové látky a otevřená drogová scéna se zasloužila o rozsáhlou síť podpůrných adiktologických služeb na území Prahy, která je i přesto vzhledem k počtu uživatelů nedostatečná. V roce 2020 byl počet těchto služeb po celé České republice 285. Konkrétně se pak na území Prahy nacházelo 7 služeb primární prevence, 3 nízkoprahová kontaktní centra, 4 terénní programy, 13 ambulantních léčebných služeb, 3 detoxifikační zařízení, 2 lůžková zdravotnická zařízení, 8 doléčovacích programů, 6 substitučních léčeb a 2 stacionární programy. Vzhledem ke specifickým terapeutickým komunit se na území Prahy nevyskytuje žádná. Od roku 2023 se na území Prahy nachází pouze dvě nízkoprahová kontaktní centra a to na Praze 5 a na Praze 1, třetí se nacházelo rovněž na Praze 5, avšak K-centru organizace Progressive byla vypovězena smlouva

Počet nízkoprahových center je na počet klientů dlouhodobě nedostačující. Na území Prahy nalezneme centra organizací SANANIM, Drop-In a Progressive, která mezi sebou úzce spolupracují. Poskytují kontaktní centra, terénní programy, ale např. i projekty fixpoint-kontejnery na použitý materiál, bikestreet – terénní služba na kole (Mravčík, 2021 cit. dle Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

1.4 Profil injekčního uživatele návykových látek

Dle výzkumu Herzog, Kocian a Plaček (2019) byl utvořen profil injekčního uživatele drog v Praze s průměrným věkem 37 let (37,5 u mužů, 35,7 u žen). Oproti výzkumům z předchozích let průměrný věk „profilu uživatele“ roste, což dokazuje, že populace injekčních uživatelů stárne. Pouze 8 % respondentů bylo mladších 26 let a zhruba 0,6 % mladších 20 let.

Z průzkumu vychází, že 31 % osob uvedlo jako svou primární drogu buprenorfin, z nichž 70 % nejsou klienti substituční léčby. 25 % osob uvedlo jako svou primární drogu pervitin, 13 % heroin, 11 % kombinaci pervitinu a buprenorfinu a 10 % kombinaci pervitinu a THC.

60 % dotazovaných uvedlo své bydliště na území Prahy, 5 % bylo osob cizinců. 50 % respondentů uvedlo, že denně vyhledávají otevřenou drogovou scénu.

Je důležité zmínit, že tento profil uživatele je vytvořen z náhodných klientů nízkoprahových služeb v Praze, kdy celkový počet oslovených klientů byl 342 osob, z toho 72 % mužů a 28 % žen (Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022).

1.5 Návykové látky ukotveny v legislativě

Základní trestní ukotvení návykových látek najdeme v Zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, který upravuje zájem společnosti na ochraně obyvatel proti ohrožení. Dále v Zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, který ukotvuje zacházení s návykovými látkami, jejich vývoz, dovoz, dále s přípravky obsahujícími návykové látky, ukotvení pěstování máku, konopí, koky a jejich import a export. V průběhu vývoje drogové situace v České republice tento zákon prošel mnohými ratifikacemi. V roce 2023 byl poslanecké sněmovně předložen novelizační návrh, aby byly rozšířeny kategorie návykových látek o psychomodulační a nové psychoaktivní látky. Např. během roku 2022 a 2023 byl seznam rozšířen o 285 nových psychoaktivních látek, který je ukotven v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Většinou se jednalo o syntetické kanabiody, kathinony, benzodiazepiny a syntetické opioidy (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2023).

Aktuálně v březnu 2024 došlo k rozšíření seznamu o semisyntetické kanabinoidy hexahydrokanabinol (HHC), hexahydrokanabinol-O-acetát (HHC-O) a tetrahydrokanabiforol (THCP), toto rozšíření seznamu je však dočasné pouze do prosince 2024, kdy Vláda ČR rozhodne o dalších postupech zacházení s těmito látkami (www.celnisprava.cz, [online]). Této restrikci předcházelo předávkování látkou HHC několika dětmi, ale i dospělými, kteří po užití zažívali kolapsové stavy, dezorientaci a halucinace a látku si mohli volně obstarat např. ve výdejních automatech v obchodních centrech.

Dalším důležitým zákonem je Zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog, který byl naposledy novelizován v roce 2021, ale i Zákon č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (gov.cz, [online]).

Drogová situace v České republice se proměňuje a vyvíjí a je nutné reagovat na nově se vyskytující zneužívané návykové látky, které se nevyskytují na seznamu omamných a psychotropních látek a jsou tak obrovskou hrozbou pro celou společnost včetně dětí. Jedná se především o nové syntetické návykové látky, především pak psycho-modulační látky a konopné syntetické látky, které jsou velmi levné na výrobu a velmi nečitelné v dávkování. Jsou rizikové na předávkování z důvodu pomalého nástupu, obchodníci na ně reagují velmi pohotově, jsou tak na trh uváděny bez jakékoli kontroly. Je nutné na ně pohotově reagovat nejen z pohledu legislativy, ale i v přístupu primární a komunitní prevence a následné léčby, kdy bychom měli více vnímat individuální příčiny počátku užívání drog, následného přístupu harm reduction v individuálním i veřejném zdraví, ale i samotné kontroly a regulace, jelikož na nové syntetické drogy neexistují žádné testovací metody. Problém nastává v poměrně nízkém počtu sesbíraných dat o těchto nově vznikajících látkách, jelikož právě absence informací brání k okamžitému umístění na seznam omamných a psychotropních látek (stream.cz, [online]).

Na vznik aplikačních místností musí reagovat i legislativa evropské i české politiky. Organizace spojených národů (OSN) vydala v roce 1961 Úmluvu o omamných látkách, která je závazná pro všechny členské státy. V úmluvě je ukotveno, že nakládání s omamnými látkami je povoleno pouze pro léčebné a vědecké účely, což se neshoduje s principy práce aplikačních místností. Překážkou v české legislativě může být paragraf z Trestního zákoníku, který se vztahuje k nedovolenému nakládání s omamně psychotropními látkami, a taktéž jasně stanovuje, že jakékoliv podněcování k užívání nelegálních návykových látek je trestným činem. Řešením by bylo zavedení zákona o aplikačních místnostech, který službu legislativně zvyhodňuje např. v Norsku (gov.cz, [online]).

2 Harm reduction

Pojem harm reduction je mimo jiné ukotven v úmluvě OSN, která se zabývá rovným přístupem k boji proti drogám a v doslovném překladu znamená snižování poškození.

Dle Janíkové cit. dle Kalina (2008) je harm reduction přístup, který si klade za cíl snížení nebo minimalizaci zdravotního, sociálního i ekonomického poškození užíváním legálních i nelegálních návykových látek u lidí, kteří uživateli jsou a aktuálně nemají motivaci k abstinenci, ale zároveň je kladen důraz na zachování zdraví a prospěšnost pro celou společnost ve smyslu kvality a hodnoty života všech zúčastněných osob. Jinými slovy, harm reduction se se zaměřuje na dopady všech zúčastněných osob.

Jak jsem již zmínila, v doslovném překladu harm reduction znamená z anglického jazyka „snižování poškození“, které je orientované na uživatele s ohledem na teď a tady s cílem snížit negativní dopady užívání drog, ale i s cílem snížit tyto dopady na konkrétní komunitu a celou veřejnou společnost. Užívaným synonymem může být i termín risk reduction a harm minimisation (Janíková cit. dle Kalina, 2008).

Na uživatele návykových látek, ať těch legálních nebo nelegálních, je třeba dívat se optikou, že každý uživatel je individuální a záleží na jeho osobnosti, přístupu apod., ale záleží i na vlivu prostředí a kultury, která nás obklopuje.

To, co je v některé kultuře akceptováno, může být v jiné kultuře zcela zakázáno. Tyto aspekty, kromě podstaty a účinků samotné drogy, pak ucelují, jak samotná intoxikace bude probíhat a pokračovat.

Co se týče individuálního přístupu, je důležité zmínit kontrolované užívání, což je proces vnitřní motivace na základě např. povinností, zdravotních ohrožení apod. Tento přístup také ovlivňuje, jak bude intoxikace probíhat a pokračovat, a vychází z teorie amerického psychiatra Zinberga z roku 1984.

Ve stejných letech se ve Velké Británii teoriím harm reduction věnuje výzkumník Newcombe, který v zemi zakládá nízkoprahové služby a substituční programy. Newcombe se tématice věnuje i ve 21. století a přichází s teoretickým rámcem harm reduction, kdy nahlíží na užívání návykových látek optikou příčiny, důsledku, konzumace a intervence (Kalina, 2008).

Uživatelé návykových látek se velmi často setkávají s nevstřícným až soudícím přístupem, který doprovází neochotu pomoci a nepochopení, a to i v řadách státních institucí, čímž se zvyšují i negativní důsledky užívání návykových látek obecně. Harm

reduction přístup podporuje respekt a ochranu základních lidských práv, a tím snad prolamuje bariéru, která může zabránit vyhledání odborné pomoci (Janíková cit. dle Kalina, 2008).

Můžeme říct, že přístupy harm reduction jsou přirozeně užívány od počátku lidstva, avšak vědomě a cíleně byl přístup poprvé užit ve Velké Británii ve 20. letech 20. století britskými lékaři, kteří podávali opium svým pacientům. Poté ho rozvinula Světová zdravotnická organizace (WHO) v 70. letech téhož století a v 80. letech byl ukotven v kontextu s užíváním návykových látek a šíření infekčních onemocnění, kdy byla v Liverpoolu zavedena sociální služba, která měla za cíl edukovat a poskytovala i výměnný injekční a substituční program. I Nizozemsko bylo v této problematice pokrokové a již v roce 1984 byl i zde zaveden první výměnný injekční program (Kalina, 2008). V České republice se přístup harm reduction začal užívat po roce 1989. V roce 1992 bylo založeno první nízkoprahové zařízení pro osoby užívající návykové látky a o rok později byl zaveden první substituční program – obě služby zaštiťovala organizace Drop In o.p.s. (DropIn.cz, [online]). O rok později, tedy v roce 1994, organizace Sananim z. ú. zavádí první terénní program na území města Praha.

Dle Gerra cit. dle Kalina (2015) je služba harm reduction velmi rozmanitá a nabízí více druhů intervencí. Dále říká, že harm reduction přístup by měl poskytovat především:

- poradenskou a informativní činnost
- sociální asistenci poskytovanou se zásadami sociálních služeb (tedy nevytvářet závislost na službě)
- možnost očkování proti infekčně přenášeným nemocem
- intervence při předávkování
- výměnné programy injekčního materiálu
- testování na HIV a sexuálně přenosné nemoci a možnosti prevence
- prevence na hudebních a tanečních akcích – zaměřeno na občasné uživatele
- snaha o změnu přístupu k uživatelům drog ze strany složek integrovaného záchranného systému
- práce s dětmi uživatelů

Dle National Treatment Agency for Substance Misuse by měly být hlavními cíli harm reduction:

- minimalizovat poškození způsobené užíváním drog
- uživatel je lidská bytost a je třeba k němu přistupovat s respektem
- časná a četné intervence
- dílčí a dosažitelné cíle
- přístup k drogám je neutrální, tzn. nemá za cíl je zcela vymítnout, ale pochopitelně je ani legalizovat, je ale nutné říct, že harm reduction cílí i na legální návykové látky, kterými jsou alkohol, tabák, některé druhy nových syntetických drog apod., v některých zemích na legální THC (NTA, 2008)

Pojem harm reduction je však velmi často užíván v kontextu s nelegálními, tvrdými návykovými látkami a konkrétně pak s nitrožilním užíváním, kdy odhady vycházející ze získaných dat informují o zhruba 16 milionech intravenózních uživatelů různých návykových látek, kdy se největší procento uživatelů nachází v Číně, Rusku a USA.

Harm reduction si klade za cíl předcházet přenosu HIV a jiných nemocí, ke kterému může dojít skrze sdílení injekčních stříkaček, ale i dýmek apod. Odhady z roku 2012 dále mluví o 3 milionech lidí po celém světě, kteří jsou zároveň injekčními uživateli, i HIV pozitivními osobami. Krom HIV jsou lidé užívající nitrožilně samozřejmě více vystaveni virovým hepatitidám, tuberkulóze, bakteriálním infekcím, předávkování apod.

Dle Kaliny (2015) je právě šíření infekčních onemocnění a jejich předcházení jakýmsi měřítkem pro efektivnost harm reduction. Jedná se o prostředek, který chrání veřejné zdraví, jelikož minimalizace šíření viru HIV a jiných infekčních onemocnění předchází vypuknutí epidemie. Aby byly kroky harm reduction účinné, je nezbytné, aby spolupracovaly zdravotnické, legislativní, právní i sociální orgány. Zároveň je nezbytná akceptace široké veřejnosti, že kroky harm reduction mají za cíl nejen pomáhat uživatelům návykových látek a zamezit tak u nich zdravotním a sociálním dopadům, ale i zlepšit zdravotní a sociální podmínky celé společnosti (WHO, 2005).

Harm reduction spočívá v časně intervenci v začátku, kdy uživatel vyhledá kontakt s pomáhajícími profesemi, kterými mohou být lékaři, adiktologové, pedagogové, sociální pracovníci, psychologové apod. Časným intervencím předchází časná detekce, aby se zabránilo vážnějším psychickým, somatickým, sociálním dopadům a samotnému vzniku závislosti (Kalina, 2008).

Harm reduction kloubí dva modely, kdy v prvním je cíleno na uživatele návykových látek skrze výše zmíněné dopady a je označován jako bio-psycho-sociální, někdy je

doplněný o spirituální složku. Druhý model cílí na samotné substance a snaží se snížit jejich dostupnost a nabídku. Co nejzdravější vztah mezi uživatelem a substancí je cílem právě harm reduction přístupu.

Principy harm reduction

Kanadské centrum věnující se problematice návykových látek sestavilo principy harm reduction.

- 1) Pragmatičnost – akceptace, že látky měnící vědomí jsou běžným prvkem lidské zkušenosti, nesou s sebou určité riziko, ale přináší i určité pozitivní zážitky a je třeba brát v potaz oba tyto aspekty.
- 2) Humanistický přístup – akceptace rozhodnutí uživatele drogy užívat, nikoliv tento proces legitimizovat. Jsou respektována práva a důstojnost uživatele.
- 3) Zaměření na poškození – prioritou je snížit negativní dopady užívání přímo u uživatele a jeho okolí než se snažit snížit užívání drog jako takové. Harm reduction nevyklučuje, ale ani neprosazuje abstinenci jako dlouhodobý cíl. Snížování dávek nebo změna způsobu aplikace je jednou z nejúčinnějších forem harm reduction.
- 4) Náklady a přínosy – hodnocení nákladů a přínosů intervencí, protože pak je možné zaměřit zdroje na priority.
- 5) Bezprostřední cíle – hierarchie individuálních, skupinových a komunitních cílů, které jsou pasovány na aktuální potřeby. Naplnění bezprostředního a realistického cíle je obvykle prvním krokem k bezpečnému užívání nebo k abstinenci (NTA, 2008).

2.1 Harm reduction a vztah k sociální práci

Harm reduction je používán v medicíně, ale i sociální práci, ve které se zaměřuje na snižování rizikového chování klientů a ochranu veřejného zdraví a to především za pomoci nízkoprahových sociálních služeb, které spadají do oblasti terciální (sociální) prevence. Pod nízkoprahové služby, tzv. „nízkoprahy“ spadají např. terénní programy, kontaktní centra, výměnné programy, testování klientů na infekční onemocnění, substituční program apod.

Výkon sociálních služeb spadá pod Zákon č. 106/2008 Sb., o sociálních službách, který mimo jiné upravuje podmínky pro pracovníky. Ti musí být plně svéprávní, bezúhonní a musí doložit zdravotní způsobilost a požadované vzdělání, které musí být minimálně vyšší odborné, a to z oborů: sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče,

sociální patologie, speciální pedagogika. Povinností sociálních pracovníků je i nadále se vzdělávat ve svém oboru skrze akreditované kurzy. Právě již při studiích se student setkává s přístupy harm reduction v teoretické rovině, které jsou čím dál více integrovány, a to převážně při práci s klienty užívající návykové látky a osobami bez domova (gov.cz, [online]).

Sociální pracovník v práci s uživateli drog vykazuje sociální práci, která je velmi různorodá, ale vždy cílená, profesionální a individuální, s důrazem na vztah mezi pracovníkem a klientem. Je důležité zmínit, že stejně jako jakákoliv jiná práce s klientem, i činnost sociálních služeb by měla být mezioborová a poskytovat tak komplexní profesionální péči.

Konkrétně v nízkoprahových službách se můžeme setkat se zastoupením profesí sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, sociálního pedagoga, speciálního pedagoga, adiktologa, psychologa, psychoterapeuta, psychiatra, ergoterapeuta apod. Avšak troufám si říct, že sociální pracovník se často setkává s tím, že zastupuje roli velmi komplexní, a ačkoliv ne zcela legitimně, tak trochu supluje všechny zmíněné profese. Je často prvním odborným pracovníkem, se kterým se klient setkává na tzv. úvodním jednání. Je tedy nezbytné, aby se sociální pracovník orientoval v konkrétní sociální problematice, ale i v problematikách přidružených, mít profesionální, zároveň citlivý a věcný přístup, umět řešit krizové situace, ke kterým na těchto jednáních může docházet a reagovat na ně, orientovat se v zákonech a síti podpůrných služeb. Je také velmi důležité vytvářet s klientem vztah, který je vřelý a založený na důvěře, zároveň však nevytvářet klientovu závislost na sociálních a dalších podpůrných službách (mpsv.cz, [online]).

Sociální pracovník dle Zákona č. 106/2008 Sb. se musí řídit Etickým kodexem pro sociální pracovníky vydávaným Asociací poskytovatelů sociálních služeb, ve kterém jsou definovány zásady ve vztahu k zaměstnavateli, kolegům v sociální práci, profesi a odbornosti, společnosti a samozřejmě ke klientovi. "Prvořadá je etická zodpovědnost sociálního pracovníka ke klientovi sociální práce. Sociální pracovník:

- Podporuje klienta k vědomí vlastní zodpovědnosti, nezastupuje ho v oblastech, kde to dokáže sám.
- Jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva klienta i jeho právo volby řešit nebo neřešit vlastní situace. Vyvaruje se jakékoliv diskriminaci klienta.
- Chrání klientovo právo na soukromí.

- Zaměřuje se na klientovy silné stránky a podporuje je při řešení dalších oblastí jeho života.
- Nepoškozuj klienta, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu ani nepříznivou sociální situaci.
- Jedná s klientem důstojně, s úctou a respektem, vytváří s ním vztah založený na důvěře.
- Respektuje klientovu příslušnost k sociálním skupinám, národnosti i jeho etnickou a kulturní různorodost.
- Zajímá se o klienta v rámci rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí.
- Přispívá k začlenění klienta do přirozeného prostředí a napomáhá při řešení problémů v dalších aspektech jeho života.
- Informuje klienta o možných rizicích a důsledcích při jeho rozhodování, akceptuje klientův pohled na vlastní blaho, přestože jsou mu známa rizika.
- Akceptuje rozhodnutí klienta o ukončení sociální práce. Je však povinen poskytnout informace o jiné podpoře a službách v případě, že jsou nadále potřebné.
- Zjišťuje komplexní informace tak, aby mohl dostatečně posoudit a reflektovat klientovy vyjádřené i nevyjádřené potřeby.
- Předává klientovi komplexní informace o spektru podpory v jeho nepříznivé sociální situaci.“

(profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz, [online])

2.2 Harm reduction v koncepci protidrogové politiky ČR

V České republice je harm reduction přístup ukotven v Akčním plánu protidrogové politiky, který řídí česká vláda, konkrétně pak Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti zavislosti a vytváří soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření, která mají za cíl předcházet negativním důsledkům závislostního chování a snížit zdravotní, sociální a ekonomické dopady na jednotlivce i společnost.

Aktuálním dokumentem protidrogové politiky je Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostní chováním 2019-2027, který je tvořen jednotlivými

akčními plány, ty jsou vytvářeny vždy na tři roky. Aktuálně je vytvořen Akční plán politiky v oblasti závislosti na rok 2023 až 2025 a jeho aktuální cíle obsahují:

- prevence a léčba závislostí
- regulace trhu s drogami
- efektivní odvod daní zohledňující rizikovost produktů se závislostním potenciálem
- prosazování principů vyvážené politiky
- minimalizace dopadů krize na Ukrajině na situaci v oblasti závislostí v České republice

(Akční plán politiky v oblasti závislostí 2023-2025)

2.3 Nízkoprahové služby

Je nezbytné představit si fungování nízkoprahových zařízení, jelikož v mnohých státech jsou aplikační místnosti zřizovány pod již fungujícími nízkoprahovými službami, nebo podobnými zařízeními.

Nízkoprahové služby pod sebe zahrnují terénní programy, kontaktní centra, ale i výdejní automaty na zdravotnický materiál, fixpointy, tedy kontejnery na injekční materiál, zapojují i tzv. peerworkery, tedy uživatele, kteří však za určitých podmínek rozšiřují působení terénních pracovníků a velkou výhodou je jejich působení v uzavřených komunitách.

Další službou, v České republice však zatím se nevyskytující v kontextu stálého zařízení, je právě aplikační místnost, která by s největší pravděpodobností spadala právě pod nízkoprahové služby, případně do zdravotnického sektoru. Tyto nízkoprahové služby jsou ukotveny v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dále v Zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (Janíková cit. dle Kalina, 2008).

Nízkoprahová zařízení fungují na principu poskytnutí služby komukoliv, kdo ji vyhledá bez dalších omezení, aby bylo pole potencionálních klientů co nejširší a nevznikaly tak překážky, proč službu nevyužít. Je tedy žádoucí zdůraznit, že služby nízkoprahových

služeb jsou anonymní a s klientem pracují pod přiděleným číslem. Práce s klienty je samozřejmě individualizovaná a cílí na klienta a jeho aktuální potřeby, nikoliv na abstinenci.

Nízkoprahové služby bývají často situovány v centrech měst, jelikož odloučení by mohlo vytvářet důvody, proč klient službu nenavštíví. Umístění v centrech může přinášet kumulaci klientů v konkrétních městských částech, a to nejen v otevírací dobu nízkoprahových zařízení.

Velmi často jsou pracovníci nízkoprahových služeb prvními odborníky, které uživatel vyhledá, za což mohou i negativní zkušenosti při vyhledání zdravotnické péče v minulosti (Krekulová, 2021). Je tedy nezbytné, aby vztah nízkoprahový pracovník-klient byl založený na důvěře a respektu a počátky tohoto vztahu jsou klíčové pro další efektivní postupy.

2.3.1 Kontaktní centra

Kontaktní centra představují klíčovou službu spadající pod nízkoprahová zařízení. Jejich hlavním záměrem je poskytovat poradenství s důrazem na podněcování klientů k další léčbě. Tato centra se zaměřují na snižování rizik spojených s užíváním drog a motivují klienty k úpravě životního stylu a hledání odborné podpory. Kromě poradenství v prevenci a léčbě závislostí, centra také poskytují hodnocení klientova stavu a pomáhají mu s vyřízením léčby. Důležitou charakteristikou těchto center je možnost klientů obrátit se na ně anonymně a bez předchozího doporučení, kdykoli během otevírací doby (Matoušek, 2008).

Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou kontaktní centra definována jako nízkoprahová zařízení, která poskytují pomoc ambulantně nebo terénní formou osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Jejich primárním cílem je snižovat sociální a zdravotní rizika spojená s užíváním drog a poskytovat sociálně terapeutickou činnost. Mezi další cíle těchto center patří pomoc při prosazování práv klientů a obstarávání jejich osobních záležitostí včetně zajištění adekvátních hygienických podmínek (mpsv.cz, [online]).

Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. jsou kontaktními centry poskytovány následující služby:

- 1) kontaktní práce – tato činnost spočívá v navázání vztahu pracovníka s klientem s cílem získání důvěry a porozumění klientovým potřebám. Jedná se o klíčovou aktivitu v těchto centrech, která se obvykle provádí v kontaktní místnosti
- 2) výměnný program – tento program zahrnuje distribuci a výměnu injekčního materiálu a dalších zdravotnických a pomocných materiálů. Cílem je minimalizovat rizika spojená s užíváním drog a zároveň mapovat rizikové chování klientů
- 3) základní zdravotní péče – poskytuje se jednoduché ošetření a testování na infekční nemoci jako HIV a hepatitidy. Klienti jsou motivováni k návštěvě odborných lékařských zařízení
- 4) základní poradenství – zaměřuje se na prohloubení vztahu s klientem a snahu o změnu jeho rizikových vzorců chování, včetně informací o možnostech léčby a zprostředkování léčby
- 5) strukturované poradenství a motivační trénink – forma poradenství, která může následovat po základním poradenství a motivuje klienty k abstinenci
- 6) krátkodobá intervence – krizová intervence a práce s rodinou/partnerem
- 7) sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, komunikace s úřady a dalšími státními orgány
- 8) potravinová a hygienická banka (mpsv.cz, [online])

V České republice na nachází 54 kontaktních center, což při počtu 44 tisíc rizikových uživatelů návykových látek vychází na 819 klientů na jedno kontaktní centrum.

V Praze je tento počet rozložen pouze do dvou kontaktních center! Dle statistik z roku 2021, kdy v Praze kooperovala ještě tři K-centra, na jednu službu statisticky připadalo 4 333 klientů a již tehdy bylo zřejmé, že je nutné navýšit počet těchto center. Na celkový počet 530 262 výkonů, které nízkoprahová zařízení poskytla v roce 2020 po celé ČR, připadá 134 585 výkonů na pouhá tři K-centra v Praze (Mravčík, 2021 in Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, 2022). Od roku 2023, kdy zaniklo K-centrum organizace Progressive na Praze 5 po vypovězení smlouvy ze strany Radnice Prahy 5, je řešení nového centra v nedohlednu, a to i přesto, že organizaci byly přislíbeny nové prostory.

2.3.2 Terénní programy

Jde o tzv. práci na ulici, kde sociální pracovníci aktivně vyhledávají klienty s rizikovým chováním a nabízejí jim pomoc. Je však důležité respektovat jejich volbu, zda službu využít chtějí, či nechtějí.

Tato forma služby je často prvním kontaktem klienta se sociální pomocí. Jejím cílem je navázat kontakt s klienty a motivovat je k pozitivní změně chování, přičemž se zaměřuje i na princip snižování škod. Nízkoprahový přístup zajišťuje maximální dostupnost služeb v čase i prostoru pro klienty (Matoušek, 2008).

Podle Zákona o sociálních službách jsou terénní programy určeny pro lidi s rizikovým způsobem života nebo pro ty, kteří jsou tímto ohroženi. Mezi cílové skupiny se řadí lidé s problémy s užíváním drog, bezdomovci, osoby žijící ve vyloučených oblastech a další ohrožené skupiny. Cílem je aktivní vyhledávání těchto lidí a minimalizace rizik jejich životní situace. Terénní programy poskytují pomoc v integraci do společnosti, podporu při prosazování práv a řešení osobních záležitostí. Služby mohou být poskytovány anonymně (mpsv.cz, [online]).

Mezi poskytované služby může patřit výměna injekčního materiálu, poskytování informací o rizicích, účincích, vhodnější formě aplikace drogy, poskytování sociálního a zdravotního poradenství, krizová intervence a v neposlední řadě terénní pracovníci monitorují drogovou scénu, shromažďují data, a jako první se dozvídají o nových trendech a rizicích.

Specifická forma terénního programu je často aplikována na tanečních a hudebních akcích optikou harm reduction, kdy cílí na příležitostné uživatele především stimulantů a působí formou osvěty a snižování možných rizik. Na stáncích jsou dostupné špunty do uší, jednorázová „šňupátka“ a dutinky, alkohol testery, prezervativy, je zajištěný pitný režim a občerstvení formou ovoce, poskytnutí magnezia a samozřejmě v případě potřeby poskytnutí krizové a zdravotnické intervence.

3 Aplikační místnosti

Fungují v Evropě již od roku 1986 a vznikly jako reakce na skryté užívání návykových látek, především heroinu, které probíhalo na bytech, tzn. zcela nekontrolovaně a nebezpečně, docházelo ke sdílení materiálů k aplikaci i samotné drogy a tím i narůstalo šíření infekčních onemocnění, konkrétně viru HIV. Ale z druhé strany vznikaly i jako reakce na užívání drogy na veřejnosti, kdy docházelo ke kumulaci uživatelů na konkrétních veřejných místech, kde se zhoršoval pořádek, hygiena a zvyšovala kriminalita. Primárně se aplikační místnosti zaměřovaly na snížení počtů úmrtí příčinou předávkování a snížení rizik spojených s přenosem infekčních onemocnění (Hunt, 2006).

Dnes po celém světě najdeme více než 140 aplikačních místností v 16 zemích. V Evropě je nalezneme ve Švýcarsku (12), Nizozemsku (25), Německu (24), Belgii (2), Francii (2), Španělsku (16), Lucembursku (2), Dánsku (5), Norsku (2), Portugalsko (3) a Řecku (1), nejnověji pak ve Velké Británii (1), mimo Evropu pak v Kanadě, Austrálii, Mexiku a USA.

Aplikační místnosti se zpravidla nacházejí v místech, kde je otevřená drogová scéna, a kde dochází k četné injekční aplikaci na veřejných místech. Pro jejich označení se nejčastěji používá zkratka DCR, která vyplývá z anglického názvu *Drug consumption room*, ale v Evropské protidrogové politice se užívá i termín *Drug consumption facility*, který se dá přeložit jako zařízení pro konzumaci drog. Mimo anglosaskou Evropu jsou DCR často nahrazovány termíny *Medically supervised injection centre*, *Safer consumption space*, v Portugalsku termínem *Programa de consumo vigiado*, v překladu užívání pod dohledem, ve Francii *A moindre risque*, v překladu místnost se sníženým rizikem, v Nizozemsku *Gebruikersruimte*, v překladu uživatelská místnost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Dle Hunta (2006) je aplikační místnost bezpečné a chráněné místo pro hygienickou aplikaci drogy, kterou si klient přinese a může si jí tak aplikovat pod dohledem odborného personálu. Dá se říct, že pro vznik těchto místností je zapotřebí, aby si každé zařízení určilo podmínky, kdy klient může jejich služeb využít, dále musí disponovat adekvátními prostory, kde je možné látku hygienicky aplikovat, a to buď injekčně (intravenózně), kouřením (inhalací) nebo šňupáním (intranazálně). Dále zařízení musí zvolit postupy monitoringu klientů. Je nezbytné zmínit, že cílem aplikačních místností není pouze umožnit uživateli

aplikaci, ale jedná se o celou síť služeb, a to i těch návazných, které si představíme v kapitole 3.4 Poskytované služby.

Typická aplikační místnost je dle Hunta (2006) malá a sterilní, bez zbytečných předmětů. V místnosti se nachází pouze stůl, na kterém klient nalezne jehly, stříkačky, možnost zapálit oheň, sterilní vodičky, lžičky, papírové ubrousky, lékařské tampóny, náplasti, odpadkové koše a koše na infekční materiál.

Kapacita jednotlivých služeb se značně liší v závislosti na rozsahu poskytovaných služeb. Průměrná denní návštěvnost se pohybuje v rozmezí 24 až 400 klientů, v rozsahu 5 až 15 kabiněk, což tvoří průměr 11 kabiněk na službu, kdy polovina kabiněk je určena pro nitrožilní aplikaci. Více jak polovina aplikačních místností funguje denně s průměrnou otevírací dobou 8 hodin. Z průzkumu o poskytování služeb DCR vyplývá, že delší otevírací doba, tedy 15 hodin a více, případně s nonstop režimem, má vliv na počet předávkování (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

V roce 2011 byla založena organizace The International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR) s cílem sběru informací vedoucích ke zlepšování kvality poskytovaných služeb a vzájemnému propojení jednotlivých služeb tak, aby se vzájemně edukovali, reagovali na aktuální politické situace a legislativu v rámci jednotlivých měst, států, Evropy i celého světa, pořádali světové konference a výzkumy. Podorganizace nesoucí název European Network of Drug Consumption Rooms byla založena v roce 2023 a má takřka stejné cíle jako organizace mezinárodní, která by mohla být součástí implementace služby v České republice (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Obdobné zařízení, jako je výše zmíněná aplikační místnost, existuje i pro uživatele alkoholu. Tato zařízení nesou název MAP z anglického Managed alcohol program a pracují na principu dávkování množství alkoholu, tedy pracují s přístupem, že klient není připraven na abstinenci, ale má zájem užívání regulovat. Služba je využívána především v Austrálii a Kanadě, během pandemie COVID-19 pak vznikla i v USA a najdeme ji i v Evropě (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Aktuálně je třeba zmínit, že Evropský protidrogový akční plán pro rok 2021-2025 si jako jeden z hlavních cílů stanovil „snížení úmrtí souvisejících s následkem užívání drog a předávkováním a to zavedením, udržováním a zdokonalováním opatření“ (European

Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, s. 7, 2023), tedy myšleno využití aplikačních místností jako jedno z možných a účinných prostředků. Je zapotřebí reakce legislativy jednotlivých zemí, ve kterých služba ještě není zavedena, aby vůbec bylo možné službu legitimně provozovat. V mnoha zemích (Francie, Belgie, Norsko) byly aplikační místnosti spuštěny jako pilotní programy a legislativa reagovala až po zavedení. V Portugalsku tento proces trval dokonce 18 let (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.1 Typy aplikačních místností

Aplikační místnosti můžeme dělit na **integrované aplikační místnosti** a **specializované aplikační místnosti**, k tomuto dělení se občas přidává ještě třetí, a to neformální aplikační místnost. Dále služba může být dělena dle místa, kde je zavedena, a to buď na jedno konkrétní místo, může se však jednat i o službu mobilní. Dalším rozčleněním je tedy dělení na aplikační místnosti **mobilní** a **statické**.

Mobilní služba je často zřizována v reakci na odpor společnosti ke vzniku aplikační místnosti v konkrétní lokalitě, nebo může být využita v případě, že je drogová scéna rozptýlená po městě a nemá hlavní epicentrum. Zpravidla jsou vestavovány do dodávek, sanitek či autobusů, což přirozeně vede k omezení prostoru, tedy snížení počtu jednotlivých kabinok a celkově rozsahu poskytované služby (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

I Česká republika disponuje mobilní aplikační místností, která je u nás naprostou novinkou! Tato informace byla zveřejněna až ve chvíli, kdy jsem již měla schválené a zapsané téma závěrečné práce, musím tedy zmínit, že zjištění pro mě bylo velkým překvapením, které shledávám jako velmi průkopnické, a to i mimo jiné i z důvodu velmi omezených informací o této tématice, které mě limitovaly při psaní mé práce.

Tedy první mobilní aplikační místnost v České republice byla založena v září v roce 2023 v Brně pod záštitou společnosti Poddané ruce o.p.s. v rámci terénního programu s cílem bezpečného veřejného prostoru, bezpečnějšího způsobu aplikace drog a s cílem snížit počet přenosu infekčních onemocnění a předávkování. Vzniku předcházely výzkum z řad uživatelů a odborné veřejnosti, aby nastavení cílů bylo nejefektivnější a byl reakcí na vysoký nárůst nalezených injekčních stříkaček ve veřejném prostoru.

Mobilní aplikační místnost je umístěna v prostorách sanitky a je koncipována jako ošetrovna. Cílí na klienty, kteří užívají drogy intravenózně ve veřejných prostorech a

poskytuje komplexní poradenskou a zdravotnickou službu, personál se snaží klienty motivovat k abstinenci a k vyhledání návazné odborné pomoci.

K využití služby je nutné splnit určitá pravidla, kdy klient musí poskytnout osobní údaje a podepsat čestné prohlášení, že je starší osmnácti let, také poskytnout souhlas s pravidly služby. Nutností je, aby klient dodržoval veřejný pořádek a je striktně zakázáno obchodovat s drogami v samotné službě a v jejím okolí, další podmínkou je již předchozí zkušenost s tímto způsobem aplikace drogy.

Otevírací doba sanitky zatím bude každý den na dvě hodiny. Celý projekt spolufinancoval Úřad vlády ČR, Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí, společnost Gilead a nadace WEEPI (podaneruce.cz, [online]). Startovací částka přesáhla 1 milion korun, měsíční náklady na provoz se pak odhadují na 150 tisíc korun (idnes.cz, [online]).

Zdroji seznamzpravy.cz poskytla rozhovor zaměstnankyně aplikační sanitky v Brně Lenka Dospivová o průběhu návštěvy sanitky: „Zeptám se klienta, co si dá, do které části těla, jaké používá stříkačky. A pak dostane takový balíček – jehlu, čistou vodu, filtry, alkoholové dezinfekce, náplastí a podobně. Po požití se může klient dát do kupy. Mapujeme, jak se cítí, jestli u něj nastal očekávaná stav, nebo ne.“ (seznamzpravy.cz, [online]). Nový projekt byl i jedním z hlavních bodů na jednání Výboru Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí, které proběhlo v prosinci 2023. Diskuze směřovala k fungování aplikační sanitky v praxi a dále hledání možných prostor, ve který by bylo možné zavést další mobilní aplikační místnost (Vláda.gov.cz, [online]).

3.1.1 Integrované aplikační místnosti

Jedná se o nejčastější typ, kdy aplikační místnost vzniká přidružením k jiné sociální nebo zdravotnické službě, je však zcela diskrétní a samostatná tak, aby neovlivnila klienty jiných služeb. Velkou výhodou je okamžitá návaznost na jiné služby, kdy se minimalizuje pravděpodobnost, že klient službu nevyužije z důvodu nenaplnění svých plánů. Může se jednat o služby lékařské, psychologické, právní, informační, sociální apod (Hunt, 2006). Tento typ aplikačních místností zpravidla spadá pod již zavedenou sociální službu, konkrétně pak nízkoprahové zařízení, a je tedy nestátní organizací, což samozřejmě může komplikovat stabilitu financování. Mohou vznikat vedle nocleháren, služeb poskytujících hygienické a potravinové banky, testování na infekční onemocnění apod. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.1.2 Specializované aplikační místnosti

Ačkoliv se jedná o službu specializovanou, volně stojící, velmi často se vyskytují v okolí již jiných existujících služeb zaměřujících se na osoby užívající návykové látky, případně v lokalitách, kde je drogová problematika aktuální a procento poptávky je tedy vysoké (Hunt, 2006). Zpravidla se jedná o spádovou službu veřejného zdravotnického zařízení, nemocnice. Tento typ nenabízí komplexní balíček služeb jako tomu je u integrovaného typu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.1.3 Neformální aplikační místnosti

Jestli je téma aplikačních místností stále kontroverzním, tento neformální typ aplikační místnosti je dvojnásob. Jedná se o místnost, kterou zajišťují samotní uživatelé, ale jsou policií akceptovány za účelem kontroly nad těmito lokacemi. Jedná se však o typ velmi jedinečný a nalezneme jej pouze v Nizozemsku (Hunt, 2006).

3.2 Cíle

Cíle kloubí individuální a kolektivní pojetí. Mezi cíle patří i sběr dat ohledně anamnézy klienta, mapování o jeho užívání, případných léčbách a předávkováních (Hunt, 2006), který odkazuje na individuální vnímání zdraví jedince. Primárním cílem je snížit komorbidity a mortalitu uživatelů prostřednictvím poskytování bezpečnějšího prostředí pro samotnou aplikaci a edukací ze strany školeného personálu a redukci dopadů na širokou veřejnost vlivem aplikace drogy na ulicích, zvýšení kriminality, snížení čistoty na veřejných místech a riziku šíření infekčních onemocnění, což odkazuje na potřeby společnosti. Školený personál dále poskytuje poradenství ve věcech sociálních, ekonomických a zdravotnických, čímž si klade za cíl vyšší míru integrace.

Nízkoprahová zařízení, o to více potom aplikační místnosti, mají výjimečnou pozici proniknout do světa drogové scény a s pomocí dalších orgánů rychle a efektivně reagovat na vznikající trendy v této subkultuře, a to nejen reakcí harm reduction nástrojů, ale i legislativním ukotvením. Za zmínku stojí důležitost těchto informací pro reakci na zneužívání nových syntetických drog (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.3 Cílová skupina

Cílovou skupinu potencionálních klientů si určuje každá aplikační místnost individuálně. Zpravidla se však jedná o klienty starší 18 let, kteří již v minulosti užili návykovou látku, aplikační místnost by neměla být prvním prostředím, kdy u jedince dojde k užití, a to jakýmkoliv způsobem, ale zároveň nejsou uživatelé akutně intoxikováni, případně jinak neohrožují ostatní klienty a personál.

Cílovou skupinou velmi často bývají uživatelé spadající do skupiny rizikových uživatelů, kteří mají horší hygienické, sociální a ekonomické zázemí, tedy často zacíleno na osoby bez domova. Ale jako cílovou skupinu mohou mít i ženy, případně ženy pracující v sex businessu apod.

Dále by měl personál monitorovat a případně neumožnit využití služby, pokud se jedná o gravidní ženu nebo je s osobou nezletilé dítě (Hunt, 2006).

Cílovou skupinu z pohledu způsobu aplikace si stanovují jednotlivé aplikační místnosti, které jsou pak vzhledem ke způsobu užití náležitě uzpůsobeny. Jinak bude vypadat aplikační místnost pro nazální, intravenózní a inhalační způsob aplikace (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.4 Poskytované služby

Služby jsou specificky stanoveny dle toho, zda se jedná o aplikační místnost integrovanou, nebo specializovanou. Obecně však můžeme říci, že poskytují dohled pro užívání návykových látek, poskytují sterilní prostředí a náčiní pro samotnou aplikaci, v případě nutnosti poskytují základní lékařskou pomoc, mohou poskytovat poradenské služby, edukaci uživatelům ohledně bezpečnějších forem užívání drog, edukovat uživatele o poskytnutí první pomoci při předávkování, správné injekční aplikace a poskytovat návaznou péči z hlediska sociálního, zdravotnického i léčebného (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.5 Provozní pravidla

Pravidla, dle jakých budou jednotlivé aplikační místnosti postupovat, si každá služba stanovuje sama. Mezi ty nejčastější pravidla patří nutná registrace ve službě, klient však poté ve službě vystupuje pod přiděleným kódem, většinou číselným. Velmi často musí být splněn minimální věk, který je často stanoven hranicí dospělosti a často je vyžadována i spádovost

dle bydliště, která eliminuje, aby se v konkrétních lokalitách kumulovat počet uživatelů. Dalším častým pravidlem pro využití služby je již předchozí zkušenost s užitím drogy, zákaz vstupu akutně intoxikovaným, případně pod vlivem alkoholu a osobám vykazujícím rizikové chování.

Důležitým pravidlem je i zákaz obchodování s drogami v prostorách služby, tzn. klient musí do služby vstoupit již s poskytnutou drogou a drogu, ani náčiní k aplikaci drogy, v prostorách služby nesdílet. Ve většině aplikačních místnostech je omezená doba, po kterou klient může ve službě setrvat, většinou však nebývá zakázáno využít službu i vícekrát denně. Samozřejmostí je i pravidlo úklidu, kdy je klient povinen po sobě místo po aplikaci uklidit.

V souvislosti s výše zmíněným zákazem bych ráda zmínila pilotní program, který probíhal v Bernu a v Zürichu za přísné spolupráce policie a místních orgánů, kdy bylo tolerováno tzv. mikroobchodování s návykovými látkami v těsné blízkosti aplikačních místností nebo přímo v nich za účelem snížení počtu obchodů na veřejnosti a jejich šíření do jiných městských částí, také byl program účinný ve sledování trendů a kvality prodávaných návykových látek.

Obdobný projekt probíhal i v Kodani pod vedením neziskové organizace SKYEN, kdy bylo 10 měsíců monitorováno 306 vzorků s cílem zjišťování kvality drog. V 73 % šlo o kokain, který byl v 77 % poměrně čistý, avšak 17 % obsahovalo velmi karcinogenní látku fenacetin, kterou se kokain ředí. Službu kontroly drog má SKYEN zavedenou do dnes (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Pravidlo vzniká i pro odborný personál, a to i ten zdravotnický, který má zakázáno, jakkoliv s drogou manipulovat, či dokonce drogu klientovi aplikovat, personál může pouze edukovat o bezpečnější technice injekční aplikace, např. pomoc při hledání vhodného místa pro aplikaci. Pokud u klienta dojde k předávkování, je personál povinen zavolat rychlou záchranou službu. Pokud dojde k jiné mimořádné události, musí personál postupovat dle přesně stanovených směrnic (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.6 Účinnost a dopad aplikačních místností

Dle výzkumu Potier a kol. z roku 2014 vyplývá, že všechny zavedené aplikační místnosti byly účinné v propagaci bezpečnějších způsobů užívání návykových látek, než je ten injekční, ve snižování počtu předávkování a v dostupnosti základní zdravotnické péče. Z výzkumu dále vyplývá, že aplikační místnosti nenavysílají počty injekčního užívání drog, kriminalitu ani obchodování s drogami v okolí služeb. Je patrný úbytek pohozených injekčních materiálů na ulicích. Je třeba zmínit, že výzkum byl cílen na služby v Kanadě a Austrálii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Ve Francii od roku 2016 probíhal výzkum, který vycházel ze 4 aplikačních místností v různých městech – Bordeaux, Marseille, Paříž a Štrasburk. Výzkum nesl název COSINUS a oslovil celkem 665 injekčních uživatelů, kteří byli monitorováni v průběhu jednoho roku pomocí strukturovaných rozhovorů, které byly zaměřeny na oblast předávkování, abscesů a navštívení služby. Z výzkumu vyplynulo, že využití aplikační místnosti vede ke snížení počtu abscesů a smrtelných předávkování (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Z výzkumu Pardo a kol. z roku 2018, který byl zaštiťován North American opioid overdose epidemic a byl proveden s cílem zjistit kvalitu bezpečnosti v jednotlivých službách a jejich okolí, vyplývalo, že existuje malé množství důkazů, že hodnotit účinnost aplikačních místností ve snižování počtu předávkování je neprůkazné, stejně jako u hodnocení účinku snižování přenosu infekčních onemocnění (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Nicméně se dá říct, že účinnost a dopady aplikačních místností jako komplexní pohled ze strany odborné a široké veřejnosti i samotných uživatelů, je stále velmi neprobádaným tématem. Existuje pouze malé množství výzkumů, které navíc mají odlišné výzkumné otázky a odpovědi, velmi často v základu jinou terminologii a dá se předpokládat i zaujatost těchto výzkumů, a tak není prozatím možné vytvářet objektivní závěry platné pro všechny zúčastněné. Jak ale autor v Drug Report By The EMCDDA and C-EHRN: Drug consumption rooms zmiňuje: „Nedostatek a nízká kvalita důkazů, nemusí nutně znamenat, že je služba neúčinná.“ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, s. 33, 2023).

Autor dále zmiňuje, že s jistotou můžeme tvrdit, že aplikační místnosti jsou jako harm reduction účinné v následujícím:

- proniknutí do jinak obtížně dosažitelné komunity injekčních uživatelů návykových látek a uživatelů bez domova a zprostředkování jim základní zdravotnické péče
- snížení počtů úmrtí v důsledku akutních předávkování nelegální návykovou látkou
- snížení rizikového chování, které vede k šíření infekčních onemocnění
- snížení počtu provedených aplikací na veřejnosti

a naopak nezpůsobují:

- nárůst kriminality v okolí služby

Ačkoliv výzkumy nepotvrzují neúčinnost tohoto harm reduction programu, je důležité zmínit, že např. v Nizozemku je patrný značný pokles aplikačních místností. V roce 2010 na území státu existovalo 37 zařízení, dnes jich existuje pouze 25. Může za to privatizace těchto služeb, kdy si služby volí svá vlastní pravidla, která jsou pro klienta kolikrát jednodušší než ve veřejných/státních aplikačních místnostech a klienti tak navíc velmi často mohou využít ubytovny a noclehárny, kde je konzumace drog také povolena. Vliv na snížení poptávky může mít i komplexní sociální péče housing first, která klienta uživatele vnímá také přístupem harm reduction (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.7 Aplikační místnosti ve vybraných státech

Švýcarsko

Kolébkou vzniku aplikačních místností se může pyšnit právě Švýcarsko, kde v Bernu v roce 1986 vznikla tato první místnost jako reakce na otevřenou drogovou scénu, kde byla situace natolik vážná, zejména co se týče šíření viru HIV, že omezení veřejného nepořádku byla dána stejná priorita jako zlepšení zdraví uživatelů.

Aktuálně je po celé zemi provozováno přes 12 aplikačních místností, které se zaměřují na osoby dlouhodobě těžce závislé, které si aplikují návykovou látku intravenózním způsobem, ale i inhalací, kdy se jedná o patřičně upravené místnost. Z důvodu specifčnosti je aplikačních místností pro inhalační a intranazální užívání návykových látek pouhá třetina. Službu může zpravidla využít pouze osoba, která se prokáže průkazem totožnosti, na základě čehož jí je přidělené číslo. Mnoho aplikačních místností poskytuje službu pouze osobám, které mají bydliště právě v okolí služby, je tomu tak z důvodu, aby se kolem služeb nekumulovalo větší množství uživatelů, než je-li nutné a nerozšiřovala se tak otevřená drogová scéna (Hunt, 2006).

Německo

První aplikační místnost v Německu vznikla v roce 1994 jako reakce na drogovou problematiku v Hamburku a Frankfurtu, kde docházelo k velmi častým předávkováním a výtržnictvím. Aktuálně jich je v zemi 24 a některá velká města dokonce disponují i více aplikačními místnostmi a zaměřují se na obtížně závislé uživatele návykových látek, a to převážně intravenózní aplikací. Stejně jako ve Švýcarsku, i v Německu je v některých regionech služba určena pouze lidem, kteří v dané lokalitě bydlí, jinak službu nemohou využít.

Služba v sousední zemi je orientovaná na abstinenci a nemůže být poskytnuta občasným uživatelům nebo dokonce úplným „nováčkům“. Předpokladem pro vznik aplikačních místností je vhodné vybavení, možnost poskytnout akutní zdravotnickou pomoc, poradenství, návaznou péči orientovanou na abstinenci, bezpečné prostředí, ve kterém nedochází k trestným činům, zároveň je kladen důraz, aby v okolí této služby nedocházelo k trestné činnosti. Dále je nutností definovat cílovou skupinu klientů a vést dokumentace klientů pod vedením odborného personálu (Hunt, 2006).

Nizozemsko

V Nizozemsku první aplikační místnost vznikla v rámci církve Pauluskerk v Rotterdamu v roce 1990, avšak v návaznosti na legislativní ukotvení mohla být oficiálně otevřena až v roce 1996. Aktuálně je v Nizozemsku provozováno 25 aplikačních místností a oproti jiným se více zaměřují na veřejný pořádek a specifické skupiny uživatelů, kterými jsou osoby bez domova, osoby pracující v sexbussinesu, osoby páchající trestnou činností a migranti.

Jednotlivá zařízení mají většinou omezenou kapacitu, která je často limitovaná 25-30 aktivními klienty na zařízení a zaměřují se nejen na klienty, kteří užívají drogu nitrožilně, ale i kouřením. Samozřejmostí je tendence klienty s odlišnými typy aplikace od sebe ve službě oddělovat (Hunt, 2006). Ve výzkumné části se věnuji aplikační místnosti pod organizací Omnizorg, která byla založena v roce 2018 ve městě Apeldoorn. Ze své výzkumné části jsem se dozvěděla, že organizace se zaměřuje především na osoby bez přístřeší a osoby bez domova. V Apeldoornu mají kapacitu pro 34 osob, kterým mohou poskytnout azyl, dalším 30 lidem mohou poskytnout přístřeší, a také mají kapacitu pro 20 osob do léčebných programů.

Španělsko

I ve Španělsku se nacházejí aplikační místnosti, které začaly vznikat po přelomu století jako reakce na četné předávkování, kdy uživatelé při komplikacích neoslovovali zdravotnické služby a docházelo k markantnímu šíření viru HIV především v okolí větších měst na pevnině – Barcelona, Madrid a Bilbao.

Centrum v Madridu je specifické tím, že je klientům přístupné nonstop, jinak jsou všechny aplikační místnosti přidružené již ke stávajícím sociálním nebo zdravotnickým službám (Hunt, 2006), pokud má služba nonstop režim, je prokázáno snížení počtu předávkování. Dnes na území Španělska nalezneme 16 aplikačních místností.

Norsko

Norsko také disponuje aplikačními místnostmi, které nahrazuje termínem *Overvåket Injeksjonsrom (OIR)*. První DCR byla založena v roce 2006 v Oslu. DCR, které se v práci věnují byla založena v roce 2016. Cílem těchto služeb je minimalizovat zdravotní rizika spojená s užíváním drog a poskytnout komplexní péči (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Austrálie

V Austrálii první aplikační místnost vznikla v roce 2001 v Sydney jako pilotní program a až po sedmnácti letech došlo k úpravě legislativy a mohly tak vzniknout další oficiální aplikační místnosti v Melbourne a Brisbane. Pro fungování DCR v Austrálii je

typické zapojení místních komunit. To se týká i organizace Uniting, která má ve výzkumné části svou roli. Uniting je nezisková organizace, která se věnuje osobám v krizových životních situacích a uživatelům. Kromě aplikační místnosti poskytuje zdravotní péči, poradenství, testování na infekční nemoci, sociální podporu a spolupráci s podpůrnými službami. Uniting se také podílí na vytváření legislativy (uniting.org, [online]).

Kanada

V Kanadě nahrazováno termínem *Supervised Consumption Services* (SCS) nebo *Supervised Injection Sites* (SIS). První aplikační místnost byla v Kanadě založena v roce 2003 a to ve Vancouveru. Dnes se jich po celé zemi vyskytuje 39 a typické je i působení v menších městech. Jsou upravovány zákonem, který můžeme přeložit jako Zákon o kontrolovaných drogách a látkách. Dle výzkumu Health Canada, který probíhal od roku 2017 do roku 2023 bylo zjištěno, že DCR v Kanadě využilo více než 361 000 klientů, s celkovým počtem intervencí blížících se k pěti milionům. kdy 69 % byli muži, 34 % ze všech dotazovaných bylo ve věkovém rozmezí 30-39 let, 27 % v rozmezí 40-49 let, skupinu pod 29 let tvořilo 19 %. Výzkum také ukázal, že 70 % osob užívalo opioidy, především pak fentanyl a hydromorfon. Ve výzkumné části se věnuji organizaci Cactus, která aplikační místnost založila v roce 2017 v Montrealu (health-infobase.canada.ca, [online]).

4 Výzkumná část

Výzkumná část rozšiřuje praktické informace související s částí teoretickou. V mém případě výzkumná část souvisí především s třetí kapitolou diplomové práce, tedy s tématem aplikačních místností.

Tato služba harm reduction existuje od 80. let 20. století v mnoha státech po celé světě a aplikačních místností stále přibývá. Je tak s podivem, že v České republice tato služba zavedená stále není. Novinkou je spuštění pilotního projektu pod organizací Podané ruce, která v září 2023 v Brně zavedla aplikační sanitku.

Z provedených výzkumů sledujících účinnost a dopady aplikačních místností nelze s jistotou říct jeden objektivní závěr, jelikož těchto výzkumů je opravdu velmi malé množství, často jsou zaměřeny na různé cíle a v neposlední řadě jsou zpravidla hodnoceny ze strany odborné veřejnosti, která může mít zaujatý pohled. Což samo o sobě kontroverzní téma dělá ještě kontroverznější.

Vzhledem k nulové osobní zkušenosti s touto službou z profesní praxe, mi nenáleží službu jakkoliv hodnotit, prosazovat, znevažovat. Mým cílem je získat povědomí, jak fungují aplikační místnosti v jiných státech z pohledu pracovníků v různých pracovních pozicích. Respektive, jaké překážky nastaly při spuštění služby a v průběhu jejího fungování, zejména pak v kontextu široké veřejnosti a jiných institucí, a jaká existují doporučení pro efektivnější fungování služby.

Ve své výzkumné části jsem užila kvalitativní šetření pomocí rozhovoru s otevřenými i uzavřenými otázkami skrze dotazníkový list. Jsem si vědoma limitace této metody sběru dat, avšak vzhledem k jazykové bariéře byl dotazník s otevřenými otázkami v anglickém jazyce vhodnější metodou pro obě strany, avšak všem respondentům bylo nabídnuto i online interview.

Snažila jsem se zmapovat, jak probíhalo založení aplikační místnosti ve městě oslovené služby, a to především v kontextu překážek, s kterými se služba setkala. Ve stejném kontextu zmapovat, jak služba funguje aktuálně a získat tak podklady pro možné fungování aplikačních místností v České republice jako jeden z možných nástrojů harm reduction.

4.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem této diplomové práce je zmapování jednoho z možných nástrojů harm reduction, tedy aplikačních místností se zaměřením na zavedení a fungování samotné služby, a to především v kontextu možných překážek a doporučení z pohledu pracovníků služby, kteří však zastávají různé pozice.

Díky hlavnímu cíli bychom měli dostat odpovědi na to, s jakými úskalími by se Česká republika mohla setkat při zavedení této služby a poté i v průběhu fungování.

Hlavní výzkumnou otázkou tedy je: **Jaké mohou nastat překážky při zavedení a fungování služeb aplikačních místností z pohledu pracovníků již zavedených služeb? A jaká existují doporučení pro efektivnější fungování této služby?**

Dotazníkový list

Pro výzkum byl připraven dotazníkový list s dílčími výzkumnými otázkami, kterých je celkem 13. Z těchto 13 otázek se jedná o 4 velmi stručné s uzavřenou odpovědí, zbytek listu je tvořen otázkami s otevřenou odpovědí.

Dotazníkový list pro pracovníky aplikačních místností v různých státech po celém světě byl poskytnut v anglickém jazyce (viz příloha 3). Pro rychlejší orientaci, jsou otázky v následujícím textu použity v českém jazyce. Dotazníkový list se skládal z následujících otázek:

- 1) V první řadě bych Vás chtěla požádat o krátké představení Vaší organizace, případně i Vaší osoby.
Sdělená data budou použita s ohledem na ochranu osobních údajů.
- 2) Jaká byla hlavní motivace pro zavedení aplikační místnosti ve Vašem městě?
- 3) Jaké kroky předcházely pro zavedení aplikační místnosti ve Vašem městě? Jak tento proces probíhal?
- 4) Shledáváte fungování aplikační místnosti ve Vašem okolí jako všemi přijímané?
ANO – NE
- 5) Změnil se postoj společnosti k aplikačním místnostem po zavedení služby ve Vašem městě?

- 6) Jaká úskalí nastala v průběhu implementace služby a jak jste postupovali? Myšleno z pohledu společnosti, města, financí apod. Pokud nastala kritika z těchto stran, jak jste s touto kritikou pracovali (případně pracujete)?
- 7) Jaká byla podpora ze strany města, úřadů, zdravotnictví, sociální sféry při zavádění služby a jaká je aktuální podpora?
- 8) Jak aktuálně hodnotíte spolupráci s místními úřady a institucemi?
- velmi pozitivně
 - spíše pozitivně
 - neutrálně
 - spíše negativně
 - negativně
- 9) Naplnilo se očekávání, jaká klientela, a jaký počet klientů bude službu navštěvovat? Co děláte proto, abyste získali důvěru klientů k využití služby? Existují nějaké překážky, proč klient službu nevyužije vůbec?
- 10) Jak často využívají klienti Vaši službu?
- denně
 - několikrát týdně
 - jednou týdně
 - méně často
- 11) Setkáváte se často s obtížnými situacemi při poskytování služby?
- denně
 - občas
 - zřídka
 - nikdy
- 12) Bylo by možné zmínit příběh pozitivní změny u klientů, která nastala díky využití aplikační místnosti?

- 13) Zde je prostor pro Vaše jakékoliv připomínky a postřehy ohledně Vaší práce, a co byste doporučil/a pro efektivní zlepšení této služby.

4.2 Metoda sběru a zpracování dat

Pro získání dat důležitých pro mou diplomovou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (HENDL, 2016, s. 46).

Velké díky bych ráda věnovala osloveným respondentům, kteří kladně odpověděli na můj úvodní dopis s tím, že se rádi stanou součástí výzkumu a pomohou mi tak získat důležité informace. Respondenti jsou z různých států po celém světě a zastávají různé pracovní pozice. Mohla jsem tak naplnit očekávání kvalitativního výzkumu počínaje vytvořením výzkumné otázky, která pružně reagovala na počet respondentů, a i na to, z jakých pocházejí států, věnovat výzkumu a respondentům delší časový interval na získání potřebných informací, na základě kterých jsem zvolila vhodnou analýzu a interpretaci získaných dat, které mají za cíl vytvořit obraz, který zodpoví výzkumnou otázku.

Je třeba zmínit, že kvalitativní výzkum získává subjektivní data. V mém případě subjektivní informace respondentů, kteří zastupují organizace, ve kterých jsou zaměstnáni, dá se ale očekávat, že se budou ztotožňovat s posláním jednotlivých služeb v pomáhající profesi, které sice budou ve svých názorech jednotné, avšak ovlivněné zainteresovaností v dané problematice.

„Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto skupiny jsou obvykle banální nebo normální, reflektující každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací“ (HENDL, 2016, s. 47).

Potencionální respondenti byli osloveni skrze e-mailové adresy, respektive organizace z celého světa, v jejichž zastoupení mi odpověděli konkrétní respondenti, s představením výzkumu a nabídkou, že výzkum může být proveden pomocí strukturovaného interview, z důvodu opravdu velkých vzdáleností bylo možné provést interview pouze online, tedy buď pomocí videohovoru nebo telefonátu. Strukturované

interview je metoda kloubící interview a dotazníkové měření a má předem dané otázky, které výzkumníkovi neumožňují příliš mnoho změn v průběhu výzkumu. I přes poměrně náročnou metodu získání dat jsem se rozhodla právě pro strukturované interview, jelikož je nejefektivnější metodou pro interpersonální srovnávání (Mioviský, 2006).

Druhou možností, jak může výzkum probíhat, bylo zaslání dotazníkového listu, ve kterém budou strukturované otázky převážně s otevřenými odpověďmi. Avšak vzhledem k vysoké podobnosti mezi těmito metodami nemuselo docházet k razantnějším změnám v obsahu otázek.

Všichni respondenti, kteří se kladně vyjádřili ke spolupráci, preferovali zaslání dotazníkového listu, což pro mě bylo velkým překvapením. Předpokládám, že tomu tak bylo především z důvodu jazykové bariéry, možná i časové flexibility k vyplnění odpovědí a časového posunu (Austrálie, Kanada).

Respondent tak měl libovolný čas na zpětné zaslání odpovědí, které si mohl řádně promyslet, případně prokonzultovat s kolegy, jelikož některé otázky se týkaly i minulosti a předpokládám, že ne všichni respondenti stáli u vzniku služby v konkrétním městě. Dotazníkový list byl zasílán měsíc před plánovaným vyhodnocením listů. Také rozsah odpovědi byl díky dotazníkovému listu čistě volitelný.

Oba tyto aspekty, které byly umožněny právě díky dotazníkovému listu, v celkové fázi vidím jako velké klady.

Metodou získávání dat jejich subjektivních pohledů jsem tedy získala za pomoci dotazníku s otevřenými i uzavřenými otázkami, kdy je výstupem odpověď napsaná respondentem na předem standardizovaný dotazník, dotazníkový list, ve kterém se nachází 13 strukturovaných otázek, z toho 4 otázky s uzavřenou odpovědí, zbytek s odpovědí otevřenou. Dotazníkový list byl respondentům zaslán měsíc před plánovaným vyhodnocením.

Aby byly otázky srozumitelné, pomohl mi překlad do anglického jazyka, s kterým mi pomohla další osoba, která ovládá anglický jazyk na úrovni rodilého mluvčího. Při kontrole překladu jsem si potvrdila srozumitelnost pokládaných otázek druhou osobou, což vypovědělo tom, že otázky jsou aplikovatelné na skupinu respondentů.

Získaná data bylo nutné přeložit do českého jazyka a vzhledem ke strukturovanosti dotazníkového listu nebylo třeba data dále fixovat. Následovala systematizace a redukce získaných dat, aby bylo možné provést analýzu a interpretaci.

4.3 Výzkumný přístup ke sběru dat

Jako přístup kvalitativního výzkumu jsem zvolila fenomenologické zkoumání, které si klade za cíl „analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců“ (Hendl, 2016, s. 130).

Výzkumník musí být velmi empatický, aby se vcítil do respondentových subjektivních názorů a prožitků a mohl tak popsat a dále analyzovat získané informace. Po získání dat výzkumník porovnává hlavní témata a snaží se popsat rozlišné a shodné pohledy respondentů. „Výsledkem je text, který „zní pravdivě“ pro toho, kdo měl danou zkušenost s daným fenoménem, a poskytuje vhled pro toho, kdo ji neměl“ (Hendl, 2016, s. 131).

Při fenomenologickém zkoumání je důležité, aby se výzkumník vyhnul svým předsudkům a očekáváním pomocí tzv. uzávorkování a ze získaných dat vyzdvihl důležité fenomény, které byly pro respondenty důležité a následně je přetransformovat do popisu zkušenosti. Data od jednotlivých respondentů jsou komparována skrze kategorie a témata pomocí obsahové analýzy.

Dle Hendla (2016) je tento přístup vhodný aplikovat, pokud chce výzkumník získat informace ohledně prožité zkušenosti respondenta, informacím porozumět a získat tak data ohledně fenoménu, který není příliš prozkoumán a na základě těchto aspektů jsem zvolila právě fenomenologické zkoumání.

4.4 Strategie výběru respondentů

Respondenty jsem oslovovala a vybírala sama dle nalezených kontaktních údajů na internetu. Tento proces nebyl jednoduchý z důvodu jazykové bariéry, jelikož každá organizace má pochopitelně webové stránky a kontaktní formuláře ve svém rodném jazyce.

Na základě dohledatelných kontaktů jsem oslovila 36 institucí – aplikačních místností. Tato metoda výběru výzkumného souboru se dle Miovského (2006) označuje jako metoda záměrného výběru skrze instituce, což bylo v tomto případě jediné možné kritérium.

Těchto 36 institucí bylo z následujících států: Portugalsko, Španělsko, Ukrajina, Norsko, Lucembursko, Nizozemsko, Dánsko, Austrálie, Kanada, Francie, Švýcarsko. Seznam kontaktů je dohledatelný viz Příloha 1.

Obsah této úvodní e-mailové komunikace je k nalezení v Příloze 2 (v anglickém jazyce) a v Příloze 3 (v českém jazyce). Dopis byl zasílán v anglickém jazyce a obsahoval žádost o spolupráci a bližší seznámení s tématem, výzkumem i cílem. Také bylo sděleno, že

výzkum může proběhnou online pomocí interview, případně zasláním dotazníkového listu s otevřenými i uzavřenými odpověďmi kvůli jazykové bariéře.

Z 36 oslovených potencionálních respondentů se mi v průběhu jednoho měsíce dostalo 15 odpovědí. Z těchto 15 odpovědí bylo 7 reakcí kladných, a tak jsem získala 7 respondentů, kteří projevíli zájem spolupráce, a to konkrétně z následujících států a měst: Austrálie (Sidney), Kanada (Montreal), Nizozemsko (Apeldoorn), Norsko (Oslo), Norsko (Bergen), Švýcarsko (Bern), Švýcarsko (Basilej).

Zbylé odpovědi byly bohužel negativní, avšak 4 ze zbylých 8 respondentů mi poskytly velmi rozsáhlou e-mailovou odpověď s doporučením vyhledání informací na jejich webových stránkách, případně ve článkách v jejich rodném jazyce, na které mi poslaly odkazy. Zbylé 4 odpovědi obsahovaly omluvu s tím, že se výzkumu nemohou zúčastnit z kapacitních a časových důvodů.

Překvapením pro mě bylo, ačkoliv jsem úvodní dopis zasílala v anglickém jazyce, že velké množství respondentů odpovědělo v jejich rodném jazyce, což značně komplikovalo celou komunikaci a potvrdilo se mi, že nabídnutí dotazníkového listu bylo dobré rozhodnutí, jelikož právě kvůli jazykové bariéře se mi mohlo dostat méně pozitivních reakcí.

Při odesílání úvodního dopisu jsem si zvolila jako cílový počet respondentů pět, při sedmi kladných odpovědích jsem se rozhodla, že použiji získaná data od všech respondentů, jelikož respondenti pocházejí z jiných států a zastupují různé pracovní pozice, což pro výzkum shledávám jako přínosné.

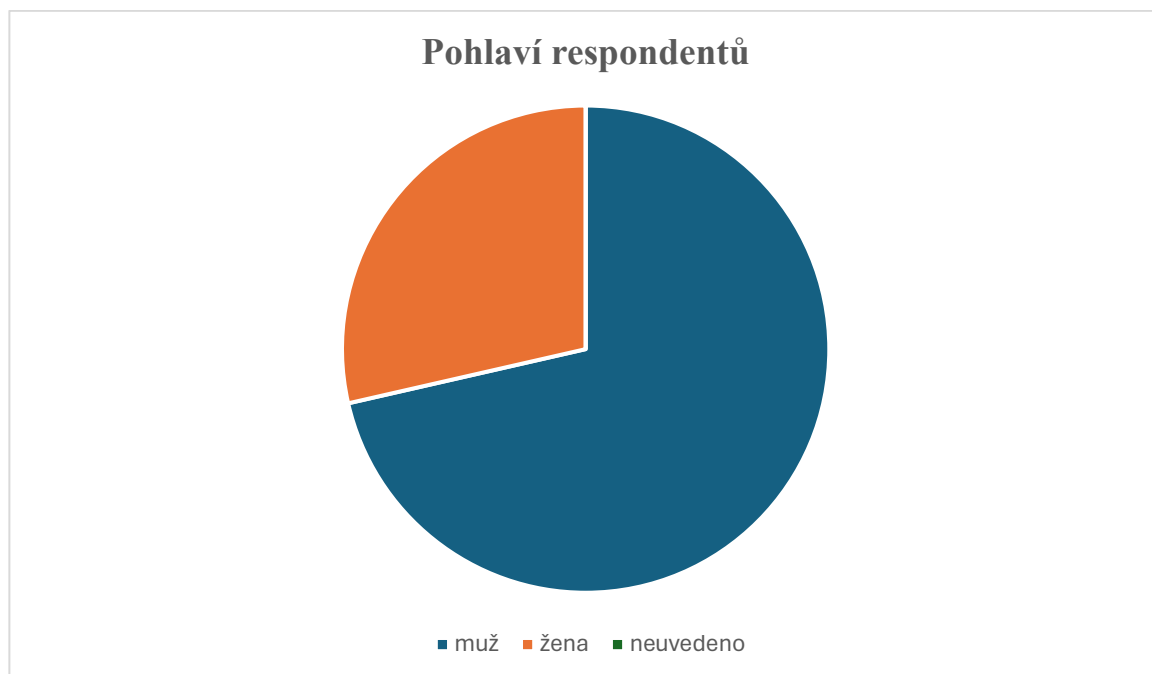
Tabulka 1 Charakteristika respondentů

Respondent	Pohlaví	Název služby	Země, ve které se služba nachází
Respondent 1	žena	Bergen Kommune	Norsko
Respondent 2	muž	Uniting	Austrálie
Respondent 3	muž	Suchthilfe	Švýcarsko
Respondent 4	muž	Omnizorg	Nizozemsko
Respondent 5	muž	Contact	Švýcarsko
Respondent 6	žena	Oslo Komune	Norsko
Respondent 7	muž	Cactus Montreal	Kanada

Tabulka 2 Charakteristika služeb, ve kterých jsou respondenti zaangažováni

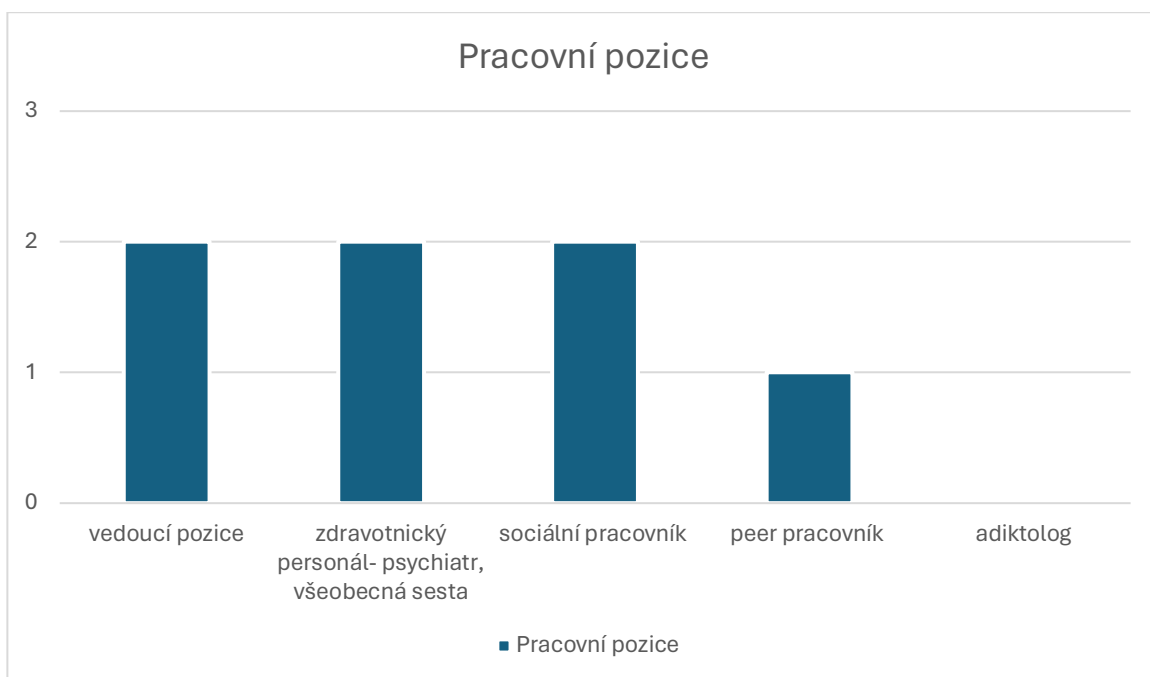
Respondent	Země	Město	Rok založení	Typ aplikační místnosti
Respondent 1	Norsko	Bergen	2016	specializovaný
Respondent 2	Austrálie	Sydney	2001	specializovaný
Respondent 3	Švýcarsko	Basilej	1991	specializovaný
Respondent 4	Nizozemsko	Apeldoorn	2018	integrováný
Respondent 5	Švýcarsko	Bern	2003	integrováný
Respondent 6	Norsko	Oslo	2005	specializovaný
Respondent 7	Kanada	Montreal	2017	specializovaný

Tabulka 3 Poměr pohlaví respondentů



Tabulka 4 Poměr pracovních pozic respondentů

Aby nemohli být jednotliví respondenti přiřazeny skrze jejich pracovní pozice, vyhnula jsem se přiřazení v Tabulce 1 – charakteristika respondentů, avšak v Tabulce 4 můžeme vidět poměr pracovních pozic respondentů. Ačkoliv pozice adiktologa nebyla vůbec zastoupená, myslím si, že je třeba tento nulový podíl zmínit.



4.5 Etická stránky výzkumu

Co se týče etické stránky výzkumu, vycházela jsem ze zásad Hendla (2016), který jako nutnost uvádí získání informovaného souhlasu, a to nejlépe v aktivní podobě, tedy formou podepsaného informovaného souhlasu, což jsem dodržela viz příloha 6. Respondent tak byl seznámen s mou osobou, s mým studiem, tématem diplomové práce, cílem výzkumné části, a jak bude s poskytnutými informacemi nakládáno.

Vzhledem k tomu, že se výzkumná část zabývá názory i na vnitřní chod organizace, které by mohly ohrozit pracovní pozice respondentů, i přes jejich veřejné vystupování v profesní rovině, jsem se rozhodla respondenty anonymizovat a náhodně je očíslovat. Zachovala jsem názvy organizací, v kterých jsou respondenti zaměstnáni, jelikož se jedná o veřejně známé instituce a případná návaznost na jednotlivé organizace by mohla být přínosná. Zároveň jsou údaje o respondentech anonymizované tak, aby nebylo zřejmé, o jakého pracovníka se jedná.

S dotazníkovým listem byl zaslán i informovaný souhlas.

Respondenti se vyplnění dotazníkového listu účastnili dobrovolně a předcházet tomu úvodní dopis, kde jsem potencionální účastníky seznámila s tématem a cílem diplomové práce, dále jsem poskytla informace o svém studiu a profesních zkušenostech. Jedinci, od kterých jsem získala kladnou zpětnou vazbu, se tak dobrovolně zúčastnili výzkumu.

Zpětným zasláním dotazníkového listu, ve kterém byli seznámeni s tématem práce, a podepsáním informovaného souhlasu, respondenti souhlasili s užitím získaných dat z dotazníku pro účely diplomové práce, avšak veškerá získaná data jsou anonymizovaná.

Informovaný souhlas, ať už pasivní, tedy vrácení dotazníku, nebo aktivní, tedy podepsání dokumentu, možnost respondenta odmítnout účast na výzkumu, nutnost informovat respondenta o všech aspektech výzkumu a samozřejmě anonymita respondenta – tyto všechny zásady etického jednání během výzkumu byly dodrženy.

4.6 Vlastní pohled na danou problematiku, uzávorkování

Při fenomenologickém zkoumání je doporučeno, aby výzkumník uzávorkoval své subjektivní pohledy na daný fenomén a odstranil předsudky a očekávání, a tak nahlížel na fenomén objektivněji (Hendl, 2016).

Na základě mé subjektivní dedukce předpokládám, že odpovědi budou poměrně jednotné, a to i přesto, že se jedná o sedm respondentů, kteří pocházejí z více států, a to mnohdy velmi odlišných, a zároveň zastupují různé pracovní pozice.

Jednotnost předpokládám v překážkách, které respondenti budou zmiňovat, a to zejména ze strany široké veřejnosti, jelikož se domnívám, že pohled na skupinu osob uživatelů je z pozice této skupiny po celém světě podobný a obyvatelé lokalit, ve kterých se aplikační místnosti nachází, by byli radši, kdyby služba byla zavedená jinde. S tím souvisí i postoj vedení jednotlivých měst a městských částí, jelikož pro dobré jméno a voličské hlasy budou stát za svými občany, a tak předpokládám, že všech 7 respondentů, respektive služeb, se bude potýkat i s překážkami ze strany vedení měst a dalších institucí a to včetně financování.

Na druhé straně se domnívám, že pohledy respondentů na fungování DCR budou jednotné, jelikož respondenti jsou zaměstnanci/spolupracovníci aplikačních místností, takže se dá očekávat jejich zainteresovanost a zaujatost na danou problematiku. A je pochopitelné, že málokdo by šel vykonávat povolení, ve kterém nevidí smysl, alespoň soudím svou optikou.

Ačkoliv očekávám zaujatý pohled na účinnost, chceme-li smysl, zavedení aplikačních místností, zároveň očekávám objektivní názor na způsoby, metody a doporučení, díky kterým by mohla být služba efektivnější, jelikož právě zainteresovanou podněcuje zdokonalování a efektivnost nabízené služby a uvědomování si vzniklých limitů.

5 Interpretace získaných dat

Subjektivně nejvhodnější analýzou interpretace dat byla zvolena fenomenologická interpretace, což je analýza zaměřující se na popis vlastních zkušeností prostřednictvím jazyka nikoliv teoretických konstruktů a zakládá se na pilířích fenomenologie, hermeneutiky a ideografického přístupu.

Roli hraje subjektivní vnímání výzkumníka, který ale pouze citlivě naslouchá, nechává respondentovi prostor a teprve po sesbírání dat interpretuje zkušenosti respondenta. Výsledkem je text, který věrohodně zachycuje zkušenost pro ty, kteří ji prožili, a zároveň otevírá nové vhledy pro ty, kteří tuto zkušenost neměli (Hendl, 2016).

5.1 Výsledky analýzy dotazníkových listů

Data z dotazníkového listu byla zpracována a v následující kapitole jsou vyhodnocena. Dotazníkové listy byly archivovány a nadále s nimi nebude nijak manipulováno.

Z analýzy dotazníkového šetření vyplývají určité okruhy, kterými se respondenti ve svých odpovědích opakovaně zabývali, a do kterých jsem získaná data rozčlenila.

Tabulka 5- tematické okruhy, hlavní témata a sub-témata

Tematické okruhy	Hlavní témata	Sub-témata
Pohled na službu	<ul style="list-style-type: none">- optikou respondentů- optikou komunity- optikou dalších institucí- zavedení služby	<ul style="list-style-type: none">- popis respondentů- bezpečnost- účinnost- pozitivní příklady- služba všemi přijímaná?- motivace pro zavedení služby- předcházející kroky a vzniklé překážky
Klient v hlavní roli	<ul style="list-style-type: none">- četnost návštěv- klient a služba	<ul style="list-style-type: none">- možné překážky, proč by klient službu nevyužil?
Pár vět na závěr	<ul style="list-style-type: none">- volné doplnění respondentů	<ul style="list-style-type: none">- vidění smyslu- doporučení

5.1.1 Pohled na službu

a) optikou respondentů

Popis respondentů

Výzkumné části se zúčastnilo pět mužů a dvě ženy, kteří pracují v různých organizacích po celém světě, a to konkrétně v následujících zemích: Austrálie, Norsko, Nizozemsko, Kanada a Švýcarsko. Ačkoliv se aplikační místnosti nacházejí zhruba ve dvaceti zemích po celém světě, bylo pro mě překvapením, že právě dvě země měly v mém výzkumu dvojí zastoupení, šlo konkrétně o Norsko a Švýcarsko.

Zastoupené pracovní pozice byly velmi různorodé, což mě také překvapilo. Mým předpokladem bylo nejvyšší zastoupení adiktologů, avšak tuto profesi nezastupoval nikdo z respondentů. Z výroků je i cítit značný kontrast, kdy jeden z respondentů uvedl, že je současný uživatel, a je tak na pozici peer-pracovníka, další tři respondenti se představili na pozicích manažerských funkcí, nebo byli přímo řediteli organizace.

Jeden z respondentů uvedl: *„Jsem bývalý i současný uživatel, tedy peer-pracovník, zároveň působím jako ředitel komunitních služeb a spravuji i web pro bezpečnější spotřebu, který je spuštěn od roku 2017.“* Respondenti 1,4 a 6 zastupovali manažerské pozice různých sekcí, případně byli přímo řediteli služby. U jednoho ze zastoupených manažerů mě překvapila pozice vedoucí oddělení pro drogovou spotřebu. *„Zároveň jsem manažer oddělení pro drogovou spotřebu, a to od roku 2023.“*

V dalších zastoupení byl sociální pracovník, psychiatrický pracovník, všeobecná sestra, pracovník s dalším vzděláním v oblasti duševního zdraví. Jeden z respondentů uvedl: *„jsem na pozici psychiatrického pracovníka a domnívám se, že má pozice je velmi důležitá, jelikož mohu klientovi pomoc a poradit po zdravotnické, ale i psychické, psychiatrické stránce“.*

Z důvodu absolutní anonymizace jsem u konkrétních výroků neuvedla čísla respondentů, aby nemohli být dohledání skrze své pracovní pozice.

Bezpečnost

Jedním z hlavních sub-témat je bezpečí z pohledu pracovníků. Otázka byla myšlena v kontextu bezpečí pracovníků, zda jsou často vystavováni krizovým situacím s akutně intoxikovaným klientem, případně zda existují jiná rizika, která by jim mohla pocit bezpečí znemožňovat.

Předpokládala jsem, že tyto odpovědi budou konsensuální, avšak není tomu tak. Je tak otázkou, zda hrají roli bezpečnostní pravidla, která si každá služba stanovuje sama, vnímání pracovníků, nebo třeba vztahová navázanost služba-pracovník-klient.

„S krizovými situacemi se setkávám denně, klienti se často chovají blbě, anebo se chovají blbě po aplikaci drogy. Rozhodně to není klidné místo.“ (respondent 4)

V kontrastu respondent 3 uvedl: *„Pracovníci si nepřipadají v nebezpečí, krizové situace nastávají, ale spíš ve smyslu zdravotních komplikací, klienti jsou vděční za naši službu, není tedy důvod se jich obávat. Navíc dobře funguje spolupráce s jinými institucemi, konkrétně policií.“*

„Platí u nás určitá pravidla, pokud je klient nechce dodržovat, prostě nedorazí. Tak se nebezpečné situace eliminují, ale uvědomujeme si, že takto služba nedosáhne na všechny potřebné. Bezpečí je však na prvním místě.“ (respondent 5)

„Přesně nastavená pravidla jsou nutností pro efektivní a hlavně bezpečné poskytnutí služby. Velmi nám pomáhá spolupráce s místní policií.“ (respondent 1)

I přes velmi odlišné vnímání bezpečnosti na pracovišti z otázky s uzavřenou odpovědí vyplynulo, že s krizovými a nebezpečnými situacemi se personál setkává převážně denně nebo občas. Žádný z respondentů neuvedl, že by se nepotýkali s krizovými a nebezpečnými situacemi. Dle výpovědí však odhaduji, že ačkoliv se s krizovými a nebezpečnými situacemi setkávají, většina respondentů necítí přímé ohrožení jejich bezpečí.

Tabulka 6- výsledný graf vycházející z uzavřené otázky z dotazníkového listu



Účinnost

Všichni respondenti se shodují, že službu shledávají jako účinnou. Je samozřejmě pochopitelné, že do vnímání vstupuje respondentova zainteresovanost do problematiky. Na druhé straně si troufám říct, že pokud by byl zaměstnanec demotivovaný nebo dokonce vyhořelý, jeho odpověď ohledně účinnosti by kladná nebyla, což by vypovídalo o tom, že služba v praxi příliš nefunguje. Ačkoliv jsou pohledy personálu zainteresované, svou optikou soudím, že mají ze své práce dobrý pocit, a to je nejdůležitější. Účinnost je ve výpovědích některých respondentů uchopitelná i ze statistických údajů a zpětných vazeb od klientů.

„Jsme organizace zabývající se snižováním škod. Náš úspěch je každodenní, a to především ve snížení počtu úmrtí na předávkování a přenosu HIV a dalších infekcí. Osobně nejsem zastávce pozitivních příkladů, takže se ho zdržím i zde. Je to z toho důvodu, že poté dochází k tendenci koncipovat úspěch jako odklon od aktivního zneužívání nebo léčby“.
(respondent 7)

„Zpětná vazba od našich klientů je velkým důkazem. Sdělují nám, že je dobré mít místo, kam mohou přijít, a kde se setkají s respektem a pomocí. Většina klientů se naučí, jak

si správně aplikovat a nedocházelo tak poškozením, nebo přejdou na jiný způsob aplikace, který působí menší poškození těla – polykáním, šňupáním nebo rektálním podáním.“
(respondent 1)

„Celkem jsme uskutečnili 1,28 milionů návštěv injekčních uživatelů, při kterých došlo k 11 000 předávkování, avšak žádné z nich neskončilo fatálně.“ (respondent 2)

Respondent 6 uvádí: *„Pro mě osobně je největším důkazem fyzické i psychické zdraví klientů. U našich klientů si všímáme, že se jejich stav značně stabilizoval“*. Respondent 3 pro změnu říká: *„Se službou máme opravdu řadu zkušeností, navštěvují nás dlouholetí klienti, u kterých je značný progres. Nejen, že mnohdy změni způsob užívání, ale jejich celkový stav je mnohem zdravější a pociťují to i oni sami“*. Dodává, že poděkování od klientů, kteří si mysleli, že jsou na prahu smrti, jsou hnacím motorem.

b) optikou komunity

Nezbytností pro implementaci služby je dle mého názoru přijetí ze strany komunity. A osobně se domnívám, že tato překážka je tou největší, proč služba zatím není v České republice zavedena. Proto je nutností s komunitou komunikovat, spolupracovat, informovat ji a vést diskuzi, na základě kterých by mělo dojít k možným kompromisům a dohodám.

Důležité je i budování vztahu mezi komunitou a službou, který by měl být založen na důvěře a spolupráci a občané by měli vědět, že služby mají v konečné fázi stejné cíle jako oni.

Naše organizace je komunitní organizací, která působí v oblasti harm reduction již 35 let a je tak již pevně zakotvena v komunitě.“ (respondent 7)

Respondent 5 zmínil, že měli štěstí, jelikož služba v zemi byla vítaná, avšak našli se jedinci, kterým se ti nelíbilo. Sděluje ale také, že většinou šlo o místní obyvatele a je tak nutností s komunitou spolupracovat. *„2x až 4x ročně s městem pořádáme sousedské setkání, kde mluvíme o tom, na čem právě pracujeme, jaké máme úspěchy a samozřejmě diskutujeme i o věcech, které se úzce dotýkají i jich, a které vidí jako problém.“*

Tomu by mohlo pomoci i prosazování principů harm reduction, které mají za cíl snížit dopady na všechny zainteresované osoby – tedy i samotné komunity, ve kterých se otevřené drogové scény vyskytují.

Z výroků respondentů je zřejmé, že i oni bojovali a sami bojují s naprostým přijetím ze strany komunity. Zároveň se více respondentů shoduje, že většina obyvatel by poskytla pomoc pro uživatele i formou DCR, ale nikdo z nich nechce, aby se služba vyskytovala v okolí jejich bydliště.

„Nikdy se nenajde nikdo, kdo bude chtít uživatelskou skupinu jako svého souseda, ale zároveň je třeba uživatelům poskytnout důstojnou pomoc. Nemám dostatek prostoru, abych vám tuto situaci konkrétněji představila.“ (respondent 1)

„Nejtěžší překážkou bylo a je překonání představ veřejnosti ohledně zvýšení kriminality v okolí a také jim představit, jak je služba financovaná. Jelikož DCR má výjimku z federálních protidrogových zákonů, aktuálně pilotujeme tzv. sousedskou komisi, která bude mít za cíl snížit negativně vnímané dopady na komunitu.“ (respondent 7)

„Velmi se pracovalo i na nabídce pro sousedy. Usilovali jsme o to, aby chodili na informační schůzky, prohlídky prostor a diskuze s personálem. Aby se cítili bezpečně.“ (respondent 1)

Za poměrně ideální vývoj považuji výrok jednoho z respondentů, který byl následující: *„V celé zemi je závislost vnímaná jako nemoc, takže léčba je jediným logickým důsledkem tohoto problému, čehož si je vědoma i komunita. Užívání DCR a propojení léčby snižuje veřejné obtěžování a díky DCR je péče o tyto lidi lépe organizovaná. Ale uznávám, že začátku bylo téma velmi kontroverzní, ale veřejné mínění se v průběhu let vyvíjelo směrem k většímu povědomí o této nemoci. Společnost se ale často uchyluje ke skrývání těchto lidí, což jim do určité míry plní i aplikační místností, ale zároveň si je vědoma nutné péče, kterou potřebují. Také jsou si vědomi toho, že se sníží zdravotní rizika, která se mohou týkat i jich.“* (respondent 4)

Služba všemi přijímaná?

Z otázky s uzavřenou odpovědí ohledně akceptace vyplynulo, že 6 respondentů vnímá službu jako všemi akceptovanou. Ačkoliv možnou odpovědí bylo pouze ANO nebo NE, jeden z respondentů vybral obě odpovědi a dopsal poznámku: *„Ano i ne. „To je velmi polarizovaná otázka. Troufám si ale říct, že nakonec se všichni shodnout, že by služba měla*

existovat. Jen nikdo nechce, aby služba byla na jeho „dvorku“. Všichni jsou si vědomi aktuální opioidové krize, takže vidí jako nezbytnost existenci takových služeb, jelikož denně umírá 4-5 lidí, a to i na ulici. Jak jsem již zmínil, většina nechce, aby služba existovala v jeho okolí“. (respondent 7)

Je zřejmé, i z předchozího sub-tématu, že služba DCR je a nejspíš bude kontroverzním tématem. Jiný respondent se v tomto kontextu vyjádřil následovně: *„Tento způsob poskytování péče je a vždy bude kontroverzní. Pomáhá však spojit společenské vnímání poskytnutí pomoci a menšího obtěžování na veřejnosti“.* (respondent 4)

c) optikou dalších institucí

Mezioborová spolupráce je nutností pro fungování jakékoliv služby, a to nejen mezi odborníky, ale i jednotlivými institucemi. Proto jsem se snažila, aby mé otázky vedly i ke spolupráci právě s dalšími institucemi z pohledu pracovníků a popisu, jak jsou tyto spolupráce funkční a návazné. Všichni respondenti uvedli, že s ostatními institucemi spolupracují a jejich vztah si chválí.

„Je důležité poznamenat, že úzce spolupracujeme s místními zdravotnickými úřady a společně vytváříme statistické údaje o míře infekcí, a jak ovlivňují DCR tyto údaje.“ (respondent 7)

„Spolupráce mezi dalšími orgány funguje. Všichni DCR velmi podporují. Náš koordinátor úzce spolupracuje s místními sociální, ubytovacími a zdravotnickými službami ohledně jednotlivých klientů a služeb.“ (respondent 2)

Jediný, kdo shledává ve spolupráci drobnou překážku je respondent 7, ten uvedl: *„Jak jsem zmínil, máme velkou podporu od dalších institucí. Musím ale zmínit, že občas nefunguje již zmíněný web bezpečné spotřeby, na kterém mají spolupracovat zdravotní sestry, které jsou občas nepřítomné. Dochází tak k záměně rolí finančních podporovatelů a pracovních partnerů. Proto je naším cílem eliminovat financování ze strany zdravotnických úřadů a stát se tak autonomními, pokud jde o zdravotnický personál“.* Já si jen dovolím doplnit, že se domnívám, že existuje spolupráce mezi zdravotnickým personálem z místních nemocnic, který dochází do služby vypomáhat.

Z otázky ohledně institucí vznikl i přehled ohledně financování služby DCR.

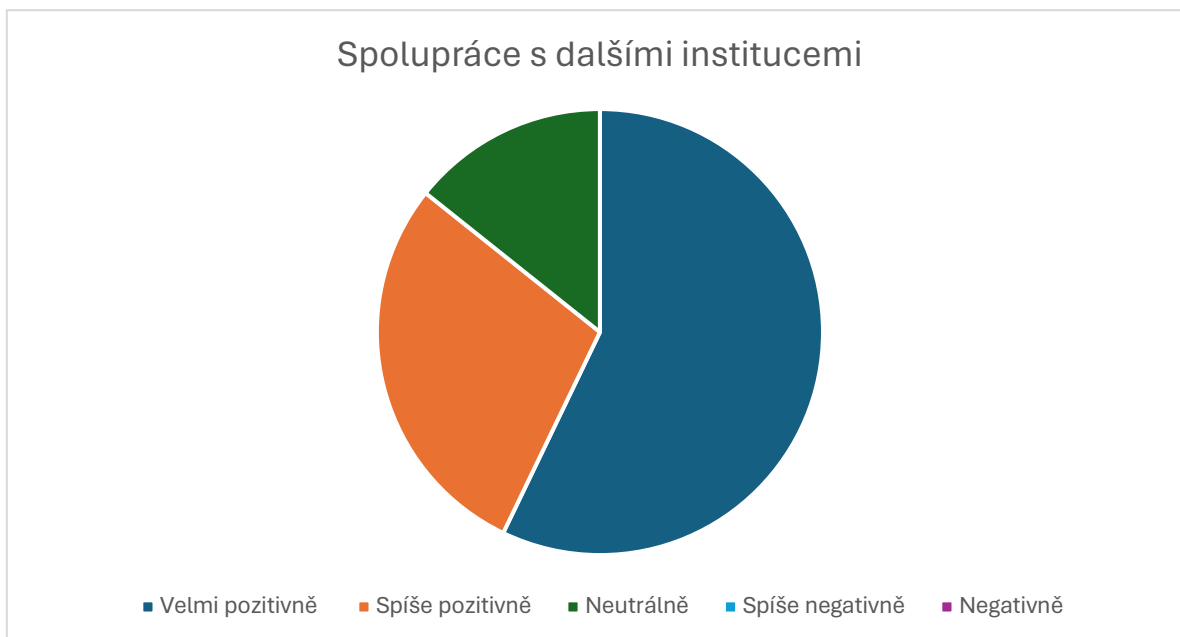
Respondent 7 dále uvedl: *„Náš projekt vznikl ve spolupráci s krajskými zdravotnickými úřady a je podporován veřejným financováním, ačkoliv to je určitě nedostatečné“*. V jiné otázce zase uvedl: *„Obecně máme morální podporu magistrátu a místních orgánů spravující trestní činnost. Většina finanční podpory pochází z ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb“*.

Respondent 4: *„Obce byli iniciátory ve zřízení DCR a tím chtěli snížit sociální dopady. Zdravotnický resort poté poskytl prostory a všechny kroky jsou neustále konzultovány s magistrátem“*. Ohledně financování se stejný respondent vyjádřil takto: *„Financuje nás obec jako poskytovatel, pro klienta je služba samozřejmě bez úhrady“*. Dále konstatuje, že spolupráce s dalšími orgány funguje, jelikož mají společný cíl.

Jsme financování vládou.“ (respondent 2)

Respondent 1: *„O DCR na magistrátu probíhaly politické i občanské diskuze. Bergen je řízen politicky, a právě v politice se prosadilo, aby město mělo DCR. Financování jsme ze státního rozpočtu, který je rozdělován mezi obce. Do spolufinancování se mohou zapojit i soukromé firmy, které nám velmi pomáhají“*.

Z otázky s uzavřenou odpovědí mířené na vnímání spolupráce s dalšími institucemi vyplynulo, že větší polovina respondentů vnímá tuto spolupráci pozitivně. Dva respondenti spíše pozitivně a jeden respondent neutrálně.



d) zavedení služby

Motivace

Takřka shodné byly odpovědi týkající se motivace zavedení služby, kde jsem mohla předpokládat, že se praktická část bude shodovat s tou teoretickou.

„Hlavní motivací bylo bezesporu vybudování míst pro konzumaci, kde se sníží riziko přenosu hepatitidy C a viru HIV a dalších zdravotních komplikací, které souvisejí s aplikací drogy ne v ideálním prostředí. Záměrem tedy bylo poskytnout klientovi sterilní prostředí a poskytnout mu důležité informace pro bezpečnější aplikaci a o možných rizicích.“
(respondent 7)

„Narušování veřejného pořádku bylo rozhodně hlavní motivací pro vznik DCR.“
(respondent 4)

„V našem městě se nacházely velké otevřené drogové scény a docházelo k častým předávkováním, musela být tedy přijata opatření, aby k tomuto nedocházelo.“ (respondent 1)

„Před čtyřiceti lety, kdy služba začala vznikat, byla situace hodně jiná. Jediný přístup k řešení byla terapie/abstinance nebo vězení. To se naštěstí brzy změnilo. Nárůst HIV pozitivních a otevřená drogová scéna donutila situaci řešit. Byl legalizován výměnný program a byly vypracovány podmínky pro fungování DCR.“ (respondent 5)

I respondenti 2 a 3 odpovídali shodně a jako hlavní motivaci vzniku DCR v jejich městě/zemi uvedli jeden z výše důvodů, což krásně koresponduje se zdroji z odborné

literatury. „*Jsmo nízkoprahová služba, jejímž cílem je zabránit úmrtí, poskytovat neodsuzující péči a podporovat lepší pochopení závislosti.*“ (respondent 2)

„*V této fázi jsem ve službě nepracoval. Ale obecně tomu předcházela názor, že závislost je nemoc, která se musí léčit a tím se sníží kriminální chování. Užívání na veřejných místech je zakázané, proto k tomuto účelu vznikla tato služba*“ (respondent 3)

Pouze respondent 6 odpověděl, že při vzniku nebyl a není tak schopen odpovědět na mou otázku.

Předcházející kroky a vzniklé překážky

Musím uznat, že odpovědi na toto téma nenaplnily má očekávání, a to zřejmě z důvodu nemožnosti doptat se na další otázky, jelikož na začátku výzkumu byla stanovena strukturovaná metoda sběru dat. Také jsem se domnívala, že se tyto kroky budou značně opírat o legislativní změny, což se potvrdilo, avšak konkrétní kroky nebyly blíže popsány. Nicméně z více výpovědí je zřejmé, že velkým benefitem při zakládání služby je, pokud již stejná nebo podobná služba v zemi existuje.

Respondent 7: „*Nejedná se o první takovou službu v zemi, proto bylo zavedení služby mnohem jednodušší. Předcházelo nám zavedení mnoha služeb na západním pobřeží Kanady, a tak jsme se při vzniku hodně opírali o již zavedené programy v jiných městech*“.

Respondent 1: „*Před založením a otevřením DCR otevřel magistrát tzv. přijímací a navazující centra, která mohli uživatelé v aktivní intoxikaci navštěvovat, a právě tato centra předcházela založení DCR. I v současné době v našem městě existují čtyři. Nastavují si vlastní pravidla, kdo službu může využít, a v jakém stavu. Nabízejí sterilní injekční materiál, možnost provést základní hygienu, poskytují potravinovou i oděvní banku, přístup k telefonu, možnost využít základní zdravotní péči, poskytují kontakty na podpůrné služby apod*“.

„*Naše DCR byla založena v roce 2016. Tou dobou bylo povoleno využít aplikační místnost pouze v případě injekčního užití heroinu. V roce 2019 se toto nařízení změnilo a bylo tak možné přejmenovat službu na DCR z předchozího názvu injekční místnost. Aktuálně jsou v Norsku dvě DCR a jsou spravovány samostatnými zákony, které vypracovala vláda. Zákon uvádí, že jeho účelem je usnadnit vytvoření systému DCR. Toto schéma služeb pak*

přispívá ke zvýšení důstojnosti lidí s dlouhodobou drogovou závislostí tím, že jim nabízí hygienické zázemí pro aplikaci, motivuje je k šetrnějším způsobům aplikace. Na druhé straně přispívá ke zvýšení bezpečí veřejnosti, včetně prevence infekcí a dochází ke snížení úmrtí na předávkování. Velmi účinná je i síť podpůrných služeb, na které jsou klientům poskytované kontakty“. (respondent 1)

Respondent 1 také uvedl: *„K získání politického souhlasu vedla dlouhá cesta. I aktuálně není cesta jednoduchá. Objevily se informace, že v našem městě je malá nabídka těchto služeb, ale věřím, že klientům jde spíše o kvalitu (vztah, jistota a důvěra) než o kvantitu“.*

„Prof. Dr. Schulz, profesor práv, vypracoval odborný posunek o tom, co je potřeba udělat, aby bylo založení DCR legálním krokem. Podmínky byly následující: služba musí být vedena lékařem, místnost musí být pod dohledem personálu, který je škol na první pomoc“. (respondent 5)

5.1.2 Klient v hlavní roli

a) četnost a důvod návštěv

Četnost a důvod

Výzkumná část se zaměřovala také na četnost využívání služby a to, zda počet klientů, kteří službu aktivně využívají koresponduje s očekáváním služeb.

„Co do počtu klientů fungujeme tak, jak jsme očekávali.“ (respondent 4)

Jeden z respondentů zmínil pandemii COVID-19, která výrazně ovlivnila jejich postavení.

„Aktuálně službu využívá méně lidé než před pandemií COVID-19. Během pandemie bylo oddělení uzavřeno a pracovníci byli přeloženi na práci na oddělení v souvislosti s covid. Po covidu se drogová scéna posunula a etablovala se geograficky jinde. I na to jsme reagovali a aktivně pracujeme na obnovení služby. Do vybraných lokalit jezdíme 5x denně ve všední dny a 3x denně o víkendu minibusem a převážíme klienty, kteří mají o službu zájem,

k nám do služby. Z minulosti máme zkušenosti, že pokud se služba přeručí, trvá potom dlouho obnovit důvěru, takže nám nezbyvá nic jiného než být trpěliví a čekat. Hodně s klienty komunikujeme a vysvětlujeme, proč děláme to, co děláme. Klademe velký důraz na to, abychom se s našimi klienti setkávali s respektem a důstojností a měli tak vždy pocit, že jsou vítáni.“ (respondent 1)

Z tohoto vyjádření také vyplývá, že již zavedená služba by měla být kontinuální, tedy mít pravidelnou otevírací dobu, na čemž se může tvořit důvěrný vztah mezi službou a klientem a nezbytností je také otevřená komunikace a podpora.

„Pro naše klienty to byla velká změna. Najednou mohli dostat podporu i od zdravotnického personálu a popovídat si. Setkávali se tak s respektem a důstojností.“ (respondent 1)

„Neodsuzování a podpora nám umožňují rozvíjet vztah s touto marginalizovanou skupinou. Provádíme dvouleté průzkumy spokojenosti klientů, které vycházejí velmi pozitivně, avšak z těchto průzkumů víme, že možnými překážkami může být geografická poloha služby, otevírací doba a limitace v oblasti pravidel, pro koho jsou DCR určeny.“ Myšleno v kontextu nemožnosti využít DCR pro intravenózní aplikaci amfetaminu, pokud je služba uzpůsobena pro aplikaci heroinu (respondent 2)

„Všímáme si, že poskytnutí bezpečného prostoru jako jsou DCR vede ke stabilizaci klientů, jelikož nepřijdou do styku se zákonem ohledně aplikace na veřejnosti“ (respondent 4)

Z otázky týkající se četnosti využití služby klientem vyplynulo, že v 5 případech respondenti odpovídali tak, že klienti jsou denními návštěvníky. Respondent 4 dále dodal, že: *„někdy klienti využijí naši službu i vícekrát denně, na to neexistuje limit“*. Jeden z respondentů uvedl, že klienti službu využívají několikrát do týdne. Jediný respondent, který se vychyloval v odpovědi, byl respondent 1, který na tuto otázku neodpověděl, jelikož nemůže s jistotou vybrat jedno tvrzení, jelikož to, kolikrát klient navštíví jejich službu, je zcela nepředvídatelné.

b) klient a služba

Možné překážky, proč by klient službu nevyužil?

Respondenti se také dotkli možných překážek, proč by klient nemusel jednotlivé služby využít. Naopak se snažili zmínit prostředky, jakými si klienta „získat“. Více respondentů zmiňuje, že pokud je organizace mezi uživateli známá, mají lepší pozici k získání důvěry i při nově vznikající službě.

„Klíčová je určitě důvěra, tedy je nutné jako první pracovat na důvěře ze strany klientů. Důvěra pro nás nebyla problém, jelikož se jednalo o organizaci, která již byla ve městě zajištěná 25 let a uživatelé ji znali. To vidím jako nezbytné, aby DCR byly zakládány pod organizací již známou, a která zná místní uživatele“. (respondent 7)

„Pro klienty je důležité, aby službě věřili a nacházeli v ní jistotu a důvěru, které se vytvářejí dlouho.“ (respondent 1)

„Vývoj způsobu užívání je rychlý, mohou tak vzniknout překážky, že v našich pravidlech bude povoleno využití služby jen pro určitý druh aplikace nebo drogy. Je tedy naší povinností na tyto trendy reagovat, aby se nestala pravidla překážkou“. (respondent 4)

5.1.3 Pár vět na závěr

a) volné doplnění respondentů

Vidění smyslu

Tuto část jsem nazvala jako vidění smyslu, kdy ve volném doplnění myšlenek mohli respondenti sdělit cokoli. Často se opakovaly věty ohledně shrnutí jejich pracovních úspěchů, toho, že odvedená práce má opravdu smysl.

„Je to práce podporující zdraví a ukazuje se, že naši klienti z ní velmi těží. Je velká škoda, že v Norsku není více DCR, protože tato skupina se vyskytuje po celé zemi bez rozdílu a všichni mají právo na to, službu využívat“. (Respondent 1)

„Jsem ráda, že i v naší zemi nalezneme DCR, jelikož v nich vidím velký potenciál. Rozumím ale důvodům, proč ve vaší zemi ještě neexistují.“ (Respondent 6)

Respondent 4 uvedl: „Zabraňujeme velkému množství závažných předávkování, které by končily smrtí. Rád bych zmínil, že nám velmi pomáhá nalaxonový nosní sprej, který v krizových situacích používáme“.

Doporučení

Několik respondentů se v závěru textu neubránílo doporučením, které jsou přínosné a osobně jim přikládám velkou váhu, jelikož to bylo jejich jediné volné vyjádření a zvolily právě tyto myšlenky.

„Je nutné zapojit osoby, které budou službu využívat, do všech fází vývoje a vzniku provozu služby. Nemohu předstírat, že vím, jak vypadá drogová situace v Praze, ale vím, že samotní uživatelé jsou předními odborníky na své potřeby. Nezbytností je odhodláni ke komunitním změnám, ale i ke spolupráci s komunitou a uživateli. V tom vidím klíč k úspěchu v naší organizaci.“ (respondent 7)

Respondent 5: „Pro tuto práci je důležité maximální akceptace všeho, i toho, že někteří prostě podporu nechtějí. Někdy musíme vydržet přihlížet situaci, ve které bychom stejně nic nezměnili.“

„Závislost je definována jako nemoc, a pak ji musíme léčit stejně, jako bychom léčili rakovinu, cukrovku nebo jiné nemoci“. (respondent 1)

„Pokud se dostaví přijetí ze strany komunity, je to to nejdůležitější. Je potřeba naučit komunitu na tuhle službu, musí o ní hodně vědět a vnímat, že máme společné cíle jako oni“. (respondent 3)

„Využití DCR skutečně vidím jako výchozí bod pro poskytnutí další pomoci, tedy výchozí bod pro snížení dopadů drogy případně vedoucí k abstinenci“. (respondent 4)

b) zájem o další spolupráci

Podpora oslovených respondentů mě velmi překvapila a samozřejmě potěšila. Proto jsem se rozhodla zmínit na závěr jejich slova s žádostí o udržení kontaktů a informování jich, jak se situace v České republice vyvíjí.

„Děkujeme, že jste se rozhodla věnovat čas sběru dat, doufám, že to pomůže Vám i ostatním. Doufám, že jsem byl užitečný a přeji vám hodně štěstí“. (respondent 1)

Respondent 4: *„Budu rád pokud zůstaneme v kontaktu a můžeme dál diskutovat o situaci v České republice. Myslím, že Nizozemsko je v této koncepci velmi vyvinuté a rád předám naše myšlenky a přístupy i dál. Rád bych o Vás ještě slyšel“.*

„Je nutné rozšířit fungování injekčních místností po celé světě, doufám, že se to podaří i vám a budu rád, když mě budete i nadále informovat.“ (Respondent 2)

..

6 Diskuze

Během analýzy jsem se snažila zodpovědět výzkumnou otázku: „Jaké mohou nastat překážky při zavedení a fungování služeb aplikačních místností z pohledu pracovníků již zavedených služeb? A jaká existují doporučení pro efektivnější zavedení a fungování této služby? Prostřednictvím strukturovaného dotazníkového listu s otevřenými i uzavřenými otázkami jsem získala informace od sedmi respondentů z pěti různých států, kteří zastávali různé pracovní pozice směrem k organizacím, ve kterých pracují. Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy jsem došla ke třem základním tematickým okruhům: pohled na službu, klient v hlavní roli a pár vět na závěr.

Již při obdržení odpovědí od respondentů jsem cítila limity tohoto konkrétního výzkumu, které se mi při analýze dat potvrdily. I přes nabídku, že výzkum může být veden formou online interview, všichni respondenti zvolili formu psaného dotazníkového listu, ve kterém se však nacházely stejné otázky, které jsem měla připravené do strukturovaného interview. Předpokládám, že této volbě došlo z důvodu jazykové bariéry, ale i časového posunu. Strukturovaný dotazníkový list sice splnil očekávání ohledně odpovědí, ale limitoval respondenta v rozsahu odpovědi. Nikoliv však z důvodu omezení rozsahu, ale je přirozené, že v ústní odpovědi by byl člověk sdílnější. Zároveň bych se z pozice výzkumníka mohla na případné dotazy doptat a styl interview tak přehodnotit, což v e-mailové komunikaci skrze dotazníkový list nebylo možné. Jsem však vděčná, že se mi podařilo i přes jazykovou bariéru a mnohdy komplikovanou e-mailovou komunikaci získat potřebná data.

Naopak bych ráda vyzdvihla široký vzorek respondentů. Vzhledem k tomu, že respondenti byli z pěti různých zemí, byla šíře informací opravdu pestrá. I velmi různorodé pracovní pozice směrem k jednotlivým organizacím zajistily, že odpovědi na konkrétní otázky byly rozmanité, zároveň však informativní a věcné.

Výzkumným cílem bylo zmapovat překážky a případné doporučení pro fungování aplikačních místností. Z výpovědí respondentů je tedy zřejmé, že respondenti vidí fungování služby jako účinné a poměrně bezpečné, avšak troufám si říct, že práce s PUD bude vždy rizikovou a setkání se s krizovými situacemi bude na denním pořádku. Chtěla jsem však zmapovat možné bezpečnostní překážky, kterým bychom mohli v České republice případně předejít, avšak žádná taková doporučení z výzkumu nevyplývala. Účinnost respondenti popisovali převážně skrze zpětnou vazbu od klientů a statistické údaje ohledně snížení předávkování a snížení počtu přenosu infekcí, ale také skrze své postoje a pocity.

Zároveň musím zdůraznit, že vzorek respondentů je profesionály v oboru, musíme tedy počítat s jejich zaujatostí a zainteresovaností. Na druhé straně, kdo jiný by měl poskytovat informace ohledně přímé práce s klientem a pohledy do vnitřních záležitostí služby.

Z výzkumu vyvstaly různá doporučení a překážky, se kterými se respondenti potýkají a jejich vzájemné výpovědi byly převážně v konsensu.

Respondenti zdůrazňují nutnost komunikace, spolupráce a budování důvěry mezi službou a komunitou a zdůrazňují, že se jedná o dlouhodobý a komplikovaný proces. Je však největší překážkou, na které je nutné pracovat. Ačkoliv by se tento cíl zdál jako nedosažitelný, je možný. Například ve Švýcarsku je služba natolik zajetou, že občané místních komunit přijímají DCR zcela přirozeně. V Norsku je k závislosti přistupováno jako k nemoci, a tak komunita přistupuje k léčbě závislosti stejně jako k léčbě např. rakoviny. Na druhé straně respondenti také zmiňují, že ačkoliv společnost k závislosti přistupuje výše zmíněnou optikou, neznamená to, že občané chtějí aplikační místnosti za své sousedy. Obecné přijetí a respekt ke službě shledávám jako první zásadní krok k tomu, aby fungování aplikačních místností a soužití s místními obyvateli bylo v symbióze, avšak je zřejmé, že umístění aplikačních místností bude vždy pro místní komunitu kontroverzním tématem.

Další doporučení pro efektivní fungování DCR je spolupráce s dalšími institucemi, kterou většina respondentů vnímá jako fungující. Spolupráce jsou nutné mezi dalšími podpůrnými službami, ale také mezi institucemi. Podpora ze strany politických subjektů je nezbytností, díky níž může dojít k legislativním změnám a podpoře ve financování. Na druhé straně nespolupráce mezi dalšími orgány na začátku implementace a nestanovení si stejných cílů, může vést i k nevzniknutí této služby.

Z výzkumu jsou zřejmé motivace pro založení jednotlivých aplikačních místností, které se shodují s poznatky z teoretické části. Vzniku DCR v jiných státech předcházelo zavedení podobných služeb. Je jisté, že město Praha se potýká s narušováním veřejného pořádku a čistoty, a tak je zřejmé, že zavedení aplikační místnosti by bylo jedním z možných řešení, a to i z důvodů, že se na území hlavního města vyskytují roky zavedené a funkční nízkoprahové služby, konkrétně pak terénní programy a K-centra.

Respondenti dále potvrdili, že klienti využívají službu denně, a tak by bylo nutné se na tento fakt připravit. Také zmiňují, že je důležitá navázanost a důvěru ve vztahu služba-klient a je nezbytná pravidelnost intervencí za pomoci pravidelné otevírací doby, případně non-stop režimu.

Možnými překážkami při využití služby mohou být nastavená pravidla, která mohou dále specifikovat např. konkrétní formu aplikace, konkrétní aplikovanou drogu nebo třeba bydliště klienta, který službu může využít. Je proto nutné na tyto případné překážky adekvátně a dynamicky reagovat a nastavit pravidla efektivně pro konkrétní lokalitu.

V závěru respondenti vyjádřili smysl své práce a zájem o další spolupráci a výměnu zkušeností s organizacemi v České republice.

S jistotou mohu tvrdit, že úspěšné zavedení a provoz služeb aplikačních místností vyžaduje komplexní přístup k efektivnímu provozu a dostupnost služeb, ale také budování důvěry s klienty, komunitou a dalšími institucemi. Za stěžejní považuji přijetí ze strany komunity a následné legislativní úpravy. Jsem si vědoma toho, že implementaci služby v České republice čeká dlouhá a komplikovaná cesta. Věřím však, že právě pilotní projekt pod organizací Podané ruce v Brně je začátkem této cesty.

Závěr

Diplomová práce se zabývala Aplikačními místnostmi jako jedním z možných nástrojů harm reduction. Seznámila čtenáře s injekčním užíváním drog v kontextu rizik, ale i drogové scény v Praze a v České republice obecně. Přiblížila čtenáři přístup harm reduction a službu aplikační místnost.

Výzkumná část se věnovala možným překážkám a doporučením ve fungování a zavádění aplikačních místností v jiných státech po celém světě. Z výzkumné části vyplynulo, že implementace DCR je velmi kontroverzním tématem s velmi dlouhodobým procesem, který zahrnuje nejen správné uchopení služby, ale také přijetí ze strany komunity a legislativní úpravy. Právě přijetí ze strany komunity a legislativní úpravy vidím jako jediné dvě překážky v implementaci služby v České republice. Diplomová práce přinesla vzhled do této problematiky, který sice nepředkládá převratně nové informace, ale potvrzuje, že je nutností se zaměřit především právě na tyto dvě překážky. Z výzkumu dále vyplynula mnohá doporučení, jak ke službě přistupovat, aby byla co nejefektivnější.

Počet injekčních uživatelů drog v České republice je opravdu vysoký, natož v Praze. Právě situace v hlavním městě mě přivedla na téma diplomové práce. Ujistila jsem se, že aplikační místnosti jako jeden z možných přístupů v harm reduction nesou značný potenciál, jen je potřeba ho správně uchopit, což bezesporu bude velmi zdlouhavým procesem. Naštěstí kolem sebe máme země, kde je služba již zavedená a můžeme se inspirovat jejich úspěchy a vyvarovat se chyb, kterých se dopouštěly.

Také jsem se ujistila v tom, že přístupy harm reduction by měly být více aplikované a na zneužívání návykových látek bychom měli nahlížet optikou přijetí a pochopení, a tím i snižování dopadů na úrovni jedince i celé společnosti. Když zmiňuji více aplikované, myslím tím i v kontextu zneužívání tabáku, alkoholu a léků, ale i v sociálních oblastech např. u lidí bez domova.

Původní myšlenka, že by aplikační místnosti mohly pomoci vyřešit aktuální situaci na Praze 5, se mi i po dopsání práce zdá jako jedno z možných řešení, alespoň tedy v teoretické rovině. V té praktické narážíme na dvě výše zmíněné překážky: komunita a legislativa, což jsou překážky, s kterými bojují i země, kde služba již existuje dlouhá léta. Ačkoliv vkládám do DCR slibné naděje, musím uznat, že v bližší době bych se v Praze zaměřila spíše na rozšíření sítě nízkoprahových služeb, konkrétně kontaktních center, které by se dle mého názoru měly rozmístit po celé Praze. Zajímavým řešením je pravidlo, že místní K-centrum může navštívit pouze klient s místem bydliště v lokalitě, což eliminuje kumulaci uživatelů na jednom místě.

Ačkoliv jsem zainteresovaná v oboru adiktologie a s adiktologickými klienty mám zkušenost i v profesní rovině, musím přiznat, že rozumím komunitě, která se snaží, aby se podobné služby v okolí jejich bydliště nevyskytovaly. Jako řešení vidím postupné přijetí harm reduction přístupů celou společností, tím změnu ve vnímání uživatele a podpůrných služeb a tím snad i změnu v chování samotných uživatelů.

Drogy v naší společnosti byly, jsou a budou, což se týká i konkrétních míst, v kontextu diplomové práce Prahy 5. Je tedy na nás všech, abychom tento fakt přijali a vytvořili si lepší a bezpečnější budoucnost.

Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura

1. EMCDDA. *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. ISBN 92-9168-183-0.
2. EMCDDA. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Lisboa: EMCDDA, 2010. ISBN 978-92-9168-419-9.
3. EECDDA. *JOIN REPORT BY THE EMCDDA AND C-EHRN: Drug consumption rooms*. Lisbon: Publications Office of the European Union, 2023. ISBN 978-92-9497-959-9.
4. GROHMANNOVÁ, K. CHOMYNOVÝ, P. *Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a mezi PWID v l. 2000–2019*. cit. In: MRAVČÍK, V. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády ČR, 2020. ISBN 978-80-7440-254-82.
5. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
6. HUNT, N. *Přehled modelů zajišťování aplikačních místností, Dokument C, nezávislá pracovní skupina pro aplikační místnosti. České vydání*. Praha: Centrum adiktologie a sdružení SCAN, 2010. ISBN 979-80-86620-27-5.
7. CHOMYNOVÁ, P. GROHMANNOVÁ, K. DVOŘÁKOVÁ, Z. ORLÍKOVÁ, B. ROUS, Z. ČERNÍKOVÁ, T. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2022. ISBN 978-80-7440-311-8.

8. JANÍKOVÁ, B. *Harm reduction: Současné intervence v nízkoprahových službách*, 2008, cit. In: KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
9. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
10. KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
11. KIŠŠOVÁ, L. *Národní strategie protidrogové politiky: na období 2010-2018: [schválená usnesením vlády č. 340 ze dne 10. května 2010.]* Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-045-2.
12. KIŠŠOVÁ, L. *Zaostřeno na drogy 2/2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISSN 1214 -1089.
13. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce. 2. vydání*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
14. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
15. SEKRETARIÁT RAD VLÁDY PRO KOORDINACI POLITIKY V OBLASTI ZÁVISLOSTÍ. *Akční plán politiky v oblasti závislostí 2023-2025*. Praha: Úřad vlády České republiky 2023, 2023. ISBN 978-80-7440-319-4.
16. ŠEJVL, J. *Vybrané kapitoly z adiktologie: fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1349-9
17. WHO. *Status Paper on Prison, Drugs and harm Reduction*. 2005, přeloženo DO českého jazyka PETROŠ, O. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-76-5.

Internetové zdroje

1. aidshilfe.de, 2014. *Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges*. Amsterdam: European Harm Reduction Network, 2014. [online]. Dostupné z: <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Drug%20consumption%20in%20Europe.pdf>
2. celnisprava.cz, 2024. *Tisková zpráva celní správy České republiky: Zákaz dovozu psychotropní látky HHC*. [online]. Dostupné z: <https://www.celnisprava.cz/cz/tiskove-zpravy/2024/Stranky/Zakaz-dovozu-psychotropni-latky-HHC-.aspx>
3. ct24.ceskatelevize.cz, 2024. 168 hodin: „Zombie droga“ fentanyl už se šíří i v Česku. [online]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/168-hodin-zombie-droga-fentanyl-uz-se-siri-i-v-cesku-344948>
4. dropin.cz, 2024. *O nás*. [online]. Dostupné z: www.dropin.cz
5. drogy-info.cz, 2011. *Řešení problematiky otevřených drogových scén, drogové kriminality a narušování veřejného pořádku. Možnosti partnerského přístupu*. [online]. Dostupné z: https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Media/CzechDocument_ReseniProblematiky_RespondingToOpeDrugScenes_cz.pdf
6. gov.cz, 2024. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/kam-dal/zakony-vyhlasky.cz>
7. health-infobase-canada.ca, 2024. *Supervised consumption sites*. [online]. Dostupné z: <https://health-infobase.canada.ca/supervised-consumption-sites/>
8. HUNT, N. *An overview of models of delivery of drug consumption rooms*. York: Joseph Rowntree Foundation. [online]. Dostupné z: https://www.drogenkonsumraum.de/system/files/2022-11/Hunt_DCR%20models_2006.pdf

9. idnes.cz, 2023. *V aplikačním voze si narkoman „šlehne“ bezpečněji. Jako první ho má Brno.* [online]. Dostupné z: <https://idnes.cz/brno/zpravy/podane-ruce-aplikacni-vuz-drogy-brno-narkomani.A231006-125647-brno-zpravy-coch>
10. irozhlas.cz, 2023. *Adiktolog: Fentanyl u nás není tak dostupný jako v USA, kde zabijí desetitisíce lidí. To jediné nás chrání.* [online]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/fentanyl-adiktolog-predavkovani-riziko-hrozi-drogy-droga-silnejsi-nez_2309282248_jar
11. JANÍKOVÁ, Z. MRAVČÍK, V. VAŘEKOVÁ, Z. *Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze*, Praha: Podané ruce, o.p.s., 2022. [online]. Dostupné z: https://www.praha.eu/file/3463379/Analyza_adi_situace_Praha_brezen_2022.pdf
12. KREKULOVÁ, L. *Infekční komplikace injekčního užívání drog*. Praha: Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 2021. doi 10.35198/APLP/2021-003-0003. [online]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2021/10/03krekulova.pdf>
13. mpsv.cz, 2017. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.* [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Vyhlaska_c._505_2006.pdf/541be239-51fb-5924-bf4e-aecf544f318b
14. mpsv.cz, 2017. *Zákon o sociálních službách.* [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_do_30.9._2017.pdf/3cc5bee9-29b1-f4c2-d56e-899cf8ec21d5
15. NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE. *Good practice in harm reduction*, 2008. London: NHS, 2008. [online]. Dostupné z: https://www.drugsandalcohol.ie/14431/1/nta_good_practice_in_harm_reduction.pdf
16. podaneruce.cz, 2023. *SPOLEČNOST PODANÉ RUCE SPOUŠTÍ V BRNĚ PRVNÍ PROGRAM BEZPEČNĚJŠÍ APLIKACE A PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.* [online]. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/spolecnost-podane-ruce->

[spousti-v-brne-prvni-program-bezpecnejsi-aplikace-a-prevence-predavkovani-v-ceske-republice/](#)

17. profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz, 2017. *Etický kodex sociálních pracovníků a členu Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách APSS ČR*. [online]. Dostupné z: <https://profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex.pdf>
18. seznamzpravy.cz, 2023. „*Hodně intimní věc.*“ v Brně si lidé mohou vpustit drogy do žil pod dohledem. [online]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-hodne-intimni-vec-v-brne-si-lide-mohou-vpustit-drogy-do-zil-pod-dohledem-239886>
19. stream.cz, 2024. *Užívání drog nezastavíme. Musíme snižovat jejich důsledky, upozorňuje adiktolog Michal Miovský*. [online]. Dostupné z: <https://www.stream.cz/cestmir-strakaty-podcast/uzivani-drog-nezastavime-musime-snizovat-jejich-nasledky-upozornuje-adiktolog-michal-miovsky-64896967>
20. uniting.org. *A story of harm reduction*. [online]. Dostupné z: <https://www.uniting.org/community-impact/uniting-medically-supervised-injecting-centre--msic/history-of-uniting-msic>
21. vlada.gov.cz, 2023. *Výbor Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislosti*. [online]. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/zavislosti/vybory/2023-12-12_Zapis_z_jednani_VZRe.pdf

Seznam příloh

Příloha 1 – seznam e-mailových adres všech oslovených potenciálních respondentů

Příloha 2 – úvodní dopis v anglickém jazyce

Příloha 3 – úvodní dopis v českém jazyce

Příloha 4 – dotazníkový list v anglickém jazyce

Příloha 5 – dotazníkový list v českém jazyce

Příloha 6 – informovaný souhlas v anglickém jazyce

Příloha 1 – seznam e-mailových adres všech oslovených potenciálních respondentů

Portugalsko	info@apdes.pt
Španělsko	fundacion@gizakia.org
	c_garbi@aspb.cat
Ukrajina	sph.sumy@gmail.com
Norsko	postmottak@bergen.kommune.no
	postmottak@vel.oslo.kommune.no
Lucembursko	caritas@caritas.lu
Dánsko	iz@maendeneshjem.dk
	frivillig@fixerum.dk
	kk@kirkenskorshaer.dk
	aarhus@kirkenskorshaer.dk
Austrálie	ask@uniting.org
Kanada	info@phs.ca
	vandu@vandu.org
	Info@phs.ca
	info@cactusmontreal.org
	administration@anonyme.ca
	info@dopamine.ca
	administration@spectrederue.org
	admin@gspady.ab.ca
	administration@turningpoint-ca.org
Francie	ppmu@gaia-paris.fr
	ithaque@ithaque-asso.fr
Švýcarsko	info@perspektive-so.ch
	info@vjps.ch
	office@gassenarbeit.ch
	info@contactmail.ch
	lukas.burla@suchthilfe.ch
	info@premiereligne.ch
Nizozemsko	info@deregenboog.org
	vragen@tactus.nl
	info@omnizorg-apeldoorn.nl
	jeugd@brijder.nl
	preventie@youz.nl
	info@cvd.nl
	meldpunt@moveoo.nl

Příloha 2 – úvodní dopis v anglickém jazyce

Dear all,

I'm writing you this email with request for your help on the contents of my diploma thesis.

Firstly, this semester I'm finishing the master's degree program on Charles University in Prague, specializing in social work. In regards to my vast experience with adolescents in field of addictology, I decided to pay attention to such a topic in my diploma thesis.

Secondly, as I lived my whole live in Prague, a place renowned for its drug culture and history, I decided my diploma thesis main subject to be "Drug Consumption Rooms (DAC)".

Specifically, the thesis is dedicated to implementation and operation of DAC and its impact on state of risk areas in perspective of social services, local citizens and drug addicts as well. Name of the thesis is "***Drug Consumption Rooms as one of the possible harm reduction tools?***".

Finally, I'm turning to you asking for help with gathering information regarding the the subject. For that I prepared structured interview with opened questions and answering of these would bring me crucial evidence for my thesis. I would be very grateful for any information you might provide.

On that basis, I'm offering to you two options of conducting possible interview: either we can chat on your preferred platform or I can send you the interview in written form with possibility of filling the answers. In my opinion, a video interview is the least suitable option given the fact of language differences.

In the end, I would like to add that your information, thoughts and experiences would mean more than a great deal for my thesis, as I would like to be it a cornerstone of the emerging measure in field of harm reduction policy in Czech Republic.

I'm very much looking forward to your reply and possible cooperation. With regards,

Bc. Tereza Rosolová
student of Charles University in Prague

Příloha 3- úvodní dopis v českém jazyce

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o pomoc při psaní mé závěrečné školní práce.

Jsem studentkou oboru sociální práce v magisterském studijním programu a letos budu své studium končit a obhajovat svou závěrečnou práci na Univerzitě Karlově.

Vzhledem ke své dlouholeté praxi v oboru adiktologie s nezletilou klientelou jsem se rozhodla, že se adiktologickému tématu budu věnovat i své závěrečné práci.

Jelikož od narození žiji v Praze, ve městě, které je „vyhlášeno“ svou drogovou kulturou, má práce se věnuje tomu, jak by zavedení aplikačních místností v Praze změnilo klima ohrožených míst z pohledu sociálních služeb, obyvatel i samotných uživatelů. Název mé práce je Aplikační místnosti jako jeden z možných nástrojů harm reduction?

Obracím se na Vás s žádostí o pomoc a získání informací v mém rozhovoru. Mám připravené otevřené otázky, které jsou klíčové k získání informací do mé práce. Za jakékoliv informace, které Vám budou připadat důležité, budu samozřejmě vděčná. Proto nabízím možnosti vedení rozhovoru: můžeme využít chat na vámi zvolené platformě, nebo zaslání strukturovaného rozhovoru v e-mailu.

Videohovor shledávám z důvodu jazykové bariéry jako komplikovaný, ale pokud by to pro Vás byl vhodný způsob, pokusím se.

Vámi sdělená data jsou důležitá nejen pro mou závěrečnou práci, ale vytvoří i obrázek a bezpečnou půdu pro vznik první aplikační místnosti v České republice.

Předem mockrát děkuji za vstřícnost.

S přáním hezkých dní,

Bc. Rosolová Tereza

Studentka sociální práce Univerzity Karlovy

Příloha 4- dotazníkový list v anglickém jazyce

Hello,

first of all, I would like to express my gratitude for your response and willingness to help me conducting the research part of my diploma thesis. Thank you.

I am aware that, because of the language barrier, the conduct of a structured conversation through an e-mail communication is severely restrictive. However, I believe that questions are asked in general with the possibility of using your own words. At the same time, I am as open as possible to the answers that come to your mind, even if they do not relate only to the question that has been asked. As I mentioned in the previous e-mail, I'm studying social work program on Charles University in Prague and my diploma thesis subject is "The Drug Consumption Rooms as one of the possible harm reduction tools?".

As part of its content, I would like to create a picture or framework for the professional and general public on possible obstacles to the introduction of DCRs in other states, which could hinder the establishment of the DCRs in the Czech Republic.

The questionnaire consists of 13 areas of interest, of which 4 questions require only a brief answer.

The answers obtained from this interview will be used in my work and will be reported with regard to the protection of personal data.

The questions are as follows:

1) To begin with, I would like to ask you to present your organisation briefly and, if you will, also your person.

The answers obtained from this interview will be used in my work and will be reported with regard to the protection of personal data.

2) What was the main motivation for the introduction of the DCRs in your city?

3) What steps have preceded the introduction of DCRs in your city?

4) Do you find the DCRs in your area generally accepted?

- yes
- no

5) Has the public attitude to the DCRs changed since they were introduced in your area?

6) What were the obstacles (public, authorities, finance) during the implementation of the service and how did you proceed? If there has been criticism, how have you worked with it (or are you working)?

7) What was the support from the municipality, the authorities, the health and social sectors in setting up the service and what is the current support?

8) How do you assess the current cooperation with the authorities and interested institutions?

- negative
- rather negative
- neutral
- rather positive
- positive

9) Have been met the expectations of clients and their number who will use the service? What do you do to gain client's trust in the use of DCRs? Are you aware of the existing obstacles from the point of view of the DCRs, which means that a clients will not use the service at all?

10) How often do people use the service concerned?

- daily
- few times a week
- once a week
- less then weekly

11) Do you often encounter difficult situations in providing a service?

- daily
- sometimes
- seldomly
- never

12) Can you mention any story of the clients positive change that has occurred through the use of DCRs?

13) At this point, you have space for any comments and observations regarding your work and what you would recommend for an effective improvement of DCRs service.

Thank you for your assistance.

Bc. Rosolová Tereza
Student of Charles University in Prague
+420 776 449 419
terezarosol@gmail.com

Příloha 5- dotazníkový list v českém jazyce

Dobrý den,

v první řadě bych Vám chtěla mnohokrát poděkovat za vstřícnost ve spolupráci při psaní výzkumné části mé diplomové práce. Děkuji.

Jsem si vědoma toho, že z důvodu jazykové bariéry, je vedení strukturovaného rozhovoru skrze e-mailovou komunikaci značně omezující. Věřím však, že otázky jsou položeny obecně s možností vlastní odpovědi a zároveň jsem maximálně otevřena i odpovědi, která Vás napadne a nebude pouze vztažena k položené otázce.

Jak jsem již zmínila v úvodním e-mailu, jsem studentkou oboru sociální práce na Univerzitě Karlově, a jako téma své závěrečné práce jsem si zvolila téma „Aplikační místnosti jako jeden z možných nástrojů harm reduction? Ráda bych vytvořila „obrázek“, rámeček? o zavedení aplikačních místností v jiných státech pro odbornou i širokou veřejnost z pohledu možných překážek, které brání založení aplikačních místností v České republice.

Odpovědi získané z tohoto rozhovoru budou použity v mé diplomové práci a budou zpracovány s ohledem na ochranu osobních údajů.

Dotazník se skládá ze 13 otázek, z toho 4 otázky mají uzavřenou stučnou odpověď. Na otázky s otevřenou odpovědí odpovězte dle své libosti a rozsahu.

- 1) V první řadě bych Vás chtěla požádat o krátké představení Vaší organizace, případně i Vaší osoby.
Sdělená data budou použita s ohledem na ochranu osobních údajů.
- 2) Jaká byla hlavní motivace pro zavedení aplikační místnosti ve Vašem městě?
- 3) Jaké kroky předcházely pro zavedení aplikační místnosti ve Vašem městě? Jak tento proces probíhal?

- 4) Shledáváte fungování aplikační místnosti ve Vašem okolí jako všemi přijímané?
ANO – NE
- 5) Změnil se postroj společnosti k aplikačním místnostem po zavedení služby ve Vašem městě?
- 6) Jaká úskalí nastala v průběhu implementace služby a jak jste postupovali? Myšleno z pohledu společnosti, města, financí apod. Pokud nastala kritika z těchto stran, jak jste s touto kritikou pracovali (případně pracujete)?
- 7) Jaká byla podpora ze strany města, úřadů, zdravotnictví, sociální sféry při zavádění služby a jaká je aktuální podpora?
- 8) Jak aktuálně hodnotíte spolupráci s místními úřady a institucemi?
- velmi pozitivně
 - spíše pozitivně
 - neutrálně
 - spíše negativně
 - negativně
- 9) Naplnilo se očekávání, jaká klientela, a jaký počet klientů bude službu navštěvovat? Co děláte proto, abyste získali důvěru klientů k využití služby? Existují nějaké překážky, proč klient službu nevyužije vůbec?
- 10) Jak často využívají klienti Vaši službu?
- denně
 - několikrát týdně
 - jednou týdně
 - méně často

11) Setkáváte se často s obtížnými situacemi při poskytování služby?

- denně
- občas
- zřídka
- nikdy

12) Bylo by možné zmínit příběh pozitivní změny, která nastala díky využití aplikační místnosti?

13) Zde je prostor pro Vaše jakékoliv připomínky a postřehy ohledně Vaší práce, a co byste doporučil/a pro efektivní zlepšení této služby.

Ještě jednou velké díky za spolupráci.

Bc. Rosolová Tereza
Student sociální práce na Univerzitě Karlově
+420 776 449 419
terezarosol@gmail.com

Příloha 6- informovaný souhlas v anglickém jazyce

INFORMED CONSENT FOR MASTER'S THESIS RESEARCH

Title:

The drug consumption rooms as one of the possible harm reduction tools?

General information:

The research is conducted as data collection for the purpose of master's (diploma) thesis with the subject above. The thesis is part of social work program on Charles University in Prague. The aim of research is to map the beginnings and evolution of drug consumption rooms worldwide. The results collected will be used for creation of DCR implementation plan in Czech Republic.

Respondent's consent:

I understand that some of the data collected for the purposes of this study are classified as „sensitive personal data“ under the General Data Protection Regulation. I hereby consent to the collection of these data for the purposes of the research.

The findings may be used for research purposes and may be published. My name will not be published; anonymity and confidentiality is guaranteed at every stage of the research project. The complete datasheet can be made available to the academic community only in the anonymised manner.

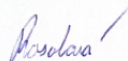
I understand that my participation in this study is voluntary. I am aware that I can discontinue my participation at any time.

I have received sufficient information about the purpose of the research.

I have read and understand the information above and have received answers to all my questions regarding this study. I agree to participate in the study.

Date: 11.4.2024

Researcher:



Respondent:

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá velmi kontroverzním tématem, před kterým však není možné zavírat oči. Zneužívání návykových látek jde ruku v ruce s existencí lidstva a je tak nutné tento fakt přijmout a pracovat s jeho následky.

Téma Aplikační místnosti jako jeden z možných nástrojů harm reduction jsem si zvolila na základě své profesní, ale i osobní zkušenosti. Okolí městské částí Anděl na Praze 5, kolem kterého se intenzivně pohybuji, je značně významnou drogovou scénou v Praze. Příčinou je především přesun drogové scény během pandemie COVID-19. Na Praze 5 se ještě před dvěma lety nacházela dvě kontaktní centra pro osoby užívající návykové látky, z tohoto důvodu se v okolí center kumuloval vyšší počet uživatelů drog, kteří jsou spojovány s nárůstem kriminality, zhoršení čistoty a hygienických podmínek v této městské části. Jako jedno z možných řešení vidím právě zavedení aplikační místnosti. Kontroverzní téma, kterým se již odborná i široká veřejnost zabývala, do nedávna stála pouze v teoretické rovině. V září roku 2023 vznikl pilotní projekt mobilní aplikační místnosti v Brně, což vidím jako průlomové a doufám, že cílem této diplomové práce bude rozšíření informací o této problematice, která by mohla vést k implementaci služby u nás. Cílem této diplomové práce je tedy poskytnout teoreticko-praktický rámec po vzoru aplikačních místností v jiných státech pro zavedení aplikačních místností i v České republice. Jsem si však vědoma kontroverznosti tématu a vzhledem k nulové osobní zkušenosti s aplikačními místnostmi mi nenáleží soudit, zda by samotné zavedení bylo efektivní. Mým cílem je pouze poskytnout informace z jiných měst, kde je služba zavedena na základě výpovědí respondentů.

První část teoretické části se věnuje injekčnímu užívání návykových látek a rizikům, který tento způsob aplikace přináší. Dále se věnuje drogové scéně v České republice a v Praze, profilu injekčního uživatele drog a legislativnímu ukotvení.

Druhá část je věnována přístupu harm reduction, stručné historii ve světě i v České republice, propojení harm reduction s protidrogovou politikou ČR. Dále seznamuje čtenáře s nízkoprahovými služebnami, konkrétně pak terénními programy a kontaktními centry, které by v budoucnu mohly aplikační místnosti zaštiťovat.

Kapitola tři poté seznamuje s aplikačními místnostmi, s typy aplikačních místností a popisuje již zavedené aplikačních místnosti ve vybraných státech po celém světě.

Výzkumná část bude zprostředkována pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými i uzavřenými otázkami za využití kvalitativního výzkumu, který je však z důvodu jazykové bariéry zaznamenáván na dotazníkový list. Cílem výzkumné části práce je zmapovat možné překážky a doporučení při zavedení a fungování aplikačních místností z pohledu pracovníků již zavedených služeb v různých městech po celém světě, a to z pohledu respondentů z různých pracovních pozic.

Abstract

This thesis delves into a highly contentious subject that demands acknowledgment. Substance abuse is intricately linked with human existence, necessitating the recognition of this reality and the subsequent addressing of its repercussions.

The topic of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a viable harm reduction measure was selected based on both professional expertise and personal insights. The vicinity of the Anděl district in Prague 5, where I am actively involved, serves as a notable hub of drug activity in Prague. This is chiefly attributed to the shifting of the drug scene amid the COVID-19 pandemic. Merely two years ago, Prague 5 hosted two contact centers for drug users, resulting in a heightened concentration of substance users in the area. This surge correlated with an uptick in criminal activity and a decline in cleanliness and hygiene standards in the district. Among the potential remedies, the establishment of DCRs stands out. Despite its contentious nature, which has garnered attention from experts and the public alike, this idea has largely remained theoretical until recently. In September 2023, a pioneering pilot project of a mobile DCR was initiated in Brno, marking a significant breakthrough. It is my hope that this thesis will foster greater awareness of this issue, potentially paving the way for its implementation. Thus, the objective of this thesis is to furnish a comprehensive theoretical-practical framework, drawing upon experiences with DCRs from other countries, to facilitate the introduction of DCRs in the Czech Republic. However, mindful of the controversial nature of the subject and my limited personal experience with DCRs, I refrain from passing judgment on their effectiveness. My sole intention is to present insights gleaned from other cities where such services are operational, based on the narratives of respondents.

The initial segment of the theoretical discussion delves into injectable drug use and the associated risks. It also provides an overview of the drug scene in the Czech Republic and Prague, detailing the demographics of injectable drug users and pertinent legislative frameworks.

The subsequent section delves into the harm reduction approach, offering a concise historical overview on both global and domestic fronts, alongside its integration with Czech drug policy. Furthermore, it acquaints readers with low-threshold services,

particularly outreach programs and contact centers, which could potentially oversee the management of DCRs in the future.

Chapter three serves to introduce DCRs, delineating their various types and profiling established facilities across selected countries worldwide.

The research component will be conducted via structured interviews, employing a blend of open-ended and closed questions within a qualitative research paradigm. Due to language constraints, data collection will be facilitated through questionnaire surveys. The research aims to identify potential hurdles and recommendations for the introduction and operation of DCRs, leveraging insights from personnel involved in established services across diverse global locales and occupational roles.