

# Obsah

<b>PŘEDMLUVA</b>	<b>10</b>
<b>PODĚKOVÁNÍ A NĚKOLIK ZÁKLADNÍCH TEZÍ ÚVODEM</b>	<b>14</b>
<b>1. ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG VE VĚZNICÍCH</b>	<b>20</b>
1/1. Vývoj právní úpravy drogových trestných činů po II. světové válce	21
1/2. Drogové trestné činy	23
1/3. Nelegální návykové látky ve věznicích ČR po roce 1989	27
1/4. Programy pro uživatele návykových látek ve věznicích	33
1/5. Implementace výsledků projektu PHARE	37
<b>2. EVROPSKÉ SMĚRNICE PRO HIV/AIDS A HEPATITIDY VE VĚZNICÍCH</b>	<b>40</b>
2/1. Obecná doporučení	41
2/2. Zdravotní výchova a informovanost vězňů	41
2/3. Dobrovolné testování na HIV a prevence	42
2/4. Léčba	42
2/5. „Harm reduction“ a drogy	42
2/6. Dostupnost kondomů	43
2/7. HIV/AIDS, hepatitida a přistěhovalci	43
2/8. Monitorování/screening hepatitid a prevence	43
2/9. Zdravotní výchova zaměstnanců	44
2/10. Prevence před propuštěním a návštěvami s opuštěním věznice	44
2/11. Epidemiologický dohled	44
<b>3. KURIKULUM VZDĚLÁVACÍHO KURZU PRO PRACOVNÍKY VĚZEŇSKÉ SLUŽBY V OBLASTI UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK</b>	<b>46</b>
3/1. Zadání projektu a jeho cíl	47
3/2. Popis současného stavu	48
3/3. Základní rámec vzdělávacích kurzů pro školitele personálu	48
3/4. Návrh kurikula vstupního vzdělávacího kurzu	50
3/5. Personální požadavky na realizaci kurzu	55
3/6. Evaluace vzdělávacího kurzu	56
3/7. Závěrečná doporučení pro realizaci programu	58
<b>4. NÁVRH STANDARDŮ PRO LÉČEBNÉ PROGRAMY VE VĚZENÍ</b>	<b>60</b>
4/1. Vztah mezi stupněm výkonu trestu a závislostí	61
4/2. Pojetí minimálních standardů	63
4/3. Obecná část standardů	65
4/4. Specifická část standardů	71
4/5. Začlenění léčebných programů ve vězení do systému péče o uživatele drog	75
4/6. Závěr	77

<b>5. NESTÁTNI NEZISKOVÉ ORGANIZACE V DROGOVÝCH SLUŽBÁCH VE VĚZNICÍCH A VAZEBNÍCH VĚZNICÍCH</b>	<b>80</b>
5/1. Krátký přehled situace v zahraničí	82
5/2. Situace v České republice	86
5/3. Spolupráce Vězeňské služby ČR a NNO	92
5/4. Cíle spolupráce: plánování strategie a politiky	92
5/5. Závěr	96
<b>6. METADON A VĚZEŇSKÝ SYSTÉM</b>	<b>98</b>
6/1. Substituční léčba: základní informace	99
6/2. Substituční léčba a její rozsah v Evropské unii	100
6/3. Substituce v ČR	100
6/4. Substituční léčba ve vězeňském systému EU	104
6/5. Kolik uživatelů opiátů je v českých věznicích?	106
6/6. Výhledy pro ČR	107
6/7. Substituce ve vězeňství: ano, či ne?	107
6/8. Kurz IPVZ „Substituční léčba“	108
6/9. Závěr	109
<b>PŘÍLOHY</b>	<b>112</b>
Příloha č.1	113
Příloha č.2	113
Příloha č.3	114
Příloha č.4	116
Příloha č.5	117
Příloha č.6	118
Příloha č.7	119
Příloha č.8	120
Příloha č.9	121
<b>ABSTRACTS</b>	<b>124</b>
<b>O AUTORECH SBORNÍKU</b>	<b>132</b>
<b>VĚCNÝ REJSTŘÍK</b>	<b>136</b>

**3** KURIKULUM VZDĚLÁVACÍHO  
KURZU PRO PRACOVNÍKY  
VĚZEŇSKÉ SLUŽBY V OBLASTI  
UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH  
NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Michal Miovský  
Jan Sochůrek  
Květa Sluková  
Jana Paukertová

## Abstrakt

V rámci analýzy potřeb v oblasti vzdělávání personálu VS se objevila mezera ve vzdělávání tzv. školitelů personálu Vězeňské služby ČR. Jedná se o velmi specifickou cílovou skupinu, neboť školitelé personálu VS jsou mj. zodpovědní za vzdělávání ostatních složek VS v jednotlivých věznicích v oblasti užívání a uživatelů drog. De facto se tak v případě kurzu, který byl pro tuto

cílovou skupinu navržen, jedná o „trénink trenérů“. Kurz je stavěn jako intenzivní jednotýdenní program mající charakter vstupního vzdělávání. Na něj by měly v budoucnu navázat programy kontinuálního vzdělávání. Součástí navrženého kurikula jsou také metodická doporučení a doporučené způsoby hodnocení (evaluace) přípravy, průběhu i výsledku.

**Klíčová slova:** školitelé personálu – vzdělávací kurikulum – vstupní vzdělávací program – evaluace.

Jednou z hlavních oblastí pozornosti projektu Phare bylo vzdělávání. Nejinak tomu bylo také v pracovní skupině Vězeňství. Členové pracovní skupiny provedli v průběhu roku 2002 jednoduchou analýzu potřeb. Ta spočívala ve zhodnocení realizovaných výukových programů pro oblast návykových látek a identifikaci programu, který by buďto vhodně doplnil již existující programy, nebo by byl navržen pro cílovou skupinu, kterou žádný z existujících programů nepokrývá. Nakonec byla zvolena druhá varianta, tj., byla v rámci VS identifikována cílová skupina, kterou v oblasti vzdělávání nepokrývá žádný existující program. Pro tuto cílovou skupinu pak bylo „na míru“ navrženo nové vzdělávací kurikulum.

Navržené kurikulum kurzu je určeno jako příklad pracovníkům v oblasti vzdělávání jednotlivých složek VS ČR a pracovníkům dalších institucí majících ke vzdělávání VS nějaký vztah. Hlavním cílem textu je identifikovat a utřídit významná témata, z nichž by se mělo vzdělávání skládat, a otevřít diskusi o návaznosti na existující vzdělávací programy zajišťované prostřednictvím Institutu vzdělávání Vězeňské služby ČR (dále též

IVVS) a samozřejmě také o kvalitě a dalším rozvoji tohoto specifického typu vzdělání. Jak ukázala zmíněná krátká analýza potřeb, existovalo již v době spuštění projektu PHARE v rámci vzdělávacích programů zajišťovaných IVVS několik programů zaměřených na oblast užívání návykových látek. V rámci analýzy potřeb byl posléze identifikován a formulován úkol připravit kurikulum, které by se stalo **modelovým programem vstupního vzdělávacího modulu pro tzv. školitele personálu VS**. De facto se tak jedná o „trénink trenérů“, neboť školitelé personálu VS mají za úkol podílet se na dalším vzdělávání personálu věznic. Navržené vzdělávací kurikulum bylo připravováno dle požadavků IVVS a předpokládáme, že tento vzdělávací institut bude tyto programy provádět a zajistí jejich pokračování, tj. realizaci **kontinuálního vzdělávání školitelů personálu VS**. Určitým úskalím realizace navrženého vzdělávacího programu je vyšší podíl externistů, nežli je obvyklé u jiných podobných kurzů v rámci IVVS. Tento problém se však nejvíce jako zásadní a jeho řešení je spíše v oblasti organizačně-technické (zajistit účast externích lektorů mimo VS), nežli ekonomické.

## 3/1

### Zadání projektu a jeho cíl

Obecným cílem vzdělávání pracovníků VS v oblasti užívání návykových látek je zvýšení kompetence a schopnosti adekvátně reagovat na problémy spojené s užíváním drog ve věznicích a vazebních věznicích ČR. Specifickým cílem pak je připravit podklady pro vstupní týdenní vzdělávací kurz, který by sloužil jako kvalitní příprava

kvalifikovaného lektorského sboru pro další, kontinuální vzdělávání pracovníků Vězeňské služby ČR v oblasti drogové prevence ve věznicích. Absolvent kurzu, který se následně zařadí do programů kontinuálního vzdělávání v této oblasti, by měl průběžně zvyšovat svoji odbornost (jak po stránce znalostí, tak dovedností). Cílem vzděláva-

ciho programu je teoreticky připravit kompetentního odborníka (v oblasti užívání nelegálních drog) na úrovni poznatků odpovídajících možnostem jednosemestrálního kurzu. Díky předchozí pedagogické přípravě frekventantů se očekává schopnost předávat základní penzum informací dalším pracovníkům VS ve věznicích a provádět s nimi nácvik dovedností v oblasti protidrogových opatření a nových přístupů. To implikuje předpoklad dostatečně kvalitních rétorických a didaktických schopností, jejichž zlepšování jsou věnovány další vzdělávací programy zajišťované ze strany IVVS.

Praktickým výstupem projektu PHARE je návrh **tématického a technického plánu týdenního vstupního vzdělávacího kurzu** pro identifikovanou skupinu pracovníků VS. Tento kurz by měl

být zajišťován prostřednictvím IVVS. Předpokládá se podíl interních i externích odborníků (zdravotnických i sociálních, a to jak ze státních zařízení, tak NNO, zejména z řad nízkoprahových a kontaktních center, léčebných programů, programů následné péče atd.). Po základním proškolení (tj. vstupním vzdělávacím kurzu) by následovala (kontinuální vzdělávání) soustředění ve frekvenci 1x ročně celkem tři kurzy po 12 účastnících (tím bude kapacitně pokryto všech 35 věznic). Do zadání nebylo díky danému rámci projektu PHARE možné adekvátně promítnout nutnost propojit vzdělávání v oblasti užívání nelegálních i legálních návykových látek. Tedy přistupovat k problému jednotně a koordinovaně. Tento handicap by měl být překonán při fázi implementace.

### 3/2 Popis současného stavu

VS provádí vlastní doškolování pracovníků přímo ve věznicích v rámci jejich odborné přípravy. Jen část pracovníků (zpravidla základní články výkonu služby jako např. strážný, dozorce atd.) jsou účastníky stávajících specializačních kurzů, pořádaných IVVS. Školení v rámci odborné služební přípravy v oblasti protidrogové prevence provádějí zpravidla specialisté oddělení výkonu vazby a trestu (dále též OVT),

příčemž není ujednocen obsah ani metodika. Tím tyto vstupy často podléhají osobním názorům přednášejícího a často lze mít výhrady i k aktuálnosti i věcné správnosti poznatků. Specializovaným, jednotně řízeným a prováděným vzděláváním pracovníků určených k protidrogové prevenci by bylo dosaženo, dle názoru předkladatelů, kvalitativního posunu při proškolení personálu VS v předmětné problematice.

### 3/3 Základní rámec vzdělávacích kurzů pro školitele personálu

Projekt má za cíl navrhnout ucelený vzdělávací program týdenního **vstupního vzdělávacího programu pro školitele personálu VS** v oblasti užívání návykových látek. Za tímto účelem je třeba v roce 2003 (2. polovina roku) provést pilotní projekt a ověřit první pracovní verzi návrhu vzdělávacího kurikula kurzu na vzorku zapojených pracovníků VS (předpokládá se kapacita do 20 osob).

Vzdělávací program pro školitele personálu VS lze jednoduše rozdělit do dvou částí. **První část tvoří vstupní vzdělávací program** (v rozsahu 5 dnů), jehož absolvování by mělo být předpokladem pro zařazení do programu kontinuálního vzdělávání

a následného zapojení do vzdělávacího procesu ostatních složek personálu VS („výcvik trenérů“). Tímto vstupním vzdělávacím kurzem se zabývá předkládaný návrh kurikula. **Vstupní vzdělávání je samostatným týdenním kurzem.** Jeho cílem je zprostředkovat kvalitní teoretickou přípravu a základní informace o stavu problematiky, např. znalost koordinace protidrogové politiky jako celku, znalost role a pozice opatření směřujících k potlačování nabídky, základní znalost léčebného systému a např. také orientace v tom, na koho a s čím se v regionu mohou pracovníci věznic obracet (např. zařízení následné péče) a s kým spolupracovat a proč atd. (návnaznosti programů).

Na týdenní vstupní vzdělávací program (kurz) navazuje **kontinuální vzdělávací program**, který není předmětem tohoto materiálu. Ten by měl být zajištěn formou dlouhodobého vzdělávání, které naváže na vstupní vzdělávací kurz, a prostřednictvím minimálně týdenních kurzů za rok prohlubovat znalosti frekventantů a především zohlednit aktuální poznatky v oboru. Cílem kontinuálního vzdělávání by tak mělo být postupně zkvalitnění práce jednotlivých složek pracovníků VS v kontaktu se závislými a preventivní působení prostřednictvím prohlubování znalostí, předávání aktuálních informací a především zlepšování praktických dovedností. Jádrem dlouhodobého vzdělávání by pak mělo být tvořeno především nácvikovými prvky a vycházet by mělo především z:

- aktuálních potřeb daných změnami ve VS ve vztahu k nelegálním návykovým látkám,
- aktuálních potřeb daných změnami na drogové scéně, na které by měl personál VS působící jak ve vazbě, tak výkonu trestu být schopen adekvátně reagovat přizpůsobením svých postupů,
- aktuálních potřeb daných výkonem funkce školitele personálu VS (např. doškolení v nových právních úpravách ve vztahu k návykovým látkám, práv vězňů atd.),
- dlouhodobé koncepce vzdělávání (postupné zvyšování komunikačních a pedagogických schopností, zvyšování odborných znalostí o návykových látkách, rozvoj a zvládnání kontrolních a analytických nástrojů atd.).

Při návrhu kurikula bylo dbáno následujících vytyčených úkolů (podobně jako tomu bylo u jiných cílových skupin pro vzdělávání v rámci projektu PHARE):

- Návrh kurzu musí vycházet z **reálných technicko-organizačních možností** na provádění podobných vzdělávacích aktivit (tj. členění na jednodenní bloky atd.).
- Kurikulum musí **jasně specifikovat jednotlivá témata** a ohraničit je do té míry, do jaké je považujeme za nutné definovat jako návrh „teoretického minima“.

- Přehled tematických bloků a jednotlivých lekcí je **doporučením**, nikoli striktním pravidlem. Stejně tak jako časový rozsah věnovaný jednotlivým lekcím. Zde by měla být ponechána volnost odbornému garantovi kurzu. Závazně by mělo být to, aby frekventanti uměli teorii vztahující se k těmto lekcím.
- Manuál musí obsahovat **návrh jasné a srozumitelné podoby hodnocení kvality**. Tento návod není a nemá být závazný. Je třeba jej opět vnímat spíše jako inspiraci a je na odborném garantovi, aby zvolil evaluační nástroje dle svého uvážení. Důraz je při evaluaci kladen na praktičnost, jasnost a srozumitelnost. Materiál však obsahuje pouze techniky pro vnitřní evaluaci. Externí evaluace není předmětem pozornosti předkládaného manuálu.

Jak již bylo opakovaně uvedeno výše, zaměřujeme se v předkládaném materiálu pouze na oblast vstupního vzdělávacího programu. Důvodem je potřeba v co nejkratším časovém úseku nastavit základní kritéria, tj. stanovit povinné minimum znalostí a dovedností v oblasti užívání návykových látek, a to jak legálních, tak nelegálních, od kterých se pak bude odvíjet plán a cíle kontinuálního vzdělávání. Dále je třeba ujasnit a zajistit, co vše v této oblasti musí školitelé personálu VS v oblasti drogových závislostí bezprostředně po nástupu do funkce zvládnout, aby vůbec mohli kvalifikovaně tuto funkci vykonávat, aby se vůbec mohli následně zařadit do kontinuálního vzdělávacího programu a tento program pro ně byl skutečně smysluplný.

Pro praktickou realizaci je nutné ověřit výsledky krátké analýzy potřeb a přizpůsobit případně kurz jak aktuálním potřebám, tak finančním a technickým možnostem. Tento materiál se cíleně zabývá pouze modulem vstupního vzdělávání (v rozsahu 1 týdne výuky) pro oblast návykových látek. Návrh kurikula je tak z určitého úhlu pohledu vytržen z kontextu a chybí mu kvalitní popis širšího rámce (především způsob předchozího a navazujícího vzdělávání).

### 3/4 Návrh kurikula vstupního vzdělávacího kurzu

Vstupní vzdělávací kurz je tvořen pětidenním programem. Tento model týdenního kurzu je dnes standardně používán při existujících výukových kurzech při IVVS. Nutnou organizační podmínkou

je, aby celý kurz probíhal v klidné a mimoměstské lokalitě, kde všichni účastníci budou ubytováni a nebudou odjíždět pryč. To vše je v prostorách IVVS zajištěno na velmi vysoké úrovni.

### 3/4/1 Obecný vstupní vzdělávací modul (rozsah: 24 hodin)

První ze dvou modulů, sestávající ze tří osmihodinových bloků, je zaměřen teoreticky. V rámci 24 hodin výuky není principiálně možné probrat potřebnou látku v celém rozsahu. Proto byla vybrána především tzv. „střešní“ témata, na která by měl v rámci kontinuálního vzdělávání navázat hlubší výklad. Jde tedy o to vytvořit základní bázi znalostí celé oblasti protidrogové politiky, aby následně bylo srozumitelné, kde a proč je místo jednotlivých složek personálu VS.

#### Blok I: 1–8 hodin

Motivovanost pracovníků VS pro další vzdělávání je samozřejmě různá a je se tak třeba na začátku kurzu zaměřit právě na ni. Vyjasnění si představ a očekávání, stojících proti možnostem daným rozsahem kurzu (délka) i technicko-organizačním limitům, je stěžejním tématem prvních dvou hodin. Je nanejvýše nutné věnovat prvnímu set-

kání maximální pozornost, protože látka, která je nastavena prvním setkáním, půjde s kurzem až do jeho konce a je jen velmi málo příležitostí něco později vylepšit.

Blok je rozdělen na dvouhodinovy (90 minut), proložené 10–20 minutovými přestávkami a jednou větší přestávkou na oběd. První den je začátek posunut až na 11. hodinu, aby nebyl problém s příjezdem pracovníků VS i ze vzdálenějších míst ČR. Samozřejmě, že se adekvátně tomu předpokládá prodloužení programu do večerních hodin, aby byl splněn počet hodin a frekventanti zvládli požadovaný rozsah učiva (přesunem do dalších dnů by došlo k příliš dlouhé teoretické výuce s následkem ztráty kvality – osm hodin denně teoretické výuky není vhodné překročit). Jednotlivá témata jsou specifikována krátkým abstraktem popisujícím náplň lekce.

Blok: 1 (1/2)		Název:	Lektor
Číslo:	Rozsah:		
1/01	2 hodiny	Úvodní seznámení účastníků. Vyřešení organizačních záležitostí, seznámení účastníků s podrobnostmi programu, cíli kurzu, lidmi, kteří jej organizují, atd. Důležitou součástí tvoří konfrontace mezi očekáváními a přáními účastníků a reálnými možnostmi kurzu.	

Přestávka na oběd  
Odpolední program

Blok: 1 (2/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
1/02	2 hodiny	Koncepce protidrogové politiky ČR. Seznámení s Národní strategií protidrogové politiky ČR. Vysvětlení termínu racionální protidrogová politika. Jednotlivé složky VS v kontextu opatření na straně potlačování nabídky. Koordinace strategií a aktivit opatření na straně potlačování nabídky a jejich vztah s opatřeními na straně omezování poptávky. Zodpovědné instituce a orgány veřejné správy podílející se na realizaci protidrogové politiky. Systém řízení a kontroly a jejich vztah k VS.	
1/03	2 hodiny	Žákladní termíny z oblasti prevence a léčby užívání drog - slovníček. Rozdělení jednotlivých klíčových programů a strategií rozdělených dle 4 pilířů protidrogové politiky ČR. Návržnost programů na sebe a jejich vhodné časování. Přehled studijní literatury.	
1/04	2 hodiny	Bio-psycho-sociální model a jiné modely užívání drog, jejich aplikace v praxi a implikace pro zacházení s teoretickými modely v preventivních a léčebných programech. Doplnění o právní, ekonomický a duchovní rozměr. Užívání drog jako problém mající mnoho rozměrů a vyžadující aplikaci mezioborového přístupu.	

Ve večerních hodinách se na závěr prvního dne doporučuje krátké uzavření prvního bloku spojené s hodnocením prvního dne a případným ujasněním programu. Velmi vhodné je aktivnější zapojení frekventantů do návrhů a připomínek k plánu týdne a případná diskuse o specifických přáních či návrzích samotných účastníků.

Pro hodnocení prvního dne je možné použít v rámci autoevaluace několik způsobů. Doporučujeme jejich vzájemnou kombinaci. Jedná se především o:

- a) **Krátkou ústní zpětnou vazbu:** požádáme účastníky, aby sami svými slovy zhodnotili první den, svoje postřehy, úvahy atd. Důležité je umět s takovými podněty pracovat a jakoukoli rodící se diskusi adekvátně facilitovat. V našem prostředí není zcela obvyklé umět sofistikovaně kritizovat, ještě k tomu ústně a přímo přede všemi. Je proto třeba účastníkům pomoci a podpořit je. Počítat přitom musíme i s variantou, že se objeví buďto jednoznačně pozitivní kritika, bez jakýchkoli výhrad. Pak je třeba takovouto situaci obrátit a využít – nic není dokonalé a pokud byli frekventanti se vším bezvýhradně spokojeni, není pravděpodobně v komunikaci něco v pořádku. V takovém případě je třeba se pokusit nalézt prostřednictvím diskuse odpověď na to, co je v nepořádku. Nejsou schopni ventilovat nespokojenost,

proč? Jsou tak velmi unaveni? Nemají chuť diskutovat, proč? Nejsou zvyklí na otevřenou kritiku? Pak je třeba je k tomu stimulovat a motivovat atd. Stejně tak se je třeba připravit na možnost, že se objeví pouze negativní, velmi ostrá kritika. Ta většinou bývá známkou nezvládnuté první dvouhodinovky (viz) a měla by nás upozornit na to, že zřejmě není uzavřeno téma vzájemného kontraktu a že je třeba mu věnovat znovu pozornost. Významná je schopnost lektora zacházet s takovouto kritikou, udržet hranice a současně kritizující neurážet.

- b) Dát frekventantům dostatečný prostor pro dotazy, připomínky a náměty. Často na základě dotazů zjišťujeme, kde jsme látku podcenili, resp. kde jsme nebyli při výkladu srozumitelní nebo kde by se býval hodil praktický příklad. Doporučujeme tyto závěrečné dotazy zapisovat a průběžně se k nim vracet.
- c) Krátký anketní dotazník můžeme sestavit na základě našich potřeb a zaměření kurzu. Jeden z příkladů nalezneme v příloze č. 4. Důležité při použití je umět vzešlých podnětů využít a do kurzu je při dalším setkání vhodně vtáhnout zpět.

## Blok II: 9–16 hodin

V průběhu druhého bloku je třeba upevnit a posílit základní znalosti získané z prvního setkání. Mezi ně řadíme především vyšší nároky na odbornost v oblasti výroby, držení a distribuce OPL

a tedy vytvoření určitého tlaku na frekventanty v oblasti samostudia, zejména formou četby doporučené literatury a doporučených praxí a stáží (viz IV. a V. blok). Dále je třeba cíleně rozvíjet schopnost školitelů VS vstupovat do diskuse s lektorem a jasně se ptát. Rozvíjet kritičnost postoje školitelů a jejich schopnost o problému diskutovat je jedním ze základních cílů celého kurzu. Nenaucí-li se o návykových látkách kriticky uvažovat a ptát se na nesrozumitelné věci, s nimiž vnitřně nesouhlasí – nebudou schopni erudovaně pracovat ani s dalšími pracovníky VS, které mají dále vzdělávat. Do problému návykových látek si tak budou nereflaktovaným způsobem promítat své osobní postoje a společenská klíšé. **Nebude-li školitel (trenér) schopen o drogách a jejich účincích (či rizicích) diskutovat a přemýšlet, nebude schopen být efektivním prvkem vzdělá-**

**vacího systému uvnitř VS a nebude dostatečně přesvědčivý ani pro své kolegy,** které má sám dále vzdělávat ve věznici, kde působí.

Hlavním cílem bloku je seznámit frekventanty s definicemi různých skupin uživatelů drog, objasnit důvody a způsob rozdělení drogové scény a naučit je používat získané znalosti prvního bloku (zejména aplikaci bio-psycho-sociálního modelu) do perspektivy pohledu na užívání drog a drogovou scénu jako součást současné společnosti. Důraz je přitom kladen na zvládnutí zacházení s novými termíny a umění odlišit nebezpečnost různých skupin uživatelů.

Dále je třeba ve druhém dni zvládnout téma vzniku závislosti a rizikových faktorů vedoucích ke vzniku závislosti.

Blok: 2 (1/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
2/01	2 hodiny	Krátké seznámení s plánem dne a lektory. Úvod do klasifikace skupin uživatelů drog, včetně odkazů na literaturu. Praktické důsledky užívání klasifikace uživatelů drog a její použití v praxi. Propojení klasifikace uživatelů drog, čtyř základních úrovní pilířů protidrogové politiky státu a systému získávání údajů o těchto úrovních (rovina výzkumných údajů), včetně odkazů na literaturu.	
2/02	2 hodiny	Základní systém získávání výzkumných údajů o užívání drog, vysvětlení obecných principů získávání a zacházení s těmito daty a jejich významu pro represí, prevenci a léčbu. Úvodní seznámení se základními sběrnými systémy výzkumných údajů a odkaz na literaturu. Racionální přístup k návykovým látkám znamená používání vědeckých dat a jejich aplikaci do praxe protidrogových opatření bez rozdílu, zda se jedná o represí, prevenci nebo léčbu.	

Přestávka na oběd

Odpolední blok

Blok: 2 (2/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
2/03	2 hodiny	Příčiny vzniku závislosti. Výklad nejnámějších příčin vzniku závislosti na pozadí již osvojeného bio-psycho-sociálního modelu. Sociální a biologické faktory podílející se na vzniku závislosti na drogách (medicínská a sociální perspektiva) = užívání drog jako nemoc, či jako odchylka v sociálním chování a projevech. Diskuse.	
2/04	2 hodiny	Úvod do vývojové psychologie, psychologie dítěte, psychologie rodiny. Psychologické faktory podílející se na vzniku závislosti. Závislost z psychologické perspektivy. Užívání drog nemusí nutně vést k závislosti – diskuse.	

Ve večerních hodinách (po delší přestávce na večeři a odpočinek) navazuje na program opět krátká reflexe celého dne, hodnocení druhého bloku (podobně jako jsme provedli hodnocení prvního dne). Navíc proti prvnímu dni jsou do programu zařazeny relaxace. Důležité při večerním programu je dosáhnout nenásilnou formou diskuse nad proběhlým dnem a věnovat se případným nejasnostem apod.

### Blok III: 17–24 hodin

Třetím blokem kurzu se uzavírá hlavní vstupní teoretická část celého kurzu. Důraz je v této části kladen především na tři témata. První tvoří moderní poznatky o účincích a rizicích spojených s užíváním jednotlivých skupin drog a přehled relevantní dostupné literatury. Druhým velkým

okruhem je přehled opatření na straně potlačování poptávky, tedy témata prevence, léčby, sociální reintegrace a nízkoprahové programy. Poslední, třetí okruh tvoří téma komunikace a kontakt se závislími. Tj. praktický přehled hlavních úskalí kontaktu se závislími jedinci, rizika, základní bezpečnostní doporučení atd.

Pro téma komunikace se závislími je vhodné pozvat zkušeného psychologa či lékaře z praxe, který bude schopen vyložit látku stručně a srozumitelně, spolu s praktickými příklady a ukázkami, např. jak zamezit napadení personálu, jak poznat abstinenci příznaky, jak reagovat v různých standardních situacích, čemu se vyhnout atd. Tato část je dále rozvíjena další den na praxi.

Blok: 3 (1/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
3/01	2 hodiny	Aktualizovaný přehled literatury k nejnovějším poznatkům o dopadech a účincích drog. Aplikace těchto poznatků. Opatření na straně omezení poptávky – přehled opatření a jejich rozdělení. Agrese jako fenomén spojený s účinkem či dlouhodobým dopadem užívání některých typů drog. Jak zvládat agresi a jak předcházet agresivnímu jednání.	
3/02	2 hodiny	Úvod do systému primární, sekundární a terciární prevence. Systém poskytovatelů v oblasti primární a sekundární prevence. Nánavnosti, koordinace, typy služeb, zastoupení různých provozovatelů (státních a nestátních) atd. Seznámení se systémem nízkoprahových služeb a substitučních programů. Systém léčby a sociální reintegrace. Odkaz na literaturu a další zdroje.	

Přestávka na oběd  
Odpolední program

Blok: 3 (2/2)			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
3/03	2 hodiny	Drogová scéna v ZVT. Specifika této drogové scény a odlišnosti proti drogové scéně mimo tato zařízení. V čem spočívá rizikovitost věznic ve vztahu k užívání drog? Které faktory zvyšují rizikovitost chování uživatelů drog ve vazbě a výkonu trestu?	
3/04	2 hodiny	Postpenitenciárně-psychologické aspekty zacházení s uživateli drog ve vězení. Jak s nimi komunikovat? Na co je potřeba dát pozor? Jak minimalizovat zdravotní rizika (nakažlivé onemocnění, poranění infekčním materiálem atd.)? Jak se projevují abstinenci příznaky? Jak na ně reagovat a čemu se vyhnout a co naopak neopominout atd. Aplikace těchto zásad do podmínek vazby a výkonu trestu.	

Večerní program by měl být třetí den volný, tj. bez strukturovaného programu. Účastníci by měli mít co nejvíce času pro sebe. Doporučit je možné společenský večer apod. Třetí den bývá kritický v únavě a podrážděnosti. Lze očekávat určitou nevoli vůči náročnému programu. Přestože jsou frekventanty pracovníci VS zvyklí na režim a pra-

vidla, bude pro ně program náročný především tím, že je bude nutit ke kritickému myšlení místo obvyklého uplatnění principu autority. To může u některých vést ke zvýšené podrážděnosti a pasivní agresivitě. Je třeba, aby realizační tým byl dostatečně zkušený a dokázal s těmito fenomény adekvátně pracovat.

### 3/4/2 Praktická část vstupního vzdělávacího kurzu

#### Blok IV: 25–34 hodin

Důraz je ve čtvrtém výukovém bloku kladen na praktickou přípravu frekventantů a jejich schopnost předávat praktické a užitečné informace dalším pracovníkům VS. Součástí bloku je studijní návštěva na vybraných pracovištích. Tato studijní návštěva je zaměřena na tzv. programy následné péče a substituční programy. Jako ideální se z tohoto hlediska jeví spojený studijní pobyt zahrnující seznámení s klasickou

formou ambulantních doléčovacích programů a substitučních programů (technicky je proto nutné studijní návštěvu provést nejlépe v doléčovacím centru, kam přijdou i pracovníci substitučních programů). Zde by školitelé měli být seznámeni se způsobem práce s uživateli drog a měli by možnost učinit si z přímé zkušenosti představu o možných hranicích či mezích případné spolupráce (to je také jedno z hlavních témat studijního dne).

Blok: 4			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
4/01	6 hodin	<p>Studijní návštěva v zařízení:</p> <p>a) 3 hodiny programy následné péče: filozofie a styl práce, úskalí, kontakt s věznicemi a problémy z toho plynoucí. Jak lépe spolupracovat (lze vůbec spolupracovat? Pokud ano, jak a s jakými omezeními a proč). NNO a co všechno uživatelům drog nabízí.</p> <p>b) 3 hodiny substituční program: filozofie a styl práce, substituční programy – výhody a nevýhody. Výsledky studií a hodnocení substituce. Jaká máme další řešení heroínové (či obecně opiátové) závislosti? Trestná činnost uživatelů drog a řešení jejich důsledků při současném zapojení do léčebného programu atd.</p>	
4/02	2 hodiny	<p>Trestná činnost uživatelů drog a její širší konsekvence:</p> <p>a) primární drogová kriminalita (výroba, držení a distribuce OPL),</p> <p>b) sekundární drogová kriminalita (v důsledku závislosti na droze),</p> <p>c) terciární drogová kriminalita (uživatelé drog jako oběti trestné činnosti jiných osob),</p> <p>d) nesouvisející trestná činnost (premorbidně kriminální kariéra).</p> <p>Lekce je pojata jako panelová diskuse, kdy lektor předestře základní rámec, v němž se bude diskuse odehrávat, včetně krátké prezentace přehledu známých údajů o této oblasti, a následně pouze facilituje panelovou diskusi. Cílem lekce je objasnit složitost vztahů trestné činnosti uživatelů drog s jednotlivými faktory majícími na ni vliv.</p>	

Na závěr dne se opět předpokládá dvouhodinové neformální setkání účastníků, na kterém je zhodnocen celý den, diskutuje se nad nejasnostmi atd. Opět je doporučeno proložit krátkou relaxací či komunikační technikou, pomáhající ventilování napětí a energie.

### Blok V: 35–40 hodin

Poslední blok týdenního setkání je věnován dvěma hlavním tématům. Prvním je právo. Účastníci si v tomto bloku propojují své dosavadní znalosti s praktickými ukázkami. Tento právní blok je rozdělen do několika tématických okruhů:

- Trestné činy spojené s výrobou, držením a distribucí OPL: kauzy, praktické důsledky pro vazbu a výkon trestu, aktuální problémy.
- Trestné činy spojené se závislostí na drogách: praktické právní důsledky (důkazní řízení atd.).
- Trestné činy páchané na uživatelích drog (kteří se v důsledku své závislosti stávají obětí trestné činnosti jiných osob).

- Spolupráce pracovníka VS s vnějšími programy zdravotních a sociálních služeb a spolupráce s NNO podílejícími se na realizaci programů uvnitř věznic.

Samostatnou navazující část tvoří téma probační a mediační služby (dále též PMS). Diskutován může být příklad rakouského modelu „lěčba místo trestu“ apod.

Poslední dvě hodiny kurzu jsou věnovány jeho celkovému hodnocení, zpětným vazbám frekventantů atd. Významnou součástí tvoří dotazníkové hodnocení a zjišťování uspokojení zájmu a očekávání účastníků, identifikace slabších míst kurzu, návrhů na zlepšení atd. Součástí by mělo být také slavnostní předání osvědčení (případně certifikátů) spolu s informacemi a doporučeními pro další vzdělávání frekventantů atd.

Blok: 5			
Číslo:	Rozsah:	Název:	Lektor
5/01	3 hodiny	Trestné činy spojené s výrobou, držením a distribucí OPL: kauzy, praktické důsledky pro praxi vazby a výkonu trestu, aktuální problémy. Trestné činy spojené s užíváním drog: praktické právní důsledky (důkazní řízení atd.). Spolupráce pracovníka VS s vnějšími programy zdravotních a sociálních služeb a spolupráce s NNO podílejícími se na realizaci programů uvnitř věznic.	
5/02	1 hodina	Probační a mediační služba: filozofie a styl práce. Technické zvládnutí a provádění probační a mediační služby v ČR. První výsledky a zkušenosti. Problematika odklonu trestního řízení. Spolupráce se soudy a problematika soudně nařízených léčeb.	
5/03	2 hodiny	Hodnocení kurzu, evaluační dotazníky, zpětné vazby. Slavnostní předání certifikátů a ukončení kurzu.	

## 3/5

### Personální požadavky na realizaci kurzu

Každý vzdělávací kurz má svá specifika projevující se v požadavcích na personální, technickou a organizační stránku. Přestože IVVS patří mezi kvalitně vybavené vzdělávací instituce s dobrým technickým i personálním zázemím, je třeba uvedené požadavky zakotvit a přihlédnout k nim při spouštění celého programu.

#### Odborný garant kurzu

Odborným garantem kurzu by měl být vysokoškolsky vzdělaný odborník (psychologie, psychi-

atrie, speciální pedagogika či pedagogika), mající min. 5 let praxe a zkušeností s prací v rámci VS a nejlépe současně v oblasti prevence či léčby drogových závislostí. K této praxi by měl doložit též zkušenosti s pedagogickou (výukovou) činností. Vzhledem k tomu, že v ČR není adiktologie (obor prevence a léčby drogových závislostí) zakotvena prozatím jako samostatný obor (na rozdíl od některých jiných evropských zemí), není možné za adekvátní vzdělávání považovat pouze teoretické vzdělávání ve výše jmenovaných ob-

rech. Jinými slovy, není možné, aby kurz zaštiťoval jako odborný garant jakýkoli vzdělaný odborník v jiném oboru (např. docent v některém z oborů psychologie či pedagogiky apod.), pokud nemůže současně ke svému dosaženému vzdělávání doložit požadovanou praxi v oboru adiktologie. Odborný garant je přímo odpovědný za odbornou úroveň, náplň a realizaci kurzu, přestože jeho organizační část je zajištěna prostřednictvím IVVS.

#### *Lektor*

Lektorem může být v kurzu každý takový profesionál v oboru, který splňuje kritéria pro výkon své profese či požadavky stanovené poskytovateli finančních prostředků na určitý typ služeb (prevence, léčba atd.). Kritériem je přitom délka a rozmanitost praxe a pedagogické schopnosti. Tato kritéria posuzuje odborný garant kurzu (viz), který je za výběr lektorů a jejich úroveň a kvalitu přímo zodpovědný. Výběr lektorů by měl být v závěrečné hodnotící zprávě o průběhu kurzu zdůvodněn a podložen.

#### *Zkušební komisař*

Zkušebním komisařem může být kterýkoli z lektorů, který je vybrán odborným garantem kurzu a jeho výběr je zdůvodněn v závěrečné zprávě. Zkušební komise je minimálně tříčlenná, přičemž předsedou komise je vždy (nezastupitelně) odborný garant kurzu.

#### *Školitel*

Školitelem je pro potřeby tohoto materiálu míněn zodpovědný pracovník, který se podílí na vzdělá-

vání frekventantů v průběhu stáží a praxí a je pro tuto práci prostřednictvím svého zaměstnavatele kontraktován. Vypracovává krátké hodnocení stáže (či praxe), které slouží jako doklad pro závěrečnou zkoušku.

#### *Supervizor kurzu*

Supervizorem kurzu se pro potřeby tohoto materiálu míní takový pracovník, který splňuje požadavky min. 7leté praxe v oboru adiktologie (bez rozlišení, zda se jedná o specifické preventivní programy, léčbu atd.) a dále prokazatelnou (a nezpochybnitelnou) min. 3letou pedagogickou praxí (nejlépe doložitelnou např. pracovní smlouvou s fakultou či jinou adekvátní vzdělávací institucí). Vhodná je praxe v hodnocení výukových programů, evaluační či opoňenské činnosti.

#### *Evaluátor*

Osoba kompetentní a pověřená k provádění evaluace mající s touto činností zkušenosti.

#### *Autoevaluace*

Je proces evaluace prostřednictvím osob realizujících evaluovaný program (ať se již jedná o lektory, garanta, frekventanty či organizátory). Někdy se je možné setkat s označením interní evaluace.

#### *Externí evaluace*

Je proces evaluace zajištěný externím pracovníkem nemajícím žádné přímé napojení na kurz (nepodílí se na něm) či osoby realizující kurz (není v pracovněprávním vztahu s organizacemi a lidmi provádějícími kurz).

Návrh vzdělávacího kurzu předpokládá realizaci několikastupňové evaluace, díky které by mělo být dosaženo vysoké odborné úrovně celého vzdělávacího systému školitelů pracovníků VS. Současně s tím by měla být zajištěna dostatečná úroveň kontinuální kontroly kvality a efektivity vzdělávání a samozřejmě také zajištěn další rozvoj a zlepšování kvality.

#### **Evaluace plánování (přípravy)**

První základní oblastí evaluací je evaluace plánování (přípravy). Ta bude zajištěna dvojí formou

externí evaluace. **První** z nich je proces akreditací a licencí, který je třeba připravit v případě, že by GRVS plánovalo umožnění vstupu mimoresortních vzdělávacích institucí (to se však vzhledem ke kapacitě IVVS nepředpokládá). **Druhou** formou externí evaluace plánování je předložení přesně specifikovaného plánu konkrétního kurzu naplánovaného v konkrétní dobu a s vybranými lektory. Předkladatelem tohoto materiálu by měl být realizátor a odborný garant kurzu (viz) a posuzovatelem v tomto případě je supervizor. Ten by měl potvrdit svůj souhlas a případně před-

ložit své připomínky a náměty k navrženému konkrétnímu způsobu realizace. Nejedná se však o normativní typ evaluace, ale o formativní typ evaluace, což ve svém důsledku znamená, že supervizor pouze doporučuje a navrhuje, nikoli nařizuje a rozhoduje. Jeho doporučeními se odborný garant může a nemusí řídit, neboť konečnou zodpovědnost za kurz nenesé supervizor, ale právě odborný garant.

### Evaluace procesu

Evaluaci procesu v tomto kontextu rozumíme především **formativní typ vnitřních evaluací** průběhu vzdělávacího programu. Jejich cílem je zlepšovat a zdokonalovat provádění vzdělávání a hledat případné nedostatky a navrhnout způsob jejich řešení. Samozřejmě, že lze tento typ evaluaci provádět také formou **externí normativní evaluace procesu**. Ta ovšem předpokládá existenci specifického inspekčního procesu, kterým by vnější evaluátor (ideálně mimo IVS a resortní instituce) kontroloval kurz a sledoval kvalitu jeho provádění. Toto řešení je však velmi finančně náročné a nejví se tak vzhledem k rozsahu a kapacitě kurzu jako adekvátní.

Pro provádění **formativního typu vnitřních evaluací** disponujeme několika nástroji. Předně se jedná o práci supervizora programu, který by měl dohlédnout na jeho průběh a naplnění plánu, jenž byl schválen. Kromě práce supervizora je nejdůležitější součástí tohoto typu evaluace práce přímo s frekventanty kurzu. Zde disponujeme několika základními možnostmi a nástroji:

- a) **Krátká ústní zpětná vazba** (požádáme účastníky, aby sami svými slovy zhodnotili průběh lekce či celého dne, vyslovili nahlas svoje postřehy, úvahy atd. Důležité je umět pracovat s takovými podněty a jakoukoli rodící se diskusi adekvátně facilitovat. V našem prostředí není zcela obvyklé umět sofistikovaně podávat svoji kritiku, ještě k tomu ústně a přímo přede všemi. Je proto třeba účastníkům pomoci a podpořit je. Počítat přitom musíme i s variantou, že se může objevit jednoznačně pozitivní kritika bez jakýchkoli výhrad a je třeba umět takovouto situaci obrátit a využít – nic není dokonalé, a pokud byli frekventanti se vším bezvýhradně spokojeni, není něco v komunikaci pořádku. V takovém případě je třeba se pokusit

prostřednictvím diskuse nalézt odpověď na to, co je v nepořádku (nejsou schopni ventilovat nespokojenost – proč?, jsou tak velmi unavení?, nemají chuť diskutovat – proč?, nejsou zvyklí na otevřenou kritiku? – pak je třeba je k tomu stimulovat a motivovat atd.).

- b) Dát frekventantům dostatečný prostor pro **dotazy, připomínky a náměty**. Často na základě dotazů zjišťujeme, kde jsme látku podcenili, resp. kde jsme nebyli při výkladu srozumitelní nebo kde by se býval hodil praktický příklad. Doporučujeme tyto závěrečné dotazy zapisovat a průběžně se k nim vracet.
- c) Krátký **anketní evaluační dotazník**. Ten můžeme sestavit na základě našich potřeb a zaměření kurzu. Jeho použití může být anonymní (které se osvědčilo nejvíce), ale také nemusí (to však vyžaduje poměrně velmi dobrý kontakt s frekventanty a vysoký stupeň vzájemné důvěry). Dva příklady dotazníku jsou obsaženy v příloze č. 4 (pro první blok) a v příloze č. 5 (pro následující bloky). Analogicky s tímto návrhem lze vytvářet hodnotící nástroje pro další bloky kurzu. Evaluován by měl být každý blok kurzu. Důležité při jejich použití je umět podnětů využít a do kurzu je při dalším setkání vhodně vtáhnout zpět.
- d) Příklad dotazníkového hodnocení jednotlivých lektorů kurzu je v příloze č. 6.

Materiál z těchto hodnocení může být osobně velmi citlivý a je třeba s výsledky zacházet adekvátním způsobem, což znamená vhodně ošetřit použití výsledků jak pro frekventanty, tak také jako vhodného způsobu doplnění hodnocení kvality práce lektorů. Připomínáme však, že se jedná o formativní typ evaluace a že by hodnocení lektorů nemělo být přímo podřízeno výsledkům hodnocení, neboť by to šlo proti filozofii formativního typu evaluací.

### Evaluace výsledků vzdělávacího kurzu

V žádném případě není nutné, aby bylo užito všech evaluačních nástrojů. Je třeba, aby odborný garant dokázal vybrat ty, které považuje za potřebné, a uměl je **adekvátně použít**. Samozřejmě, že opět i v této oblasti by bylo žádoucí dosáhnout stavu, kdy by byla prováděna také externí evaluace výsledků, a to formou inspekčního šetření kontrolního evaluátora. To je prozatím příliš vysoký požadavek, o kterém lze uvažovat až

v případě kvalitního zvládnutí všech základních nástrojů a kroků evaluace. *Evaluaci výsledků* vzdělávacího kurzu můžeme opět rozdělit do několik kategorií:

- a) Za nadstandard lze považovat zpětné ověření úrovně nových poznatků z kurzu formou **vědomostního dotazníku** aplikovaného při následném setkání (tj. vždy na začátku nového bloku). Tento postup je však časově náročný a lze předpokládat, že jeho efekt by byl spíše v rovině stresu eventuálně bojkotu ze strany frekventantů, nežli v rovině zlepšení přípravy a studie.
- b) **Závěrečná práce** by měla být hodnocena podle jasných a předem daných kritérií. Výsledek jejího hodnocení by měl tvořit součást hodnocení frekventanta a spolupodílet se taky na rozhodnutí zkušební komise o udělení či neudělení osvědčení (resp. certifikátu). Zařazení tohoto nástroje však vyžaduje dobrou přípravu a ta je časově velmi náročná vzhledem k obsazení a intenzitě programu.
- c) **Hodnocení průběhu praxe a stáže.**
- d) **Závěrečný vědomostní test** slouží k ověření úrovně získaných poznatků a schopnosti tyto poznatky adekvátně používat. Jeho zařazení je však spojeno s úskalími v oblasti dopadů výsledku takového testu, tj. způsobu, jakým se výsledek promítne do udělení/neudělení certifikátu a ovlivní např. osobní ohodnocení atd. Tyto konsekvence nelze v rámci materiálu dostatečně zpracovat a je nutné jim věnovat další pozornost.
- e) **Ústní závěrečná zkouška** může být alternativou k vědomostnímu testu, stejně tak jako může být pouze jeho doplňkem. Může být vedena formou rozpravy nad závěrečnou prací, představami frekventanta o jeho práci v oblasti vzdělávání v pozici krajského policejního metodika apod.
- f) **Externí evaluace** výsledků formou inspekčního šetření jako součásti kontroly kvality a efektivity vzdělávacích programů. Zajištění prostřednictvím garanta akreditačního (licenčního) procesu.

Systém vzdělávání personálu VS zajišťovaný prostřednictvím IVVS má charakter ucelenosti a kontinuitnosti. Jeho určitou nevýhodou však je, že díky svému historickému vývoji je tento systém přece jen stále do jisté míry uzavřený. Hlavní doporučení týkající se navrženého programu tak spočívá především v dalším rozvíjení spolupráce s institucemi mimo VS. Jedná se jak o oblast státních a nestátních organizací v oblasti prevence a léčby drogových závislostí, tak o instituce v oblasti vzdělávání. V prvním případě lze od

takové spolupráce očekávat jednak metodickou pomoc v dílčích oblastech a jednak možnosti stáží a praxí, které by v rámci kontinuálního vzdělávání školitelů měly hrát velmi významnou roli. Ve druhém případě lze pro IVVS zajistit např. výměnu lektorů či výměnu zkušeností a poznatků. Oblast prevence a léčby drogových závislostí patří mezi velmi dynamicky se rozvíjející obory a bez rychlé a efektivní výměny informací a zkušeností si nelze v současnosti ani v budoucnosti představit žádný kvalitní vzdělávací systém.



# 4 NÁVRH STANDARDŮ PRO LÉČEBNÉ PROGRAMY VE VĚZNICÍCH

Aleš Kuda

**Abstrakt**

Kapitola se zabývá analýzou současné praxe léčebných programů v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody a jejich možnou integrací do systému péče o uživatele drog v ČR. Cílem práce je, na základě provedené analýzy současného stavu, vypracovat komentovaný návrh standardů těchto léčebných programů tak, aby byla zajištěna kompatibilita s ostatními typy služeb v systému. Návrh tak má umožnit pilotní ověření možnosti sdílet jednotný rámec standardů léčebných programů pro uživatele drog vytvořený mimo VS. Jako výchozí materiál byla použita 6. revidovaná verze standardů

odborné způsobilosti, které v návaznosti doplňují tzv. minimální standardy kvality drogových programů, vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR. Autor přitom vychází ze standardů určených pro terapeutické komunity. V textu jsou diskutovány limity léčebných programů v rámci výkonu trestu odnětí svobody v porovnání s programy na svobodě. Závěrem jsou formulována doporučení, jež by měla přispět k procesu integrace těchto specifických programů do celkového systému péče o uživatele drog v ČR a k budoucímu lepšímu zajištění kontinuity péče především z hlediska následné péče.

**Klíčová slova:** uživatelé drog – standardy – kvalita léčebné péče – návaznost a systém služeb.

**4 / 1****Vztah mezi stupněm výkonu trestu a závislostí**

Vycházíme-li z bio-psycho-sociálního modelu závislostního užívání nelegálních drog, respektive příčin tohoto chování, pak můžeme na stejném modelu hledat i jeho důsledky. Znamená to, že dlouhodobé užívání drog má vliv nejen na fyzické zdraví jedince, ale také na jeho psychiku a neviditelněji na jeho sociální fungování. Právě zhoršování sociální situace je nejvíce transparentní. A to jak pro okolí uživatele drog, u kterého se např. rozvinula závislost, tak i pro něj samotného. Propad v sociálním fungování však není zpravidla důvodem k upuštění od užívání drog, ale naopak jakýmsi hnacím motorem pro další prohlubování závislosti. Závislý člověk si částečně uvědomuje důsledky svého života na drogách a jedinou možností jak redukovat nepříjemné pocity s tím spojené je další užívání návykových látek. To však jen prohlubuje sociální propad. Uživatel postupně ztrácí kontakt s „normálním světem“. Sociální vazby jsou postupně přetrhávány.

Užívání nelegálních návykových látek a závislost na nich jsou mj. úzce spjaty s páčáním trestné činnosti. Výskyt primární, sekundární i terciární drogové trestné činnosti je mezi uživateli nelegálních návykových látek v pokročilejším stadiu závislosti velmi vysoký. Je důležité si přitom uvědomit, že užívání nelegálních návykových látek

přivádí každého uživatele do světa mimo zákon. Je jedno, zda jde o experimentování, či pravidelné užívání v důsledku závislosti. Drogu není možné opatřit jinak než ilegální cestou. To může mít velký vliv na postupnou proměnu hodnot jedince. Jestliže se pohybují v tomto „ilegálním světě“, po určité době jej přejímám jako normu. Trestná činnost se po čase stává jediným zdrojem příjmů, které závislý uživatel potřebuje na nákup nelegálních drog (sekundární kriminalita). Postupující závislost na látce a tím rostoucí potřebná dávka (především u opioidů) neumožňuje uživateli až na výjimky získávat finanční prostředky legální cestou. Komunita uživatelů drog je tedy velmi zajímavá také pro organizovaný zločin. Uživatelé drog jsou často využíváni k distribuci drog a páčání různé trestné činnosti (terciární kriminalita). V podstatě je velmi nepravděpodobné, aby dlouhodobější uživatel drog nepřišel do kontaktu s nějakým typem trestné činnosti (ať už jako přímý účastník, či očitý svědek).

Nejedná se ale jen o páčání trestné činnosti, ale také o ztrátu kontaktů se svojí rodinou, partnery, přáteli, atd. Závislý uživatel drog ztrácí pravidelné zaměstnání (pokud je měl), popřípadě je vyloučen ze školy. Sociální propad se prohlubuje. Důsledky této situace mohou být hybným motorem ke

změně, ale také mohou naopak upevňovat závislost (užívání drog). Jedním z velmi hmatatelných důsledků závislosti je také trest odnětí svobody.

### Motivace ke změně

Klíčovým faktorem ovlivňujícím léčbu závislosti na droze je motivace. Obecně se mluví o motivovanosti k léčbě. Léčebné programy deklarují, že vstup do nich je dobrovolný. Dobrovolnost je však v tomto ohledu víceméně zavádějícím termínem. Můžeme říci, že každý závislý vstupující do procesu léčby je k tomuto kroku v podstatě donucen tíhou důsledků své závislosti. Velmi inspirující je pro pochopení vývoje motivace pojetí procesu změny jako cyklu v tzv. kruhovém modelu změny. Tento model rozlišuje šest fází:

- 1) *Prekontemplace*: stav, kdy uživatel drogy není ochoten přijmout důsledky svého chování (např. závislosti) přesto, že jeho okolí mu předkládá evidentní důkazy těchto důsledků.
- 2) *Kontemplace*: uživatel drogy si začíná uvědomovat důsledky své závislosti. Začíná zvažovat možnou změnu. Často je však toto zvažování velmi ambivalentní.
- 3) *Rozhodnutí*: tato fáze musí vždy následovat. Toto rozhodnutí může jít pouze dvěma směry: závislý se rozhodne pro další užívání a proces změny opouští předčasně, nebo se rozhodne o změnu se pokusit.
- 4) *Aktivní změna*: závislý podniká aktivní kroky ke změně. Nastupuje do léčebného programu ambulantního či rezidenčního typu, popřípadě se pokouší o abstinenci samostatně. Tento pokus může být zakončen úspěšným dokončením léčby, či předčasným odchodem z léčebného programu a návratem k původnímu způsobu užívání.
- 5) *Podpora navozených změn*: jedinec ukončil léčbu a nyní se navrácí do podmínek normálního života, kdy jde o převedení nových vzorců chování, které si v léčbě osvojil, do podmínek normálního života. Sem spadá následná péče či doléčování.
- 6) *Relaps*: situace, kdy jedinec opětovně užije návykovou látku (jednorázově či opakovaně). Je celkem přirozenou událostí v procesu úzdravy ze závislosti a nemusí vždy znamenat návrat k původnímu závislému chování.

Již byla zmíněna pochybnost o dobrovolnosti vstupu do léčby závislosti. Motivace, se kterou uživatel

drog vstupuje do léčebného programu, je často diametrálně rozdílná od té, jež jej udrží v programu a vede k jeho úspěšnému absolvování.

Odnětí svobody je velmi pádným důvodem ke změně. Závislý je tvrdě konfrontován s důsledky svého dosavadního chování. Logicky tak vyplývá, že by tato konfrontace měla přispět k upevnění **motivace ke změně** směrem k abstinenci. Ne vždy to však platí. Motivace, stejně jako jakákoliv intervence u závislých, potřebuje dobré **načasování** (timing). Tzn. připravenost jedince na určitou změnu. Trest odnětí svobody však do celého procesu přichází násilně a samozřejmě bez ohledu na vývoj motivace a postojů daného jedince. Odnětí svobody je v počátku, viděno optikou odsouzeného, vždy trestem a ne příležitostí uvědomit si důsledky svého chování. Tento fakt je velmi významný pro plánování intervencí léčebného programu v rámci věznice. Lze očekávat velmi výrazné odlišnosti v motivaci závislých od léčby na svobodě. Práce s motivací (především motivační trénink) by měla být jednou ze základních intervencí v léčebném programu. Léčebné programy na svobodě jsou prezentovány jako dobrovolné (co se týče nástupu a odchodu z léčby). Tato dobrovolnost je však relativní. Každý závislý nastupuje do léčebného programu pod tlakem důsledků svého chování. Svoboda tohoto rozhodnutí se může zdát jako velmi diskutabilní. Motivace, se kterou program dokončí, je v mnoha případech rozdílná od té při nástupu. Klinická praxe a výzkum ukazují jako klíčové období pro setrvání v léčbě období prvních čtyř týdnů až 1/3 celkové délky programu. Po tomto období roste pravděpodobnost, že závislý absolvuje program v celé délce. Důležité však je, aby program v závislého facilitoval změny, které jsou nezbytné pro proces úzdravy ze závislosti. Nejde tedy jen o samotný čas strávený v programu, ale především o dopad jeho intervencí na závislého jedince.

V poněkud jiné situaci jsou programy v rámci výkonu trestu. Tyto programy nabízejí odsouzeným jisté výhody, jako je například relativně větší volnost, kvalitnější ubytování, pestřejší denní režim, atd.<sup>1</sup> Je velmi pravděpodobné (a svědčí o tom i zkušenosti pracovníků v těchto programech), že právě tyto výhody budou na počátku hlavním motivačním faktorem pro vstup do těchto léčebných programů. Fakt jistě atraktivnosti

<sup>1</sup> Die dokumentace a sdělení pracovníků těchto léčebných programů.

léčebného programu (ve smyslu výhod) může být velkou příležitostí pro práci na upevňování motivace ke změně závislého chování. Poskytuje však pouze prostor pro práci s touto motivací. Lze předpokládat, že zde bude větší procento těch, kteří kromě zmíněných výhod od programu nic jiného neočekávají. To však nemusí zákonitě znamenat nemožnost práce na motivaci ke změně. Je však jasné, že intenzivní práce na motivaci je v těchto programech zásadním faktorem ovlivňujícím výsledky. Toto samozřejmě platí obecně pro všechny léčebné programy, ale v podmínkách výkonu trestu dostává ještě zásadnější rozměr.

Komplikovanějším případem jsou soudně nařízené léčby. Zde v podstatě dobrovolnost rozhodnutí pro změnu takřka mizí. Motivace u těchto osob může být velmi vágní. Lze usuzovat, že nařízenou léčbu vnímají jako další trest k odnětí svobody. V těchto případech bude práce s motivací daleko náročnější. V současné době je v naší republice celkem sedm specializovaných programů pro léčbu závislosti v rámci výkonu trestu.<sup>2</sup> Z toho jsou dva (Rýnovice a Opava) definovány jako „Specializované oddělení pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického“ (EMCDDA, 20002). Právě pracovníci těchto dvou zmíněných programů uvádějí rizika jakéhosi „formálního“ umístování odsouzených s nařízenou ochrannou léčbou, kdy se často stává nařízená léčba jediným indikátorem pro zařazení do programu. Není možné pak zachovat standardní kritéria pro přijetí do programu a zvyšuje se riziko nedostatečné (či nulové) motivace k aktivní účasti v léčebném programu. Za těchto podmínek je velmi náročné (a někdy i nereálné) udržet ze strany personálu kvalitní léčebné prostředí, které může faci-

litovat závislé ke změně. To se může výrazně negativně promítnout do efektivity programu.

Je jasné, že v situaci limitovaných finančních prostředků a kapacity těchto oddělení není aktuálně možné vytvářet přísná kritéria vstupu do léčebného programu. Na druhou stranu tato praxe není zcela v pořádku. **Každý standardní léčebný program musí mít jasná kritéria příjmu, jinými slovy, musí být schopen definovat, s kým „umí pracovat a s kým ne“.**

Současné není zapotřebí rezignovat na tyto případy vězňů, kteří motivaci pro léčbu nemají. I zde je možné pracovat na budování motivace ke změně (Rauchfleisch, 1999). Velmi pozitivní je fakt, že pracovníci těchto oddělení přistupují k motivaci velmi dobrým způsobem a pracují s faktem, že motivaci ke změně je nezbytné stále budovat, a nepovažují odhodlanost ke změně při nástupu klienta za samozřejmost.

**Zásadním problémem v případě soudně nařízených ochranných léčeb je časté ignorování načarování vstupu do programu.** Jak vyplývá ze zkušeností oslovených pracovníků v léčebných programech, tyto odsouzení jsou zařazováni do programu na začátku výkonu trestu. To je však velmi nevýhodné pro práci s motivací odsouzených, kteří vědí, že po absolvování léčebného programu je čeká ještě zbytek trestu v normálních odděleních věznic (někdy i několik let). Tato ne příliš příznivá budoucnost je zásadním demotivujícím faktorem při léčbě závislých odsouzených. Naskytá se otázka, zda-li by nebylo výhodnější časovat umístění do léčebného programu tak, aby odsouzený věděl, že po jeho ukončení bude propuštěn na svobodu, kde by mohl pokračovat v programech následně přece.

## 4/2 Pojetí minimálních standardů

V roce 2001 schválilo Ministerstvo zdravotnictví jakousi definitivní „pracovní verzi“ tzv. Akreditačních standardů (Kalina et al., 2001). Jejich příprava byla poměrně dlouhým procesem. Východiskem těchto standardů jsou tzv. „Minimální standardy léčebné péče“ (česká verze dle WHO, 1995), doplněné s přihlédnutím k Metodickému opatření č. 9 MZ ČR (Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998), standardům

SCODA z Velké Británie a základnímu manuálu kvality doporučenému Evropskou unií. Tento materiál však nebyl zatím schválen k standardnímu používání. Jedná se však o zásadní dokument, který je v duchu širokého konsensu odborné veřejnosti.

Přestože bylo původním záměrem připravit jednotné standardy vyhovující jednotlivým pohle-

<sup>2</sup> Specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu a programy pro výkon ochranné protitoxikomanické a protialkoholní léčby (příloha č.1).

dům (např. zdravotní versus sociální), rozhodlo se Ministerstvo práce a sociálních věcí připravit svůj návrh standardů (registrační standardy sociálních služeb). Původně byly zpracovány poměrně podrobné standardy pro všech 19 typů sociálních služeb. Návrh těchto standardů měl být zakotven v novém zákoně o sociálních službách. V průběhu příprav se však od podrobných standardů pro jednotlivé služby ustoupilo a byly vydány Standardy kvality sociálních služeb (2002). Ty jsou více obecné. Nutno podotknout, že dříve slibovanou kompatibilitu se Standardy MZ se nepodařilo příliš dodržet. Tyto standardy se více zaměřují na podmínky, za jakých je služba poskytována, s důrazem na ochranu práv klienta.

Pro návrh standardů léčebných programů ve výkonu trestu byly využity Standardy odborné způsobilosti (Kalina et al., 2002), tedy revidovaná a doplněná verze tzv. Akreditačních standardů (Kalina et al., 2001), vydaných Ministerstvem zdravotnictví. Uvedená šestá revize byla provedena v souladu se závěry analýzy potřeb provedené v roce 2002 v rámci pracovní skupiny Akreditace projektu PHARE (Kalina, 2002). Tyto revidované standardy konkrétně popisují jednotlivé typy péče o uživatele drog. V následujícím textu budou popsány podrobněji.

Základním cílem standardů péče je stanovit závazná kritéria péče o uživatele drog pro všechny poskytovatele odborných služeb s cílem zajistit jejich kvalitu a účinnost. Nenahrazují však v žádném případě diagnostické a léčebné standardy a postupy dobré praxe u jednotlivých metod. Měly by být nástrojem pro odborné posouzení poskytovatele služeb, který se hlásí k **certifikaci odborné způsobilosti**.<sup>3</sup> Následně získání tohoto certifikátu odborné způsobilosti by mělo být známkou kvality jak pro uživatele těchto služeb, tak i pro veřejnost a správní orgány. Je to však také nástroj využitelný pro kontinuální posuzování a revidování odborného programu samotným poskytovatelem.

Obecně tedy lze říci, že Certifikační standardy vymezují jakýsi rámec pro daný typ péče, který je však dostatečně široký tak, aby byla zaručena možnost určité pestrosti jednotlivých programů. Právě vymezení jednotného rámce pro daný typ služby je důležité také pro zajištění kompatibility jednotlivých

vých služeb. Pokud by toto nebylo dodrženo, bylo by zajištění kontinuity léčebné péče nereálné.

Současné Certifikační standardy jsou rozděleny do dvou částí: obecné a speciální. Obecná část zahrnuje základní standardy platné pro všechny typy drogových služeb. Speciální část již vymezuje konkrétní typy drogových služeb v následujícím dělení:

- a) detoxifikace,
- b) terénní programy,
- c) kontaktní a poradenské služby,
- d) ambulantní léčba,
- e) stacionární programy,
- f) krátkodobá a střednědobá ústavní léčba,
- g) rezidenční péče v terapeutických komunitách,
- h) ambulantní doléčovací programy,
- i) substituční léčba.

Každý typ péče je definován s ohledem na cílovou populaci, pro kterou je určen, a místo, jež zastupuje v systému péče o osoby závislé na návykových látkách. Úkolem tohoto textu je pokusit se o ukotvení léčebných programů ve věznicích do tohoto systému tak, aby byla zajištěna (stejně jako u ostatních typů péče) kontinuita a kompatibilita. Problémem je, že tento typ péče probíhá v poměrně odlišných podmínkách než péče na svobodě. Proto návrh standardů pro léčebné programy ve výkonu trestu je pokusem o nalezení kompromisu, jak zasadit standardní léčebný program do podmínek výkonu trestu. Obecná část standardů nebyla významně upravena, neboť se jedná o základní podmínky léčebné péče. Komplikací je hledání adekvátního typu programu, který by mohl být podkladem pro vypracování návrhu standardů léčebných programů ve věznicích.

Dle sdělení Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (EMCDDA, 2002) existují v současné době 4 léčebné programy. Z toho programy ve věznicích v Plzni a Příbrami jsou odděleny specializovaná pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek. Programy ve věznicích Rýnovice a Opava jsou vedeny jako oddělená specializovaná pro výkon ochranného léčení protioxikomanického a protialkoholního.

Jako základ pro návrh standardů léčebných programů ve vězení byly použity standardy navržené pro terapeutické komunity (Kalina et al., 2002).

<sup>3</sup> Certifikace odborné způsobilosti je proces, v němž je žadatel (organizace, poskytovatel služeb) hodnocen, zda splňuje předepsané normy pro poskytování daného typu služby určené uživatelům drog nebo pro prevenci užívání drog.

Vycházeli jsme při tomto rozhodnutí z reality dvou navštívených programů ve věznicích Rýnovice (příloha č. 7) a Opava (příloha č. 8) a z dlouholetých zahraničních zkušeností, které podporují metodu terapeutické komunity jako velmi efektivní v rámci léčby uživatelů drog ve výkonu trestu. Nutné je zdůraznit, že tento text popisuje terapeutickou komunitu jako metodu a ne jako typ zařízení pro střednědobou a dlouhodobou léčbu, jak je známo z programů na svobodě. Specifické prostředí věznic bude mít negativní vliv na dynamiku procesu

léčby v těchto programech, přesto považujeme aplikaci principů terapeutické komunity do těchto programů za velmi efektivní cestu, která je podpořena dlouholetými zahraničními zkušenostmi. Samotný fakt, že jde o výkon trestu odnětím svobody, **jde proti základním principům terapeutických komunit. Především principu dobrovolnosti a vlastní zodpovědnosti.** Přesto jako základní materiál pro návrh standardů těchto programů byl použit materiál definující standardy terapeutické komunity se zohledněním podmínek výkonu trestu.

## 4/3 Obecná část standardů

1.	PŘÍSTUPNOST ODBORNÝCH SLUŽEB	Poznámky
1.1	Odborné služby jsou veřejně přístupné bez ohledu na pohlaví <sup>4</sup> , věk a rasu pacienta/klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV pozitivita) a socio-ekonomické možnosti (např. schopnost službu zaplatit).	
1.2	Služby jsou přístupné bez ohledu na typ užívané návykové látky <sup>5</sup> , historii užívání a způsob aplikace návykové látky.	
1.3	Služby jsou přístupné bez zbytečných odkladů, které by mohly zhoršit aktuální stav pacienta/klienta.	

### Komentář

Tuto část ponecháváme v původním znění. Je jasné, že v případě léčebných programů v rámci

výkonu trestu jsou podmínky pro přijetí pacienta/klienta dané. Přesto by mělo být zajištěno tak jako u programů na svobodě právo na přístupnost.

2.	PŘÍJEM A ÚVODNÍ VYŠETŘENÍ	Poznámky
2.1	Odborná zařízení mají standardní formu a proceduru úvodního vyšetření a příjmu pacienta/klienta.	
2.2	Každý pacient/klient je individuálně vyšetřen. Vyšetření zahrnuje anamnézu i současný stav.	
2.3	Příjem a úvodní vyšetření pacienta/klienta směřuje ke stanovení optimální intervence a koordinovaného plánu odborné péče.	
2.4	Úvodní vyšetření stavu pacienta/klienta slouží ke stanovení případných psychologických, psychiatrických a somatických komplikací, které mohou ovlivnit průběh léčby.	
2.5	Součástí úvodního vyšetření je zhodnocení psychosociálního fungování pacienta/klienta (včetně rodinného zázemí, pracovní anamnézy, právního postavení atd.).	
2.6	Laboratorní vyšetření jsou k dispozici pro stanovení správné diagnózy (somatické, popř. psychiatrické), nebo pro případné stanovení typu užívané drogy a vhodnosti určité formy odborné péče.	
2.7	Na závěr úvodního vyšetření a zhodnocení stavu pacienta/klienta je stanoven plán odborné péče a definovány jeho cíle (akceptované pacientem/klientem). O úvodním vyšetření a zhodnocení stavu pacienta/klienta je vedena adekvátní forma dokumentace.	
2.8	V případě, že dané zařízení nemůže zabezpečit potřebné služby, je pacient/klient doporučen do jiného zařízení.	

<sup>4</sup> Při zohlednění indikačních kritérií programů.

<sup>5</sup> Při zohlednění indikačních kritérií programů.

### Komentář

Standardy pro tuto oblast jsou uvedeny v původním rozsahu. Jsou zde zahrnuty standardní postupy při příjmu pacienta, které by měly být závazné.

Standard 2.7, respektive formulace „je stanoven a definován plán odborné péče a definovány jeho cíle (akceptovatelné pacientem/klientem)...“ může znít v podmínkách výkonu trestu trochu bizarně. **Nicméně právo závislého akceptovat plánované výsledky léčby a souhlasit s nimi by mělo být zásadně dodrženo i v tomto případě. Angažování uživatele drog na své léčbě je výrazným faktorem terapeutické komunity.**

Určitou komplikací může být standard 2.8, jenž je uveden v kategorii zásadní. Možnosti doporučování do jiných programů jsou v případě odsouzených velmi omezené. V podmínkách výkonu trestu není nabídka různých typů služeb dostatečná a je limitovaná faktem, že se jedná o programy ve věznicích. Např. věznice Rýnovice je specializována na výkon ochranné protitoxikomanické a protialkoholní léčby.

Jsou sem umísťováni uživatelé drog s nařízenou ústavní léčbou, někdy bez ohledu na to, je-li daný program pro ně vůbec vhodný, indikovaný (tento problém již byl zmíněn v úvodní části této kapitoly). V zařazování uživatelů drog do jednotlivých specializovaných programů pro diferencovaný výkon trestu nepanuje vždy jednotný přístup a může tak systémově docházet k zařazení vězně do nevhodného programu (neodpovídajícího potřebám, stavu a motivaci vězně). V této souvislosti není bez zajímavosti ani fakt, že i mezi stejnými programy panují v různých věznicích velké rozdíly. Samotné spektrum programů ve věznicích pak nepokrývá všechny standardní nabídky programů mimo věznice, což může být zdrojem dalším komplikací. Např. u klientů substitučních programů není doposud zajištěna kontinuita péče také ve vazbě a výkonu trestu a tito klienti nemají možnost substituční léčby využívat a pokračovat v ní v těchto zařízeních. Současně přítom u těchto indikovaných skupin neexistuje ze strany VS plnohodnotná náhrada.

3.	SPEKTRUM SLUŽEB A ZÁSADY JEJICH POSKYTOVÁNÍ	Poznámky
3.1	Vhodný typ a forma odborné péče se stanoví na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupně závislosti, fyzického a psychického stavu pacienta/klienta (přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita).	
3.2	Zvolený program je komplexní se zaměřením na bio-psycho-sociální podstatu problému.	
3.3	Zvolený program se pravidelně hodnotí a v případě potřeby se modifikuje zapojením pacienta/klienta a jeho informovaným souhlasem. <sup>6</sup>	
3.4	Dostupné a v úvahu přicházející možnosti odborné péče jsou probrány s pacientem/klientem.	
3.5	Pacientům/klientům s psychologickými a psychiatrickými komplikacemi se poskytuje specifická odborná péče.	
3.6	Specifická odborná péče je zajištěna pro pacienty/klienty s případnými somatickými problémy (např. HIV, hepatitis A, B, C, atd.).	
3.7	Informace a zdravotní výchova směřující k minimalizaci rizik z užívání drog se poskytují vždy, bez ohledu na to, zda-li se jedná o program s cílem abstinence, či nikoliv.	
3.8	O průběhu programu vede zařízení podrobnou dokumentaci. <sup>7</sup>	
3.9	Podávané či předepisované léky musí být řádně uvedeny v dokumentaci pacienta/klienta. Farmakoterapie musí odpovídat specifickým potřebám pacienta/klienta, typu užívané návykové látky, uznané praxi, aktuálním vědeckým poznatkům a příslušným metodickým opatřením MZ.	

<sup>6</sup> V tomto bodě je míněno hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče o konkrétního pacienta/klienta. Jak často má hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Požadavky jsou obsaženy ve standardech speciální části.

<sup>7</sup> Vedení dokumentace se řídí platnými předpisy a standardními pravidly vedení dokumentace ve zdravotnických zařízeních (Věstník MZ č. 7, červen 1998). Veškeré osobní údaje jsou důvěrné. Nezdravotnická zařízení musí mít pro vedení osobní dokumentace souhlas klienta.

	SPEKTRUM SLUŽEB A ZÁSADY JEJICH POSKYTOVÁNÍ	Poznámky
3.10	Zařízení zajišťuje kontinuitu odborné péče. Při ukončení daného programu je vypracován plán navazující nebo následné péče a resocializace (včetně zapojení rodiny, tam kde je to možné). To platí i tehdy, je-li program ukončen z důvodů porušení pravidel. Při výstupu je pacient/klient vybaven předběžnou propouštěcí (závěrečnou) zprávou. Úplná zpráva je zaslána do 7 dnů zařízení, které přebírá pacienta/klienta do péče. <sup>8</sup>	
3.11	Zařízení vytváří podmínky pro zapojení členů rodiny nebo jiných důležitých osob blízkých pacientovi/klientovi.	
3.12	Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče zařízení aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb.	
3.13	Zařízení provádí pravidelně (nejméně 1x ročně) hodnocení kvality a efektivity poskytované péče a vyvozuje z něj příslušná opatření.	
3.14	Zařízení realizuje opatření ke zvýšení dostupnosti péče (šíření informací o zařízení, monitorování kapacity a čekací doby, poskytování informací o dalších možnostech odborné péče atd.).	

#### Komentář

Oproti původnímu znění byl v této části vypuštěn pouze standard 3.1 (číslování je upraveno, aby byla dodržena logika tabulky), který ukládá zabezpečení dostupnosti jednotlivých typů služeb pro klienty. V tomto případě je však třeba brát zřetel na specifické podmínky výkonu trestu a neúplnost tohoto spektra služeb ve věznicích.

K diskusi může být standard 3.10 „Zajištění kontinuity péče“, který je však klíčovým momentem v celém procesu léčby, proto je uveden v původním znění. Neřešené zůstávají případy předčasného ukončení programu. I zde je však možné o určitém typu zajištění kontinuity péče uvažovat, např. v protidrogové poradně. Problematikou následné péče se budeme zabývat v závěru tohoto textu.

4.	ORGANIZAČNÍ ASPEKTY	Poznámky
4.1	Zařízení je řízeno odborníkem/manažerem s potřebnou kvalifikací, který nese odpovědnost za kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb.	
4.2	Zařízení dbá o součinnost v systému služeb a vnější koordinaci, spolupracuje s veřejnou správou a místním společenstvím.	
4.3	Poskytované služby mají jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v komplexním systému péče na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.	
4.4	Pro zabezpečení pružného rozvoje poskytovaných služeb má zařízení vytvořené příslušné vnitřní mechanismy a nástroje (např. provozní porady, porady a konzultace o pacientech/klientech, plány rozvoje a zvyšování kvality a efektivity péče, plány vzdělávání apod.).	
4.5	Multidisciplinární tým je složen a veden s ohledem na kompetentní poskytování dané služby, je jasně definováno jeho fungování, odpovědnost jednotlivých členů a mechanismy komunikace.	
4.6	Zařízení má jasně definovaná vnitřní pravidla poskytování odborných služeb včetně kritérií pro ukončení programu, pokud pacient/klient závažným způsobem tato pravidla poruší. Je povinno s těmito pravidly pacienty/klienty srozumitelně seznámit.	
4.7	Zařízení má vypracovanou koncepci, organizační a provozní řád a manuály (písemně definované postupy) pro hlavní odborné činnosti.	

<sup>8</sup> Zajištění kontinuity péče pochopitelně není možné bez motivace pacienta/klienta. V případě, že jakoukoliv další péči odmítá, musí být aspoň informován o její potřebě a možnostech.

	ORGANIZAČNÍ ASPEKTY	Poznámky
4.8	Zařízení má jednoznačně písemně definované postupy v následujících oblastech: a) Monitorování HIV a hepatitid. b) Supervize.	
	c) Mlčenlivost. <sup>9</sup> d) Vyloučení alkoholu a drog z pracoviště.	
	e) Výběr a odměňování pracovníků. f) Výcvik a další vzdělávání pracovníků. g) Přístup k dokumentaci. h) Práce dobrovolníků (včetně stážistů) a civilní služby. i) Práce s médii. j) Etický kodex. <sup>10</sup> k) Právní odpovědnost. l) Spolupráce se sociálními kurátory, probačními úředníky atd. m) Řešení stížností a disciplinární opatření. n) „Minimální bezpečí“ pacientů/klientů a personálu. <sup>11</sup> o) Doporučování a předávání pacientů/klientů do jiných zařízení. p) Sledování spokojenosti pacientů/klientů a jejich zapojení do dalšího rozvoje služeb. q) Průběžné monitorování činnosti, supervize, fungování odborných garantů.	

#### Komentář

Velmi důležitá oblast standardů popisující organizační zajištění programu. Zásadní je otázka personálního zajištění. Multidisciplinární tým složený z kompetentních pracovníků je nezbytnou podmínkou pro kvalitu léčebného programu. V Nařízení GRVS č. 49 (Nařízení č. 49, 2001) se v paragrafu 5 uvádí: „...K výkonu práce v bezdrogové zóně jsou přednostně zařazováni zaměstnanci s potřebnými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi v oboru prevence a zacházení s drogově závislými...“. Slovo „přednostně“ však dává příliš velký prostor, aby práci v těchto pro-

gramech vykonávali i pracovníci bez zmiňovaných kompetencí. Požadavky na vzdělání (teoretické i praktické) pracovníků v týmu se řídí nařízeními pro jednotlivé profese. **Pro zajištění efektivity léčebného programu je nezbytné, aby byl kladen důraz na profesionalitu a dostatečnou odbornou kompetenci jednotlivých členů týmu.** Kromě formálního vzdělání v oblasti psychologie, medicíny, sociálních věd, atd. je třeba zajistit i odbornou přípravu praktickou. Jedná se především o různé vzdělávací programy zaměřené na drogovou problematiku a především o sebezkuše-  
nostní psychotherapeutický výcvik.

5.	FINANCE	ZDROJE
5.1	Je stanoven rozpočet programu/zařízení a odpovědnost za jeho kontrolu.	
5.2	V rozpočtu je vyčleněna položka na další vzdělávání pracovníků a na supervizi.	

#### Komentář

Vzhledem k faktu, že programy fungují v rámci věznic jako takové, tzn., že financování programu vychází z celkového rozpočtu věznic, byla tato

oblast výrazně redukována, neboť lze předpokládat, že věznic, která léčebný program poskytuje, se řídí obecně závaznými právními předpisy. Jako klíčový v této oblasti vyvstává standard 5.2

<sup>9</sup> Mlčenlivost u zdravotnických pracovníků a ve zdravotnických zařízeních vyplývá z příslušných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, v platném znění (§ 55). Pro nezdravotnické pracovníky a nezdravotnická zařízení ji lze odvodit ze zákona č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Doporučuje se režim tohoto zákona respektovat a povinnost mlčenlivosti ještě zvlášť zakotvit v pracovní smlouvě.

<sup>10</sup> Etický kodex (terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací). Pro pracovníky určitých profesí (lékaři, psychologové, psychotherapeuti, sociální pracovníci) jsou směrodatné etické kodexy jejich profesních organizací a odborných sdružení.

<sup>11</sup> Požadavky „minimálního bezpečí“ zahrnují např. definovaný postup při sebevražedných tendencích, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, agrese vůči osobám a majetku, krádežích apod.

6.	PŘÁVA PACIENTŮ/KLIENTŮ	ZDROJE
6.1	V souladu s Ústavní listinou základních práv a svobod jsou chráněna lidská a občanská práva.	
6.2	Zařízení dodržuje příslušný Kodex práv pacientů/klientů a zveřejňuje jej pro pacienty/klienty v případně stylistické úpravě s ohledem na své zaměření. <sup>12</sup>	
6.3	Jmenovité informace o pacientovi/klientovi a jeho zdravotním stavu jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, jestliže je organizace povinna je poskytnout. <sup>13</sup>	
6.4	Je respektováno právo pacienta/klienta seznámit se přiměřeným způsobem s tím, jak je v zařízení vedena, uchovávána a zabezpečena dokumentace obsahující jeho osobní údaje.	
6.5	Pacient/klient je plně informován o formě, obsahu, délce a pravidlech poskytované odborné péče, včetně jejich očekávaných přínosů a případných rizik, svých povinností a chování, jímž může přispět k dosažení jejich cílů.	
6.6	Podmínky odborné péče a případná omezení se uplatňují s plným vědomím a informovaným souhlasem pacienta/klienta. <sup>14</sup>	
6.7	Pacient/klient má právo na kontakt se svojí rodinou, zaměstnavatelem, učitelem, duchovním, příp. dalšími důležitými osobami ze svého okolí, pokud je to v souladu s podmínkami a omezeními odborné péče podle bodu 6.5 a podmínkami výkonu trestu.	
6.8	Nejsou kladeny překážky svéprávnému rozhodnutí pacienta/klienta ukončit léčbu či jiný odborný program.	
6.9	Je vytvořen mechanismus k přijímání, vyřizování a dokumentaci stížností ze strany pacientů/klientů.	
6.10	Dokumentace obsahující osobní údaje pacienta/klienta je zabezpečena proti zneužití.	
6.11	Pacient/klient je srozumitelně informován o případných zákonných omezeních zde uvedených práv a o důsledcích, které tato omezení mají pro něj a pro zařízení.	

#### Komentář:

Oblast práv pacientů/klientů musí být brána na zřetel, přestože léčebný program probíhá v rámci podmínek výkonu trestu, který má svá jasná pravidla. Tato oblast je prakticky ve stejném znění jako u ostatních léčebných programů.

Pro efektivní fungování každého léčebného programu je v něm nutné zajistit maximální angažovanost (aktivní přístup) léčícího se uživatele drog. Velmi vysoká uznávaná efektivita terapeutických komunit spočívá především právě v zainteresovanosti každého jejího člena na programu a tím umožnění spoluúčasti na vytváření celkového prostředí a klimatu dané terapeutické komunity. K tomu je zapotřebí jasně vymezit práva a povinnosti každého jejího člena, tak aby bylo jasné, v jakém „prostoru“ se může pohybovat. Je jasné, že v podmínkách vězení je tato otázka velmi ože-

havá. Přesto by mělo být tvůrci koncepce daného léčebného programu věnováno dostatek prostoru pro zajištění výše zmíněných standardů. V opačném případě bude velmi ohrožena efektivita celého léčebného snažení. Mírně diskutabilní může být standard 6.5, přesto by měly být hledány cesty, jak pracovat se signifikantními osobami v okolí závislého odsouzeného. Stejně tak mohou nastat komplikace u standardu 6.8, především předčasné ukončení u soudně nařízené léčby. Je ale nutno podotknout, že splnění nařízení soudu je čistě zodpovědností odsouzeného, není proto na místě jej v programu násilně udržovat.

Standard 6.9 může v podmínkách výkonu trestu působit až nevhodně, ale jedná se o zásadní právo pacienta/klienta ve všech typech programů, a proto by léčebné programy v rámci věznic neměly být výjimkou.

<sup>12</sup> Kodex práv pacienta: kodex vydaný Centrální etikou komisi MZ v r. 1992 a Kodex práv pacientů/klientů schválený MPK (dnes RVKPP) atd.

<sup>13</sup> Týká se pouze osobních údajů pacientů/klientů, nikoliv například statistických hlášení.

<sup>14</sup> Viz § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

7.	ZAMĚŠTNANCI, DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ, SUPERVIZE	Poznámky
7.1	Každý zaměstnanec má smlouvu a platový výměr podle platných právních předpisů. <sup>15</sup> Je poučen o bezpečnosti práce a má jasně stanovenou pracovní náplň.	
7.2	Organizace má jasně definovaná pravidla pro nábor, výběr a odměňování zaměstnanců a pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Totéž se týká externistů a dobrovolných pracovníků.	
7.3	Je zajištěna prevence pracovních rizik.	
7.4	Pracovní náplně zaměstnanců a výše stanovené odměny jsou pravidelně revidovány.	
7.5	Je zajištěna znalost a dodržování etického kodexu. <sup>16</sup>	
7.6	Je definována procedura vyřizování stížností, případů diskriminace a fyzického, psychického, ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu.	
7.7	Specializovaná péče (lékařská, psychologická, psychotherapeutická, sociální, výchovná apod.) je vždy prováděna personálem s příslušnou kvalifikací a osvědčením.	
7.8	Organizace má písemně zpracovaný postup při zavádění nového zaměstnance včetně zajištění jeho výcviku v rozsahu potřebném pro kvalifikovaný pracovní výkon.	
7.9	Zaměstnanci mají rovný přístup k dalšímu vzdělávání. <sup>17</sup>	
7.10	Pravidelné vzdělávání zaměstnanců se realizuje na podkladě analýzy jejich znalostí, dovedností a schopností, podle individuálních vzdělávacích plánů a vzdělávacího programu organizace. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	
7.11	Zaměstnanec má příležitost pravidelně projednávat svoji odbornou kariéru, včetně dalšího vzdělávání, se svým zaměstnavatelem, resp. odborným vedoucím/manažerem.	
7.12	Zaměstnanci jsou na pracovišti pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací, s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	
7.13	Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi. Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je vysoce kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci.	
7.14	Vnější supervize si klade za cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: (a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, (b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role, (c) fungování týmu.	

### Komentář

Tato oblast je ponechána beze změny oproti jiným zařízením. Je zde zdůrazněno vzdělávání jednotlivých pracovníků. Je nutné vybavit pracovníky znalostmi a dovednostmi potřebnými pro práci se závislými osobami.

Důležitý je standard 7.13 a 7.14, vnější supervize. Tato oblast je v současných programech opomíjena. Vnější supervize je vnímána jako nezbytný faktor kvality programu. Vnějším supervizorem se rozumí odborník, který není s programem, popřípadě organizací v jiném pracovněprávním vzta-

<sup>15</sup> Viz např. zákon č. 126/1994 Sb., zákoník práce v úplném znění.

<sup>16</sup> Etický kodex (terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací). Pro pracovníky určitých profesí (lékaři, psychologové, psychotherapeuti, sociální pracovníci) jsou směrodatné etické kodexy jejich profesních organizací a odborných sdružení.

<sup>17</sup> Zde, stejně jako v případě vnější supervize (oddíl 7.13), znamená „rovný přístup“ rovnost příležitostí pro všechny pracovníky, bez diskriminace nebo naopak zvýhodňování některých kategorií či profesí.

hu. Cílem vnější supervize je zajištění dobré kvality programu a jeho rozvoje. K diskusi jsou požadované odborné nároky na vnějšího supervizora vzhledem k specifikám výkonu testu. V současné

době je v oblasti protidrogových služeb požadováno u supervizora vysokoškolské vzdělání a minimálně 3 roky praxe v oboru.

8.	PROSTŘEDÍ	Poznámky
8.1	Prostředí, ve kterém probíhá odborná péče, je vytvářeno a udržováno s cílem chránit zdraví, bezpečí a spokojenost pacienta/klienta i personálu.	
8.2	Je vytvořeno prostředí zabezpečující pro pacienty/klienty alespoň minimální soukromí.	
8.3	Místnosti, kde se provádí odborná péče, jsou vybaveny podle příslušných předpisů a náležitě udržovány. <sup>18</sup>	
8.4	Zařízení postupuje citlivě vůči životnímu prostředí.	

#### Komentář

K otázce prostředí léčebného programu: přestože je program situován do podmínek věznice, měla by být otázce prostředí, ve kterém probíhá, věno-

vána náležitá pozornost. Kvalita prostředí programu je důležitým faktorem přispívajícím k jeho celkovému fungování.

## 4/4 Specifická část standardů

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace, jako zařízení sociálních služeb nebo jako samostatné oddělení – pobočka lůžkového zdravotnického zařízení. Kromě posledního případu statut zdravotnického zařízení není obvyklý. <sup>19</sup>	
7.2	Personální zabezpečení.	
	7.2.1 Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí ve skupinové psychoterapii, léčení závislosti, rodinné terapie, kognitivně behaviorálních přístupech apod.	
	7.2.2 Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému a specifickým charakteristikám pacientů/klientů, výběr pracovníků se řídí kritérii: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychotherapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné).</li> <li>b) Specializované výcviky (skupinová a individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie, sociální komunikace).</li> <li>c) Praktické zkušenosti a dovednosti.</li> <li>d) Osobnostní vlohy.</li> </ul>	
	7.2.3 Zabezpečení provozu: nepřetržitá služba kvalifikovaného pracovníka-terapeuta.	
	7.2.4 Kapacita pacientů/klientů na jednoho kvalifikovaného pracovníka je v rámci odborného programu max. 10 pacientů/klientů.	

<sup>18</sup> Příslušnými předpisy se rozumí vyhlášky MZ č. 207/1992 Sb., o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení, a č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

<sup>19</sup> Doporučuje se, aby i nezdravotnická zařízení zaměstnávala lékaře aspoň na minimální úroveň.

**Komentář**

Složení týmu musí odpovídat povaze daného problému a potřebám cílové populace. Při výběru odborných pracovníků by měly být kromě adekvátního vzdělání a zkušeností zohledněny i osobnostní vloh. Je samozřejmé, že v rámci

tohoto typu léčebného programu musejí pracovat i vychovatelé. Při výběru těchto pracovníků by měl být brán ohled na specifika daného programu (osobnostní předpoklady, základní vzdělání v problematice užívání drog atd.).

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.3	Cílová populace: uživatelé drog ve středním až těžkém stupni závislosti odsouzení k trestu odnětí svobody.	
7.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta.	
7.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem při nástupu pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje. <sup>20</sup>	
7.4.2	Lékařské vyšetření: provádí se před nástupem pacienta/klienta do programu, nejpozději do 1 týdne po nástupu, s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro daný typ rezidenčního programu, obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Psychiatrické a somatické vyšetření.</li> <li>b) Toxikologické vyšetření moče.</li> <li>c) Základní laboratorní vyšetření.</li> <li>d) Vyšetření HIV, hepatitidy a pohlavně přenosných onemocnění.</li> <li>e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony.</li> </ul>	
7.4.3	Základní vstupní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno nejpozději do 3 dnů po nástupu. Před nástupem je nutné minimálně vyloučit závažnější akutní stav psychický či somatický včetně akutních infekčních onemocnění.	
7.4.4		
7.5	Základní lékařská péče: pokud v zařízení nepracuje denně lékař, je zajištěna u lékaře věznice.	
7.6	Neodkladná péče: je smluvně zajištěna se zdravotnickým zařízením (v rámci věznice, popřípadě mimo). Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	

**Komentář**

Cílová populace je záměrně definována obecně. Logickou podmínkou pro indikaci do programu je v tomto případě trest odnětí svobody. Specifickou cílovou skupinou jsou odsouzení s nařízenou ústavní léčbou. Ta by však neměla být jedinou

indikací do nástupu léčebného programu. Program by měl být otevřený i pro dobrovolný nástup.

Zhodnocení stavu pacienta/klienta probíhá standardní formou. Totéž platí o zajištění základní lékařské péče.

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.7	Odborná péče	
7.7.1	Individuální léčebný plán: zpracován do 14 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (minimálně 2krát měsíčně).	
7.7.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit (např. skupinová psychoterapie a skupinové poradenství, komunitní setkání) týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.	

<sup>20</sup> Nedoporučuje se odebrat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.7.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka: terapeuta („garant“, „klíčový pracovník“), odpovědného za vedení případu, který pravidelně, minimálně 1x týdně, hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu. <sup>21</sup> Garant konzultuje s pacientem/klientem minimálně jednou týdně v rozsahu 1 hodiny.	
7.7.4	Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	
7.7.5	Denní režim: je konzistentní a stabilní, písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Je součástí každého individuálního plánu. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, k nimž nezbytně patří aktivity terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní: a) Terapeutické aktivity (skupinová, individuální podpůrná, rodinná terapie). b) Výchova a vzdělávání, posilování a rozvíjení odpovědného chování. c) Pracovní terapie s cílem získat, obnovit a upevnit pracovní návyky a dovednosti. d) Volnočasové, sportovní, zátěžové programy a jiné rehabilitační aktivity.	
7.7.6	Strukturovaný proces: obsahuje popis terapeutických fází (diferenčních skupin) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	
7.7.7	Dle možností jsou využívány účinné faktory terapeutické komunity.	
7.7.8	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta.	
7.7.9	Práce s členy rodiny a partnery: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a jejího léčení, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny.	
7.7.10	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	
7.7.11	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí programu rezidenční péče.	
7.7.12	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	
7.7.13	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	
7.7.14	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci, zlepšení a rozvinutí psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury s ohledem na možnosti podmínek výkonu trestu.	

### Komentář

Odborná péče musí odpovídat standardům léčebných programů na svobodě s přihlédnutím k podmínkám výkonu trestu. Požadavek na 20 hodin strukturované práce je zachován stejně jako u TK. Byl přidán požadavek min. 1 hodiny konzultace

garanta s pacientem/klientem týdně, což je vzhledem k povaze programu nezbytné.

Problém představuje splnění standardů 7.7.7 a 7.7.8. Standard 7.7.7 doporučuje využití účinných faktorů terapeutické komunity v maximální možné míře. Je jasné, že podmínky léčebného

<sup>21</sup> Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konzultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.

programu v rámci výkonu trestu neposkytují optimální prostředí, jež by umožňovalo využití těchto účinných faktorů. Přesto je vhodné aktivně zahrnovat tyto faktory do léčebného

programu s ohledem na omezení, které umístění programu skýtá. Stejně diskutabilní je i využití skupinové terapie jako základní metody práce (viz úvodní text).

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.8	Doplňkové programy: informace, poradenství a vzdělávání.	
7.9	Strava – minimálně 3x denně plnohodnotná strava, odpovídající základním hygienickým normám. Stravu nelze vynechat z disciplinárních důvodů.	
7.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	
7.11	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování) s ohledem na podmínky výkonu trestu, provázáno příslušným doporučením.	
7.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	

#### Komentář

Doplňkové programy jsou důležitou součástí celého léčebného procesu. Vedení dokumentace je standardní jako v jiných programech. Problematické jsou standardy 7.11 a 7.12. Plánované propuštění z programu a program

následné péče jsou reálné pouze v případě, že ukončení programu koresponduje s ukončením výkonu trestu. Tento problém byl diskutován v úvodu tohoto materiálu. Bez zajištění kontinuity péče (následné péče) se efektivita programu velmi výrazně snižuje.

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních pro výkon vazby a trestu		Poznámky
7.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1krát týdně, týmové konference minimálně 1krát za 3 měsíce.	
7.14	Další vzdělávání.	
7.14.1	Zaměstnanci se povinně vzdělávají v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon a správnou odbornou praxi podle uvážení odborného vedoucího/manažera programu.	
7.14.2	Zaměstnanci jsou podporováni v dalších vzdělávacích aktivitách, zvláště v oblasti sebezkušenostních psychoterapeutických výcviků, výcviků v rodinné terapii, individuální psychoterapii, neverbálních technikách, sociální komunikaci, krizové intervenci, poradenství atd.	
7.15	Supervize.	
7.15.1	Interní: každý zaměstnanec je pravidelně supervidován odborným vedoucím/manažerem programu.	
7.15.2	Externí: odborný vedoucí/manažer programu a multidisciplinární tým má k dispozici externího supervizora.	
7.16	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1krát ročně. <sup>22</sup>	

<sup>22</sup> Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) četnost předčasných vypadnutí z programu, (e) četnost vypadnutí v první třetině programu, (f) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (g) počet a struktura realizovaných doporučení do dalších zařízení, zejména zajištěné doléčování, (h) katamnestické sledování pacientů/klientů (1, 2, 3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

**Komentář**

Pro zajištění dobrého fungování týmu jsou nezbytná pravidelná týmová setkání. Interní a externí supervize je nezbytnou podmínkou zajištění kvalitního fungování programu. Externí supervize je v současné době opomíjena.

Systematické hodnocení efektivity zajišťuje dobrou analýzu programu a přispívá k jeho zefektivnění. Lze jen doporučit, aby se léčebné programy ve věznicích zapojily do problematiky evaluací

a přípravy evaluačních nástrojů pro léčebná zařízení. Příprava evaluačních nástrojů může být efektivní ve dvou rovinách:

- 1) kvalitní evaluační nástroje umožní zhodnocení stávajících léčebných programů ve věznicích a umožní tak jejich zkvalitňování,
- 2) spolupráce s ostatními typy programů umožní zajištění kompatibility při zhodnocování efektivity a začlenění vězeňských programů do systému péče o uživatele drog.

**4/5****Začlenění léčebných programů ve věznicích do systému péče o uživatele drog**

Pokud chceme uvažovat o systému péče o uživatele drog, musíme vždy daný program v tomto systému zakotvit. V případě jakéhokoli léčebného programu nás zajímá, co bylo před nástupem do léčby, ale také co bude po léčbě následovat. Nejinak tomu musí být i u léčebných programů ve věznicích. V tomto případě bude předchozí péče, respektive návaznost na ni, problematická. Uživatel drog nastupuje především do výkonu trestu odnětí svobody, tudíž jeho umístění do programu je v danou chvíli sekundární. Je však pravděpodobně, že závislý se v předchozí době již s nějakým typem služeb setkal (kontaktní centra, PL, PK, TK, atd.). Tento moment by měl být brán v potaz při sběru anamnestických údajů. Pokud již byla nějaká péče poskytována, je vhodné vyžádat si se souhlasem odsouzeného zprávu z tohoto zařízení. V mnoha případech mohou takto získaná data velmi efektivně doplnit celkový obraz problematiky uživatele drog.

Ještě náročnější otázkou je oblast následné péče, tedy intervencí, které by měly následovat po absolvování léčebného programu. Klinická praxe jasně ukazuje, že kvalitní následná péče má zásadní vliv na celkovou efektivitu léčebného procesu. Problematika následné péče (doléčování) je v ČR nyní klíčovým tématem drogových služeb. Původně byly pod tímto pojmem zařazeny především intervence zaměřené pouze na udržení abstinence (opakovací léčby, posilující pobyty). Současná situace však ukazuje potřebu daleko komplexnější práce se závislými

s důrazem především na oblast sociální a socio-terapeutickou. Návrat závislého jedince do podmínek běžného života je velmi náročný. Vystává zde velká potřeba kvalitní asistence při sociální integraci závislého jedince. Jestliže je cílem léčebného programu práce s motivací závislého k životu bez drog, tedy abstinenci, pak **cílem následné péče je vytváření podmínek pro abstinenci**. Hlavním úkolem je kromě prevence relapsu stabilizace životního stylu. To předpokládá stabilizaci všech oblastí života závislého. Čím je tato stabilizace pevnější, tím více se snižuje riziko relapsu.

V tradičním pojetí léčby problémů způsobených užíváním drog byl léčebný program jaksi izolován od běžného světa. Dochází tak k tzv. „skleníkovému efektu“, kdy návrat do podmínek běžného života s sebou nese velkou zátěž nároků, na kterou nebyl závislý dostatečně připraven. Logicky tak roste riziko relapsu a snižuje se celková efektivita léčebného procesu. Léčebné programy na svobodě proto zahrnují do své struktury komunikaci s „běžným světem“. Uživatel drog již v průběhu léčby řeší různé sociálněprávní otázky, komunikuje se významnými osobami (většinou rodina). V tomto případě je pak návrat do normálního života méně stresující. Jedinec pak v následné péči může navazovat na předchozí kroky. Tento fakt má velmi pozitivní vliv na konečné výsledky léčebného procesu.

V případě léčebného programu ve vězení je jasné, že možnosti komunikace s „venkovním“

světem jsou velmi omezené. Tím se samozřejmě zhoršuje výchozí pozice závislého, který se navrácí do života po absolvování léčby. Již samotný pobyt ve vězení je velmi traumatizující zkušeností, kterou je třeba při plánování následné péče, navazující na léčebný program ve vězení, brát na zřetel. Dokument WHO věnovaný drogové problematice ve věznicích (WHO, 2001) zdůrazňuje potřebu kvalitní asistence při návratu odsouzených uživatelů drog do podmínek běžného života. Lze předpokládat, že jejich potřeby následné péče po výkonu trestu budou velmi specifické. V případě závislých, kteří absolvovali léčebný program v rámci výkonu trestu odnětí svobody, je otázkou, jaký typ následné péče poskytovat.

V naší republice jsou často mylně považovány za následnou péči právě terapeutické komunity, které však poskytují léčbu základní. Nejsou vhodným typem následné péče pro závislé odsouzené. Vzhledem k faktu, že terapeutické komunity nabízejí střednědobou a dlouhodobou léčbu, je pobyt v nich často vnímán osobou vracující se z výkonu trestu jako určitě pokračování odnětí svobody. Pokud závislí projdou kvalitním léčebným programem v rámci výkonu trestu, může být pro ně pobyt v terapeutické komunitě krokem zpět v jejich procesu údravy. Jsou pak v programech velmi nestabilní a často předčasně program opouštějí.

Další alternativou následné péče jsou specializované programy. Ty jsou buď pouze ambulantní, popřípadě s chráněným bydlením. Chráněné bydlení neboli domy na půl cesty jsou velmi efektivním socioterapeutickým nástrojem v následné péči. Bohužel jejich kapacita je v současnosti v ČR nedostatečná. V případě cílové skupiny léčebných programů ve výkonu trestu se jeví domy na půl cesty jako velmi vhodná služba. Otázkou je, zda-li je tato cílová skupina akceptovatelná ze strany poskytovatelů programů následné péče. Existuje zde zřetelná informační propast. Z ní pak často pramení obavy z této cílové skupiny. Výměna informací mezi oběma stranami by velmi přispěla k vyjas-

nění potřeb této skupiny uživatelů drog a případně modifikaci programů následné péče. Nelze posoudit, jestli současné programy následné péče jsou schopné dostatečně saturovat potřebné intervence u závislých navracějících se z výkonu trestu. Lze tedy jen doporučit realizaci podrobné analýzy potřeb této specifické cílové skupiny a zmapovat možnosti stávajících programů následné péče. Přínosné by mohlo být oslovení programů, které mají již zkušenost s touto cílovou skupinou (např. Doléčovací centrum SANANIM). Bezpochyby by se tento úkol mohl stát jedním z prvních pro pracovní skupiny Vězeňství a drogy, kterou na základě výsledků projektu PHARE a po dohodě mezi GRVS a sekretariátu RVKPP zřizuje GRVS.

Obecně lze říci, že intervence navazující na léčebný program ve výkonu trestu by měly být zaměřeny na podporu návratu závislého do podmínek normálního života s přihlédnutím ke specifickým zkušenostem s výkonem trestu odnětí svobody. Důraz musí být kladen na socioterapii a praktickou pomoc při návratu do normální společnosti. Následná péče by měla spolupracovat se všemi relevantními institucemi (např. PMS, úřady práce atd.), které mají vliv na uživatele drog. Realita návratu uživatele drog do podmínek běžného života je velmi těžká. Je doprovázená frustrací a stresem při hledání zaměstnání, bydlení, řešení dluhů, atd. Je to období, kdy se velmi výrazně zvyšuje riziko relapsu. Proto je vhodné následnou péči plánovat ještě před ukončením léčebného programu.

V úvodu tohoto materiálu byl zmíněn problém špatného časování umístění do léčebného programu. Pokud není ukončení léčebného programu spojeno s reálným propuštěním z výkonu trestu odnětí svobody, je dodržení kontinuity léčebného procesu prakticky nereálné. Následná péče v takovém případě nemůže navazovat na výsledky léčby a podporovat navozené změny. Proces údravy je nutně brát jako kontinuální proces změny, který má své fáze. Pokud určitou službu vytrhneme a nezajistíme návaznost, velice snížíme její efektivitu.

## 4/6 Závěr

V kapitole jsme si kladli za úkol předložit první pracovní návrh podkladu pro plánování rozvoje léčebných programů pro závislé v podmínkách výkonu trestu a zapojení těchto programů do systému péče o uživatele drog v rámci České republiky. Cílem je nejenom návrh standardů tohoto typu programu, ale vydefinování možných problematických oblastí. Jedná se o poměrně „mladou“ službu, která má však v zahraničí dlouholetou tradici. Výchozími materiály pro zpracování kapitoly byly praktické zkušenosti léčebných programů v Rýnovicích a Opavě. V krátkosti se nyní pokusíme vydefinovat možné problematické okruhy.

### Terapeutická komunita ano, či ne?

Jako základní dokument při návrhu standardů pro léčebné programy ve věznicích byly použity Akreditační standardy MZ definované pro terapeutické komunity. Pokud vezmeme terapeutickou komunitu v tradičním pojetí, tak jak tyto programy fungují také v naší zemi i jinde ve světě, narážíme na problém aplikovatelnosti této metody v podmínkách výkonu trestu. V příloze jsou uvedeny účinné faktory terapeutické komunity, tak jak jsou definovány WHO a Světovou federací terapeutických komunit (příloha č. 9). Při podrobnějším studiu těchto faktorů zjistíme, že je nerůznorodé tyto zásady v podmínkách výkonu trestu dodržovat. Léčící se uživatel drog je na prvním místě odsouzen k trestu odnětí svobody, až na druhém místě jsou jeho problémy způsobené užíváním drog. Z toho plynou určité konsekvence pro prožívání uživatele a jeho motivaci v programu setrvat. Zásadním léčebným momentem v terapeutické komunitě je sociální učení. To ve výkonu trestu samozřejmě také probíhá, ale bohužel v negativním směru. Život ve vězení předpokládá jiné hodnoty, než je např. otevřenost a odpovědnost sám za sebe a za druhé. Lze tedy předpokládat (a taková je i zkušenost), že bude velmi narušen proces interakcí a tím i skupinová dynamika, která v normálních podmínkách hraje zásadní roli.

Přestože pro předkládaný návrh byly použity standardy pro TK, došlo k jejich přizpůsobení podmínkám léčebných programů v zařízeních pro výkon trestu. V praktických oblastech činnosti léčebného programu nejsou zásadní rozdílnosti

od TK, ale samotný proces a především jeho dynamika odlišné jsou. Problémem je především celkový kontext, ve kterém léčebný program probíhá. Prostředí vězení a trest odnětí svobody jsou dva klíčové faktory, které ovlivňují dynamiku celého léčebného procesu.

Přesto není namístě rezignovat na metody terapeutické komunity, naopak je žádoucí hledat možnosti aplikovatelnosti těchto komunitních principů v podmínkách věznic. Je logické, že je velmi žádoucí kultivovat prostředí, ve kterém program probíhá, tak aby byl v co možná největší míře snížen jeho negativní dopad na léčebný proces. Je jasné, že se bude jednat o hledání možných kompromisů a možností v rámci výkonu trestu, který je primárním důvodem umístění závislého.

### Cílová skupina

Z materiálů, které jsou k dispozici, se ukazuje, že cílová skupina pro léčebné programy ve výkonu trestu není vždy jasně definována. Za stávajících podmínek léčebných programů sice není přesnější vymezení cílové (indikované) skupiny jednoduché, přesto je velmi důležité a nutné pro zakotvení léčebného programu, volbu vhodných metod práce atd.

Je jasné, že v rámci léčebných programů ve věznicích se v podstatě setkáme se dvěma cílovými skupinami:

- a) skupina odsouzených, kteří si uvědomují svůj problém s užíváním drog a léčebný program chtějí absolvovat, neboť jsou motivováni ke změně svého chování,
- b) druhou je skupina odsouzených s nařízenou ústavní léčbou (i zde samozřejmě bude skupina, která jistou motivaci k léčbě proklamuje, ale vyskytuje se zde část odsouzených, kteří pobyt v léčebném programu absolvují naprosto účelově, druhá část této skupiny může být však k léčbě motivována).

Dalším již zmíněným problémem je, že v případě, kdy program má jasně definovanou přijímací proceduru, není tato procedura vždy dodržována. Na jedné straně stojí jasná snaha plnit rozhodnutí soudu o nařizené léčbě. Na druhou se však léčeb-

ný program vystavuje, v případě současného přijetí velkého počtu uživatelů drog vstupujících do programu pouze účelově, velkým problémům s fungováním celého léčebného procesu.

Jako řešení se nabízí kvalitní analýza struktury závislých, kteří do programu nastupují. Např. Sekce terapeutických komunit při A.N.O. již takřka dva roky pracuje s tzv. předvstupním dotazníkem.<sup>23</sup> Jedná se o nástroj, který je administrován všem žadatelům o tento typ léčby bez ohledu na to, zda-li jsou finálně přijati. Zpracování takto získaných dat poskytuje poměrně dobrý přehled o cílové skupině a umožňuje těmto zařízením pružně reagovat na potřeby cílové populace.

### Kritéria vstupu do léčebných programů

Z návštěvy dvou léčebných programů vyplývá, že ne vždy je proces výběru vhodných adeptů pro program systémový. Je jasné, že vzhledem k povaze situace, ve které závislí do programu přichází, není jednoduché posuzovat adekvátnost jeho motivace. Přesto určitá možnost posouzení indikace daného programu pro jedince velmi výrazně zvyšuje efektivitu celého programu. Tento problém se týká především odsouzených uživatelů drog s nařízenou ústavní léčbou. Ti jsou automaticky zařazováni do léčebných programů, aniž by bylo posouzeno, zda-li jsou pro léčbu vhodní a motivovaní. Kvalitní program může oslovit i uživatele drog, kteří nejsou na počátku příliš motivováni. Přesto lze obecně říci, že efektivita léčby u uživatelů drog léčících se čistě z donucení nebude příliš vysoká a jejich fungování ohrozí chod programu jako takového.

Z výše uvedených důvodů bude vhodné lépe vydefinovat vstupní kritéria do programu a zkvalitnit diferenciální diagnostiku. V současné době není používán žádný standardní postup ani nástroj pro provádění vstupní diferenciální diagnostiky. Jednotlivé programy v podstatě používají své vlastní postupy. Základem je zhodnocení profilu uživatele drog v oblastech jako je: **zdravotní stav, sociálněprávní problémy, historie užívání návykových látek, psychický stav, psychiatrická komorbidita a rodinné zázemí.**

### Kontinuita a následná péče

V materiálu je diskutována problematika následné péče a její návaznost na léčebné programy ve

věznicích. Je důležité zdůraznit potřebu plánování léčby tak, aby bylo její zakončení v ideálním případě časově spojeno s ukončením výkonu trestu. V opačném případě je práce s motivací závislého v léčbě velmi problematická.

Zcela chybí znalost potřeb uživatelů drog, kteří opouštějí léčebné programy ve věznicích. Je zde viditelná informační propast mezi těmito programy a zařízeními následné péče. Jasně vydefinování potřeb uživatelů drog opouštějících výkon trestu, v jehož rámci absolvovali léčebný program, přispěje k zajištění kontinuity péče a tím ke zvýšení její efektivity. Je třeba, aby nejen léčebné programy ve věznicích shromažďovaly informace o možnostech následné péče, ale i programy následné péče lépe informovaly o jimi nabízených službách.

### Spolupráce s ostatními typy služeb

Již byla zmíněna určitá informační propast mezi zařízeními existujícími ve věznicích a zařízeními mimo ně. Jako velmi přínosná a žádoucí se jeví spolupráce s ostatními typy programů. Jako první se nabízí spolupráce s terapeutickými komunitami, kdy může docházet k významné výměně zkušeností. Dobrou příležitostí může být spolupráce se Sekcí terapeutických komunit při A.N.O., která v současné době sdružuje většinu poskytovatelů tohoto typu péče (12 terapeutických komunit).

Další možnou skupinu tvoří programy následné péče. Tato spolupráce může mít velký vliv na zkvalitnění následné péče pro klienty opouštějící léčebné programy ve výkonu trestu. I zde může být vhodnou platformou pro spolupráci Sekce intenzivní ambulantní a následné péče při A.N.O. Důležitá je však i spolupráce s tradičními zařízeními pro léčbu problémů způsobených užíváním drog, jako jsou psychiatrické léčebny a AT ordinace. Doporučit lze navázání užší spolupráce se zástupci Společnosti pro návykové nemoci při České lékařské společnosti JEP (SNN ČLS JEP).

V zásadě platí, že prioritním úkolem pro léčebné programy ve věznicích by mělo být jejich zapojení do služeb v rámci systému péče o drogově závislé. To umožní zajištění kontinuity péče a ve výsledku zvýšení efektivity konečných výsledků.

<sup>23</sup> Jedná se o jednoduchý dotazník, který vyplňuje žadatel o léčbu sám.

## Literatura

- Kalina, K. et al. (2001). Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ. Verze 5. MZČR, Praha.
- Kalina, K. (2002). Standardy a akreditace služeb pro problémové uživatele drog a drogově závislé v České republice. Příloha č. 3/4/1 Závěrečné zprávy č. 3/4 PHARE Twinning Project „Drug policy, pracovní skupina Akreditace. Sekretariát RVKPP, Praha.
- Kalina, K. et al. (2002). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 6, revize 2002. Příloha č. 3/4/2 Závěrečné zprávy č. 3/4 PHARE Twinning Project „Drug policy, pracovní skupina Akreditace. Sekretariát RVKPP, Praha.
- Metodické opatření č. 9 MZ ČR (1998). Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998.
- Prisons (2001). Drugs and Society. WHO 2001.
- Rauchflesich, U. (1999). Doprovázení a terapie delikventů. Albert, Boskovice.
- Výroční zpráva EMCDDA za rok 2001 (2002). EMCDDA, Lisabon.
- Standardy kvality sociálních služeb (2002). MPSV, Praha.
- Sbirka nařízení generální ředitelky Vězeňské služby České republiky, nařízení č. 49 (2001). Nařízení č. 49, kterým se stanoví pravidla pro zřizování a činnost bezdrogových zón ve vazebních věznicích a věznicích. GRŮVS, Praha.
- Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001–2004 (2001). Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, č.j.: 130/165/2001. Přijato 29. 3. 2001. GRŮVS, Praha.

**5** NESTÁTNÍ NEZISKOVÉ ORGANI-  
ZACE V DROGOVÝCH SLUŽBÁCH  
VE VĚZNICÍCH A VAZEBNÍCH  
VĚZNICÍCH

**Olga Škvařilová  
Jiří Richter**

## Abstrakt

Autoři přinášejí v textu obecné i konkrétní poznatky, zkušenosti a úvahy týkající se systémového zabezpečení prevence, péče, léčby a ochrany před užíváním drog (vč. prevence HIV/AIDS) v systému našeho vězeňství. Zvláštní pozornost věnují zapojení a spolupráci NNO při realizaci protidrogové strategie. Představují krátký popis stavu spolupráce mezi věznicemi a NNO v České republice. Na příkladech programů v některých zemích EU ilustrují široké spektrum možností, které v ČR nejsou doposud využívány. V příspěvku je důraz kladen na nezbytnost aplikace multidiscipli-

plinárního přístupu k užívání drog a jeho dopadů a na nezbytnost zapojení externích odborníků, integrovaných do systému prevence a léčby. Významným aspektem podílu externích pracovníků na drogových programech ve věznicích je dobrá zkušenost v několika existujících programech a ověření funkčního modelu spolupráce s interními pracovníky věznic. Kromě popisu různých rovin spolupráce je předloženo několik zásadních návrhů na zlepšení současného stavu, včetně doporučení pro budoucí vývoj této oblasti v ČR.

**Klíčová slova:** uživatelé drog – věznic – prevence – léčba – návaznost služeb – systém drogových služeb – spolupráce.

### Moto:

*„Domníváme se, že v naší společnosti a dokonce ani mezi profesionály není dostatečně vnímána a přijímána skutečnost, že by mohlo být v našem vězeňském systému učiněno mnohem více pro prevenci, snižování rizik souvisejících s užíváním drog a léčbu těch, kteří jsou závislí. Jsme přesvědčeni, že je i nedostatečně vnímáno, že podpora a propagace zdraví ve vězení může významně přispět k efektivitě národní strategie zaměřené na drogy.“*

Většina vyspělých zemí, ale nakonec i léčebný systém budovaný NNO v ČR dnes v oblasti prevence a léčby uplatňují model multidisciplinárních týmů (tj. profesionálů z různých oblastí). Významné a běžné je také využívání externích odborníků. Ti jsou v programech integrováni ať již za účelem konzultační činnosti pro terapii či supervizi, nebo za účelem rozšíření spektra podpůrných programů mimo rámec zajištěný interními odborníky. Tento typ organizační struktury a zabezpečení prohlubuje vazbu mezi vězením a komunitou a pomáhá zajistit kontinuitu léčebné péče. Přitom se nejedná pouze přímo o osoby ve výkonu vazby a trestu, ale také o odsouzené opouštějící vězení. Významná je také dosavadní zkušenost, že externí odborníci z NNO mohou vhodně poskytnout a „garantovat“ důvěrnost vůči klientům, kteří často nedůvěřují vězeňským strukturám a zaměstnancům, a to někdy i v otázkách odborné péče.

Napříč evropskými zeměmi panuje víceméně konsensus, že úzká spolupráce vězeňských programů a programů založených na komunitní bázi výrazně usnadňuje dialog a lépe pomáhá zajistit potřebnou následnou péči a kontinuální služby pro osoby léčící se ve vězení z drogové závislosti. Výše uvedené lze charakterizovat jako „celostní“ přístup.

V obecné rovině lze jistě konstatovat, že vězení je prostředím, kde se sociálněpatologické jevy kumulují. Z penitenciárního hlediska znamená drogová závislost jedince jednak zdravotnický a psychologický problém, ale také zvýšené riziko selhání výchovného působení a v neposlední řadě riziko recidivy trestné činnosti. Spektrum drog užívaných ve věznicích se, až na výjimky, mění plně v souladu s trendy v civilním prostředí, pouze vždy s určitým opožděním. Tyto trendy se ve vězeňském prostředí samozřejmě modifikují podle místních podmínek, zdrojů a účinnosti preventivních, ale zejména represivních, opatření prováděných vězeňským personálem a vhodnosti či výkonnosti preventivních programů.

Výše uvedené potvrzují také statistické údaje (viz přehled stavu užívání drog prezentovaný v první kapitole sborníku). Důležitou roli zde hraje i skutečnost, že řada informací, které v tomto příspěvku dále používáme, pochází z naší vlastní práce či práce dalších kolegů z NNO, pohybujících se ve věznicích. Nejedná se pouze o informace od klientů a nečiníme si právo tyto

informace jakkoliv zobecňovat. Nicméně lze konstatovat, že se tyto naše zkušenosti a informace od našich klientů často rozcházejí s oficiálními údaji. Může se také jednat o nedostatek ověřených vědeckých (a nezávislých) studií. Považujeme tento stav spíše za potvrzení potřeby podpory a rozvoje nezávislých studií a výzkumů.

Současná situace ukazuje na velkou podobnost rozsahu, kvality a vzorců problémů souvisejících s užíváním drog v našich věznicích se zkušenostmi a ověřenými modely intervencí (služeb) realizovanými v zemích EU. Domníváme se tedy, že by bylo chybou těchto zahraničních zkušeností

využít. Proto také velkou část příspěvku věnujeme informacím a zkušenostem členských zemí EU. Jsme si současně vědomi skutečnosti, že tyto modely nelze přijmout okamžitě a bezvýhradně. Jejich případné přizpůsobení našim specifickým podmínkám, historickému vývoji a aktuálním společenským limitům a omezením je pro efektivitu služeb i opatření naprosto zásadní. Nicméně naši nespornou výhodou je dnes již velké množství dostupné odborné literatury, vycházející z dlouholetých zkušeností a pozitivních výsledků dosažených v této oblasti, publikované respektovanými institucemi (např. WHO, EMCDDA, Group Pompidou Council of Europe, ENDASP, NIDA atd.).

## 5/1

### Krátký přehled situace v zahraničí

## 5/1/1

### Politika EU zaměřená na snižování poptávky ve věznicích<sup>1</sup>

Současná opatření a strategie uplatňované v EU v oblasti snižování poptávky ve vězeních obsahují převážně odrazování od užívání prostřednictvím zvýšené kontroly, jako například prohledávání cel, náhodné testování kombinované se sankcemi atp. Na straně druhé však v konfrontaci s neustále narůstajícím počtem uživatelů drog zřizují vězenské systémy v EU specializovaná oddělení (např. v Nizozemí), centralizují ve vybraných vězeních specifické drogové služby (Irsko a Rakousko) nebo „importují“ odborné služby v oblasti péče a léčby závislosti od externích drogových organizací.

Od roku 1995 zaznamenáváme ve vězeňském systému významnou expanzi služeb pro uživatele drog (Ambrosini, 2001) a stejně tak i opatření týkajících se prevence přenosu infekčních onemocnění. Přesto zůstávají věznice, ve srovnání s programy rozvíjenými pro závislé mimo vězeňský systém, vždy významně opožděny. Stávající nabídka služeb v oblasti péče a léčby nepovídá také potenciální potřebě, předpokládající, že téměř 30 % uvězněných drogy s nějakou pravidelností užívá.

## 5/1/2

### Léčba a péče o uživatele drog

Zdravotní služby ve vězeních jsou tradičně prováděny především zaměstnanci věznic. Nicméně vězeňské systémy napříč zeměmi EU vykazují právě v oblasti prevence a léčby užívání drog dobré zkušenosti s větší mírou služeb a intervencí zajišťovaných externími odborníky. Úsilí o adekvátní zdravotní a sociální péči ve věznicích i mimo ni (Rada Evropy 1993; WHO 1993) přivedlo např. Francii (1994), Itálii (2000) k zákonitému posunu této zodpovědnosti na ministerstvo zdravotnictví a tím pře-

nesené na místní a regionální poskytovatele zdravotních a sociálně zdravotních služeb. Konkrétní dohody o spolupráci mezi trestněprávním systémem a veřejnými či nestátními poskytovateli služeb byly realizovány v Irsku a Portugalsku (1999), Španělsku, Skotsku a Anglii (2000) s cílem zvýšit kvalitu a dostupnost péče o uvězněné uživatele drog.

V dnešní Evropě hrají externí specialisté a jimi zajišťované služby významnou roli. Nicméně je

<sup>1</sup> Převzato z Výroční zprávy EMCDDA za rok 2001 (EMCDDA, 2002).

třeba říci, že se rozsah a úroveň služeb v zemích EU velmi různí. Zaznamenáníhodnou výjimkou z pohledu pokrytí jsou: Skotsko, kde je v každém vězení „drogový poradce“.<sup>2</sup> Dále Španělsko, kde jsou drogové služby dostupné v 71 ze 73 věznic, Švédsko, kde byla v roce 2000 třetina předpokládaných uživatelů zařazena do strukturovaného programu, a anglický Wales, kde od roku 1999 mají všechna vězení specializované externí týmy v systému nazývaném CARAT.<sup>3</sup> Ve Skotsku ještě navíc může odsouzený absolvovat po propuštění 12týdenní následnou péči (doléčovací program), který je zaměřený na usnadnění jeho návratu do společnosti.

Mezi služby poskytované externími pracovníky patří zejména: primární prevence, poskytování

informací a vzdělávání, motivační programy a příprava na propuštění na svobodu včetně navázání na následné služby (léčba či následná péče). V Belgii a Řecku jsou NNO dokonce výlučnými poskytovateli drogových služeb ve vězeních. V Německu se počátek práce externích drogových služeb datuje dokonce od roku 1980. V roce 2000 poskytovalo v německých vězeních své služby více než 350 drogových poradců, nicméně pokrytí těmito službami je různé v rámci federace. Španělská Národní drogová strategie definuje účast externích specialistů v oblasti drogových služeb jako jednu z klíčových priorit. Ta je realizována zejména prostřednictvím víceletých plánů spolupráce mezi konkrétní věznicí a NNO. Aktuálně je více než polovina těchto služeb (GAD)<sup>4</sup> obsazována externími specialisty z NNO.

## 5/1/3

## Spektrum služeb zajišťovaných NNO

Tištěné informační materiály o drogách, závislosti, rizicích a souvisejících infekčních onemocněních jsou více či méně dostupné ve většině vězení v EU, nicméně systematické a opakující se preventivní aktivity jsou spíše výjimečné. Často závisí na iniciativě pracovníků externích služeb nebo individuální iniciativě pracovníků věznic.

Detoxifikace je většinou nabízena prostřednictvím zdravotních služeb poskytovaných vězením v rámci speciálních detoxifikačních oddělení, nicméně standardy kvality a metodika zde často chybí. V některých zemích jsou externí agentury také přímo zapojeny do provádění a poskytování dlouhodobé léčby. Jako příklad lze uvést malé intramurální programy v Dánsku a Norsku, tzv. „model importu“, a dále substituční programy ve Španělsku, Francii a Itálii. Jako dobrý příklad lze také uvést Španělsko, kde vysokého pokrytí věznic specializovanými drogovými službami bylo dosaženo právě prostřednictvím masivního zapojení externích služeb.

Devět zemí EU má ve svých vězeních strukturované abstinenci orientované programy. Některé ze zemí využívají modelu motivačních programů. Absolutní počet míst je však ve specializovaných

drogových programech často, ve srovnání s předpokládaným počtem uvězněných s drogovým problémem, velmi nízký. S výjimkou Řecka a dvou spolkových zemí Německa (Bavorsko a Bádén-Württenbersko) jsou substituční programy dostupné ve všech zemích EU. Nicméně i v zemích, kde existuje vysoké pokrytí drogové populace substitučními programy, aplikují věznicové často pouze detoxifikační schéma. Například ve věznicích v Německu a Nizozemí je pokryto přibližně 1–4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) oproti předpokládanému pokrytí 30 až 50 % vně vězeňského systému. Většina koncepcí (systémů, strategií) jednotlivých věznic indikuje léčbu pouze při výkonu krátkých trestů, dále pro těhotné uživatelky drog a pro uživatele s dlouhou drogovou kariérou nebo při těžkých mentálních či fyzických problémech. Inicie substituční léčby ve vězení je stále ještě neobvyklá, a to i přes skutečnost, že je legální a legitimní součástí zdravotnických systémů ve většině zemí. Významnou výjimkou z tohoto pohledu je Španělsko, kde míra pokrytí substitučními programy (uvnitř a vně vězeňského systému) je víceméně totožná.

Deset zemí EU aplikuje opatření nazývané „drug free units“ (bezdrogové zóny). Existují však různé

<sup>2</sup> Drug counsellor (drogový poradce): odborník s definovaným speciálním vzděláním a zkušenostmi v oblasti závislosti.

<sup>3</sup> CARAT (Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services): poradenství, zhodnocení a plánování, reference (diferenční diagnostický filtr), doporučení a návaznost služeb.

<sup>4</sup> GAD (Addiction Care Services): služby péče a léčby o uživatele a závislé.

modely tohoto programu. Účelem některých z nich tak není pouze ochrana vězňů před nabídkou drog, ale také poskytování léčby. Zajímavé je, že vězňové zařazení do metadonové substituce

jsou často pro tato bezdrogová oddělení neakceptovatelní, přestože dle MKN-10 mají být pacienti v substituci (neužívají-li kromě substituční látky jakoukoli jinou drogu) nahlíženi jako abstinující.

## 5 / 1 / 4 Prevence infekčních onemocnění

Prevence krví přenosných nemocí v průběhu uvěznění se dnes stává prioritou pro většinu vězeňských systémů v EU. K tomu mj. přispívá také výrazný nárůst zdravotních nákladů na farmaceutické přípravky (např. interferon atd.) užívané v léčbě infekcí majících souvislost s užíváním drog.

Většina zemí EU dnes následuje cíle, které jsou definovány základními principy a specifickými doporučeními stanovenými WHO v „Směrnících pro infekci HIV a AIDS ve vězeních“ (Guidelines

on HIV infection and AIDS in prison, WHO 1993).<sup>5</sup> Některá z opatření zaměřených na snižování rizik (risk reduction) jsou dodnes stále obtížně realizovatelná. Narážejí jak na problémy způsobené politizací problému, tak někdy také na odmítání ze strany zaměstnanců věznic, kde bývají často vnímána jako neadekvátní pro toto prostředí. I když se pokrytí a implementace doporučení a principů WHO ukazuje v řadě zemí stále jako nedostatečné, je zřetelné, že za posledních několik let byl v této oblasti učiněn významný pokrok.

## 5 / 1 / 5 NNO jako poskytovatelé služeb uživatelům drog v EU

V období přibližování se EU a její protidrogové politice považujeme za nutné jako součást popisu současného stavu učinit alespoň dílčí srovnání se stavem drogové situace a služeb určených uživatelům drog ve vězení v zemích EU a všimnout si podílu NNO na těchto službách. Výchoziskem pro další popis nám jsou:

- oficiální dokumenty EU v oblasti drog (výroční zprávy EMCDDA a studie v této oblasti),
- dlouhodobá tradice a zkušenost NNO s poskytováním služeb uživatelům drog v EU,
- dokumenty publikované výzkumnými evropskými institucemi, které se zabývají drogovou problematikou.

Nestátní neziskové organizace, které provozují v zemích EU služby zaměřené na uživatele drog, mají v této oblasti za sebou od 60. let 20. století dlouhý vývoj. Nejdříve se jednalo především o léčebná zařízení typu terapeutických komunit. Později (od počátku 80. let), v souvislosti s rozšířením nákazy virem HIV a nemoci AIDS, se začaly NNO zaměřovat také na oblast harm reduction a staly se významnými poskytovateli služeb zaměřených na redukcii rizik a škod způsobených zneužíváním drog v oblasti zdravotní i sociální.

V mnoha zemích se NNO staly výhradními poskytovateli těchto služeb v rámci veřejného zdravotnictví a sociálních služeb.

Od 90. let 20. století jsme svědky dalšího významného vývoje v protidrogové politice zemí EU, který se projevuje větším důrazem na souvislost kriminality ve společnosti a zneužíváním drog. V souvislosti s tímto vývojem dochází v evropském vězeňství k rozvoji specifických služeb, které jsou zaměřeny na uživatele drog. Do tohoto procesu se od počátku zapojují a jsou přizvány NNO a vytvářejí širokou nabídku poradenských a terapeutických programů. V některých zemích se tyto organizace stávají rovněž významnými činiteli ve vytváření metodiky těchto služeb. Dochází k rozvoji do té doby nebývalé spolupráce mezi věznicemi a NNO. Jako příklad nám může posloužit Velká Británie. Páteří „drogových týmů“, které ve věznicích operují v rámci systému CARAT, jsou drogoví pracovníci NNO. Ti kromě jiného stanovují diagnózu a následně ve spolupráci s klientem rozhodují, jaký typ péče či léčby bude, vzhledem k potřebám klienta, vhodný a adekvátní. Takto „zachycený“ klient má možnost pokračovat ve využívání určitého typu dro-

<sup>5</sup> Doslovný překlad těchto směrnic je ve druhé kapitole sborníku.

gových služeb nejen ve vstupní věznici, ale při jakémkoliv přesunu a samozřejmě také po propuštění. Jednou z nejvýznamnějších organizací v této oblasti jsou Cranstoun Drug Services (Fox, 2000; EMCDDA, 2001).<sup>6</sup> Tato organizace spolupracuje v současnosti s 37 věznicemi ve Velké Británii a významně se tak podílí na řešení drogové situace ve vězeních.

### Zkušenosti z počátků působení NNO ve věznicích v zahraničí

Poměrně bohatá škála a objem služeb poskytovaných dnes externími organizacemi a NNO má své kořeny již v době vzniku NNO a jejich etablování na „trhu“ zdravotních a sociálních služeb. To je mj. dáno mnohými výhodami spojenými se způsobem práce, postavením a statutem těchto organizací. Jako velmi užitečná se ukázala například jejich schopnost přenášet nejnovější poznatky a trendy v léčbě, mnohem větší možnost navázání důvěry, efektivita programů a intervencí atd. To vše mělo za následek zlepšení a zkvalitnění vězeňské péče, zvýšení efektivity, které by nebylo možné bez pomoci právě těchto externích profesionálů.

Jako jeden z mnoha příkladů lze uvést např. velmi konzervativní Německo, kde vytvoření vysoce specializovaného a profesionálního léčebného systému na konci 70. let přineslo značné navýšení nákladů, nicméně bez výrazných úspěchů. Justiční a policejní autority reagovaly na příchod externích poradců různě, zejména pokud tito přicházeli z vlastní iniciativy a nečekali, až budou věznicemi vyzváni. Pro řadu vězeňských pracovníků znamenala aktivita externistů primárně novou zátěž a přerušování jejich rutiny (předvádění a odvádění vězňů na poradenskou sezení, uvádění poradců do vězení atd.). Navíc vězeňští sociální pracovníci a psychologové jim často záviděli vyšší stupeň nezávislosti na justičním systému a projevovali vůči nim rivalitu. Na základě těchto problémů pak justiční a policejní autority vypracovaly nový přístup, v němž externím poradcům navrhli větší integraci, vyšší status a přístup k dokumentaci (např. do osobního spisu odsouzeného). Mnoho věznic přijalo tyto externisty s otevřenou náručí a vycházelo jim vstříc i nad rámec jejich požadavků. Získali více možností pohybovat se po věznici, místnost pro konzultace a zpracování dokumentace atd. Řada těchto poradců trávila celé pra-

covní dny ve věznici, i když byli zaměstnanci jiné instituce (Drug abusers in prison, 1990).

### Strategie a postoje

V jednotlivých vyspělých zemích světa můžeme také najít značně odlišné postoje k řešení drogové problematiky obecně, což se pak promítá i do oblasti vězeňství.<sup>7</sup> Tato skutečnost naznačuje, že řešení drogového problému ve vězení není ani ve vyspělých zemích uzavřeným tématem s jasnou, definitivní koncepcí. V posledních letech jsme naopak svědky toho, že se vyvíjí celá řada nových metod řešení a otevřeně se zkouší experimenty dříve zcela nepředstavitelné. Pravdou však je, že mnohé tyto „pilotní projekty“ či experimenty dnes již podléhají přísné vnější kontrole a hodnocení. Výhodou takového přístupu je, že se v poměrně krátké době dá vyhodnotit účinnost, výkonnost a adekvátnost těchto projektů a opatření. Obecně lze trendy shrnout do několika základních bodů:

- služby a nebo drogoví pracovníci jsou často z NNO,
- spolupráce s dozorcí a jejich zapojení do drogových programů,
- aplikován je multidisciplinární (nikoli pouze medicínský) přístup,
- vězeň není stigmatizován tím, že užíval drogy a také při relapsu nemusí hned následovat trest,
- služby jsou navrhované tak, aby odpovídaly cílům strategie, potřebám klientů a rozsahu problému.

Diferencovanost strategií a postojů v oblasti prevence léčby užívání drog ve věznicích lze sledovat i například v britské a skotské strategii.

**Britská strategie** („Tackling Drugs to Build a Better Britain“) byla vytvořena na období 10 let 1998–2008.<sup>8</sup> Na 6. britské konferenci pro drogové pracovníky ve vězení uspořádané v Londýně ve dnech 24. – 25. 9. 1998 vytyčil ministr pro vězení britské vlády George Howarth M.P. 3 hlavní priority této strategie:

- zajištění dostupnosti dobrovolných testů všem vězňům chtějícím prokázat, že jsou čisti (drug free),
- expanzi poradenství a intenzivnějších léčeb. programů ve vězení – důraz na potřeby mladých a mladistvých (ná vaznost po propuštění),

<sup>6</sup> Další informace na: [www.cranstoun.org](http://www.cranstoun.org).

<sup>7</sup> Od značně represivních přístupů v USA po pragmatičtější přístupy v Nizozemí či Švýcarsku.

<sup>8</sup> Pro první tři roky měla VS k dispozici „extra“ 76 miliardů liber mimo své běžné fondy.

- větší rozlišení mezi drogovými dodavateli a uživateli a mezi drogami více a méně škodlivými.

Klíčovými prioritami **skotské drogové strategie** jsou zkvalitnění péče o uživatele drog dostupné ve vězení, dále redukce nabídky drog ve/kolem vězení (užití nových technologií a informačních systémů), podchycení maximálního počtu uživatelů drog ve vězení a poskytování péče reagující na jejich potřeby, spolupráce s jinými organizacemi (pro celistvý přístup k problému), ustanovení drogového koordinátora v každé věznici (pro každodenní řešení tohoto problému) a navýšení finančního rozpočtu. Dalšími oblastmi priorit je spolupráce s rodinami uvězněných, s drogovými organizacemi (většinou NNO), s trestněprávním systémem (policie, prokurátoři, probace) a se zdravotnickým systémem.

Konference „Vězení a drogy“ v roce 1998 v Oldenburgu (které se mj. zúčastnila řada zaměstnanců VS, lékaři ve vězení, manažeři i personál NNO, soc. pracovníci atd.) došla ke shodě na několika základních principech v přístupu k uživatelům drog ve věznicích a na strategiích s tím spojených. Společné Memorandum, které je dnes přijímáno jako výchozí materiál Evropské sítě drogových služeb ve vězení (ENDASP), definuje jako základní oblasti působení (Prisons and drugs, 1998): harm reduction, léčbu v bezdrogových zónách, substituci a peer podporu.

### Služby, přístupy

Některé z programů rozvíjejících a realizujících principy harm reduction existují spíše v rovině experimentálních a pilotních projektů (např. výměnný program). Jiné se postupně stávají stabilní součástí drogových programů ve vězení (metadonová substituce, informační materiály atd.). Výměnný program byl zaveden v některých věznicích v důsledku rozšíření HIV nákazy.

Základní principy pro poskytování tohoto typu služeb jsou: dostupnost služeb, rovnocennost, návaznost a spolupráce, vzdělávání a výcvik, monitorování a zhodnocení.

Uvádíme zde tři příklady praktikující tento přístup:

*HMP Holloway*: počet osob k 17. 8. 1999 byl 419 dospělých a 82 mladistvých. Celkový počet v Británii byl 53 236 dospělých a 11 293 mladistvých. Projekt D2 má za cíl vytvořit podpůrné a důvěrné prostředí, kde mohou ženy řešit své problémy spojené s drogovým a/nebo alkoholovým zneužíváním (cca 20 žen na oddělení). Realizuje se speciální 12týdenní program, kde je prvních 6 týdnů prováděna intenzivní rezidenční péče. Denně mimo víkend 2 skupiny zaměřené na harm reduction, uvědomování si drogového či alkoholového problému, prevence relapsu atd. Další 6 týdnů běží program následné péče. Část klientů zůstává pro peer programy, ostatní docházejí několikrát týdně na skupinu.

*HMP Shorte*: má kapacitu 462 míst. Cílem je redukce drog, poptávky a zdravotních rizik atd. Nabízí služby jako poradenství, program prevence relapsu, detox, vzdělávací program o drogách, alkoholu, HIV/AIDS a hepatitidách, krizovou intervenci, rodinné poradenství a rodinnou skupinu, akupunkturu, program před propuštěním atd. (dozorci jsou speciálně trénovaní pro první kontakt s vězni vyžadujícími „Addiction unit“).

*CARAT<sup>9</sup>*: je systémem, který má sjednotit postupy vůči klientům ve vězení s drogovým problémem, zkvalitnit spolupráci zainteresovaných odborníků (multidisciplinární tým) včetně návazností při přesunu nebo propuštění, zvýšit efektivnost péče o drogové klienty atd. Tento typ programu nabízí a poskytuje britská NNO Cranstoun, působící ve většině věznic v Anglii a nyní již také ve Skotsku

Výsledky screeningu drog ve věznicích ČR dokazují pozvolný nárůst počtu pozitivních osob (podrobněji viz první kapitola). I přes veškeré úsilí a opatření vězeňské služby směřující ke snížení

nabídky a zamezení vniku drog do tohoto prostředí se drogy do vězení dostávají různými cestami. Proto musíme i zde počítat s jejich uživateli. Existující rozdíl mezi skrytou populací uživate-

<sup>9</sup> Program běží od podzimu 1999. CARAT: Counseling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare.

lů drog a evidovanými počty obecně nás logicky vede k předpokladu existence skryté populace i ve vězeňském prostředí. Skutečný počet uživatelů drog tak může i několikanásobně převyšovat

registrované uživatele. Tento předpoklad nám neformálně potvrzují i konzultace s klienty jak ve vazbě, tak zejména ve výkonu trestu.

## 5/2/1 NNO v České republice na poli prevence a léčby užívání drog

V České republice se služby NNO, které reagují na potřeby uživatelů drog i na potřeby společnosti ohrožené tímto problémem, rozvíjejí od počátku 90. let 20. století podle podobného scénáře jako v zemích EU. Vývoj služeb se profiluje podle vývoje drogové scény a také podle zakázky ze strany státu (tedy podle formulované národní protidrogové strategie). Vzniká síť léčebných zařízení, která nabízejí krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou léčbu, a to v ambulantní i rezidenční podobě. Zároveň vznikla díky aktivitám NNO, které pracují v drogové oblasti, síť K-center (nízkoprahová kontaktní centra pro uživatele nelegálních drog), která nabízejí širokou škálu programů harm reduction. Do všech těchto zařízení přicházejí také klienti v konfliktu se zákonem nebo ti, kteří mají za sebou pobyt ve vězení. Na tuto skutečnost reagují některé NNO větším zaměřením na trestněprávní oblast, vytváří se spolupráce s ustavenou PMS a také s jednotlivými věznicemi.

V České republice se v praxi doposud intenzivní spolupráci mezi nestátními neziskovými organizacemi a Vězeňskou službou ČR nepodařilo zavést. Ačkoliv zákony tuto praxi umožňují (viz dále), nebyla často ochota ze strany příslušných orgánů dát těmto zákonným možnostem prostor. Stejně tak k tomuto stavu přispíval velmi malý zájem ze strany samotných NNO. V nadsázce se z našeho pohledu vězeňský systém jeví jako jakýsi uzavřený „stát ve státě“. Při prvních kontaktech s NNO se v oblasti spolupráce chovají opatrně a s jistou nedůvěrou, kterou je nutné po určitou

dobu překonávat kvalitou poskytovaných služeb a celkovou profesionalitou. To samozřejmě od NNO vyžaduje velké nasazení a trpělivost. Zkušenost ukazuje, že rychlost sblížení a vybudování vzájemné důvěry je do značné míry dána také osobou ředitele věznice. Velmi záleží na tom, jak se staví k drogové problematice osobně.

V Souboru protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odněti svobody na léta 2001–2004 Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (GRVS, 2001) není žádná konkrétní zmínka o možnosti spolupracovat či doporučení ke spolupráci s NNO na regionální či státní úrovni. To vnímáme jako alarmující. Jedinou „skulinkou“, přes kterou se podařilo navázat spolupráci s některými věznicemi (Vazební věznice Brno a Věznice Kuřim), je část C tohoto Souboru opatření. Oficiální zprávy o drogové situaci ve věznicích se liší od neoficiálních informací, které se k nám dostávají od klientů, kteří se z vězení vracejí nebo se kterými ve vězení pracujeme. Díky některým medializovaným kauzám, např. z věznice ve Vlnařicích na začátku tohoto roku (leden–únor 2003), se téma začíná více otevírat a a komunikace se zlepšuje.

Velkou roli v navázání kontaktu a zahájení intenzivnější spolupráce s VS sehrál projekt PHARE díky vytvoření pracovní skupiny Vězeňství, mezi jejímiž členy měly NNO své zástupce. Jedním z hlavních výstupů z roční práce této skupiny bylo i doporučení k pokračování a prohlubování této spolupráce (podrobněji kapitola 1.5).

## 5/2/2 Legislativní rámec: přehled zákonů a vyhlášek umožňujících působení NNO ve věznicích

Níže uvedené zákony a vyhlášky upravují možnost spolupráce NNO s orgány činnými v trestním řízení,

a to jak ve fázi předrozsudkové, tak porozsudkové. Dále vymezují podmínky vstupu a působení externis-

tů a NNO ve věznicích. Ve vazebních věznicích je tento prostor vymezen zejména pro poskytování sociálních služeb, ve věznicích pro výkon trestu odnětí svobody je dán prostor pro zapojení do vytváření a realizování speciálně výchovných a zájmových aktivit. Zde je tedy dán prostor pro poskytování odborných služeb v oblasti prevence a léčby poruch a onemocnění způsobených užíváním drog. Jako nedostatečně ošetřené se nám jeví předávání informací mezi vězeňskou službou a pracovníky NNO, zejména v podmínkách vazební věznice.

#### **Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (TZ), § 3 a 6, spolupráce se zájmovými sdruženími občanů**

- § 3 odst. (1) „...zájmová sdružení občanů mohou působit při zamezování a předcházení trestné činnosti způsobem uvedeným v tomto zákoně. odst. (2) Zájmová sdružení občanů mohou spolupůsobit při výchově osob, u nichž soud rozhodl o podmíněném upuštění od potrestání s dohledem, nebo jejichž trestní stíhání bylo podmíněně zastaveno, u podmíněně odsouzených, podmíněně odsouzených k trestu odnětí svobody s dohledem a podmíněně propuštěných, pomáhají také vytvářet podmínky, aby odsouzený žil po vykonání trestu řádným životem.
- § 6 odst. (1) Zájmové sdružení občanů může nabídnout převzetí záruky (viz dále písm. A–C). odst. (2) Zájmové sdružení občanů může také navrhnout, aby vazba u obviněného byla nahrazena jeho zárukou, ... odst. (3) Zájmové sdružení občanů, které převzalo záruku, je povinno působit na obviněného či odsouzeného, aby žil řádným životem, a k tomu přijmout potřebná opatření.

#### **Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody**

- § 43 Účast církví, zájmových sdružení občanů, NNO a dalších orgánů a institucí na naplňování účelu trestu...

#### **Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., řád výkonu trestu odnětí svobody**

- § 36 Realizace programů zacházení odst. 5 písm. a), b), c) a odst. 6, § 73, § 74 a § 75 Účast zájmových sdružení občanů a nevládních organizací.
- § 74 Zájmová sdružení občanů a nevládní organizace působící v souladu s právními předpisy se mohou podílet na naplňování účelu výkonu trestu zejména těmito formami:
- a) individuálními návštěvami odsouzených,
  - b) prováděním přednášek a besed, popřípadě koncertů hudebních skupin a jednotlivců,
  - c) podílem na naplňování speciálních výchovných a zájmových aktivit programů zacházení (§ 36 odst. 5 a 6 ),
  - d) podílem na přípravě odsouzených k propuštění na svobodu a na sociální práci s odsouzenými.

#### **Zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby**

##### **Vyhláška Ministerstva spravedlnosti**

##### **č. 109/1994, řád výkonu vazby**

- § 57 Poskytování sociálních služeb a opatření s tím spojená,
- odst. (2) Ve své činnosti sociální zaměstnanci Vězeňské služby úzce spolupracují především s příslušnými kurátory... (...) ... jakož i se zájmovými sdruženími občanů. Sociální služby jsou zabezpečovány především:
- a) poskytováním sociálního poradenství,
  - b) pomocí při řešení obtížné sociální situace obviněných a jejich rodin,
  - c) spoluprací se všemi ostatními zaměstnanci věznic při zajišťování a realizaci práv a oprávněných zájmů obviněných.
- odst. (3) Návštěvy a rozmluvy zástupců sociálních služeb...(…)zájmových sdružení občanů... s obviněnými se uskuteční vždy za podmínek stanovených v § 14 odst. 1 a 2 zákona a v § 44 až 46.
- (In: ÚZ č. 350, Trestní předpisy, Přestupky)

NNO se dnes snaží nabízet a poskytovat komplexní systém služeb, proto se i přes počáteční těžkosti postupně začíná zabývat péčí o klienty ve vězení či ve vazbě. Nezaměřují se přitom pouze na péči o „své“

klienty, zejména z programů terciární prevence (K-centra atd.), kteří se díky svému životu na drogách většinou v kriminálním prostředí dostávají do konfliktu se zákonem. NNO vnímají také možnost využít

situace, kdy se uživatel drog ocitne ve vězení a současně nikdy před tím nevyhledal žádné kontaktní či léčebné zařízení. Pobyt ve vězení je příležitostí k navázání kontaktu v intramurálních podmínkách a možnostmi k nabídnutí léčebné či jiné péče. Uživatel tak má příležitost přehodnotit svůj dosavadní životní styl a využít nabízených služeb. V neposlední řadě pak uživatelé drog propouštění z výkonu trestu bývají následně častými klienty kontaktních center. Proto vidíme jako nutné intenzivněji se zabývat přípravou těchto klientů na výstup z výkonu trestu a motivací k zapojení v programech návazné péče, ať ambulantní či rezidenční formou. Příklad NNO, které nabízejí a poskytují „drogové služby“ ve věznicích v rámci regionu, ve kterém působí:

- o. s. Podané ruce Brno (nejdéle působící NNO v této oblasti od roku 1997, neformálně již od roku 1995). Vazební věznice: Brno, Olomouc, Ostrava. Věznice: Kuřim, Ostrava Heřmanice,
- o. s. SANANIM (od roku 1998). Vazební věznice Ruzyně a Pankrác,
- o. s. Laxus Hradec Králové (od roku 2000). Vazební věznice Hradec Králové. Věznice Pouchov Hradec Králové,

- o. s. KHK Pardubice (od roku 2002). Věznice Pardubice,
- o. s. AVE Český Těšín (od roku 2001). Vazební věznice Karviná.

V České republice je celkem 35 věznic a vazebních věznic. NNO v současnosti usilují o spolupráci s přibližně 1/3 z nich (celkem 11 věznic). Údaje uvedené v tomto textu se opírají o informace právě z tohoto počtu věznic, přičemž nepočítáme písemné kontakty s klienty z jiných věznic. Každé z uvedených občanských sdružení začalo ve věznicích rozvíjet programy jako součást svých, již existujících programů terciární prevence (K-centra). Pouze o. s. Podané ruce a částečně o. s. SANANIM realizují své projekty ve věznicích jako samostatné, oddělené od ostatních programů. Většina z nich vstupuje do vězeňského prostředí na základě jednorázových povolení nebo ústních povolení ze strany ředitele příslušné věznice (vyjma o.s. Podané ruce, které působí ve věznicích na základě dohody o spolupráci). To se ukazuje jako problematické a nestabilní.

## 5/2/4 Identifikace hlavních problémů

Kamila Meclová ve svém článku „Věžeňství je speciální sociální službou společnosti“ uvedla, že: „...vězení je umělý svět, který vytváří a podporuje nepřírozené vztahy s nepřírozenými hodnotovými žebříčky, je naší snahou zapojit a integrovat do převýchovných procesů nejrůznější společenské organizace... (...)...Máme snahu vytvořit a podporovat reintegrační projekty, aby odsouzení mohli poté, co trest odnětí svobody splní svůj význam, podmíněně opustit brány věznic a pokračovat pod dohledem a vedením nestátních organizací v přirozeném prostředí ve své socializaci a resocializaci... (...)...**Na nápravě problémů se tak musí podílet stát spolu s neziskovým sektorem, pro jehož působení však musí být nejprve vytvořeny vhodné materiální podmínky...**“ (Meclová, 2000).

Některé obecné problémy přímo souvisí s problémy specifickými, např. to je kolektivní ubytování, nezaměstnanost uvězněných, nedostatek

prostorů pro zacházení s odsouzenými, nedostatek specializovaného personálu, absence postpenitenciární práce atd. (Český helsinský výbor, 2000). Nutno dodat, že díky této zprávě byla vytvořena a následně realizována řada opatření vedoucích ke změně ve směru zlepšení, např. přeplněnost věznic se rapidně snížila (od roku 1999 téměř o 30 %), došlo ke zvýšení počtu specialistů, vychovatelů, atd.

Krátce shrňme **obecné problémy, uváděné jako příčiny zpomalení transformace věžeňství** (Český helsinský výbor, 2000):

- Přeplněnost věznic. Rozpor mezi počtem osob ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody a kapacitou vazebních věznic a věznic.
- Kolektivní ubytování, nevyhovující stav věznic. Nepříznivé až nevhodné materiální podmínky, v nichž jsou vykonávány vazby a VTOS a jež snižují pozitivní výsledky sociálně výchovného působení na odsouzené.

- Nedostatek finančních prostředků a nízká zaměstnanost vězňů.
- Nedostatek speciálního personálu, pracovní přetíženost civilních pracovníků při práci s vězni, nedostatečná odborná příprava zaměstnanců věznic. Nedostatečné personální zabezpečení výkonu vazby a VTOS jak z hlediska kvalifikovaných specialistů, tak i z hlediska odborně i morálně dobře připravených příslušníků strážní, eskortní a dozorcí služby.
- Nedostatečné prostory a zázemí pro jakékoliv programy a pro práci specialistů.
- Nekvalitní kontinuální sociální péče, častá absence postpenitenciární práce.

### Problémy v souvislosti s drogami a jejich uživateli v intramurálních podmínkách:<sup>10</sup>

- Pro plánování úspěšné protidrogové strategie obecně, stejně tak jako plánování a realizaci konkrétních efektivních opatření, intervencí a spektra nabídky preventivních a léčebných služeb je klíčové definování a pochopení zásadních problémových témat, stejně tak jako uvědomění si reálných možností, omezení a limitů souvisejících s realizací této politiky.
- Stigmatizace uživatelů drog, tj. znevýhodnění těch, kteří jsou označováni jako „T“ (např. pro zařazení do práce), hanlivé označování, jak ze strany ostatních obviněných či odsouzených, tak někdy bohužel i ze strany uniformovaného personálu.
- Nedostatečné vzdělání specializovaného personálu v drogové problematice, častá absence komplexních a dlouhodobých výcviků v této oblasti (včetně průběžného vzdělávání). Zejména specialistům by mělo být více než doposud umožněno vzdělávání a stáže nejen v rámci IVVS, ale právě i využívání široké nabídky vzdělávacích kurzů, výcviků a seminářů pořádaných NNO, či jinými vzdělávacími instituty.
- Externí supervize pro specialisty VS zabývající se drogovou problematikou. Často se během naší činnosti ve věznicích setkáváme s potřebou ze strany specializovaného personálu a vedení věznic konzultovat s námi problematické otázky související s protidrogovou problematikou, kdy jsou pro ně důležité

nejen praktické zkušenosti z civilních zařízení, ale i teoretické znalosti.

- Nezávislé výzkumné studie o drogové situaci ve věznicích. Doposud existují pouze studie prováděné samotnou VS nebo resortními institucemi (např. IKSP). Dle našeho názoru je řada informací, které jsou uváděny v oficiálních zprávách VS, rozdílných od informací poskytnutých od samotných klientů či od vězeňského personálu při neformálních rozhovorech. Dále chybí např. informace o způsobu užívání drog ve věznicích, zejména o intravenózním užívání, o cestách drog do věznic atd.
- Nedostatky v testování na přítomnost drog v organismu. Možnost povinného i dobrovolného testování (nutnost důsledného monitoringu), dlouhé čekací doby na výsledek vyšetření (testované vzorky se zasílají do laboratoře do Prahy - telefonicky je znám výsledek za cca 3 dny a oficiální písemné vyrozumění do 14 dnů). Ztrácí se tak efekt okamžitého trestání za překročení pravidel. To by mohlo být částečně řešeno používáním testovacích setů.
- Samotné uplatňování sankcí; trestání za užití drogy je problematické. V léčbě závislosti je nutné pracovat i s tímto selháním v rámci programu prevence relapsu, ale v intramurálních podmínkách se jedná o přestupek proti vězeňskému řádu a následuje sankce.
- Velmi rizikové je chování mnohých uživatelů drog ve věznicích. Např. společné sdílení jehel, inzulinů, kterých je nedostatek, vedlo k tomu, že se z nich stal výhodný artikl pro obchodování<sup>11</sup>, nebo se používají jiné, ještě nebezpečnější způsoby pro aplikace drog i.v. (např. pomocí verzatílek a pentelek), je malá dostupnost informací o rizicích drogového užívání a možné prevenci těchto rizik. Zde vycházíme ze sdělení klientů z více věznic, ale i od propuštěných z VTOS. Tuto informaci sdělujeme, ačkoliv jsme si vědomi, že se jedná o velice „citlivé údaje“, ale jsme přesvědčeni, že je nutné o tématu hovořit otevřeně. Také je nutno počítat s tím, že i informace od klientů mohou být zavádějící, nicméně je důležité s nimi pracovat pro vytvoření potřebných opatření a tím nemyslíme jen sankce a represivní opatření.

<sup>10</sup> Zde uvádíme výčet některých problémů spojených s uživateli drog ve věznicích, se kterými jsme se setkali během působení ve věznicích. Jedná se v některých případech o citlivá témata, ale věříme, že jejich pojmování může přinést plodnou diskusi a možnost změny.

<sup>11</sup> Ceny se dle údajů od klientů pohybují v rozmezí od 50,- Kč do 500,- Kč za čistou jehlu. Rozdíl je dle věznic a zda se jedná o čisté, či použité, ale ještě funkční „nádobíčko“.

### Problémy v souvislosti s prevencí a léčbou

Generální ředitelství VS ČR vydalo v roce 2001 již citovaný „Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001-2004“ (GRVS, 2001) k zajištění plnění úkolů vyplývajících z Národní strategie protidrogové politiky na období let 2001-2004. Dokument zahrnuje seznam opatření v oblasti redukce nabídky, primární prevence, sekundární a terciární prevence. Bohužel v něm **není konkrétně zmíněna možnost spolupráce VS a NNO na realizaci jednotlivých opatření**, také řada již v zahraničí běžných léčebných opatření zde není zmíněna, např. substituční léčba. Realizace tohoto Souboru opatření (2001) má v jednotlivých věznicích často velice formální způsob pro zavádění jednotlivých opatření. Např. personál, který je pověřen vedením poradny drogové prevence, má znalosti a zkušenosti v této oblasti jen částečně či minimální a převažuje zde především starší medicínský model přístupu k užívání drog.

Dalším současným problémem je dosavadní neexistence možnosti pokračovat v metadonové léčbě (v případě, že byla pacientovi nasazena na svobodě) během výkonu vazby či výkonu trestu odnětí svobody. Díky nedostatečné spolupráci sociálních a jiných pracovníků VS před výstupem (propuštěním) klientů s programy (věznice) existují stále výrazné problémy se zajištěním následné péče rezidenční či ambulantní formou.

### Problémy v souvislosti s možným vstupem služeb NNO do vězení

Nedostatečná je současná formální podoba dohody o spolupráci. Vstup do věznic se uskutečňuje na základě buď jednorázových povolení, či na základě ústní formy dohody s ředitelem věznice. NNO Sananim, Laxus a Klub hurá kamarád docházejí do věznic bez písemné dohody o spolupráci. Vstup jim byl umožněn na základě rozhodnutí ředitele dané věznice. Jedná se však o nesystémový a nestabilní přístup, tzn., že např. se změnou osoby ředitele může být vstup do věznic pro pracovníky NNO opět znemožněn. Jako nezbytné se ukazuje směřování k uzavření smlouvy či dohody o spolupráci každé NNO s příslušnou věznicí. Jediné Sdružení Podané ruce mělo vstup zajištěný v počátku díky intenzivní spolupráci s Vězeňskou duchovenskou péčí a službou. Aktuálně se spolupráce s věznicemi realizuje na základě dohody o spolupráci.

Mezi organizačně-provozní problémy spolupráce patří především **pohyb pracovníků NNO ve věznicích a předvádění obviněných či odsouzených k práci s nimi**. Pohyb pracovníků NNO ve věznicích je velmi omezen a je závislý zejména na uniformovaném personálu. Nevýhodou tohoto způsobu je skutečnost, že vězeňský personál je často zaneprázdněn, což způsobuje dlouhé čekání na vstupní bráně mezi jednotlivými konzultacemi. Tím vzniká prostoj (někdy i 1 až 2 hodiny za den), špatná komunikace mezi pracovníkem NNO a klientem. Stejně tak je třeba vyřešit **pracovní prostory a vybavení**. Jedná se o poměrně častý problém, zejména v počáteční fázi spolupráce. K práci mohou pracovníci NNO využívat místnosti pro orgány činné v trestním řízení (situace ve vazbách), učebny, místnosti pro duchovní.

### Zlepšení spolupráce se musí odehrávat na několika úrovních:

- Generální ředitelství (zastřešující smlouva, viz dále).
- Vedení věznic, se kterými by byla uzavřena podrobná dohoda o spolupráci, vymezení podmínek pro realizaci projektů atd.
- Specialisté věznic a definování podílu na práci, např. poradny drogové prevence, řešení konkrétních situací a problémů s drogami a jejich uživateli ve věznicích, předávání klientů a informací v přesně vymezeném rozsahu (legislativně upraveno). Nutné je vzájemné vymezení rolí atd.
- Uniformovaný personál a součinnost s ním při předvádění vězňů na programy poskytované danou NNO.

Jedním z důležitých předpokladů pro dobrou spolupráci a možnost působení NNO ve věznicích je vzájemná ochota ke spolupráci, důvěra, otevřenost. Jedná se o velice důležité aspekty spolupráce a je nutné mít čas, prostor pro jejich vytvoření a rozvíjení. Pracovníci NNO musí nezbytně respektovat limity a hranice dané systémem VS. Nemohou přijít jako narušitelé nutného řádu, ale jako ti, co mohou pomoci řešit určitý druh problémů a nabídnout k tomu svoje služby, zkušenosti, pohled zvenčí.

Existují **rozdílné možnosti práce ve vazební věznicí a ve výkonu trestu**. Jedná se především o legislativní rozdíly pro možnost poskytování služeb, předávání informací se specialisty vazeb-

ní věznic atd. V neposlední řadě je pak třeba uvést též problém s financováním služeb poskytovaných NNO vzhledem ke skutečnosti, že činnost NNO je financována především z veřejných prostředků formou dotací. Nejčastěji ze strany jednotlivých rezortů na základě každoročně podávaných projektů. Ty jsou vázány na rozpočtová pravidla a jedním ze základních požadavků je, že dotace od státu nesmí překročit 70 % nákladů projektu. Zbytek musí NNO hledat z jiných zdrojů. Vedle možností různých fondů a nadací (což je ale

limitováno vždy cílovou skupinou a prioritami daného programu v grantovém řízení) se jedná také o vlastní zdroje (např. příjmy od klientů). Je otázkou, jakou roli v tomto může mít nejen VS, ale zejména Ministerstvo spravedlnosti, které doposud nemá vytvořenou dotační politiku pro NNO v oblasti prevence a léčby drogových závislostí. Praxe je taková, že všechny výše uvedené NNO začaly poskytovat služby ve věznicích zdarma a náklady s tím spojené financují jako součást jiných programů, např. kontaktních center.

## 5/3

**Spolupráce Vězeňské služby ČR a NNO**

Vzhledem ke struktuře VS, kdy veškerá opatření jsou vytvořena na úrovni GRVS a následně realizována v jednotlivých věznicích, vidíme jako důležité ošetřit spolupráci mezi VS a NNO jak na úrovni GRVS, tak na úrovni konkrétních věznic. Partnerem pro GRVS se v tomto případě může stát A.N.O. Tato asociace sdružuje nestátní organizace, které praxí a odborností garantují kvalitu svých poskytovaných služeb. Pro zabezpečení, udržování a rozvoj kvality těchto služeb byl zaveden systém „odborných sekcí“. Jednotlivé sekce koordinují, supervidují, vzdělávají a odborně vedou programy pro specifické typy služeb: Sekce Harm Reduction, Sekce primární prevence, Sekce terapeutických komunit a Sekce intenzivní ambulantní a následné péče. Vzhledem k tomu, že se program „Drogové služby ve vězení“ začíná postupně rozvíjet, ukazuje se potřeba mít i tento typ služeb

odborně garantovaný a koordinovaný. V průběhu roku 2003 vznikla při A.N.O. sekce „Služby pro uživatele drog v konfliktu se zákonem“.

Díky podpoře PHARE 2001 v programu „Integrace znevýhodněných skupin do společnosti“ mohla také vzniknout na začátku roku 2003 pracovní skupina „Klient v konfliktu se zákonem“, jejímiž členy jsou právě zástupci jednotlivých NNO. Cílem práce skupiny je zejména vydefinování služeb a jejich standardů (provozních, personálních a procedurálních), dále evaluační metody, statistika programu, kurikulum vzdělávání pro pracovníky NNO realizující tento typ programu. Existenci těchto dokumentů a činnost příslušné odborné sekce by měla být zajištěna a kontrolována kvalita služeb, které budou jednotlivé NNO ve věznicích poskytovat.

## 5/4

**Cíle spolupráce: plánování strategie a politiky****Cíle krátkodobé:**

- Pozvat a zapojit NNO do spolupráce při řešení drogového problému dle místních možností a daností – přímou prací ve vězení a v oblasti postpenitenciární péče.
- Návrh podmínek ke vstupu NNO do vězení – podle navržené smlouvy (viz dále).
- Důkladné zpracování zahraničních přístupů a jejich možné aplikace na naše podmínky.

**Cíle střednědobé a dlouhodobé:**

- Spolupráce GRVS s NNO při vytváření souboru protidrogových opatření na příští období pro možnost větší spolupráce a návaznosti.
- Iniciovat legislativní změny, změny v Souboru protidrogových nařízení GRVS a v Národní protidrogové strategii vypracované sekretariátem RVKPP ve vztahu k vytvoření lepší půdy pro řešení situace

uživatelů drog v konfliktu se zákonem (včetně vytvoření možnosti léčby místo trestu), ve vztahu k působení NNO ve vězení i ve vztahu k výše popsaným „problémům“.

- Realizovat pilotní projekty ve spolupráci VS a NNO při řešení drogové problematiky, a to především ve smyslu rozšíření a zkvalitnění nabídky léčebných a poradenských programů, programů harm reduction a metadonové substituce u osob, které byly v substitučním programu zařazeny již na svobodě.

- Provedení analýzy potřeb uživatelů drog ve vězení a vyhodnocení drogové situace ve vězení ze strany specialistů za pomoci odborných pracovníků NNO (tam, kde už spolupráce probíhá) a nezávislých studií.
- Vytvoření pracovní komise tvořené z odborníků ze strany VS, NNO (zástupci příslušné sekce A.N.O.) a sekretariátu RVKPP pro zachování komunikační platformy vzniklé díky projektu PHARE.

## 5/4/1

### Zastřešující smlouva mezi GRVS a A.N.O.

Jak už bylo uvedeno, díky projektu PHARE a jeho pracovní skupině Vězeňství se podařilo navázat kontakt s vedením GRVS a A.N.O. Od konce roku 2002 a od počátku roku 2003 probíhají jednání mezi vedením GRVS a A.N.O. na vytvoření možnosti spolupráce a dohody o této spolupráci. Účelem této Dohody o spolupráci (dále jen „Dohoda“) je vytvořit základní podmínky pro vzájemnou spolupráci Vězeňské služby a A.N.O. v souladu s platnými právními předpisy, zejména zákonem č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, a zákonem č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody.

Obecným cílem dohody je vytvoření podmínek pro realizaci aktivit směřujících k účinné protidrogové strategii vycházející ze zásad a cílů Akčního plánu EU, ze základních principů definovaných WHO a národní strategie pro-

tidrogové politiky. Mezi specifické cíle spolupráce patří zejména:

- aktivní spolupráce při plánování, rozvoji a realizaci efektivních preventivních a léčebných programů zaměřených na užívání a zneužívání drog (omamných a psychotropních látek) pro obviněné a odsouzené,
- zvyšování kvality, účinnosti a efektivity těchto programů při zachování cíle a účelu výkonu vazby a trestu,
- vytvoření podmínek pro poskytování a rozvoj efektivních intervencí realizovaných členskými organizacemi A.N.O.,
- vytvoření platformy pro spolupráci, plánování, koordinaci a hodnocení,
- vytvoření podmínek pro podporu úzké spolupráce členských organizací A.N.O. a jednotlivých věznic VS.

## 5/4/2

### Smlouva mezi věznicí a NNO

Konkrétní smlouva mezi příslušnou věznicí a NNO „Dohoda o spolupráci“ (zde vycházíme z již existující podoby smlouvy mezi Sdružením Podané ruce, věznicí Kuřim a vazební věznicí Brno), která bude zahrnovat specifikaci těchto bodů:

- 1. Vstup organizace:** dle kterého zákona (rozdíly v případě vazební věznice a věznice):
  - a) vazební věznice: zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, a vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 109/1994, řád výkonu vazby,

b) věznice pro výkon trestu odnětí svobody: § 43 zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, a ustanovení § 74 vyhlášky MS č. 345/1999 Sb., kterou vydává řád výkonu trestu odnětí svobody.

- 2. Účel dohody:** vytvořit základní podmínky pro vzájemnou spolupráci v souladu s platnými právními předpisy, rozvíjení programů poradenské a terapeutické pomoci pro odsouzené s cílem účelně pomoci odsouzeným s problémy v souvislosti se zneužíváním návykových

látek a závislosti na těchto látkách, se zřetelem k cíli naplňovat účel výkonu trestu, dohoda dále upravuje práva a povinnosti obou smluvních stran.

3. **Činnost sdružení:** přílohou smlouvy bude konkrétní přehled a popis služeb, které se sdružení zavazuje v prostorách věznice nabízet a poskytovat:
  - a) pro pracovníky věznice: vzdělávání, konzultace, stáže,
  - b) v oblasti přímé práce s odsouzenými,
  - c) v oblasti práce mimo věznici: s klienty po propuštění, s rodinným zázemím klienta, s příslušnými institucemi, návazná péče, spolupráce s PMS, sociálními kurátory,
  - d) informační a propagační materiály pro odsouzené i personál.
4. **Požadavky na pracovníky:** písemně podaná žádost o povolení pro vstup do střeženého objektu věznice včetně doporučení (vedoucí projektu, ředitel služeb, statutární zástupce sdružení), bezúhonnost doložená výpisem z rejstříku trestů, vzdělání a praxe doložené profesním životopisem pracovníků, fotografie, poučení (jako u civilních zaměstnanců vězeňské služby) o dodržování obecně platných právních předpisů a vnitřních předpisů platných pro výkon trestu odnětí svobody, vnitřní řád věznice, seznámit se s pravidly pohybu ve střeženém prostoru věznice, atd. Na základě toho bude vydáno tzv. zvláštní povolení (a průkazky) pro vstup do střeženého objektu věznice.
5. **Vstup jednotlivých pracovníků:** přílohou smlouvy bude aktualizovaný seznam pracovníků NNO, kteří mají povolený vstup do věznice pro vykonávání činnosti, pohyb pracovníků ve věznici.
6. **Pohyb pracovníků ve věznici:** v současné době pohyb v administrativní a správní části věznice samostatný, v prostorech vlastního výkonu trestu odnětí svobody pouze za doprovodu personálu, jak uniformovaného, tak civilních zaměstnanců vězeňské služby.
7. **Prostory k poskytování služeb:** věznice se zavazuje poskytnout a vybavit prostory pro aktivity programu (terapeutická a poradenská místnost a administrativní zázemí), včetně bezpečnostního opatření, tísňové tlačítka v dosahu.

## 8. Spolupráce se specialisty věznice a s vedením věznice:

- a) Informační toky<sup>12</sup> (např. předávání klientů a informací o nich), pravidelné konzultace o jednotlivých klientech (s vychovateli minimálně 1x měsíčně) v době, kdy vychovatel vypracovává pravidelná hodnocení naplňování programu zacházení, jinak dle potřeby častěji, s pedagogem, psychologem, atd.
  - b) Spolupráce na tvorbě koncepce a souboru protidrogových opatření v dané věznici: každá věznice, na základě obecně stručně definovaných opatření v Souboru opatření protidrogové politiky (GRVS), je povinna vypracovat vlastní koncepci a metodiku a bylo by vhodné, aby spolupráce s NNO byla zakotvena již zde.<sup>13</sup>
  - c) Spolupráce na realizaci poradny drogové prevence. **Poradna drogové prevence:** dle Souboru protidrogových opatření (GRVS, 2001) je v kapitole Oblast sekundární a terciární prevence povinnost zabezpečit funkčnost těchto poraden v každé věznici na území ČR. Považujeme za klíčové, aby v rámci vnitřních ustanovení každé věznice, která konkretizuje daný požadavek, byla jasně pojmenována a vymezena spolupráce s příslušnou NNO. Tj. např. být řádnými, ač externími členy těchto poraden (např. ve věznici Kuřim je toto ošetřeno v Nařízení o zřízení a činnosti poradny drogové prevence ve Věznici Kuřim, součástí Sbírký nařízení ředitele Věznice Kuřim, v čl. 3 Personální obsazení poradny a v čl. 5 Činnost a zaměření poradny).
- ## 9. Důvěrnostní politika:<sup>14</sup> rozlišení informací, které jsou důvěrné a bez souhlasu klienta není možné je použít či poskytnout jinému subjektu a které naopak je bezpodmínečně nutné předat vedení věznice, to jsou tyto (převzato z materiálů Důvěrnostní politiky britské organizace Cranstoun):
- a) v případě, že si chce klient ublížit,
  - b) v případě, že klient chce ublížit někomu jinému,
  - c) v případě, že se klient zmíní, že je dealem drog,
  - d) v případě, že se klient zmíní, že je ohrožen bezpečnost věznice.

<sup>12</sup> Všude, kde to bude nutné, navrhuji NNO iniciovat potřebné legislativní úpravy umožňující výměnu informací na dostatečné úrovni potřebě pro zajištění kvalitních programů.

<sup>13</sup> Opět je třeba v případě nutnosti iniciovat potřebné legislativní změny.

<sup>14</sup> Opět je třeba v případě nutnosti iniciovat potřebné legislativní změny.

Pro práci s klienty je nutné mít od každého z nich podepsaný formulář „Souhlas“ dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (jaké informace shromažďujeme, k jakým účelům a že klient souhlasí se známonáním průběhu výkonu trestu, programem, zacházením, obsahem osobní karty a spisem).

**10. Systém stížností:** vytvořený způsob podání stížností jak ze strany vězeňské služby, tak ze strany klientů (stížnosti odsouzených na pracovníky realizující projekt).

**11. Způsob řešení „problémů“ mezi NNO a VS:** v případě, že pracovník poruší při své činnosti ve věznici nebo při vyřizování záležitostí popisovaných v dohodě, ustanovení dohody nebo obecně platný právní předpis, ředitel mu může zakázat vstup do věznice.

**12. Vyhodnocovat pololetně poskytnuté služby pro potřeby věznice:** počet klientů, počet poskytnutých služeb, atd., včetně evaluace služeb, vývoj, návrhy na změny. Je třeba:

- a) statistika programu,
- b) dokumentace programu,
- c) evaluace/hodnocení – služeb, programu, spolupráce.

**13. Odbornost projektu:** každý projekt musí mít zabezpečenou kvalitní:

- a) odbornou garanci,
- b) supervizi,
- c) vzdělávání, stáže – individuální plány pro každého pracovníka projektu.

**14. Financování služeb:** projekt je zabezpečen vícezdrojovým způsobem financování (MPSV, MZ, RVKPP, místní správa a samospráva, zahraniční granty atd.), je třeba, aby se příslušná věznice podílela na financování služeb poskytovaných v jejich prostorách – z jejího vlastního rozpočtu (např. z kapitoly služeb, nebo z prostředků přidělených na program drogové prevence), také je možné

vyvinout tlak na Ministerstvo spravedlnosti ČR, aby otevřelo grantovou politiku pro oblast drogové prevence pro NNO, a taktéž na Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (forma nákupu služeb od NNO).

**15. Návazná péče:** zprostředkování návazné péče s dalšími státními a nestátními institucemi, rozumí se ve spolupráci se sociální pracovníci věznice, tj.:

- a) spolupráce s PMS a sociálními kurátory,
- b) alternativní tresty, zkrácení pobytu ve VTOS,
- c) příprava na návazný program,
- d) zprostředkování návazného programu.

**16. Závěrečné formální ustanovení smlouvy:**

- a) doba trvání dohody,
- b) způsob vypovězení dohody,
- c) osoby oprávněné k jednání ve věcech dohody – za věznici a za NNO,
- d) způsob doplňování a změn dohody.

**17. Externí pracovníci ve věznicích,**

„Externí poradce: by však neměl nikdy patřit přímo k věznici nebo jiné justiční instituci. Zejména v očích svých klientů by měl mít určitý odstup od vězeňské instituce, protože efektivita jeho práce zde závisí nejen na jeho osobnosti a profesionalitě, ale také na stupni jeho nezávislosti na vězeňském systému. Drogově závislí vězeň, jak se ukazuje, projevuje větší důvěru k osobám, které nejsou přímo spojeny s věznicí. V externí poradenské a terapeutické práci se osvědčuje nebyrokratický přístup (např. nevyžadovat od poradce speciální povolení, umožnit přístup ke spisům, které potřebuje ke své práci, sezení poradce s klientem by mělo probíhat bez přímé přítomnosti dozoru – jen na dosah signálu v případě komplikací či ohrožení, atd.). K úspěšnosti práce také přispívá vytvoření vhodného prostředí pro tato sezení...“ (WHO, 1990).

## 5/4/3

### Význam a přednosti služeb zajišťovaných NNO

O legislativním rámci působení NNO a jejich pracovníků ve věznicích byla zmínka již výše. Stejně tak o praktických problémech spojených s pohybem externistů v intramurálních podmínkách, nyní se zaměříme význam a přínos tohoto působení:

- **Vstup do služeb ze strany klientů je relativně dobrovolný.** To zvyšuje pravděpodobnost úspěchu, dobrovolnost je zde myšlena ve smyslu toho, že si daný klient může vybrat, zda se stane příjemcem tohoto typu

služeb. S odkazem na dlouhodobou tradici těchto organizací v péči o závislé je zde **garance kvality a odborného přístupu** (tyto organizace, zejména členské organizace A.N.O., musí splňovat standardy péče MZ, případně MPSV). Jedná se zejména o odbornost pracovníků (vzdělání, výcviky, stáže, praxe), jejich zkušenost s prací s uživateli drog a podmínkami práce pod externí supervizí a odbornou garancí.

- U NNO vždy můžeme očekávat či zaznamenat **vyšší míru důvěry ze strany klientů**. Nereprezentuje totiž represivní složku a uchovává si potřebnou míru nezávislosti na vězeňské instituci – při respektování daných legislativních norem, viz důvěrnostní politika. Při této práci je také nezbytné pracovat se selháním (relapsem) a pro klienty je důležité, že po tomto sdělení nemusí vždy následovat sankce (v případě odpovědnosti NNO např. za bezdrogovou zónu však otázka sankcí musí být jasně definována).
- NNO zprostředkovávají **kontakt se světem mimo vězení** (samozřejmě legálními cestami, např. nabídkou paralelní terapeutické práce s rodinou uvězněného). Také samotný fakt, že tito pracovníci nejsou zaměstnanci VS, z nich tvoří nositele „svobodného vzduchu a světla“ a možná i naděje. Skutečnost, že člověk vykonává trest odnětí svobody a musí určenou dobu trávit ve vězení, by neměla bránit tomu, aby mohl být v kontaktu s pozitivními vlivy z vnějšího prostředí.
- NNO se ve spolupráci s PMS a dalšími institucemi podílejí na zajištění **návaznosti péče po propuštění**. Vycházíme z předpokladu i zkušenosti, že profesionální kontakt založený na sociální práci a motivaci k abstinenci a ke změně životního stylu navázaný ještě během výkonu trestu má větší předpoklad, že se návazná péče zrealizuje a bude efektivní. Dále ve využívání institutu pominěného pro-

puštění na svobodu s dohledem jsou ještě velké rezervy a mezery.

- NNO nabízejí **vzdělávání odborných pracovníků VS** v drogové problematice a zprostředkování či zabezpečení stáží v preventivních i léčebných zařízeních, které NNO poskytují. Tj. seznámení s komplexem služeb pro uživatele drog, realizace seminářů na aktuální témata, vzdělávací aktivity (dlouhodobé i krátkodobé výcviky a kurzy v drogové problematice). Jde o nabídku teoretických a praktických zkušeností, které NNO získaly za dobu intenzivní práce výlučně s uživateli drog od roku 1990.
- Standardní součástí práce NNO je dnes také **externí supervize**, přinášející zejména kontinuitu kvality. Služby NNO počítají ve svých projektech a programech s odbornou supervizí své práce. Jedná se o standardní záležitost a nezbytnou podmínku i pro donátory (ministerstva, samosprávu, nadace atd.). Odborní pracovníci VS, s nimiž se ve vězení setkáváme, projevují zájem o takovou pravidelnou a odbornou podporu, kontrolu a zpětnou vazbu.
- Oboustranná spolupráce může vést k efektivnímu **snížování přetížení personálu VS** tím, že kdyby určitou část péče o závislé ve věznicích převzali pracovníci NNO, mohli by se specialisté věznic věnovat ostatním odsouzeným či obviněným.
- Služby mohou být také pro VS současně **ekonomicky výhodné**, zejména vzhledem k možnosti dalšího přínosu financí do vězeňství v souvislosti se vstupem do EU (podpora spolupráce státní a nestátní sféry je ze strany EU programová). Systém financování může být postaven ze strany VS vůči NNO např. na systému nákupu odborných služeb. Tím mohou odpadnout problémy se zvyšováním vzdělání a specializace vězeňského personálu pro drogovou oblast.

## 5/5 Závěr

Kapitola shrnuje poznatky související s poskytováním „drogových“ externích služeb vnějšími subjekty, a zejména pak NNO, pro občany ve výkonu vazby a trestu. Vychází z vlastních zkušeností předních českých NNO, které jsou

aktivní v oblasti prevence a léčby drogových závislostí a vězeňství. Na straně druhé přináší stručný pohled na zkušenosti, opatření, rozsah a intenzitu spolupráce NNO a vězeňských systémů v této oblasti v průřezu Evropou. Je zřetel-

né, že přes majoritní postavení, zkušenosti a nakonec i prokazatelnou efektivitu služeb NNO ve společnosti je ve srovnání s Evropou využívání těchto organizací, jejich znalostí, zkušeností a služeb, naprosto zanedbatelné. Tato skutečnost zřejmě souvisí s mnoha faktory, které není snadné v omezené době mnoha změn ve společnosti prosadit i uskutečnit. Jsme přesvědčeni, že v naší společnosti, a dokonce ani mezi profesionály (na straně vězeňského systému i vně), není dostatečně vnímáno i rozeznáno, že by mohlo být v našem vězeňském systému učiněno mnohem více pro efektivní prevenci, snižování rizik souvisejících s užíváním drog, léčbu těch, kteří jsou závislí, a nakonec i „ochranu“ těch ostatních.

Pragmatický a holistický přístup k problémům souvisejícím s užíváním drog se jeví jako

východisko a v mnoha suboblastech je efektivita a účelnost opatření a intervencí vycházejících z tohoto přístupu již potvrzována i vědeckými studiemi. Trendy užívání i zneužívání drog se ve vězeňském prostředí samozřejmě modifikují podle místních podmínek, zdrojů a účinnosti preventivních i represivních opatření a vhodnosti či výkonnosti preventivních programů. Protože současný stav ukazuje na velkou podobnost rozsahu, kvality a vzorců problémů souvisejících s užíváním a zneužíváním drog v našich věznicích ve srovnání s EU, domníváme se že by bylo chybou nevyužít znalostí, chyb, zkušeností a prokázaných či ověřených modelů intervencí (služeb) realizovaných v Evropě v posledních několika letech. Stejně pak platí ve vztahu k drogovým službám poskytovaným NNO či jejich expertní podpoře.

## Literatura

- An Overview Study: Assistance to Drug Users in EU Prisons (2001). EMCDDA and Cranstoun Drug Services, Lisabon.
- Annual report on the state of drug problem in EU and Norway in 2001 (2002). EMCDDA, Lisabon.
- Ambrosini, F. (2001). Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im In.: Strafvollzug, Jacob, J., Keppler, K. and Stöver, H. (eds.) (2001). LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, pp. 106–113.
- Drug abusers in prison (1990). WHO Regional Publications No. 27.
- Fox, A. (2000). Aftercare for drug using prisoners in Europe. Cranstoun Drug Services, London.
- Meclová, K. (2000). Vězeňství je speciální sociální službou společnosti. České vězeňství č. 1/2000, ročník 8.
- Monitoring vězeňství v České republice v roce 1999 (2000). Zpráva Českého helsinského výboru, Praha.
- Prisons and drugs (1998). European Recommendations.
- Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001–2004 (2001). Generální ředitelství Vezeňské služby ČR, č.j.: 130/165/2001. Přijato 29. 3. 2001. GRVS, Praha.
- Stöver, H. (2001). Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study, EMCDDA Scientific Report, Lisabon and London.
- WHO Global Programme on AIDS (1993). Guidelines on HIV infection and AIDS in prison. WHO/GPA/DIR/93.3 (and reprint UNAIDS/99.47/E).
- WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (1998). Annual report to the EC, WIAD, Bonn, and ORS, Marseille.
- WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (2001). Final progress report, WIAD, Bonn, and ORS, Marseille.

# 6 METADON A VĚZEŇSKÝ SYSTÉM

Tomáš Zábranský

**Abstrakt**

Autor se v příspěvku zabývá základními principy substituční terapie závislosti na opiátech, jejím rozšířením v EU a v ČR a přijatou českou strategií jejího dalšího rozšíření, vyvinutou v rámci PHARE Twinning projektu 2000: „Posilování národní dro-

gové politiky“. V další části shrnuje evropské zkušenosti se substituční léčbou v podmínkách vazby a vězení, pokouší se o odhad počtu možných vězňů/pacientů indikovaných k takové léčbě a shrnuje podmínky pro její poskytování lege artis.

**Klíčová slova:** substituční léčba – závislost na opioidech – vězeňství – odhad prevalence.

**6 / 1****Substituční léčba: základní informace**

Substituční léčba závislosti na opioidech (zejména léčba pomocí metadonu) představuje pravděpodobně nejlépe prozkoumanou léčbu tohoto typu závislosti vůbec. Z vědeckých důkazů vyplývá, že substituční léčba dokáže snižovat trestnou činnost, riziko přenosu infekčních chorob i počet úmrtí spojených s drogami. Zlepšuje také fyzický, psychický a sociální stav závislých uživatelů.

Posuzujeme-li úspěšnost léčebného programu měřítkem udržení pacienta v programu a naplněním cílů, které jsou stanoveny před započatím léčby, je substituce také léčbou nejúspěšnější ve srovnání s jakýmkoliv jiným způsobem léčby závislých na opiátech (Institute of Medicine, 1990).

Existují nicméně i názory, že se nejedná o léčbu, nýbrž o cynickou reakci, která ve skutečnosti problémy spojené s drogami neřeší. Podle doporučení EMCDDA by se politická debata o tomto problému již ale neměla zaměřovat pouze na argumenty pro a proti. Substituční léčba by se měla chápat jako jedna ze složek širokého spektra způsobů léčby problémového užívání drog, mezi něž patří také léčba orientovaná na abstinenci ode všech psychoaktivních látek (EMCDDA, Nilson, Solberg, Ballotta, Wiessing, 2002).

Všeobecně je zdůrazňována prospěšnost vzájemné provázanosti a nutnost vytvoření takového systému, který by umožňoval plynulý tok pacientů mezi oběma typy léčebných modalit podle

pacientova aktuálního stavu. Zdůrazňuje se, že substituční léčba má lepší úspěšnost co do prvního kontaktu s pacientem a jeho udržení – je tedy vnímána jako prostředek, jímž lze pacienta vůbec vtáhnout do kontaktu s **jakoukoliv** léčbou.

Substituce je léčbou, již doporučuje Světová zdravotnická organizace (WHO), Program OSN pro kontrolu drog (UNDCP) i další národní a mezinárodní organizace, zabývající se léčbou závislosti a prevencí přenosu krevních nemocí (např. UNAIDS,<sup>1</sup> NIDA,<sup>2</sup> EMCDDA a řada dalších).

Substituční léčba se někdy označuje jako „léčba agonisty opiátů“, tedy léčba léky podobné chemické povahy jako jsou klasické opiáty, zneužívané toxikomany. V medicíně je princip substituce dobře znám; řada dlouhodobých onemocnění si vyžaduje dlouhodobé, někdy dokonce doživotní udržování pacienta za použití příslušných léků. Příkladem může být inzulin při cukrovce, thyroxin při nedostatečné tvorbě hormonů štítné žlázy nebo lithium při maniodepresivní psychóze. Aplikace tohoto principu na léčbu drogové závislosti proto není ničím neobvyklým (Gerstein, Harwood, 1990).

Ve světě byly podniknuty pokusy s použitím řady látek; nejvíce se nicméně používá metadon, v menší míře pak buprenorfin.<sup>3</sup> Obě tyto látky obsazují opiátové receptory; zatímco metadon je tzv. opiátovým agonistou a jako takový je univerzálnějším lékem, buprenorfin je kombinovaným agonis-

<sup>1</sup> Společný program OSN pro prevenci a léčbu HIV/AIDS.

<sup>2</sup> Americký Národní ústav pro otázky zneužívání drog.

<sup>3</sup> A dále řada látek včetně LAAM (levo-acetyl-alfa-metadol), morfinu, depotního morfinu a kodeinu; ve Velké Británii, Švýcarsku, Nizozemí a Německu se malému počtu osob podává dokonce medicínsky připravený heroin.

tou/antagonistou, a tudíž se jím v zásadě nedá předávkovat a je tedy považován z obou léků za „bezpečnější“. Buprenorfinem ale lze metadon nahradit jen po ekvivalent dávky 60 mg metadonu denně; silnou opiátovou závislost jím již léčit nelze.<sup>4</sup>

Oba léky mají nicméně společné vlastnosti, z nichž je možno zdůraznit především, že:

- nemají euforický, trunkvilizační ani analgetický efekt, vědomí ani nálada pacientů se jejich požitím nemění, a tak umožňují normální sociální fungování (nedochází k „rauši“ jako při užití heroinu, braunu a některých dalších opiátů),
- správně stanovená dávka metadonu nebo buprenorfinu blokuje narkotický efekt jiných opiátů, pokud dojde k jejich použití (dobře

indikovaná a stabilizovaná dávka činí užívání nelegálních opiátů – tzv. „přibírání“ – zbytečným, protože neúčinným),

- nedochází ke změnám tolerance, takže dávky substitučních léků nemusejí být zvyšovány a jsou stabilní,
- jsou efektivní i při orálním užití a účinkují po dobu 24–36 hodin (metadon) resp. 48–72 hodin (buprenorfin); mohou tedy být aplikovány pouze jednou denně a to bez použití jehly a stříkačky,
- zmiňují craving („bažení“) po droze, který je závislými uváděn jako hlavní důvod relapsů (opětovného užívání nelegálních drog),
- obě látky jsou medicínsky bezpečné a jejich terapeutické dávky nejsou toxické.

## 6/2

## Substituční léčba a její rozsah v Evropské unii

Substituce je všeobecně považována za klíčový prvek léčby závislosti na opiátech v Evropské unii (viz např. EMCDDA et al., 2002) i ve Spojených státech, Austrálii a v řadě asijských států. Výsledkem je, že v EU je pacienty této léčby přes 300 000 osob, počet amerických pacientů se odhaduje na 110 000.

Substituční léčba problémových uživatelů drog se v současnosti provádí ve všech zemích Evropské unie, má ale různě dlouhou historii: ve Švédsku, Velké Británii, Nizozemí a Dánsku byla zavedena již na konci šedesátých let, ve Finsku, Portugalsku, Itálii a Lucembursku v sedmdesátých letech,

v Rakousku a Španělsku v letech osmdesátých a na počátku devadesátých let pak v Německu, Řecku, Belgii a Francii. S výjimkou Francie se všude zprvu používal metadon.<sup>5</sup> Na konci devadesátých let již byla substituční léčba zavedena ve všech členských zemích. I když v některých zemích zůstává citlivým tématem, o přínosnosti tohoto typu léčby panuje v EU většinový konsensus.

Pro srovnání situace v různých státech se uvádí, jaké procento z celkového počtu (odhadované prevalence) problémových uživatelů drog se léčí v substitučních programech: (viz tabulka č.1).

## 6/3

## Substituce v ČR

V České republice má substituční léčba poměrně dlouhou tradici (viz také Úřad vlády, 2003). Existují dobře zdokumentované případy závislosti na podomáčku připravovaném opiátu „braun“, které byly léčeny tzv. „divokou substitucí“ – tedy předepisováním léku s nízkým potenciálem ovlivnit pacientovo vědomí, ale schopné obsadit opiátové receptory a tak potlačit abstinenci příznaky. Nejčastěji se od sedmdesátých let minulého sto-

letí používal Diolan® (obsahující etylmorfin) a Temgesic® (obsahující buprenorfin).

V roce 1992 dovezl vedoucí lékárnice Drop-In ze Švýcarska několik kilogramů metadonu se záměrem poskytovat jej svým nejproblematičtějším pacientům, u nichž selhaly všechny ostatní možnosti léčby. Z pohledu tehdy platných právních i zdravotních předpisů tehdejší ČSFR se jednalo o čin na hranici legality, přesto Ministerstvo

<sup>4</sup> Pro podrobnější studium farmakologie jednotlivých substitučních látek doporučuji například český překlad (Swiss Federal Office for Public Health, 1998).

<sup>5</sup> Ve Francii to byl buprenorfin.

Tabulka 1: Substituční léčba problémových uživatelů drog v EU a Norsku (EMCDDA et al., 2002)

Země	Odhad prevalence problémového užívání drog <sup>(1)</sup>	Odhad počtu klientů substituční léčby	Míra pokrytí substituční léčbou (%) <sup>(2)</sup>
Belgie	20 200	7 000 (stav z roku 1996)	35 <sup>(3)</sup>
Dánsko	12 752 – 15 248	4 398 (4 298 na metadon, 100 na buprenorfinu) (stav k 1. lednu 1999) <sup>(4)</sup>	27 – 34
Německo	80 000 – 152 000	50 000 (2001) <sup>(4)</sup>	33 – 63
Řecko	Data nejsou k dispozici	966 (stav k 1. lednu 2000) <sup>(4)</sup>	Data nejsou k dispozici
Španělsko	83 972 – 177 756	72 236 na metadon (stav v roce 1999) <sup>(4)</sup>	41 – 86
Francie	142 000 – 176 000	71 260 (62 900 na buprenorfinu, 8 360 na metadon) (stav k prosinci 1999) <sup>(4)</sup>	40 – 50
Irsko	4 694 – 14 804	5 032 (stav k 31. prosinci 2000) <sup>(4)</sup>	34 – 100 <sup>(5)</sup>
Itálie	277 000 – 303 000	80 459 (stav z roku 1999) <sup>(4)</sup>	27 – 29
Lucembursko	1 9000 – 2 200	864 (164 v oficiálním programu a + 700 dostávalo od praktických lékařů na předpis Mephenon <sup>®</sup> , tj. metadon v pilulkách) <sup>(4)</sup>	38 – 45
Nizozemí	25 000 – 29 000	11 676 (stav z roku 1997)	40 – 47
Rakousko	15 984 – 18 731	4 232 (stav k 1. lednu 2000) <sup>(4)</sup>	23 – 26
Portugalsko	18 450 – 86 800	6 040 (stav k 1. lednu 2000)	7 – 33
Finsko	1 800 – 2 700 <sup>(6)</sup>	240 (170 na buprenorfinu a 70 na metadon)	9 – 13
Švédsko	1 700 – 3 350 <sup>(6)</sup>	621 (stav k 31. květnu 2000) <sup>(4)</sup>	19 – 37
Spojené království	88 900 – 341 423 <sup>(7)</sup>	19 630	6 – 22
Norsko	9 000 – 13 000	1 100 (stav z roku 2001)	8 – 12

**Vysvětlivky:**

- (1) Metody používané pro odhad rozsahu problémového užívání v jednotlivých zemích Evropské unie se značně liší. V kapitole 1 Výroční zprávy EMCDDA za rok 2002, která se věnuje problémovému užívání drog, a v online tabulce 1 (<http://annualreport.emcdda.org>) najdete podrobnější informace o národních prevalencích a problémovém užívání drog. S výjimkou Švédska a Finska, kde dochází ke značnému užívání amfetaminu, se odhady problémového užívání týkají především uživatelů opiátů. Zde uvedené odhady nezahnují uživatele amfetaminu.
- (2) Odhad podílu problémových uživatelů v substituční léčbě.
- (3) Prevalenci údaj zahrnuje pouze injekční uživatele drog, míra pokrytí substituční léčbou tedy může být nadhodnocena.
- (4) Informace poskytnuté přímo národním monitorovacím centrem.
- (5) Stopercentní míra pokrytí substituční léčbou se zdá nepravděpodobná, prevalenci odhad ve výši 4 694 může znamenat podhodnocení současné prevalence.
- (6) Pouze uživatelé opiátů.
- (7) Přesnější údaje pro Spojené království: prevalence problémového užívání drog (opiátů) = 162 000 – 244 000; počet klientů v substituční léčbě = 35 000; míra pokrytí = 14 – 22%.

zdravotnictví ČSFR povolilo substituční léčbu provádět v zařízení Drop-In jako jednorocní experiment. Tento experiment nebyl příslušnými místy nikdy vyhodnocen. Lze nicméně jednoznačně konstatovat, že u pacientů zařazených do „experimentu“ se podstatně zlepšil somatický i psychosociální stav. Po uplynutí roku nebylo Drop-Inu povoleno v experimentu pokračovat; to mělo za následek návrat všech pacientů z menší části k divoké substituci, ve větší pak k ilegálně připravovaným drogám: braunu a pouličnímu heroínu.

Se silicím přílivem heroínu do České republiky a zvyšováním počtu jeho uživatelů se potřeba zavést substituční terapii opiatovými agonisty vynořila znovu a v naléhavější míře. V červenci

1997 rozhodlo Ministerstvo zdravotnictví ČR o spuštění dalšího „pilotního programu“ – tentokrát v Oddělení pro léčbu závislosti I. LF a VFN (Popov, 2002). Rozsah programu byl omezen na maximum 20 pacientů a záměrem ministerstva bylo po roce trvání „experimentu“ ověřit léčebné výsledky. Za tímto účelem si MZ ČR sestavilo odbornou skupinu.

K externí evaluaci nicméně nedošlo; po roce běhu programu připravil personál oddělení krátký souhrn dokumentující pozitivní změny ve zdravotním a psychickém stavu pacientů, stejně jako významný pokles v jejich kriminálních aktivitách; ten byl MZ ČR vzat na vědomí a experimentální program dále pokračoval omezen na 20 pacientů.



Paralelně se změnou trestního zákona v dubnu 1998<sup>6</sup> přijala Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR doprovodné usnesení zaměřené na léčebnou složku protidrogové politiky a mj. žádající MZ ČR o evaluaci „experimentu“ a následné rozšíření léčby na všechna potřebná místa. Na vzrůstající potřebu zvýšení kapacity substituční léčby a následný tlak z léčebné sféry reagovala i Poslanecká sněmovna PČR a vláda ČR. Na počátku roku 1999 tak Ministerstvo zdravotnictví ČR sestavilo novou pracovní skupinu, která v poměrně krátké době připravila

Standardy substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a), vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál, stejně jako Registr substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001b). V mezidobí se kapacita apolinářského programu zvýšila téměř na 100 pacientů; poptávku po léčbě v hlavním městě nicméně pokrýt nestačil. V květnu 2000 bylo spuštěno dalších 7 specializovaných zařízení v nejpostiženějších lokalitách republiky (viz obrázek 1), na konci roku 2002 pak osm zařízení (v Praze již třetí).

<sup>6</sup> Zavádějíci kromě jiných změn trestnost držení drog pro vlastní potřebu.

Během dvou let provádění substituční terapie v republice se ukázalo, že existující systém „center“

není schopen dostatečně vyhovět léčebné poptávce ve smyslu potřeb pacientů ani veřejného zdraví.

**Tabulka 2:** Registr pacientů substituční léčby metadonem (stav k 31. prosinci 2002)

C E N T R A	STAV REGISTRU CELKEM
VFN - Praha 2	54
FN s pol. Ostrava-Poruba	2
Ambulance AT Olomouc	4
DPS Elysium Brno	52
Metadon.jednotka Ústí nad Labem	119
DROP IN o.p.s. (obě pracoviště)	100
Amb. OAT Hradec Králové	11
Ordinace AT Mělník	11
<b>CELKEM</b>	<b>353</b>

K 31. prosinci 2002 se léčbě metadonem v České republice podrobovalo 353 pacientů. Tento stav je možno považovat za stabilizovaný; s výjimkou Plzně a Českých Budějovic jsou pokryta všechna bývalá krajská města, která tvoří přirozená centra regionů a jsou tradičně nejvíce postižená zneužíváním nelegálních i legálních drog.

Počet klientů substituční léčby v ČR ani jejich podíl ve vztahu k počtu problémových uživatelů opiátů (2,3 % - srov. k zemím EU v tabulce 1) neodpovídá stavu ve vyspělých zemích. Při existujícím odhadu 15 000 problémových uživatelů opiátů v České republice by cílovým stavem mělo být nejméně 2,5-5 tisíc pacientů substituční léčby.<sup>7</sup>

Je nutno podotknout, že jde o jedinou léčebnou modalitu v České republice, která dokázala přitáhnout alespoň část početné populace romských uživatelů opiátů do kontaktu s odbornou pomocí.

Na počátku roku 2001 byl Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) registrován léčebný přípravek Subutex®, obsahující buprenorfin.<sup>8</sup> Subutex nebyl, na rozdíl od metadonu, podle současné legislativy zařazen mezi léky s povinným hlášením do registru. Také jeho preskripcí není nijak omezena<sup>9</sup>, a tak je jediným limitem jeho cena, pohybující se v průměru okolo asi 840 Kč týdně. Podle sdělení výrobce se v první polovině roku 2002 významně zvýšil počet prodaných marží.

Počet pacientů není znám a kvalifikovaný odhad, vycházející z hypotetické „průměrné dávky“, se pohybuje mezi 400 a 600 pacienty.

V rámci komponentu 3 PHARE projektu „Strengthening Drug Policy“ pracovala od podzimu 2001 desetičlenná expertní skupina *Substitute*.<sup>10</sup> Ta vypracovala analýzu potřeb:

### VÝSLEDKY ANALÝZY POTŘEB V OBLASTI SUBSTITUČNÍ LÉČBY V ČR

- Rozšířit dostupnost substituční léčby rovnoměrně na celé území republiky, tj. umožnit podávání a preskripci metadonu a buprenorfinu (příp. dalších substitučních látek) pacientům nejen ve specializovaných zařízeních, ale také psychiatrům, všeobecným a dorostovým lékařům, a to za přesně definovaných podmínek. Za nejvýhodnější považuje expertní skupina model, používaný u jiných specializovaných terapií – tj. konzultaci se specializovaným zařízením při úvodu do terapie a ustavení toku informací a pacientů mezi dispenzární ordinací a specializovaným zařízením podle pacientových potřeb ve smyslu aktuálních poznatků lékařské vědy.
- Provádění substituční léčby nesmí pro poskytovatele představovat ekonomickou ztrátu; to musí být zohledněno v politice pojišťoven ve smyslu hrazení alespoň jednoho substitučního přípravku a hrazení příslušných zdravotních úkonů.

<sup>7</sup> Celkem léčbu bez použití opiátových agonistů v ČR využívá přibližně 3 200 „opiátových“ pacientů.

<sup>8</sup> Syntetický opioid, smíšený agonista/antagonista opiátových receptorů; účinný při léčení lehkých forem závislosti na opiátech a pro řízené postupné detoxifikace.

<sup>9</sup> Může jej tedy podepisovat každý lékař bez ohledu na odbornost.

<sup>10</sup> Za stálé účasti zástupců poskytovatelů léčby, MZ, MPSV, MV, zahraničního experta (EU) a epidemiologa.

- Léčba (nejen opiátové) závislosti musí být dostupná v policejním zadržení i vazbě, a to jak léčba opiátovými agonisty, tak bez jejich použití. Přerušení léčby může znamenat významnou hrozbu pro pacientovo zdraví.
- Zvýšení dostupnosti substituční léčby musí předcházet relevantní vzdělávací program pro jeho poskytovatele.
- Skupina klade důraz na evaluaci substitučních léceb ve smyslu akreditačních standardů.

Skupina se tak zaměřila v další práci na vypracování vzdělávacích kurikul pro poskytovatele substituční terapie, lékaře s jinou než AT atestací; podle sdělení zástupce MZ ČR<sup>11</sup> bude hrazení při-

slušných výkonů i registrace metadonového přípravku pro substituční léčbu schváleno během roku 2003. Tato vzdělávací osnova byla ověřena na pilotním semináři, pořádaném programem PHARE a Institutem pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze (IPVZ), který ji akceptoval jako podklad pro doplnění postgraduálního vzdělávání lékařů.

Rovněž bylo oznámeno plánované zařazení buprenorfinu do Registru povinného hlášení substituční léčby. V r. 2003 je plánováno zavedení hromadně vyráběného léčivého přípravku, obsahujícího metadon, na český trh; tím by se měla významně zvýšit dostupnost substituční léčby v České republice.

## 6/4

## Substituční léčba ve vězeňském systému EU

Země Evropské unie obecně uznávají nutnost poskytovat pacientům léčbu ve stejném spektru a kvalitě jako na svobodě. I když se podle EMCDDA tomuto závazku nedaří co do léčby zneužívání drog v plně šíři vždy dostat (EMCDDA, Griffiths, Nilson, Carpentier, Merino, 2003), mají v EU možnost přijímat substituční léčbu vězni a osoby ve vazbě ve všech zemích s výjimkou Švédska.

Obecně řečeno byl v evropských vězeních zaveden tento typ léčby, ve shodě s doporučením Světové zdravotnické organizace<sup>12</sup>, až v devadesátých letech.<sup>13</sup> Nejpádňější důvod shrnuje Bossong: „Ve vězeních se vyskytuje ve velké míře právě „klasická“ skupina ideálních pacientů substituční léčby pro tento typ terapie: ti, kteří selhali v jiných typech léčby, ti, kteří nechtějí žít zcela bez psychotropních látek, a ti, kteří jsou fyzicky a sociálně handicapováni. Pacient může být zastižen v libovolnou dobu, a tak lze vydávání metadonu i testy moči provádět bez jakýchkoliv problémů. Hlavní cíl uvěznění, tedy „přimět delikventa vést život tak, aby se nedopouštěl dalších zločinů“ (což neznamená nutně absolutní abstinenci), se shoduje s jedním z cílů metadonové / substituční léčby (citováno v Stöverovi, 2001).

Nejrozvinutější systém substituční léčby pro vězně závislé na opiátech existuje ve Španělsku a v Rakousku, kde je prováděn psychosociální léčbou a řadou dalších doprovodných modalit; nejvyšší podíl vězňených uživatelů drog léčebných substituční léčbou je ve Španělsku (60 %) (EMCDDA, 2002).

Všude s výjimkou Švédska je uznáváno právo vězně pokračovat v substituční léčbě, pokud byl jejím pacientem na svobodě. V Británii se odhaduje, že takto pokračuje v substituci třetina těch, kteří byli jejími pacienty na svobodě. Jen v některých zemích (Rakousko, Španělsko, Portugalsko a některé spolkové země Německa) má vězeň možnost s léčbou ve vězení či vazbě začít (Stöver, 2001).

Substituční léčba ve vězení je v řadě zemí EU stále považována za kontroverzní téma; naproti tomu pomalá detoxifikace pomocí metadonu je zaváděna stále rozsáhleji a bez větších problémů. V zásadě ve všech zemích EU substituční/metadonová léčba prošla (a v některých dosud prochází) stejnými problémy, které opakují postoje k substituci na svobodě, jak jimi jednotlivé země prošly před řadou let; nádvakem přistupuje spe-

<sup>11</sup> Březovský: Steering Committee PHARE Twinning Project „Strengthening Drug Policy“, 7. června 2002 – ústní sdělení.

<sup>12</sup> „...vězni, kteří byli pacienti metadonové léčby v období před uvězněním, by měli mít metadonovou léčbu přístupnou i ve vězeních. V zemích, kde je metadonová léčba závislým na opiátech poskytována na svobodě, měla by být poskytována i ve vězeních... (WHO, 1993).

<sup>13</sup> Stejně jako v dalších zemích – např. Kanadě, Austrálii a dokonce i v USA (kde prvním bylo vězení Rykers Island, New York City).

cifická problematika trojúhelníku vězeňský lékař/zdravotníci-vězeňský personál-vězni; ta nejtypičtější zahrnuje (volně podle Stövera, 2001):

- Zásadní orientace na abstinenci. Doba uvěznění je lékaři a ostatním vězeňským personálem vnímána jako čas, kdy je třeba „překonat drogovou závislost“, resp. vést život bez psychotropních látek. Substituční léčba je zastánci této filozofie vnímána jako „prodlužování závislosti“.
- Kritéria pro poskytování substituční léčby nejsou mnoha vězňům uživatelům opiátů podle francouzské studie zcela jasná a připadají jim neprůhledná: „Ve vězení jsou někteří lidé vnímáni jako pacienti a jiní jako závislí.“
- Poskytování substituce je závislé na náhledu lékaře a personálu té které věznice.
- Metadon (a buprenorfin) je často personálem věznic vnímán jako „potěšení pro vězně“ a nikoliv jako lék, jenž je součástí léčby (podle studie z Itálie). Jde o klasickou paliativní léčbu/přístup harm reduction, pro niž je abstinence od všech opiátových látek až druhotným cílem.
- Obvyklý cíl substituční léčby – oddálení pacienta od drogové scény a od vězeňské kultury – je v totalitní instituci typu vězení jen těžko dosažitelný. Obvyklé poměry ve věznicích udržení pacientů od lokální drogové scény prakticky znemožňují. V některých zemích (Rakousko, Německo) jsou pacienti substituční léčby separováni ve zvláštních odděleních a dostává se jim zvláštní podpory.
- Je rovněž těžké zachovat anonymitu a důvěrnost této léčby. Vzhledem k faktu, že vězni si musí pro dávku metadonu a další podporu docházet někdy napříč celým vězením, je každému jasné, kdo je pacientem.
- Přestože studie prokazují, že substituční léčba nepředstavuje pro vězení rušivý element a má pozitivní efekt na užívání drog uvnitř nich, bývá podkladem pro další kontakt s terapeutem a pro léčbu, má významný efekt pro zamezení šíření krevně přenosných nemocí uvnitř vězení a pro zamezení předávkování (především po propuštění z vězení, kdy snížená tolerance znamená pro závislé

významné riziko), je na substituci často nahlíženo jako na krok směrem k povolení užívat drogy, tedy jako na podkopávání snahy věznic o trvalou abstinenci.

- Nestejnorodost konceptů kontroly. Zatímco pro vězeňský personál je pozitivní nálezh nelegální drogy v moči podkladem pro sankce (typicky ztrátu privilegií), pro zdravotní personál znamená špatné nastavení dávky, která je pak upravována.

Substituční léčba ve vězeních je často součástí širšího konceptu léčby a služeb pro uživatele drog, který zahrnuje také psychosociální podporu ze strany zaměstnanců nebo od zdravotníků a/nebo sociálních pracovníků z institucí mimo věznice. Jejich cílem bývá (volně podle Stövera, 2001):

- snížit četnost užívání injekčních drog a sdílení jehel (zdravotnický cíl),
- snížit šíření infekčních nemocí a výskyt souvisejících poškození (virové hepatitidy, HIV/AIDS, abscesy, předávkování atd.) ať už ve vazbě či výkonu trestu nebo (především) v období těsně po propuštění atd. (zdravotnický cíl),
- potlačit obchod s drogami a jejich pašování dovnitř věznic (ekonomický cíl),
- stabilizace uživatelů, kteří byli pacienti substituční léčby již před vstupem do vězení, a to zejména v období příchodu do vězení (zdravotnický a technický cíl),
- snížit rozsah rozvoje subkulturních, vězeňských vzorců chování (sociální a specificky vězeňský cíl),
- vytvořit podklad pro převod do otevřeného vězení (rehabilitační cíl),
- snížit pravděpodobnost relapsu (návratu k užívání nelegálních drog),
- prevence recidivy trestné činnosti (cíle v oblasti prevence kriminality),
- podpora reálného potenciálu jednotlivých vězňů.

Podle Stöverovy (2001) studie, pořízené pro EMCDDA, byly podle údajů jednotlivých zemí počty pacientů různých forem substituční léčby v zemích EU následující:

Tabulka 3: Údaje o substituci ve věznicích zemí EU

Země	Substituční látky ve věznicích	Počet pacientů	Údaj z období
Anglie a Wales	hlavně metadon, v menší míře lofexidin a dihydrokodein	počet není znám	
Belgie	metadon	počet není znám	
Dánsko	metadon	290	1999
Finsko	metadon a buprenorfin	8	1998
Francie	buprenorfin a metadon	1036	březen 1998
Irsko	metadon	184 na substituci a 53 na dlouhodobém xeroxu	prosinec 2000
Itálie	metadon	939	1999
Lucembursko	metadon	počet není znám	
Německo	metadon	800	2000
Nizozemí	metadon	počet není znám	
Portugalsko	metadon, LAAM	počet není znám	
Španělsko	metadon	18 889	1999
Švédsko	není dostupná	0	
Rakousko	metadon	345	listopad 2001
Řecko	metadon	počet není znám	

## 6/5

## Kolik uživatelů opiátů je v českých věznicích?

Vztah mezi drogami a zločinem je poměrně složitý. Přestože bylo podniknuto značné výzkumné úsilí prokázat mezi nimi příčinnou souvislost, obecně a bezvýhradně přijímaná interpretace neexistuje. Všeobecně se má za to, že (problémové) užívání nelegálních drog<sup>14</sup> nemusí být příčinou začátku kriminálních kariér, že ale drogy zintenzivňují a prodlužují kriminální aktivity. Zdá se, že ti, kdo užívají tzv. pouliční drogy, páchají závažnější zločiny v delších a nepřerušovanějších řadách než jejich vrstevníci, kteří drogy neužívají. Důsledek pro uživatele drog je nicméně jasný – častější pobyty ve vězení, ať už pro primární drogové trestné činy nebo pro sekundární drogovou kriminalitu (viz první kapitola sborníku). Proto tedy jsou věznice prostředím s vyšší koncentrací problémových uživatelů drog, než je tomu na svobodě.

Podle dostupného prevalenčního odhadu je v České republice přibližně 37 500 uživatelů drog – z toho cca 22 500 uživatelů pervitinu a 15 000 uživatelů heroínu a braunu; počet uživatelů

jiných drog, kteří by splňovali definici problémového užívání, je považován za nevýznamný (Mravčík, Záborský, 2002).

Podle rozsáhlé rešerše na dané téma (McSweeney, Turnbull, 1999) se odhaduje, že ve věznicích splňuje definici, zhruba se shodující s definicí problémového užívání, cca 10–37 % vazebných a odsouzených, což znamenalo v ČR přibližně 1600 až 6 000 osob. Přijmeme-li hypotézu, že podíl uživatelů jednotlivých typů drog je ve věznicích zhruba stejný jako na svobodě, pak se v českých věznicích a vazebních věznicích nachází mezi 520 a 1900 uživateli, kteří opiáty užívali před nástupem trestu/vazby a/nebo užívají. To je samozřejmě velmi široký odhad – poskytuje nám ale alespoň přibližnou představu, v jakých dimenzích se při úvahách o zavedení substituce v českých věznicích pohybujeme – a také nám umožní srovnat spodní hranici tohoto odhadu údaje s budoucím údajem vězeňské správy o uživatelích opiátů, kteří ve vazbě či výkonu trestu využívají léčbu nebo jiné služby.

<sup>14</sup> Podle definice Evropského monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (EMCDDA) se problémové užívání charakterizuje jako „injekční a/nebo dlouhodobě užívání drog kokainového, amfetaminového nebo opiátového typu. Užívání marihuany a ecstasy je z definice problémového užívání výslovně vyřazeno.“ (EMCDDA, 1999).

## 6/6 Výhledy pro ČR

V kapitole 6.3. byl popsán neuspokojivý stav substituční léčby v ČR, která neodpovídá současnému stavu poznání a není ve shodě s doporučeními Světové zdravotnické organizace ani příslušných institucí Evropské unie. Jedním z explicitních cílů projektu PHARE, jehož výstupem je i tato publikace, bylo připravit podmínky pro změnu tohoto nepříznivého stavu

Výsledky analýzy potřeb, která byla provedena pracovní skupinou Substitute, jež pracovala v rámci 3. komponentu, jsou shrnuty ve 3. podkapitole této kapitoly. Lze předpokládat, že za těsné spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky dojde k plánovanému zvýšení dostupnosti substituční léčby (v případě metadonu) a zajištění jeho kvality (v případě buprenorfinu) na přelomu let 2003 a 2004.

## 6/7 Substitute ve vězeňství : ano, či ne?

Autor tohoto příspěvku na počátku roku 2002 v rámci Purkyňových dnů Společnosti pro léčení návykových nemocí přednesl krátkou prezentaci o práci skupiny Substitute v rámci projektu PHARE včetně vyhodnocení analýzy potřeb. Následující diskuse potvrdila, že Česká republika se co do perspektivy zavedení substitute v resortu vězeňství a co do postojů zaměstnanců resortního zdravotnictví nijak zvlášť neliší od minulého stavu v zemích EU, jak je nastíněn ve 4. podkapitole tohoto příspěvku. Tak jako kdysi v zemích EU, i u Apolináře nejčastěji vznášenou námitkou byla „vyšší účinnost abstinence léčby“ spolu s uváděním příkladů prospěchu, který během takové léčby v podmínkách výkonu trestu či vazby pacient získal, a zdůrazňování poměrně hladké detoxikace, která je obvykle pacientům, závislým na opiátech, při příchodu do výkonu trestu prováděna. Nebudu znovu rozmýšlet spor, zda existuje něco jako „nadřazenější“ a „podřadnější“ léčba, protože ta je v lékařském světě dávno rozhodnuta: existuje jen léčba indikovaná správně, nebo špatně.

Taktéž nepochybněji výhody asistované detoxikace a pokroky, kterých v tomto směru adiktologie dosáhla; na druhé straně nemohu než konstatovat, že zbavit pacienta fyzické závislosti je v podstatě rutinní a krátkodobý proces – zato odstranění závislosti psychické je proces dlouhodobý a v některých případech celoživotní a právě v této perspektivě je třeba problému závislosti nazírat.

V této souvislosti mi proto nejdůležitější přišlo a přijde, že vědomost personálu o průběhu chronického relapsujícího onemocnění vězňů/pacientů po opuštění výkonu trestu či vazby byla limitně blízká nule. Právě četné relapsy a vysoká míra předávkování (v některých případech smrtelných) po opuštění léčby ve výkonu trestu byla přitom jedním z hlavních důvodů zavádění substituční léčby ve věznicích Evropské unie – procesu, který stále ještě není dokončen a v některých zemích EU rovněž není vnímán bez kontroverze (viz výše).

Ve shodě se zásadou, že ve vězení a vazbě má být pacientovi dostupná léčba ve stejném rozsahu a kvalitě jako na svobodě, a ve shodě s doporučením WHO byli od samého počátku do pracovní skupiny Substitute projektu PHARE na ad hoc bázi zvaní i zástupci zdravotní služby GRVS; od počátku se ukázalo, že existuje všeobecný konsensus, podle něž by substituční léčba měla být dostupná pro osoby ve vazbě, na něž je třeba pohlížet jako na netrestané. Stále očividnější se ale stává obtížná logistická proveditelnost konceptu, podle něhož by existoval odlišný režim pro osoby ve výkonu trestu a ve vazbě.

V rámci pracovní skupiny Substitute projektu PHARE proběhla v listopadu 2002 krátká studijní návštěva rakouských věznic, v nichž je substituční léčba poskytována. Návštěvy se mj. zúčastnili vysocí úředníci a výzkumníci VS a další zainteresovaní odborníci z pracovní skupiny Substitute

projektu PHARE i ze skupiny Vězeňství. Krátký pobyt v Rakousku splnil svůj cíl: poskytl zasvěcený vhled do problematiky přímo v zemi, která je v tomto ohledu vysoce hodnocena evropskými institucemi, dal možnost posoudit výhody a obtíže zavádění substituční léčby v prostředí věznic z pohledu institucionálního (Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo zdravotnictví), zdravotnického (lékaři a další zdravotníci) i praktického (personál věznic a policisté).

Rozhodnutí, kdy a zda vůbec zavést substituční léčbu v podmínkách vazby a případně výkonu trestu, přísluší plně odpovědným vedoucím pracovníkům VS. Prozatím bylo deklarováno, že tato léčba bude zavedena v okamžiku, kdy o ni nastupující vězeň požádá. Společnost pro léčení návykových nemocí podala v této souvislosti podnět k řadě úprav Standardů substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a); zřejmě nejdůležitější je vypuštění ustanovení z bodu 7.1.2 (Relativní kontraindikace substituční léčby) ve znění „blízké uvěznění (není-li ve vězení dostupný substituční program), ve kterém by mohl klient pokračovat“. Ten by totiž paradoxně mohl zavést celý proces do bludného kruhu – program nebude k dispozici, dokud pacient nepožádá, a pacient nepožádá, protože se jej terapeut bude podle Standardů před nástupem trestu snažit převést do abstinenčního režimu bez ohledu na zdravotní oprávněnost takového postupu.

Jako lékař, který se profesionálně zabývá veřejným zdravím a stojí vně vězeňského systému, zavedení standardní léčebné modalit do vězeň-

ství bezvýhradně podporuji; důvody vyplývají z předchozích částí tohoto materiálu, pokusím se je nicméně shrnout do hesel:

- substituční léčba je v České republice standardní léčebnou modalitou a její účinnost je na celosvětové úrovni důkladně prověřena s konzistentními výsledky,
- substituční léčba nebude ani v podmínkách vazby léčebnou modalitou, která by „soutěžila“ s abstinenčně orientovanou léčbou; naopak, bude-li správně indikována a prováděna, bude představovat k abstinenční léčbě významný doplněk a v ideálním případě bude klienty do abstinenční léčby „dodávat“; naopak ti, kteří v abstinenční léčbě selžou, budou mít možnost přejít do méně náročného, přesto však před užíváním nelegálních drog a z toho vyplývajícími důsledky chránícího režimu,
- objem poskytované substituce „na svobodě“ bude v České republice v historicky krátké době významně zvýšen a logicky se zvýší i příliv jejích pacientů do vazby a výkonu trestu, kteří budou vyžadovat její pokračování, jež jim při postupu lege artis nelze odmítnout,
- přistoupení k Evropské unii vytvoří další tlak na „intervence založené na vědeckých důkazech (evidence-based policy)“ a na otázky spojené s lidskými právy, mezi něž patří právo na komplexní lékařskou péči,<sup>15</sup>
- narůstající spolupráce se subjekty mimo vězeňský systém povede ke stále většimu důrazu na osud vězně po propuštění a nikoliv na „preferovanou léčebnou modalitu“ během výkonu trestu nebo vazby.

Projekt PHARE k tomu vytvořil všestranné podmínky. Zřejmě nejdůležitější výstup představují Pilotní vzdělávací osnovy, zmíněné ve 3. podkapitole; ty byly přijaty Institutem pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví a na jejich podkladě bude v nejbližší době spuštěn první běh, zřejmě dvoudenního, kursu. Komplexní vzdělávací kurs byl zčásti inspirován tzv. „Videňským modelem“, jenž je v Evropě všeobecně považován za neefektivnější a zahrnuje:

### Obecnou část

- Stručný epidemiologický úvod, definici základních pojmů.
- Přehled legislativy upravující substituční léčbu nebo se vztahem k ní.
- Přehled modalit snižování poptávky po drogách.

### Specializovanou část

- Pro všechny zúčastněné profesionály (koordinace substituční léčby a průběžné vzdělávání, garance

<sup>15</sup> Jakkoliv existuje extrémní švédský precedens jeho nedodržení.

kvality, praktická organizace substituční léčby s důrazem na multidisciplinární přístup a síťováním mezi modalitami a jejich poskytovateli).

- Pro zdravotnický a psychosociální personál (obsáhlá specializovaná část, jejíž popis přesahuje možnosti této kapitoly).
- Specifika České republiky (organizační aspekty, popis situace a adresáře pro další využití).

Tento kurs je otevřen všem, kteří mají zájem – tedy přirozeně i specializovanému (případně i nesespecializovanému) personálu z oblasti vězeňství. Další podrobnosti podá a přihlášky přijímá odborný garant programu MUDr. Petr Popov na adrese IPVZ, Ruská 85, 100 05 Praha 10; e-mail: petr.popov@vfn.cz.

## 6/9 Závěr

Co říci závěrem této kapitoly ve sborníku, jenž je určen právě pracovníkům vězeňství? Snad vyzvat k účasti v kursu a případně i ke krátké stáži na civilním pracovišti substituční léčby nebo k přihlášení se k dalšímu studijnímu pobytu do Rakouska nebo jiné země EU s odpovídajícím programem.

Sám jsem se na sobě i na jiných v tomto i jiných případech přesvědčil, že osobní znalost dosud abstraktního a jakousi pikantérií zahaleného problému dokáže věci posunout k cíli, jímž je – a musí být – prospěch pacientů (i když v tomto případě zároveň vězňů) a tím prospěch celé společnosti.

## Literatura

- EMCDDA. (1999). Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. Chap. CT.97.EP.04. Lisbon: EMCDDA. Notes: [http://www.emcdda.org/multimedia/project\\_reports/situation/study\\_national\\_pdu\\_report.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/situation/study_national_pdu_report.pdf)
- EMCDDA. (2002). Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union (EMCDDA Insights series ed.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Gerstein, D. R., Harwood, H. J. (1990). Treating Drug Problems. Washington: National Academy Press.
- Griffiths, P., Nilson, M., Carpentier, C., Merino, P. P. (2003). Treating drug users in prisons - a critical area for health promotion and crime reduction policy. EMCDDA, Drugs in Focus - Briefing, 7.
- Institute of Medicine. (1990). A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems. in Institute of Medicine Treating Drug Problems (Vol. 1, Chap. 1, ). Washington, DC: National Academy Press.
- McSweeney, T., Turnbull, P. J. (1999). Drug treatment in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries [Web Page]. URL <http://www.pompidou.coe.int/English/penal/prison/dmop-e041.htm> [2003, April 12].
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2001a). Metodické opatření MZ ČR č. 4: Standard substituční léčby. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, ZD 4/2001. Notes: [http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta\\_standa.doc](http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_standa.doc)
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2001b). Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRUSL). Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, ZD 06/2001 .
- Mravčík, V., Zábanský, T. (2002). Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR - syntéza dostupných dat (The prevalence estimate of problem drug use in Czech Republic - synthesis of available data). Adiktologie Supplementum (Vybrané studie Analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR / Selected Substudies of the Impact Analysis Project of New Drugs Legislation in The Czech Republic), 1(1), 22-43.
- Nilson, M., Solberg, U., Ballotta, D., Wiessing, L. (2002). Key role of substitution in drug treatment. EMCDDA, Drugs in Focus - Briefing, 1(1). Notes: [http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb1\\_1/pb\\_01\\_EN.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_1/pb_01_EN.pdf)
- Popov, P. (2002). Metadonová substituční léčba v České republice (Methadone Maintenance Treatment in the Czech Republic). Adiktologie, 2(1), 24-31.
- Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách (2003). Zaostřeno na drogy č.2. Úřad vlády ČR, Praha.
- Stöver, H. (2001) Study On Assistance To Drug Users in Prisons [Web Page]. URL [http://www.archido.uni-bremen.de/eldok/docs\\_en/stoever\\_habil\\_2000.htm](http://www.archido.uni-bremen.de/eldok/docs_en/stoever_habil_2000.htm) [2003, April 12].
- Swiss Federal Office for Public Health. (1998). Drogy na předpis - vědecké podklady a zkušenosti (The Medical Prescription of Narcotics - Scientific Foundations and Practical Experiences). Olomouc: Votobia.
- WHO. (1993). Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison. Geneva: WHO. Notes: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/prisons/una9947e.pdf>

