



Přehled modelů zajišťování aplikačních místností



Neil Hunt

UČEBNÍ TEXTY

Přehled modelů zajišťování aplikačních místností

Dokument C

Nezávislá pracovní skupina pro aplikační místnosti

Původně vydáno v angličtině pod názvem An overview of models of delivery of drug consumption rooms nadací Joseph Rowntree Foundation. Tento text byl publikován jako podpůrný materiál ke zprávě Nezávislé pracovní skupiny pro aplikační místnosti, která je k dispozici na stránkách JRF (www.jrf.org.uk).

Tento projekt podpořila nadace Joseph Rowntree Foundation v rámci svého programu výzkumu a inovativních rozvojových projektů, které, jak nadace doufá, budou přínosné pro tvůrce politik, pracovníky v praxi a uživatele služeb. Za údaje uvedené a názory vyjádřené v této zprávě však zodpovídá autor, nikoli nadace.

Veškerá práva vyhrazena. Reprodukce této zprávy kopírováním nebo elektronickými prostředky pro nekomerční účely je povolena. Jinak nesmí být žádná část této zprávy reprodukována, upravována, ukládána v systému vyhledávání dat nebo přenášena žádným prostředky, ať elektronickými, mechanickými, fotokopírováním či jinak, bez předchozího písemného povolení nadace Joseph Rowntree Foundation.

Původní verze této publikace ve formátu pdf je k dispozici na stránkách nadace Joseph Rowntree Foundation, The Homestead, 40 Water End, York YO30 6WP, www.jrf.org.uk.

© Neil Hunt, 2006

České vydání: © Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010

České vydání vychází se svolením majitelů autorských práv. Odpovědnost za překlad spočívá zcela na Centru adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

ISBN: 978-80-86620-27-5



**EVROPSKÁ
UNIE**



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Vydání této publikace bylo financováno prostřednictvím Evropského sociálního fondu, rozpočtu hlavního města Prahy a rozpočtu České republiky.

Přehled modelů zajišťování aplikačních místností

Dokument C

Nezávislá pracovní skupina pro aplikační místnosti

Autor:

© Neil Hunt

Editor českého vydání:

JUDr. Michaela Štefůnková, Ph.D.

Překlad:

Mgr. David Fuchs

**Odborná korektura
a předmluva k českému vydání:**

Mgr. Barbara Janíková

Jazyková korektura:

Mgr. Marta Davidová, Štěpán David

obsah

PŘEDMLUVA K ČESKÉMU VYDÁNÍ	9
1 Úvod	10
2 Aplikační místnosti – obecné charakteristiky poskytování služby	12
3 Švýcarsko	16
3/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY	17
3/2 CÍLE	17
3/3 CÍLOVÁ POPULACE	17
3/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG	17
3/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ	17
3/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ	17
4 Německo	18
4/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY	19
4/2 CÍLE	19
4/3 CÍLOVÁ POPULACE	19
4/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG	19
4/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ	19
4/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ	19
5 Nizozemsko	22
5/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY	23
5/2 CÍLE	23
5/3 CÍLOVÁ POPULACE	23
5/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG	23
5/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ	24
5/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ	24
6 Španělsko	26
6/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY	27
6/2 CÍLE	27
6/3 CÍLOVÁ POPULACE	27
6/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG	27
6/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ	27
6/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ	27

7 Austrálie	28
7/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY	29
7/2 CÍLE	29
7/3 CÍLOVÁ POPULACE	29
7/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG	29
7/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ	29
7/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ	29
8 Kanada	30
8/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY	31
8/2 CÍLE	31
8/3 CÍLOVÁ POPULACE	31
8/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG	31
8/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ	31
8/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ	31
9 Norsko	32
10 Lucembursko	34
11 Diskuse	36
12 Závěry	40
13 Literatura	42

Předmluva k českému vydání

Není snad kontroverznější, mýty a předsudky obestřená modalita harm reduction, než jsou tzv. aplikační místnosti pro uživatele drog. Pravděpodobně jedním z hlavních důvodů tohoto stavu je nedostatek odborných prací, které by vyšly v českém jazyce. Protože v českých odborných kruzích v současné době probíhá diskuse o potřebnosti zřízení aplikačních místností, rozhodli jsme se přeložit tuto krátkou publikaci, jež obsahuje alespoň základní informace. Dostává se Vám tedy do rukou text, který stručně představuje dosavadní modely fungování aplikačních místností ve světě a nabízí přehledný souhrn informací o typech, rozmístění, cílech, principech a pravidlech pro fungování těchto specializovaných zařízení pro aktivní uživatele drog. Publikace však nezahrnuje důležité a často diskutované téma evaluace aplikačních místností a dopadu jejich provozování na místní komunitu.

Text v originále vydala britská organizace John Rowntree Foundation, která v rámci projektu „Nezávislé pracovní skupiny pro aplikační místnosti“ přispěla k vypracování celkem šesti odborných textů na téma aplikačních místností:

- A. Indicators of the need for drug consumption rooms in the UK (Indikátory pro zjišťování potřebnosti zřízení místností pro aplikaci drog ve Velké Británii).
- B. The evaluation literature on drug consumption rooms (Review odborné literatury o evaluaci místností pro uživatele drog).
- C. An overview of models of delivery of drug consumption rooms (Přehled modelů zajišťování aplikačních místností).
- D. The social impact of public injecting (Sociální dopady injekčního užívání drog na veřejnosti).
- E. Harm reduction and the law of the United Kingdom (Harm Reduction a legislativa ve Velké Británii).
- F. Setting up a drug consumption room (Budování místnosti pro aplikaci drog).

Mgr. Barbara Janíková



1

Úvod

Tuto zprávu je třeba číst ve spojitosti s dalšími dokumenty vypracovanými pro Nezávislou pracovní skupinu (NPS) pro aplikační místnosti nadace Joseph Rowntree Foundation (dokumenty A až F). Tato zpráva je koncipována jako podkladový materiál pro úvahy o potenciálních modelech poskytování služeb aplikačních místností s ohledem na případné pilotní hodnocení ve Spojeném království. Podává srovnávací přehled modelů jejich fungování v jednotlivých zemích, co se týká provozních hledisek včetně cílů, organizace služby, cílových skupin, kritérií pro zařazení/vyřazení a nákladů (jsou-li známé).

Aplikační místnosti (drug consumption rooms, DCR) byly definovány jako:

...chráněná místa pro hygienickou aplikaci přinesených drog v nehodnotícím prostředí a pod dohledem školeného personálu.

Akzept (2000)

Tato zařízení v současné době existují v Austrálii, Kanadě, Švýcarsku, Nizozemsku, Německu, Španělsku, Norsku a Lucembursku. K dnešnímu dni se však literatura týká pouze služeb v prvních šesti zemích, protože služby v Oslu a v Lucemburku vznikly až v roce 2005.

Tato zpráva čerpá převážně z anglicky psané literatury a přehledu pro Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), jehož autorkou je Hedrich (2004). V případech, kdy byly dostupné, byly použity i další informace z internetu a ze šedé literatury. Zpráva také čerpá z návštěv vybraných aplikačních místností členy nezávislé pracovní skupiny v průběhu projektu. K nim patřily individuální návštěvy Centra pro injekční aplikaci pod lékařským dohledem v Sydney (Medically Supervised Injecting Centre, MSIC) a Zařízení pro bezpečnější injekční užívání drog (Safer Injecting Facility, SIF) ve Vancouveru; a dále skupinová návštěva, kterou vykonali členové nezávislé pracovní skupiny ve třech zařízeních v Rotterdamu, dvou zařízeních ve Frankfurtu a jednom zařízení v Curychu.



2

Aplikační místnosti – obecné charakteristiky poskytování služby

Z hlediska procesu zahrnují aplikační místnosti obecně tři hlavní prvky:

- posouzení a vstupní formality, které zajišťují vstup do zařízení pro stanovenou cílovou populaci;
- poskytnutí řízených prostor, které umožňují hygienickou aplikaci drog: především injekčně; někdy inhalací (kouřením); vzácněji pak intranazálně (šňupáním) – jak NPS zjistila v Švýcarsku;
- vybavení, které umožňuje monitorovat bezpečnostní účinky aplikace drogy – zejména riziko předávkování – předtím, než uživatel zařízení opustí.

V praxi tyto procesy někdy probíhají v jediném prostoru uvnitř zařízení. Některá zařízení, jako například Centrum pro injekční aplikaci pod lékařským dohledem v Sydney (MSIC), jsou rozdělena do zón sloužících těmto různým funkcím (viz obr. 1).

Přestože se používá souhrnné označení „aplikační místnosti“, termín zahrnuje celou škálu služeb různého typu, poskytovaných různými způsoby, zaměřených na různé populace a v různých prostředích. Hedrich (2004) rozlišuje tři hlavní typy: integrované, specializované a neformální.

Integrovaná zařízení jsou nejběžnější, jelikož aplikační místnosti se mnohdy vyvíjely jako součást širší sítě služeb, kdy byly doplněny ke stávajícím zařízením pro osoby bez domova nebo uživatele drog a fyzicky do těchto zařízení integrovány. Dohled nad aplikací je prováděn v oddělené části zařízení, do níž je vstup kontrolován a která je otevřena pouze omezené skupině klientů, jako pouze jedna z mnoha dalších poskytovaných služeb. V integrovaných zařízeních jsou uživatelé aplikačních místností pouze jednou z několika různých skupin klientů.

Specializovaná zařízení slouží výhradně uživatelům aplikačních místností. Jsou mnohem méně běžná než integrované služby. Obvykle jsou vybudována v blízkosti dalších pro-

tidrogových služeb a umístěna nedaleko významných drogových trhů s koncentrovanou drogovou scénou, kde je vysoká poptávka po příležitostech k užití drogy v bezpečném a hygienickém prostředí.

„Neformální“ aplikační místnosti jsou provozovány stávajícími nebo bývalými uživateli drog, avšak jsou tolerovány policií a většinou se omezují na kouření/inhalaci; dosud byly popsány pouze v případě Nizozemska.

Ohledně vlastního dění v aplikačních místnostech podává Hedrich (2004) na základě pozorování ve Švýcarsku popis typické místnosti pro injekční aplikaci v rámci „integrované“ služby:

... je umístěna diskrétně v rámci většího zařízení, které zahrnuje jídelnu, poradenskou místnost a kliniku pro primární lékařskou péči. Místnosti, kde probíhá injekční aplikace, jsou malé a pečlivě udržované v čistotě. Je v nich několik stolů, u kterých si klienti připravují a injekčně aplikují drogu, na každém místě u stolu je injekční náčiní, jako například jehly a stříkačky, svíčka, sterilní voda a lžičky. K dispozici jsou papírové ubrousky, vatové tampóny, leukoplasty a nádoby na odpadky... (Parlament Nového Jižního Walesu, 1998)

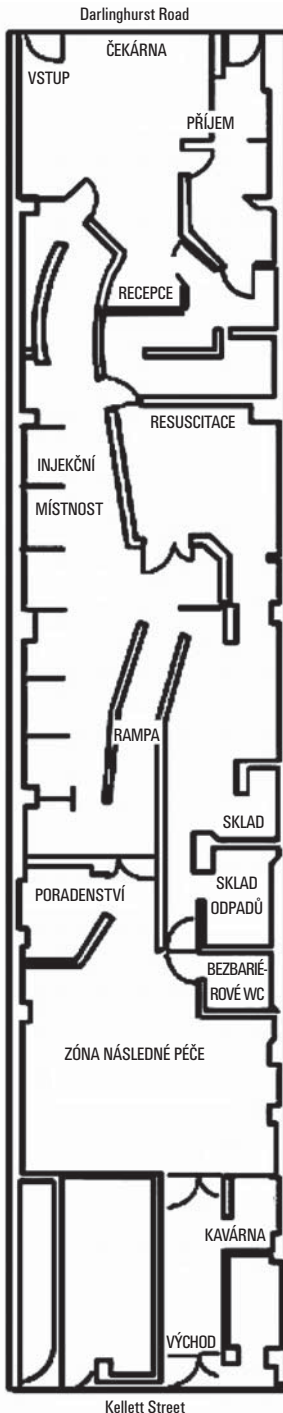
Zatímco centrum MSIC v Sydney je příkladem „specializované“ služby, z níž lze uživatele odeslat do dalších, externích služeb, „integrované služby“ typicky mívají k dispozici širokou škálu doplňkových léčebných, zdravotních a sociálních služeb. Volba mezi poskytováním služeb v modelu specializovaného nebo integrovaného zařízení je jedním z hlavních rozhodnutí při rozhodování o tom, jakou formou má být služba poskytována.

Přestože výše pro úplnost výčtu uvádíme i „neformální“ služby, dále se jimi nezabýváme, protože se předpokládá, že neformální, tolerované služby stojí mimo rámec této zprávy.

Polooficiální centra injekční aplikace byla zaznamenána v některých zemích, mezi něž patří Nizozemsko, Švýcarsko a Spojené království, už v 60. letech 20. století. Lze je lépe charakterizovat jako místa pro tolerované užívání drog a je třeba je výrazně odlišit od současných aplikačních místností, jež kladou důraz na aplikaci pod dohledem, hygienu injekční aplikace a distribuci sterilního injekčního náčiní.

Centrum pro injekční aplikaci pod lékařským dohledem v Sydney – Medically Supervised Injecting Centre (MSIC).

Zdroj: <http://www.sydneymaic.com/whatwedo.htm>.



Zóna 1

V čekárně a vstupní místnosti probíhá posouzení, zda je klient oprávněn využít tuto službu. Cílem posouzení je:

- ověřit, že klient je stávajícím uživatelem drog, že je mu více než 18 let, že se nejedná o těhotnou ženu, že není doprovázen dítětem a že není intoxikován;
- shromáždit demografické informace a anamnézu klienta včetně informací o předchozích předávkách a léčbě.



Zóna 2

Injekční místnost je klinické prostředí s neustálou službou dvou vyškolených pracovníků, včetně diplomované sestry. V místnosti je osm otevřených buněk, každá pro dvě osoby, což personálu umožňuje neustále vykonávat dohled. V injekční místnosti je klientům poskytnuta čistá jehla, rada ohledně bezpečnějších injekčních praktik, první pomoc a další klinické služby. Jsou zde odpadkové koše na použité jehly a resuscitační místnost pro případ předávkování.



Zóna 3

V zóně následné péče (after care area) klienti zůstávají na pozorování, dokud nejsou připraveni zařízení opustit. K dispozici jsou poradci a sociální pracovníci, aby zkontaktovali klienty s dalšími službami zaměřenými na bydlení, právní nebo sociální pomoc, protidrogovou léčbu a resocializaci.



Východ

Klienti mohou opustit MSIC zadním východem do Kellett Street. Tyto dveře rovněž slouží pro vstup rychlé záchranné služby do MSIC.



3

Švýcarsko

3/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

Švýcarsku je připisována první moderní aplikační místnost, která vznikla v roce 1986 v Bernu. V roce 2003 už bylo provozováno dvanáct aplikačních místností v sedmi městech:

- Basilej – 2
- Bern – 1
- Biel – 1
- Ženeva – 1
- Schaffhausen – 1
- Solothurn – 1
- Curych – 5

3/2 CÍLE

Posouzení zákonnosti aplikačních místností (Schultz, 1989) naznačuje cíle těchto zařízení ve Švýcarsku, když konstatuje, že neporušují švýcarskou legislativu, pokud „zlepšují hygienické podmínky, v nichž aplikace probíhá, pokud zajišťují zdravotní dohled a pokud nedochází k obchodování“ (Hedrich, 2004: 15). V 80. letech 20. století vznikla v Curychu výrazná otevřená drogová scéna, a třebaže existovaly obavy z vysokého počtu úmrtí souvisejících s drogami a vysoké prevalence HIV mezi uživateli drog, bylo omezení veřejného nepořádku považováno za stejně důležitý cíl jako zlepšení zdraví uživatelů (Eastus, 2000).

3/3 CÍLOVÁ POPULACE

V rámci švýcarských aplikačních místností byla cílová populace definována jako Schwerstabhängige (těžce závislé) osoby, které neakceptují/nevyužívají jiné nabídky pomoci; dlouhodobí, hardcore injekční uživatelé drog (Eastus, 2000).

3/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG

Přestože v aplikačních místnostech ve Švýcarsku je hlavní důraz kladen na injekční aplikaci, od roku 2001 bylo několik zařízení rozšířeno o prostory pro aplikaci drogy inhalací (kouřením).

Jedna třetina zařízení je nyní vybavena pro inhalaci i injekční aplikaci. Součástí jednoho zařízení, které navštívili členové NPS v roce 2005, byl také hygienický pult z nerezové oceli, který uživatelům sloužil ke šňupání drog v prášku (mezi ně může patřit i heroin a kokain). Toto vybavení bylo poskytováno proto, že a) umožňovalo cílenou podporu šňupání jako bezpečnější alternativy k injekční aplikaci, b) přispělo ke snížení míry obtěžování okolní lidmi užívajícími tento způsob aplikace.

3/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ

Provozovatelé aplikačních místností se mnohdy snažili vyhnout efektu „lákadla“, kdy se do lokality aplikační místnosti stahují lidé mimo rámec místní komunity a zvětšují problém veřejného nepořádku v místě. Ve Švýcarsku podle všeho ještě dále zhoršovali problém místních otevřených drogových scén „drogoví turisté“ – zejména v curyšském „jehlovém parku“¹. Proto tyto služby mnohdy omezují vstup na základě místa pobytu nebo národnosti. Ve Švýcarsku většina zařízení povoluje vstup po předložení osobních dokladů.

V Curychu se zařízení, jež navštívili členové NPS, nachází vedle policejního „detenčního zařízení“. Lidé odjinud než z Curychu, kteří užívají drogy na veřejných prostranstvích ve městě, jsou umístěni do tohoto detenčního centra na 24 hodin a poté navraceni do města, odkud pocházejí. Politika tolerance a sociální podpory je tak doplňována politikami, které efekt „lákadla“ minimalizují.

3/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ

Pro zajištění vstupu do zařízení jsou v systémech obvykle zavedeny uživatelské průkazky, přístupové karty nebo jiné registrační prvky. Je výjimečné, aby zařízení umožňovala volný, neověřený vstup.

1/ Vyhlášená otevřená drogová scéna v parku, kde si uživatelé mohli pořídit a aplikovat heroin bez cílené přítomnosti policie. Pozn. překl.



4

Německo

4/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

Diskuse o zařízeních pro injekční aplikaci drog pod dohledem se v Německu datuje do začátku 90. let 20. století a k oficiálnímu zavedení vedl právní posudek jejich provozování ve Frankfurtu z roku 1994. V roce 2003 Německo mělo už 25 aplikačních místností ve 14 městech. Hannover a Saarbrücken mají po jednom. Frankfurt a Hamburg jsou jediná dvě města s více než jednou aplikační místností. Devět měst má aplikační místnosti integrované do stávajících protidrogových služeb – Münster, Wuppertal, Essen, Kolín, Cáchy, Dortmund, Bochum, Bonn a Bielefeld. V Berlíně byla v říjnu 2003 uvedena do provozu mobilní aplikační místnost a dvě další, stacionární zařízení jsou v plánu.

4/2 CÍLE

Zavedení aplikačních místností v Německu bylo reakcí na otevřenou drogovou scénu v Hamburku a Frankfurtu, spojenou s nehygienickou injekční aplikací, rychle vzrůstajícím počtem akutních případů předávkování a stížnostmi místních obyvatel a policie na rušení pořádku. Aplikační místnosti v Německu proto vznikly s cílem řešit tuto kombinaci zdravotních problémů a problémů veřejného pořádku.

4/3 CÍLOVÁ POPULACE

Aplikační místnosti v Německu se zaměřují na „schwer erreichbare Betäubungsmittelabhängige“ (obtížně dosažitelné závislé uživatele drog) (Hedrich, 2004: 10), se zvláštním důrazem na injekční uživatele na otevřených drogových scénách.

4/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG

Necelá polovina všech aplikačních místností v Německu je určena výhradně pro osoby, které užívají drogy injekčně. Ostatní jsou vybaveny pro injekční aplikaci i inhalaci.

4/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ

Omezení vstupu se mezi zeměmi liší. Služby ve Frankfurtu a některé služby v Severním Porýní – Vestfálsku stanovují omezení a vyžadují důkaz, že osoba bydlí v místě, což se prokazuje osobními doklady.

4/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ

Některé služby v Severním Porýní – Vestfálsku omezují použití pouze pro určitý počet klientů a vydávají uživatelské karty, které zajistí přístup pouze uživatelům bydlícím v dané lokalitě. V případech, kdy jsou aplikační místnosti vzdáleny od drogových trhů, dávají karty také záruku imunity před trestním stíháním za držení drog na cestě do zařízení.

Aplikační místnosti v Německu mají podle zákona povinnost dodržovat minimální standardy (viz rámeček níže). Za zmínku stojí potřeba poskytování škály podpůrných služeb včetně léčby orientované na abstinenci a požadavek vyloučit osoby, které drogu užívají poprvé nebo občasné uživatele. Přestože samostatné služby mohou být velmi úspěšné v odesílání klientů do dalších služeb, ukazuje se, že integrované služby nejspíše mají samy od sebe výhodu v tom, že podporují zapojení do dalších zdravotních a sociálních služeb. Vedle toho budou mít rozhodnutí, do jaké míry mají být přímo dostupné další služby, pravděpodobně značný dopad na rozsah a hloubku výstupů. Vedle všeobecné protidrogové léčby včetně opiátové substituce a přístupů orientovaných na abstinenci existují možnosti podporovat služby v souladu s ostatními prioritami, jako je očkování proti hepatitidě B a testování na hepatitidu C.

Rozhodnutí, zda zahrnout nové nebo občasné injekční uživatele, jsou spojena s obtížným zvažováním. Nedávné důkazy o vysoké incidenci hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog ve Spojeném království (Judd et al., 2005) znamenají, že včasné zapojení uživatelů může

vytvořit příležitosti pro podporu zdraví a rané intervence mezi uživateli, kteří si teprve začínají drogu aplikovat injekčně. Na druhé straně existuje riziko upevnění identity klienta coby injekčního uživatele a jeho silnějšího zakotvení v sociálních sítích injekčních uživatelů, a to i u lidí, jejichž injekční užívání drog by jinak bylo relativně přechodné. Stávající výzkum nepodává užitečné informace o dopadu aplikač-

ních místností na „injekční drogové kariéry“ uživatelů a toto téma nadále zůstává oblastí, kterou je třeba dále prozkoumat. Případy, kdy klient prokazatelně nedokáže správně provést injekční aplikaci, avšak trvá na ní, představují pro praktiky zvláště těžké etické dilema; jejich management by vyžadoval jasnou metodiku pro všechny služby.

Metodika

Zákonem stanovené minimální standardy aplikačních místností v Německu

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

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

(Hedrich, 2004: 17)



5

Nizozemsko

5/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

V Nizozemsku vznikly aplikační místnosti poprvé v roce 1990 v rámci církvi provozované služby Pauluskerk v Rotterdamu, avšak běžnou součástí služeb se staly až v roce 1994. Oficiální aplikační místnosti bylo možné realizovat až po vydání právní metodiky v roce 1996.

V roce 2004 existovalo už 22 aplikačních místností ve 12 městech: Amsterdam (3), Apeldoorn (1), Arnhem (2), den Hertogenbosch (1), Deventer (1), Eindhoven (2), Groningen (1), Heerlen (1), Maastricht (1), Rotterdam (7), Utrecht (1) a Venlo (1).

5/2 CÍLE

Přestože mají zdravotní a sociální cíle, aplikační místnosti v Nizozemsku kladou zvláštní důraz na omezení veřejného nepořádku a výrazně se zaměřují na subpopulace osob bez domova a přechodné subpopulace, jako jsou například přistěhovanci a sexuální pracovníci. Klesající počet osob, které užívají drogy injekčně – čemuž nasvědčuje stoupající průměrný věk ve vzorcích léčebných klientů a v průzkumech – spolu s relativně nízkým výskytem předávkování znamenají, že i když zdraví a sociální aspekty zůstávají zohledněny, Nizozemsko klade více než jiné země důraz na omezování veřejného nepořádku. Služby mívají obvykle 25-30 registrovaných klientů, kteří patří k nejvíce marginalizovaným uživatelům drog v každé lokalitě.

5/3 CÍLOVÁ POPULACE

Cílové populace v Nizozemsku jsou definovány různými způsoby jako: „problematičtí pouliční uživatelé drog, tj. dlouhodobě závislí, charakterizovaní užíváním na ulici, narušováním veřejného pořádku a špatným tělesným stavem“ (Schatz and Wolf, 2002); „chroničtí uživatelé tvrdých drog, kteří nejsou motivováni k léčbě“ (NDM, 2002: 92); a „dospělí pouliční uživatelé drog s pověstí narušitelů veřejného pořádku“ (Wolf et al., 2003).

5/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG

V souladu s klesajícím výskytem injekčního užívání všechny nizozemské aplikační místnosti poskytují služby jak lidem užívajícím drogy injekčně, tak i těm, kteří je inhalují. Stejně jako v jiných službách se značné úsilí vynakládá na oddělení injekčních uživatelů od těch, kteří drogu primárně inhalují/kouří, přičemž aplikační místnosti pro injekční užívání a pro kouření jsou samostatné. Neexistují žádné služby, které by byly výhradně pro injekční užívání. Některé služby odrazují klienty od intenzivnější formy užívání cracku dýmku („piping“), a namísto toho podporují „chasing“², přinášející prodloužený a mírnější prožitek, který může být ekonomičtější a pro zdraví méně nebezpečný (osobní komunikace – Theo van Dam).

Návštěva NPS v aplikačních místnostech v Nizozemsku, Německu a Švýcarsku vyjasnila náročnost úsilí všeobecně vynakládaného k odrazení uživatelů, kteří kouří heroin nebo kokain, od injekčního užívání. Tento přechod byl hlášen zřídka a v případech, kdy k němu došlo, byl obvykle důvodem značných obav a předmětem pečlivého posouzení a edukačních vstupů personálu – někdy po období několika týdnů (další pojednání o etickém managementu potenciálních injekčních uživatelů v aplikačních místnostech viz Solai et al., 2006). Aplikační místnosti podle všeho představují jedinečnou kvalitní příležitost podporovat přechod směrem od injekčního užívání (rozsáhlejší pojednání viz Hunt et al., 1999). Při případném zavedení ve Spojeném království by pak bylo užitečné zvážit, zda a jak tento cíl nejlépe naplňovat.

V průběhu návštěv aplikačních místností, umožňujících kouření heroínu a cracku, byli členové NPS překvapeni tím, jak účinně se těmto službám daří zapojovat uživatele drog z černošské menšiny i jiných vyskytujících se menšin. Značná část uživatelů služby zjevně pocházela z etnických menšin a tato skutečnost může mít význam pro debaty ve Spojeném království o účinných stra-

2/ Inhalace z fólie. Pozn. překl.

tegiích jak zapojit a) uživatele stimulantů; b) příslušníky černošských a dalších menšinových komunit.

5/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ

Nizozemsko prošlo značnými problémy s „drogovou turistikou“. Většina služeb slouží omezené cílové skupině „chronicky závislých uživatelů“ z konkrétní místní oblasti; uživatel se musí zaregistrovat u městského úřadu nebo místního protidrogového zařízení a musí právoplatně pobývat v Nizozemsku. Jedna aplikační místnost je vyhrazena pro osoby, které pocházejí ze zahraničí. Vstupní kritéria pro tuto službu jsou: dlouhodobá závislost; užívání drog na ulici, jež vede k rušení veřejného pořádku; a špatný tělesný stav (osobní komunikace – Eberhard Schatz).

5/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ

Oficiální proces registrace zahrnuje kontroly policií; uzavírají se dohody o užívání aplikačních místností a jsou vydávány vstupní průkazky („uživatelské karty“). Celkový počet uživatelů karet na jednu aplikační místnost je omezen, aby se předešlo přeplnění. Jestliže klienti aplikační místnost po několik týdnů nevyužívají, jejich uživatelská karta je zrušena.





6

Španělsko

6/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

Španělsko má pouze tři zařízení, která slouží nejhustěji obydleným sídlům, a to v Madridu, Barceloně a Bilbao. Madridské zařízení, které bylo umístěno blízko velké otevřené drogové scény v roce 2000, je jedinečné v tom, že je otevřené 24 hodin denně. V Barceloně byla tato služba nejprve poskytována mobilním zařízením po čtyři hodiny denně během pracovních dnů, nyní však byla nahrazena zařízením na stálém místě. Španělské aplikační místnosti byly vytvořeny v integrovaném modelu s dalšími zdravotními a sociálními službami.

6/2 CÍLE

Aplikační místnosti ve Španělsku vznikly v reakci na četné případy předávkování a obecně špatný přístup uživatelů ke zdravotní péči. Jejich vznik se časově shoduje se všeobecně rozšířeným vývojovým posunem k uplatnění přístupů minimalizace škod v celém Španělsku, jemuž předcházela vysoká míra výskytu HIV. Tato skutečnost však není uváděna jako konkrétní důvod pro vytvoření těchto služeb.

6/3 CÍLOVÁ POPULACE

Sociálně vyloučení injekční uživatelé drog, vysoce rizikové skupiny, uživatelé drog bez domova (Hedrich, 2004).

6/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG

Pouze injekční aplikace.

6/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ

Žádná.

6/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ

Systém registrace klientů je stejný jako v ostatních zdravotních službách: při první návštěvě je klientům přiděleno jedinečné číslo, kterým se mohou prokázat při dalších návštěvách.



Austrálie

7/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

Austrálie má jedinou specializovanou aplikační místnost, která vznikla v roce 2001 na základě legislativy umožňující vytvoření této služby v rámci vědecké studie – MSIC v Sydney. Přestože se o zřízení aplikačních místností uvažovalo i v dalších městech, jako např. v Melbourne (Fry and Testro, 2000), žádná další zařízení nejsou v současnosti k dispozici. Služba v Sydney však nedávno byla rozšířena, což jí umožňuje pokračovat v provozu i po skončení původní hodnotící studie.

7/2 CÍLE

Zařízení MSIC v Sydney bylo vybudováno v oblasti Kings Cross, kde se nacházela polootevřená drogová scéna charakterizovaná injekční aplikací drog na veřejnosti a krátkodobými pronájmy hotelových pokojů, kde si lidé injekčně aplikovali drogy – jakási forma nezákonné shooting gallery. Navíc byla tato aplikační místnost v Austrálii zřízena jako odpověď na rychle se množící případy předávkování heroinem a v obavách z výskytu hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v Austrálii.

7/3 CÍLOVÁ POPULACE

Centrum MSIC v Sydney se zaměřuje na uživatele drog, kteří si injekčně aplikují drogy na veřejných místech anebo o samotě, dále skryté injekční uživatele drog (tj. ty, kteří nejsou v kontaktu se službami) a konečně injekční uživatele drog v oblasti Kings Cross (Kimber and van Beek, 2002).

Vstupní kritéria vyžadují, aby:

- klienti byli ve věku 18 let nebo starší;
- již někdy injekčně užívali nezákonné drogy;
- se nejednalo o klientku, o níž se ví nebo je zřejmé, že je těhotná;
- klienti nebyli doprovázeni dětmi;
- nebyli intoxikováni (alkoholem nebo jinými drogami).

(Sydney MSIC, 2002)

7/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG

Heroin v Austrálii je v bílé formě hydrochloridové soli a pro kouření se nehodí. Převažující formou užívání heroínu je injekční aplikace a také amfetamin/speed se užívá především injekčně, i když občas je k dispozici methamfetamin vhodný ke kouření. V důsledku toho, jak název napovídá, MSIC v Sydney umožňuje pouze injekční aplikaci.

7/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ

Žádné. Hodnotící studie MSIC však zkoumala, zda služba přilákala uživatele drog z jiných oblastí.

7/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ

Klienti jsou registrováni anonymně a dostávají kód uživatele, kterým se prokazují při dalších návštěvách.



Kanada

8/1 HISTORIE A POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY

Kanada má centrum pro injekční aplikaci pod dohledem (supervised injecting site, SIS) provozované na dvou místech ve Vancouveru, jež fungují na základě výjimky z kanadského zákona o kontrolovaných drogách a látkách. Stejně jako MSIC v Sydney i kanadské centrum realizuje pilotní vědecko-výzkumný projekt.

8/2 CÍLE

SIS ve Vancouveru bylo zřízeno v rámci „čtyř pilířů“, o něž se opírá přístup města k drogové problematice, a zejména kvůli vysokému rozšíření infekce HIV a hepatitidy C ve Vancouveru (spojené s rychlým nástupem kokainu na drogovou scénu města) a vysokému počtu případů předávkování. Vancouverská čtvrť Lower Eastside – lokalita SIS – má také otevřenou drogovou scénu a jí odpovídající vysokou míru narušování veřejného pořádku.

8/3 CÍLOVÁ POPULACE

Marginalizovaní uživatelé drog, které nelze oslovit tradičními prostředky (City of Vancouver, 2003). Vstupní kritéria vyžadují, aby účastníci:

- už dříve injekčně užívali drogy;
- byli ochotni podepsat uživatelskou dohodu, formulář souhlasu;
- byli ochotni dodržovat pravidla chování SIS;
- nebyli doprovázeni dětmi, jež mají v péči;
- neprojevovali agresivní chování;
- nebyli zjevně intoxikováni (alkoholem a jinými drogami).

(Vancouver Coastal Health, 2004)

8/4 PŘÍPUSTNÉ ZPŮSOBY UŽÍVÁNÍ DROG

Injekční aplikace.

8/5 OMEZENÍ VSTUPU PODLE BYDLIŠTĚ

Žádná kritéria pro vyloučení.

8/6 PŘÍSTUP DO ZAŘÍZENÍ

Centrum SIS ve Vancouveru existuje jako pilotní vědecko-výzkumný projekt. Součástí prvního vstupu je posouzení oprávněnosti a nábor do studie. Následné vstupy do zařízení jsou umožněny po předložení identifikátoru účastníka studie.



9

Norsko

Po dvouletých přípravách Norsko otevřelo 2. února 2005 aplikační místnost v Oslu. Bude hodnocena pracovníky univerzity v Oslu (osobní komunikace – Joergen Kjaer) a politiku jejího zřízení popsal Skretting (2006).

10

Lucembursko

Lucembursko otevřelo aplikační místnost v nedávné době. Hodnoticí údaje se však neočekávají dříve než v roce 2006.³

³/ Viz zpráva EMCDDA na stránkách: http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=4056



11

Diskuse

Tento dokument shrnuje hlavní rysy stávajících aplikačních místností ve světě, aby umožnil úvahy o tom, jak a jaké modely by se daly uplatnit v kontextu Spojeného království, a aby umožnil prozkoumat důsledky výběru různých typů služby.

Jakékoli konečné uspořádání by mělo vycházet z potřeb. Potřeby ve vztahu k problémům týkajícím se zdraví a psychické pohody injekčních uživatelů drog a faktory rušení veřejného pořádku, které provozovatelé aplikačních místností obvykle řeší, posoudil doprovodný dokument (Hunt, 2006, IWG Paper A). V rámci Spojeného království existují důkazy o potřebě těchto zařízení – ve smyslu schopnosti zajistit přínos – v každé z těchto hlavních oblastí. Důkazy jsou zvláště pevné u předávkování, krví přenášených infekcí a dalších problémů spojených s hygienou injekčních aplikací. Příležitosti, jež aplikační místnosti nabízejí pro poskytování detailního a individuálně upraveného poradenství ohledně snižování rizik a hygieny injekční aplikace, nemají v rámci stávajících protidrogových služeb ve Spojeném království srovnání. Vzhledem k tomu, že nejvíce marginalizovaných a problematických uživatelů drog ve Spojeném království zůstává mimo kontakt s léčebnými službami, existuje také zřejmá potřeba aplikačních místností v tom smyslu, že by mohla pomoci odesílat klienty do protidrogové léčby a dalších zdravotních a sociálních služeb. O potřebě na místní úrovni máme jen velmi nedokonalou představu. Ukazuje se však, že některé části Spojeného království mají vyšší míru injekčního užívání, úmrtnosti a nemocnosti související s drogami a pouličním užíváním drog – mnohdy spojenou s bezdomovectvím a chudobou (například Brighton nebo Camden), což nasvědčuje tomu, že potřeba aplikačních místností je nerovnoměrná.

Ještě menší povědomí máme o rozsahu narušování veřejného pořádku ve Spojeném království. Výzkum zadaný nadací JRF (Taylor et al., 2005; Hunt et al., připravuje se⁴) však poskytuje důkazy, že injekční užívání na veřejnosti je běžné a má na komunitu značný dopad.

4/ Vyšlo v roce 2006. Pozn. editora.

Dále máme určité náznaky o pravděpodobné úrovni „touhy“ nebo poptávky po aplikačních místnostech mezi uživateli programů výměny jehel ve Spojeném království ze vzorku 398 klientů těchto programů z Glasgow, Leedsu a Londýna, v nichž 21 % uvedlo, že „místnost k bezpečnější injekční aplikaci“ by použilo „příležitostně“, 24 % se domnívalo, že by tak činilo „často“ a 32 % se domnívalo, že by ji používalo „vždy“, pokud by byla k dispozici (Hunt et al., připravuje se⁵). Uvedené odpovědi nasvědčují tomu, že aplikační místnosti by pravděpodobně používala podstatná část cílové populace.

V současné době máme jen matnou představu o tom, jak by bylo využití ovlivněno jednak různými modely poskytování služby, jednak různými pravidly pro jejich uživatele. Zavedení aplikačních místností v jiných zemích někdy předcházely studie, které zkoumaly pravděpodobný vliv různých pravidel a podmínek na rozšíření a potenciální dopad (např. Fry and Testro, 2000). Obdobná práce by byla žádoucí i ve Spojeném království, pokud by bylo přijato rozhodnutí realizovat zde jednu nebo více aplikačních místností.

Jak už bylo uvedeno výše, zásadní volba, kterou je třeba učinit, je mezi „integrovaným“ a „specializovaným“ modelem aplikační místnosti. Austrálie a Kanada se rozhodly pro modely, které jsou založeny na izolovaných „ukázkových“ projektech s využitím specializovaných aplikačních místností, zatímco evropské služby jsou obvykle menší a spíše fungují na několika místech daného města nebo obce. Některé evropské služby jsou specializované v tom smyslu, že mají velice konkrétní cílovou populaci, např. nizozemská služba se zaměřuje výhradně na malý počet uživatelů drog pocházejících ze zahraničí. Takové služby se však jasně liší od kanadských a australských ukázkových projektů, které byly legislativou výslovně zřízeny jako vědecké studie. Proto je rozumné zvážit základní volbu mezi kanadsko-australským a evropským modelem.

5/ Vyšlo v roce 2006. Pozn. editora.

Hlavní rozdíly se týkají nákladů, kontextu a integrace. Provozní náklady australského MSIC za období jednoho roku od května 2001 do dubna 2002 byly 1,995.784 australských dolarů (MSIC Evaluation Committee, 2003: 214). Roční náklady na kanadskou studii SIS činí 2,5 milionu kanadských dolarů, ovšem tato částka zahrnuje i náklady na hodnocení (City of Vancouver, 2003). Údaje o nákladech evropských služeb v integrovaném modelu jsou méně snadno dostupné. Avšak doplňkové náklady na rozšíření služby o možnost aplikace pod dohledem se jeví jako mnohem menší než náklady na specializovaný projekt vytvořený nově od základu, protože některé stavební a administrativní náklady by byly sdíleny a mohou také existovat příležitosti pro efektivnější využití personálu. Například financování jedné ze služeb, kterou navštívili členové NPS ve Frankfurtu, bylo původně pouze 500.000 až 600.000 EUR ročně. Stojí také za zmínku, že frankfurtská služba byla původně podporována Hospodářskou komorou, protože se obecně uznávalo, že drogový problém je nezvládnutelný – a že je možné ho pouze dočasně vytlačit, avšak ne vymýt – a že tento přístup byl pro firmy pravděpodobně nejmenším zlem. To naznačuje, že jakkoli mohou být způsoby financování konvenční léčby prostřednictvím NTA nasnadě, aplikační místnosti mohou získat financování také z jiných zdrojů, o nichž se obvykle neuvažuje – zvláště v situacích, kdy očekávané snížení veřejného nepořádku může prospět firmám, např. v Londýně při přípravě na nadcházející olympijské hry v roce 2012.

Ve Spojeném království nabízí dobré vyhlídky pro integraci aplikačních místností do stávajících služeb, podobně jako v ostatních evropských zemích, národní síť protidrogových služeb, která poskytuje kombinaci nízkoprahové a strukturované léčby téměř v každé oblasti místní správy. Je rovněž třeba uvést, že v centru MSIC v Sydney byla přijata opatření k udržení a rozvoji personálu a prevenci syndromu vyhoření, aby se pracovníci mohli střídát i v jiných klinických službách (osobní komunikace – Ingrid van Beek). Taková opatření by mohla být snazší v rámci integrovaných služeb.

Rozhodnutí, která ovlivňují náklady, mají značný význam, protože přímo určují konečnou nákladovou efektivitu všech možných přínosů z hlediska zdraví a veřejného pořádku.

Co se kontextu týká, služby v Sydney a Vancouveru byly zřízeny jako odpověď na kritickou zdravotní situaci, zvláště v oblasti předávkování a v menší míře pak v oblasti krví přenášených infekcí, které byly výrazně koncentrovány do omezené oblasti velkých měst, kde byla také vysoká míra narušování veřejného pořádku. Těmto jevům věnovala veřejnost a média v jednotlivých oblastech značnou pozornost, což mělo za následek, že každá z těchto oblastí byla vnímána jako místo, které se potýká s výrazným sociálním problémem. Přestože existují známky toho, že některé lokality ve Spojeném království mají určité prvky těchto jevů společné, zdá se, že mezi městy nejsou žádné jasné paralely (veřejná debata v Camdenu se zapojením veřejnosti a místní správy je možná v tomto ohledu výjimkou). Problémy se zdravím a psychickou pohodou uživatelů drog ve Spojeném království jsou obecně mnohem více rozprostřeny po celé zemi, což nasvědčuje tomu, že je důležité zvažovat modely, které lze ihned přizpůsobit potřebám řady měst a větších obcí v zemi.

Spojené království pod záštitou NTA v posledních letech vynaložilo značné úsilí ke zvýšení účasti v léčebných programech a dosáhlo významného úspěchu. Úsilí bylo zaměřeno na ty, kdo se dostali do kontaktu se systémem trestní justice, a na velký počet injekčních uživatelů a uživatelů drog „třídy A“, zůstávajících mimo léčbu. Sem patří marginalizovaní a zranitelní uživatelé drog, kteří nepáchají trestnou činnost nebo jsou jinak mimo systém trestní justice. Zdravotní přínosy, které mohou pro tuto skupinu plynout z pouhého využití aplikačních místností bez jakýchkoli dalších služeb, pravděpodobně nebudou triviální. Další potenciál aplikačních místností nabízet důležitou alternativní cestu k léčbě a všeobecným zdravotním a sociální službám se jeví jako značný – může být ovlivněn zvoleným modelem poskytování služby, ať bude nakonec jakýkoli.

Ve světle povzbuzujících důkazů zaznamenaných během návštěv NPS v evropských aplikačních místnostech se ukazuje jako zvláště vhodné zvážit, zda aplikační místnosti mohou být užitečným příspěvkem v úsilí zapojit uživatele stimulantů, uživatele drog z černošských a jiných menšinových etnik a osoby bez domova; v zařízeních, která NPS navštívila, měly všechny tyto skupiny podle všeho početné zastoupení.

Hodnocení, která umožňují přímá porovnání relativní účinnosti specializovaných aplikačních místností oproti integrovaným službám, nejsou k dispozici, ale je zřejmé, že centrum MSIC v Sydney účinně odesílá mnoho uživatelů do jiných služeb. Selský rozum však napovídá, že odesílání uživatelů by se dalo nejlépe zajistit v rámci integrovaných zařízení, kde jednotlivé služby existují pod jednou střechou a kde jsou větší příležitosti vybízet klienty k využívání služeb, jako je například substituční léčba, strukturované poradenství, denní programy nebo detoxifikace.

Souhrnně vzato, otázky související s náklady, kontextem a integrací ukazují, že „integrované“ modely aplikačních místností jsou v rámci jakékoli implementace těchto zařízení ve Spojeném království žádoucí. Pravděpodobně by měly menší jednotkové náklady a odpovídající větší nákladovou efektivitu spolu s lepšími výhledy integrace do stávajících místních služeb.

Dvě další otázky, které vyplývají přímo z kontextu Spojeného království, zasluhují zvláštní diskusi – mobilní služby a ubytování pro osoby bez domova. V mezinárodním měřítku existují příklady mobilních aplikačních místností v Berlíně a přechodně ve Španělsku. Ve waleském Cardiffu se nyní uvažuje o provozu mobilní aplikační místnosti s cílem zlepšit zdraví uživatelů drog a omezit injekční užívání na veřejnosti (BBC, 2004). Nejenže mobilní služby znamenají úsporu některých nákladů oproti stálým zařízením, ale mohou být také cestou, jak omezit některé potenciální problémy s územním plánováním, které mohou nastat. Na to je třeba brát zvláštní ohled právě v Cardiffu, kde se před-

pokládá odpor veřejnosti (osobní komunikace – Carl Chapple). Mobilní služby je proto třeba vzít v úvahu, s ohledem na náklady a efektivnost, ale také jako možný způsob, jak se vypořádat s obavami veřejnosti – předpokládá se, že právě to bude tématem některé další zprávy.

Část debaty ohledně aplikačních místností ve Spojeném království se týkala služeb v ubytovněch pro osoby bez domova. Před personálem pracujícím v tomto prostředí opakovaně vyvstávají právní a etické otázky, jelikož jejich skupina klientů zahrnuje mnoho injekčních uživatelů drog. Dilema vyvstává proto, že kvůli nejasnému výkladu paragrafu 8 zákona o zneužívání drog personál někdy vyžaduje, aby obyvatelé ubytovny před injekční aplikací drogy odešli z ubytovny ven na veřejná místa, kde se zvyšuje riziko a narušování veřejného pořádku, přestože má pocit, že povinnost zajistit péči by naopak velela provádět v určité míře dohled nad klienty, kteří drogy užívají injekčně. Kevin Flemen (osobní korespondence) popsal model zajišťování ubytovny ve Spojeném království, v němž: klient užívá svůj vlastní pokoj; na místě je pracovník, který monitoruje riziko předávkování; pracovníci jsou kompetentní poskytnout poradenství a informace ohledně snižování škod; a existuje možnost přivolání tísňové pomoci. Vzhledem k tomu, že mnoho injekčních uživatelů drog pobývá v prostředí ubytoven a že toto dilema personál ubytoven běžně řeší, je zde důvod k rozsáhlejšímu úvahám o možnostech začlenění ubytovací služby do případných zařízení ve Spojeném království a o provozních a praktických otázkách, jež by takový návrh s sebou přinesl.

V očekávání konečného hodnocení zde uvedená diskuse ukazuje důležitost dvou hlavních rozměrů paradigmatu „realistického hodnocení“ – kontextu a mechanismu (Pawson and Tilley, 1997). Analýza potřeb (Hunt, 2006) a specifika Spojeného království uvedená v této zprávě – především otázky týkající se poskytování mobilní služby a ubytovny – poukazují na odlišnosti kontextu, v němž by taková služba ve Spojeném království mohla být případně poskytována. To má příslušné důsledky pro mechanismy, na jejichž základě by aplikační místnosti ve Spojeném království mohly fungovat, a pro výstupy, jež by bylo možné očekávat.

Ukazuje se jako příliš zjednodušující a krátkozraké tvrdit, že pro Spojené království by se dobře hodil jediný ukázkový projekt podobný projektům ve Vancouveru nebo Sydney – kontext je totiž odlišný. V mnoha ohledech by pravděpodobně nevyhovoval místním potřebám a nejspíše by vytvořil náklady a přitom nevyužil příležitosti, které by dokázal nabídnout citlivější „integrovaný“ přístup adaptující různé prvky modelů převzaté odjinud.

Namísto jediného, působivého ukázkového projektu by potřebami definovaný a kulturně vnímatelný přístup k pochopení toho, co by ve Spojeném království fungovalo nejlépe, vyžadoval podle všeho smíšený program skromnějšího poskytování služeb v řadě odlišných kontextů, s jasně vymezenými mechanismy, jež by umožnily očekávat naplnění různých cílů. V rámci takového přístupu bude zásadní vztah k místním potřebám, které jsou v rostoucí míře vyjadřovány prostřednictvím partnerství a návrhů zkoumajících možný přínos aplikačních místností pro řešení místních problémů.

13

Literatura

Akzept Bundesverband and Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Ed.) (2000) Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms. Lektorat: W Schneider & H Stöver, Materialien No. 4. Münster: Akzept.

BBC (2004) Homeless addicts 'drugs bus' plan. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/wales/4053921.stm>

City of Vancouver (2003) Supervised Injecting Sites (SISs) Frequently Asked Questions. City of Vancouver. www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars

Eastus, C. (2000) Die Entwicklung von Gesundheitsräumen in der Schweiz. Akzeptanz -Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Vol. 8, No. 1 Schwerpunkt Konsumräume. Münster: Akzept Bundesverband, pp. 10–12.

Fry, C. and Testro, R. (2000) Safe injecting rooms: a survey of the attitudes of 215 street-based heroin users in Melbourne, Victoria. *YSAS/Turning Point*.

Hedrich, D. (2004) European Report on Drug Consumption Rooms. Lisbon: EMCDDA.

Hunt, N., Griffiths, P., Southwell, M., Stillwell, G. and Strang, J. (1999) Preventing and curtailing injecting drug use: opportunities for developing and delivering 'route transition interventions', *Drug and Alcohol Review*. 18 (4): 441–451.

Hunt, N. (2006). IWG Paper A. Drug Consumption Rooms: Indicators of need in the UK. York: Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrf.org.uk/bookshop/details.asp?pubid=749>

Hunt, N., Lloyd, C., Kimber, J. and Tompkins, C. (forthcoming) Public injecting among UK Needle and Syringe Programme (NSP) attendees. *The International Journal of Drug Policy*.

Judd, A., Hickman, M., Jones, S., McDonald, T., Parry, J.V., Stimson, G.V. and Hall, A. J. (2005) Incidence of hepatitis C virus and HIV among new injecting drug users in London: prospective cohort study. *British Medical Journal*. 330: 24–25.

Kimber, J. and van Beek, I. (2002) Consumption rooms – the Australian experience, *Akzeptanz*, 2: 54–58.

MSIC Evaluation Committee (2003) Final report of the evaluation

of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (can be downloaded at: http://www.druginfo.nsw.gov.au/___data/page/255/msic.pdf).

NDM Nationale Drug Monitor/Netherlands Focal Point (2002) The Netherlands Drug Situation 2002. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Utrecht: Trimbos Instituut (<http://www.trimbos.nl>).

Parliament of New South Wales (1998) Joint Select Committee into Safe Injecting Rooms Report on the Establishment or Trial of Safe Injecting Rooms. Sydney: Parliament of New South Wales.

Pawson, R. and Tilley, N. (1997) *Realistic Evaluation*. London: Sage.

Schatz, E. and Wolf, J. (2002) User Rooms in the Netherlands – a Short Overview. Contribution to EMCDDA meeting, September 2002.

Schultz, H. (1989) Die Rechtsstellung der Fixerräume. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, Bd. 106, Heft 3, Bern. [Gutachten gem. Vertrag vom 14./18. November 1988 der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission]. Berne: Bundesamt für Gesundheitswesen.

Skretting, A. (2006) The Nordic countries and public drug injection facilities. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13: 5–16.

Solai, S., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F. and Benarayo, L. (2006) Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*. 17: 17–22.

Sydney MSIC (2002) Internal Management Protocols (Revised July 2002).

Taylor, A., Cusick, L., Kimber, J., Rutherford, J., Hickman, M. and Rhodes, T. (2006). Social Impact of Public Injecting. York: Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrf.org.uk/bookshop/details.asp?pubid=749>

Vancouver Coastal Health (2004) Supervised Injection Site: Policy and Procedures Manual (Revised 11/10/04).

Wolf, J., Linssen, L. and de Graaf, I., assisted by van Dam, T. (2003) Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 33: 649–661.



centrum adiktologie

- ● ● ● Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze
a VFN v Praze
Ke Karlovu 11 / 120 00 Praha 2 / Česká republika
e-mail: info@adiktologie.cz
www.adiktologie.cz

Přehled modelů zajišťování aplikačních místností

Autor: Neil Hunt / Editor českého vydání: JUDr. Michaela Štefunková, Ph.D. / Překlad: Mgr. David Fuchs / Odborná korektura a předmluva k českému vydání: Mgr. Barbara Janíková / Jazyková korektura: Mgr. Marta Davidová, Štěpán David / Design a layout: MgA. Hana Valihorová / Zlom: Jozef Mrva / Vydalo: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze a Sdružení SCAN / www.adiktologie.cz, e-mail: info@adiktologie.cz / Vytiskl: POINT CZ, s.r.o. / Praha 2010 / ISBN: 978-80-86620-27-5 / Náklad: 200 ks / Neprodejně

Přehled modelů zajišťování aplikačních místností

Tuto zprávu je třeba číst ve spojitosti s dalšími dokumenty vypracovanými pro Nezávislou pracovní skupinu (NPS) pro aplikační místnosti nadace Joseph Rowntree Foundation (dokumenty A až F). Tato zpráva je koncipována jako podkladový materiál pro úvahy o potenciálních modelech poskytování služeb aplikačních místností s ohledem na případné pilotní hodnocení ve Spojeném království. Podává srovnávací přehled modelů jejich fungování v jednotlivých zemích, co se týká provozních hledisek včetně cílů, organizace služby, cílových skupin, kritérií pro zařazení/vyřazení a nákladů (jsou-li známé).



NEPRODEJNÉ



centrum adiktologie



Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze
a VFN v Praze

Ke Karlovu 11 / 120 00 Praha 2 / Česká republika

e-mail: info@adiktologie.cz

www.adiktologie.cz



EVROPSKÁ
UNIE