



## Drogové služby ve vězení

Možnosti drogových intervencí a spolupráce neziskových organizací a věznic.

### obsah

#### 1 MOŽNOSTI DROGOVÝCH INTERVENCÍ VE VĚZEŇSKÉM PROSTŘEDÍ

1/1 Situace uživatele drog po vstupu do vězení

1/2 Programy orientované na abstinenci

1/3 Následná péče

1/4 Case management, multidisciplinární týmy a drogové soudy

1/5 Nedobrovolná, soudně nařízená léčba

#### 2 STRATEGIE HARM REDUCTION VE VĚZENÍ

2/1 Počátky harm reduction ve věznicích

2/2 Současný stav zavádění strategie harm reduction do věznic

2/3 Harm reduction ve vězeňském systému ČR

#### 3 SITUACE V ČR – DROGOVÉ SLUŽBY VE VĚZENÍ

3/1 Přehled rozvoje drogových služeb ve vězení

3/2 Projekt Drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce Brno

3/3 Adresář organizací poskytujících drogové služby ve vězení

ČERVENEC – ZÁŘÍ 2006

#### 1 MOŽNOSTI DROGOVÝCH INTERVENCÍ VE VĚZEŇSKÉM PROSTŘEDÍ

Otázku, zda užívání drog vede ke kriminalitě, nebo naopak, zatím nikdo uspokojivě nezodpověděl. Není však pochyb o velice těsném spojení mezi těmito dvěma způsoby chování. Například údaje ze Spojených států amerických ukazují, že až 80 % tamějších pachatelů trestné činnosti má problémy s nelegálními drogami nebo alkoholem nebo bylo pod vlivem drog nebo alkoholu při spáchání trestného činu (Gondles, 2005). Výzkum v Anglii a Walesu (Holloway, Bennett, Lower, 2004) prokázal přítomnost nelegálních drog v těle u 69 % zatčených osob, z nichž velká většina uváděla spojitost mezi svým užíváním drog a páčáním trestné činnosti. V České republice nejsou k dispozici spolehlivé údaje o podílu uživatelů drog ve vězeňské populaci. Při testování osob nastupujících výkonu trestu v pražských věznicích bylo v r. 2004 získáno 24 % pozitivních testů a při testování osob ve výkonu vazby a trestu, prováděného ve stejném roce ve všech 35 věznicích, byl nález pozitivní u 4 % vězňů<sup>1</sup>. Podle některých odhadů (Miovský, Sochůrek a Gajdošíková, 2003) se podíl osob užívajících ve vězení opakovaně nelegální drogy pohybuje mezi 20 a 30 %. Pro oblasti zdravotnictví a sociálních služeb vyplývají

z uvedených skutečností dvě hlavní skupiny otázek. Na jedné straně jsou to otázky z oblasti veřejného zdraví: Jaká zdravotní rizika přináší populace uživatelů drog ve vězení pro společnost? Jakým způsobem je možné tato rizika snižovat? Jak se tato rizika liší od těch mimo vězení? Těmito tématy se zabývá oddíl 2. Druhý okruh otázek se týká možností terapeutického působení: Jak je možné nasměrovat uživatele drog ve vězení k abstinenci a snížit tak riziko jejich recidivy? Je možné aplikovat existující léčebné programy do vězeňského prostředí? V čem by se měly lišit? Na tyto otázky se snaží nalézt uspokojivou odpověď vězeňské systémy za pomoci různých vědeckých disciplín. Abychom mohli nahlédnout složitost této problematiky, je užitečné podívat se na ni očima samotných uživatelů drog vstupujících do vězení.

<sup>1</sup> Z pozitivních testů bylo u nastupujících vězňů 49 % pozitivních na amfetaminy, 35 % na kanabinoidy, 12 % na opiáty a 4 % na barbituráty a u osob ve výkonu trestu 42 % pozitivních na amfetaminy, 23 % na kanabinoidy, 22 % na barbituráty a 13 % na opiáty.

### 1/1 Situace uživatele drog po vstupu do vězení

Uvěznění jedince dlouhodobě užívajícího drogy znamená většinou výrazný životní zlom jak pro něj, tak pro jeho nejbližší okolí. Je vytržen ze všech každodenních vztahů, ve kterých se do té doby pohyboval, a umístěn do prostředí, kde má jen velmi omezené možnosti svobodně se rozhodnout s kým a jak bude trávit čas. Tento silný zásah do jeho identity často vede k obecným otázkám po dalším životním směřování. Nucená abstinence, vnímaná těsná souvislost mezi užíváním drog a uvězněním mohou být důvodem pro více či méně vágně formulované rozhodnutí přestat brát drogy. To bývá dále podporované i ze strany rodinných příslušníků a blízkých, kteří mu v průběhu návštěv připomínají, jaké negativní důsledky mělo jeho užívání drog pro okolí.

Zdálo by se tedy, že abstinence po výstupu z vězení je společným cílem jak daného jednotlivce, tak jeho okolí, zkrátka ideální výchozí pozice pro úspěšné zvládnutí drogového problému. Existuje ovšem celá řada překážek, které se tomuto cíli staví do cesty, a vysoká míra jak drogové, tak kriminální recidivy ukazuje, že jsou často jen velice obtížně překonatelné. Samotný pobyt ve vězení a soužití s vězeňskou subkulturou vedou spíše ke vzdálení než přiblížení jedince většinové společnosti. Jak si všimli někteří sociologové (Goffman, 1961; Foucault, 1999; Bourdieu, 1997), vězení prohlubuje a neustále stvrzuje delikventní identitu a vyvolává sociální exkluzi. Výrazné komplikace přináší také výstup z vězení. Goffman popisuje tzv. výstupní úzkost („anxiety on release“), která se vyznačuje pocity dezorientace, zmatku a nejistoty a může vést k bezprostřednímu drogovému relapsu. Navíc jedinec náhle opouští prostředí, které utvářelo jeho rozhodnutí abstinovat a často se vrací tam, kde je takové rozhodnutí irelevantní, mezi subkulturu uživatelů drog. Je to také jedna z mála skupin, kde může získat svým pobytem ve vězení určitou prestiž. V rámci většinové společnosti „se propadá na dno“ (Goffman, 1961). Jeho delikventní identita

je i po výstupu udržována a zviditelňována prostřednictvím rejstříku trestů, verbálního projevu, povinností navštěvovat určité úřady apod. Významnou komplikaci také představují finanční dluhy, které ve vězení často ještě narůstají. Původní optimismus pramenící z předpokladu, že se ve vězení koncentruje mnoho motivovaných uživatelů drog, na které lze snadno působit a „vyléčit je ze závislosti“, je tedy vystřídán skeptickým postojem.

### 1/2 Programy orientované na abstinenci

Spojené státy americké, tradičně spojované s „válkou proti drogám“, začaly ve věznicích zřizovat speciální oddělení pro drogově závislé už ve 30. letech 20. století. V té době šlo zejména o zařízení nemocničního typu, podobná dnešním psychiatrickým léčebnám. Po expanzi léčebných oddělení přišlo rozčarování v 50. a 60. letech, kdy rozsáhlé evaluační studie ukázaly, že existující programy nefungují nebo mají jen velmi malý efekt (McCollister et al., 2004). Současně se začala objevovat zjištění, že pobyt v tzv. totálních institucích<sup>2</sup>, jako je vězení nebo psychiatrická léčebna, dává vzniknout anti-rehabilitačním postojům u pacientů, prohlubuje jejich stigmatizaci a samotná terapie má na tyto negativní důsledky jen malý efekt (Goffman, 1969; Tittle, 1972). Na základě těchto výzkumů přestala americká vláda podobné programy financovat. Vězeňská populace však dále narůstala a podíl

<sup>2</sup> Termín "totální instituce", vytvořený sociologem E. Goffmanem, označuje instituce, které charakterizují tyto znaky: 1) všechny věci života jsou soustředěny na jedno místo a stojí pod jedinou autoritou, 2) členové instituce vykonávají všechny fáze své každodenní aktivity spolu se všemi osobami stejného osudu, 3) všechny fáze denní činnosti jsou naplánovány a 4) tím je dosahováno oficiálního cíle instituce.

## Věznice Sheridan (USA)

V roce 2004 otevřela věznice Sheridan v USA ve státě Illinois oddělení kombinující všechny dosud osvědčené způsoby snižování recidivy. Hlavní myšlenkou tohoto programu je integrace léčby drogové závislosti ve vězení, přípravy na povolání a začleňování na pracovní trh. V první fázi programu získalo po propuštění práci na plný úvazek 80 % absolventů programu.

Program je postaven na spolupráci s externími organizacemi. Léčbu založenou na modelu terapeutické komunity zajišťuje nadace Gateway Foundation, přípravu na povolání a následnou pomoc při hledání zaměstnání nadace Safer Foundation, další organizace řeší otázky bydlení. Ihned po vstupu klienta do vězení je provedeno důkladné zhodnocení jeho situace, zaměřené především na pozitivních rysů osobnosti klienta, které by mohly

být v průběhu výkonu trestu rozvíjeny. Na tento proces navazuje vypracování vzdělávacího a pracovního programu klienta, který je pravidelně vyhodnocován. Příprava na konkrétní zaměstnání je doplněna psychoterapií a výcvikem sociálních a komunikačních dovedností.

Už během výkonu trestu oslovují klienti ve spolupráci s pracovníky Safer Foundation potenciální zaměstnavatele, z nichž někteří přicházejí do věznice a nabízejí různé pracovní pozice. Po výstupu z vězení potom mohou klienti buď dále pokračovat ve výcviku, anebo se účastní předjednaných schůzek. Pokud budou výsledky stále tak uspokojivé jako v případě prvních absolventů, měl by se tento program stát modelovým pro další programy snižování recidivy (Hicks, 2004).

pachatelů drogové trestné činnosti se zvyšoval. Na konci 80. let se proto začaly znovu objevovat pokusy o zřízení programů ve věznicích, jejichž cílem bylo snížit drogovou a kriminální recidivu po výstupu z vězení. Výsledky jejich evaluace prokázaly, že některé tyto programy opravdu fungují. Navíc nepomáhají pouze snižovat recidivu, ale zvyšují také kvalitu veřejného zdraví, šetří veřejné finance a zlepšují kvalitu života propuštěných vězňů a jejich rodin (Gondles, 2005). Co přispělo ke změně v úspěšnosti programů zaváděných ve věznicích? Především zjištění, že se nestačí zabývat drogovou závislostí bez zaměření na další oblasti lidského života. Léčba drogové závislosti musí být součástí komplexního programu zahrnujícího vzdělání, podporu v zaměstnání a bydlení či výcvik sociálních dovedností, a to vše při dobře koordinované péči a spolupráci s klientem. Nutná je spolupráce a koordinace všech zapojených organizací. Zároveň by tyto programy neměly končit výstupem jedince z vězení, ale měly by směřovat ke kontinuální podpoře i po propuštění ve formě specializované následné péče (McCollister et al., 2004; Fox, A., 2000; Hicks, 2004).

### 1/3 Následná péče

Programy následné péče pro propuštěné vězně – uživatele drog ve čtyřech evropských státech (Velká Británie, Rakousko, Nizozemí, Švédsko) podrobně zkoumala Foxová ve své studii z roku 2000. Autorka popisuje příklady dobré praxe následné péče, jejichž základem je zejména úzká spolupráce mezi všemi zainteresovanými složkami a osobní nasazení pracovníků služeb. Klíčovou součástí programů následné péče jsou potom externí organizace, a to jak státní (probační služba, zdravotnictví), tak nestátní (léčebné a kontaktní služby, charity, programy podporovaného zaměstnání, ...). Na rozdíl od vězeňské služby právě ony mohou zajišťovat potřebnou kontinuitu, umožnit osobám ve výkonu vazby a trestu, aby po výstupu z vězení mohly být ve stálém kontaktu s důvěrně známou osobou či alespoň organizací. Světová zdravotnická organizace uvádí následující doporučení: „Externí poradce by neměl nikdy patřit

přímo k věznicí nebo jiné justiční instituci. Zejména v očích svých klientů by měl mít určitý odstup od vězeňské instituce, protože efektivita jeho práce závisí nejen na jeho osobnosti a profesionalitě, ale také na stupni jeho nezávislosti na vězeňském systému. Drogově závislý vězeň, jak se ukazuje, projevuje větší důvěru k osobám, které nejsou přímo spojeny s věznicí.“ (WHO, 1990). Externí organizace mohou často přicházet s novými pohledy a inovačními přístupy, zlepšujícími kvalitu služeb pro uživatele drog.

### 1/4 Case management, multidisciplinární týmy a drogové soudy

Málokterá skupina lidí je nucena komunikovat s takovým množstvím institucí, navíc v tak stigmatizovaném postavení, jako jsou uživatelé drog v konfliktu se zákonem. Policie, soudy, vězeňská služba, probační a mediační služba, léčebná zařízení, sociální kurátoři, to jsou jen některé ze subjektů, se kterými vstupují tyto osoby do kontaktu. Každá instituce má odlišné požadavky a jiný pohled na daného člověka. Pro jedince, který velkou část života trávil mimo dosah těchto orgánů, je často velice těžké s nimi komunikovat.

Jako stále účinnější forma sociální práce se v podobných případech ukazuje tzv. case management vyvinutý v 60. letech minulého století ve Velké Británii v souvislosti s procesem tzv. deinstitucionalizace péče o duševní zdraví. Jde o metodu sociální práce, při které jeden pracovník („case manager“ nebo také „key worker“) zabezpečuje a koordinuje služby pro klienta v oblastech zdravotní péče, duševního zdraví, sociální práce a dalších. Tato činnost nejčastěji zahrnuje následující aktivity (Travis, 1999):

- zjištění potřeb klienta,
- vytvoření plánu péče,
- propojení klienta s jednotlivými službami,
- monitorování klientova pokroku,
- zastupování klienta.

Za účelem efektivní spolupráce se všemi relevantními institucemi

## Závěry výzkumu následné péče ve čtyřech evropských zemích (Fox, 2000)

- Následná péče pro vězněné uživatele drog významně snižuje míru recidivy a relapsů a zachraňuje lidské životy.
- Pro efektivní následnou péči je nezbytná spolupráce mezi organizacemi.
- Pracovníci drogových služeb musí mít přístup k vězňům v průběhu výkonu trestu, aby podpořili účast v léčbě a vytvořili plán pro výstup z vězení.
- Delikventi s krátkými tresty mají nejmenší šance dostat se do následné péče a nejčastěji recidivují. Tito vězni musí být rychle zapojeni do výstupního plánování a podporování ke vstupu do léčby.
- Vězni po propuštění potřebují výběr mezi typy následné péče. V drogové léčbě neexistuje jeden model vhodný pro všechny.
- Následná péče, začleněná do závěrečné části výkonu trestu, zvyšuje motivaci a pravděpodobnost abstinence.
- V následné péči by spolu s léčebným programem měly být řešeny otázky bydlení a zaměstnání; propuštění vězni bez zaměstnání a bydlení se nejčastěji dopouštějí relapsů a recidivy.

vznikají multidisciplinární týmy, které mají v některých zemích významný vliv např. u soudních jednání. Někdy jsou tyto týmy ustanoveny do podoby tzv. drogových soudů, které jsou často efektivním nástrojem snižování recidivy pachatelů drogových deliktů a v posledním desetiletí začaly být úspěšně zřizovány po celém světě. V USA bylo v letech 1995–1997 na tyto programy vynaloženo 33 milionů dolarů a v roce 2001 zde působilo více než 200 drogových soudů (Wenzel et al., 2001). Pachatelé trestných činů s minulostí užívání nelegálních látek mají díky nim šanci nastoupit namísto do vězení do vhodného typu léčebného programu. Evaluační studie ukázaly, že úspěšnost drogových soudů se odvíjí od dobré spolupráce soudů, poskytovatelů léčebných a sociálních služeb a komunitních organizací (Wenzel et al., 2001:4).

### **1/5 Nedobrovolná, soudně nařízená léčba**

Rozmach drogových soudů a využívání léčby drogové závislosti jako alternativy k trestu znovu rozpoutaly diskuse o účinnosti nedobrovolné léčby. Radikální tábor odpůrců tohoto typu léčby tvrdil, že nedobrovolná léčba nemůže fungovat, protože na počátku musí být vždy motivace a zájem jedince se léčit; tento přístup měl zastánce i mezi českými odborníky. Jiná část odborníků a výzkumných pracovníků upozorňovala, že dlouhodobé výsledky nedobrovolně léčených se pacientů jsou z hlediska drogové a kriminální recidivy srovnatelné se skupinou dobrovolných pacientů. Přehnaný důraz kladený na motivaci může podle nich znevýhodňovat některé uživatele drog, kteří by mohli mít z léčby stejný prospěch jako ostatní.

Trochu světla do této oblasti vnesl rozsáhlý celoevropský výzkum QCT (Quasi Compulsory Treatments), jehož kvalitativní část se zabývala způsoby jakými je léčba nařizována a vstupem klienta do léčby (Oeuvray, 2004). Studie zjistila vysokou míru variability v léčebných alternativách k trestu, stejně tak jako ve způsobech, jakými je léčba pro konkrétního klienta vybírána a nařizována a kdy jí klient nastupuje – jestli před nebo až po rozhodnutí soudu. Jako nejčastější problémy autoři uvedli nedostatečnou komunikaci mezi zdravotně-sociálním a trestněprávním systémem, slabou koordinaci jednotlivých složek systému a nedostatečnou pozornost věnovanou důležitým přechodům a fázím v léčbě.

### **2 STRATEGIE HARM REDUCTION VE VĚZENÍ**

Nelze se domnívat, že vězení jsou vůči drogám neprodyšně uzavřena a že tedy obviněným a odsouzeným ve věznicích nezbyvá nic jiného než abstinovat. Idea bezdrogových vězení je stejně nerealistická jako idea bezdrogové společnosti (Cranstoun Drug Services, 1997). Distributoři i uživatelé drog dovedou být v tomto ohledu velmi kreativní.

Ve srovnání s běžnou populací je počet uživatelů drog ve vězení podstatně vyšší. Podle výroční zprávy Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) za r. 2005 je celoživotní prevalence užívání drog mezi vězni podle většiny provedených studií v EU vyšší než 50 %; v jednotlivých státech se pohybuje mezi 22 a 86 % (EMCDDA, 2005). Velká část uživatelů drog po nástupu do vězení sice užívání drog omezí nebo s ním přestane, mnoho vězňů však pokračuje v užívání drog i po uvěznění a někteří z nich drogy ve vězení začnou užívat nebo si je aplikovat nitrožilně. Údaje o užívání drog přímo ve vězení se zjišťují obtížně a jsou poměrně nepřesné. Podle EMCDDA uvádí 8 až 60 % vězňů, že během pobytu ve vězení užívali drogy, a až 42 % uvádí jejich pravidelné užívání. Podle údajů národních monitorovacích středisek činí podíl vězňů, kteří si během pobytu ve vězení aplikovali drogy nitrožilně, až 34 % (EMCDDA, 2005).

Tyto údaje nastolují téma přístupu uživatelů drog ve vězení ke sterilním potřebám pro nitrožilní aplikaci drog a poukazují na značná rizika šíření infekčních nemocí. Současně vyvolávají otázku opodstatněnosti omezování některých forem péče v takto epidemickém prostředí.

### **2/1 Počátky harm reduction ve věznicích**

V souvislosti s nebezpečím infekčních onemocnění vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) již na konci 80. let doporučení, obsahující výčet kroků, které by měly doprovázet zavádění strategií harm reduction ve vězení (WHO, 1987). WHO doporučila zejména:

- Zajištění pravidelného přísunu (aktualizovaných) informací vězeňskému personálu o AIDS a jiných infekčních onemocněních.
- Distribuci informačních materiálů pro vězně o AIDS/HIV, rizicích (a rizikových způsobech) užívání drog) a homosexuálních kontaktů ve vězení.
- Zajištění dostupnosti kondomů ve vězení.
- Zvážení zavedení programů distribuce čistých jehel a stříkaček v rámci zdravotní péče ve vězení, pokud jsou tato opatření v daném státě zavedená mimo vězení.
- Zajištění dostupnosti HIV testů a nabídka před- a po-testového poradenství.
- Odmítnutí izolace a segregace uživatelů drog ve vězení (např. při jejich zaměstnávání).
- Dodržování obecných hygienických standardů ve věznicích. Podrobnější směrnice byly o deset let později vytvořeny Evropskou sítí pro prevenci HIV/AIDS a hepatitidy ve vězení (dnešní ENDIPP). Vycházejí z předpokladu, že ve vězení by měli mít lidé stejný přístup ke zdravotní péči jako na svobodě. Vzhledem k vysoce rizikovému prostředí je potřeba se intenzivněji zaměřit na prevenci infekčních onemocnění (důsledné epidemiologické sledování, přístup k čistému

injekčnímu náčiní, očkování a léčbě závislosti včetně substituční terapie) (ENDIPP, 1999).

## 2/2 Současný stav zavádění strategie harm reduction do věznic

Situace, pokud jde o zavádění strategií harm reduction, v evropských i světových věznicích však stále není uspokojivá. Jako nejčastější námitky proti výměnným programům ve vězení jsou uváděny zvýšení násilí, použití jehel jako zbraní, nárůst (injekčního) užívání drog, snížení významu abstinenčně orientovaných služeb. Nejnovější poznatky však konstatují, že tyto obavy nebyly naplněny (Lines, R. a kol., 2006). Jako první zavedlo programy výměny jehel ve věznicích Švýcarsko v r. 1992. Rozhodlo se pro limitovaný počet 7 věznic, které tyto služby nabízely. V Německu byly tyto programy po pětiletém fungování v 6 věznicích zastaveny kvůli politickým tlakům. Španělsko je tak jediným státem EU, kde jsou výměnné programy zavedeny (a to ve všech věznicích) (Lines, R. a kol., 2006). K rozvoji těchto služeb dochází v Moldávii, Kyrgyzstánu a překvapivě také Bělorusku. Kyrgyzstán dosáhl plného pokrytí všech 11 věznic výměnnými programy. Zavedení programů výměny jehel ve vězení se zvažuje také v Lucembursku, Austrálii a Kanadě.

Shrnutí a vyhodnocení přibližně dvou set nezávislých studií týkajících se výměny jehel ve věznicích přineslo mimo jiné následující závěry (WHO, 2006a):

- Využívání sterilního náčiní injekčními uživateli drog (IUD) výrazně přispívá ke snížení rizika nákazy virem HIV.
- V důsledku výměnných programů nedošlo k nárůstu významných nezamýšlených negativních důsledků – nárůstu (injekčního) užívání drog, snížení věku uživatelů.
- Výměnné programy jsou nákladově efektivní a přinášejí i další významná pozitiva (větší záchyt problémových uživatelů, zvýšení počtu léčených osob).
- Účinky dezinfekčních prostředků na snižování infekce HIV nebyly přesvědčivě prokázány.
- Výměnné programy samy o sobě nestačí omezit výskyt infekce HIV mezi IUD.

Kromě výměnných programů jsou v rámci strategie harm reduction ve věznicích využívány informace a vzdělávání<sup>3</sup>, dobrovolné testování a poradenství, distribuce kondomů a chlorových dezinfekčních přípravků a substituční terapie (příp. preskripce opiátů)<sup>4</sup> (WHO, 2006b).

<sup>3</sup> Například u vězňů před propuštěním jsou velice důležité informace a poradenství kvůli výrazně vyššímu riziku předávkování v nejbližších hodinách po propuštění.

<sup>4</sup> V r. 2004 byla substituční léčba v 6 z 15 států tehdejší EU dostupná téměř ve všech věznicích, pět států ji poskytuje pouze v několika věznicích a zbývající státy ji ve věznicích neposkytují vůbec.

## 2/3 Harm reduction ve vězeňském systému ČR

Strategie harm reduction, tedy minimalizace rizik, spojených s užíváním (nelegálních) drog, kdy plná abstinence od psychoaktivních látek není vnímána jako cíl, ale jen jako jeden z možných prostředků, není ve věznicích v ČR prováděna. V zařízeních pro výkon trestu a vazby v ČR neexistují ani pilotní projekty výměny jehel, ani vzdělávání o méně rizikových způsobech užívání drog, ani možnost legálního pořízení sterilního náčiní k užívání drog.

Pro prostředí vězeňství navrhuje Světová zdravotnická organizace širší definici harm reduction: „Termín harm reduction ve vztahu k ochraně veřejného zdraví ve věznicích označuje přístup, jehož cílem je předcházet negativním zdravotním dopadům, souvisejícím s určitým typem chování (např. injekční aplikací drog), s pobytem ve vězení a s přeplněností věznic, jakož i negativním dopadům na duševní zdraví, popřípadě tyto dopady snižovat“ (WHO, 2005). Zohledníme-li tuto specifickou definici, pak je třeba se zmínit zejména o projektu substituční léčby závislosti na opiátech, jehož pilotní fáze byla 1. dubna 2006 spuštěna ve dvou věznicích (Praha Pankrác a Příbram). Substituční léčba je standardní léčebnou modalitou, jejímž cílem je úplná abstinence pacienta od nelegálních opiátů; k tomu používá farmakoterapii plnými agonisty nebo částečnými ant/agonisty opiátových receptorů, doprovázenou intenzivní nefarmakologickou léčbou (psychoterapie, vzdělávání, atd.) tato standardní léčba v sobě nicméně obsahuje prvky harm reduction; ten nejviditelnější spočívá ve faktu, že je přijímána i chronickými, těžkými pacienty, kteří mají potíže s jinými léčebnými režimy (asistovaná nebo "suchá" detoxifikace, vězeňské programy využívající model terapeutické komunity apod.). Tak významně snižuje riziko přenosu krevních virových onemocnění v prostředí věznic. Substituční léčba se dosud týká jen nemocných opiátovou závislostí; pro závislé uživatele stimulačních drog, jichž se předpokládá ve věznicích ČR vyšší počet (Zábranský, 2003), podobná alternativa dosud neexistuje.

### 3 SITUACE V ČR – DROGOVÉ SLUŽBY VE VĚZENÍ

Služby prevence, léčby a následné péče pro uživatele drog se v ČR rozvíjely od roku 1990. Koncem 90. let existoval poměrně ucelený systém preventivních programů, služeb harm reduction a léčby. Dostatečně nebyla pokryta oblast služeb pro uživatele drog ve vězení a právního poradenství pro uživatele drog. Pracovníci nízkoprahových a léčebných programů začali klienty ve věznicích navštěvovat v rámci řádných návštěv a udržovali s nimi písemný kontakt. Začala se rozvíjet komunikace s vedením jednotlivých věznic a začaly vznikat první projekty zaměřené výhradně na práci s klienty ve vězení.

#### 3/1 Přehled rozvoje drogových služeb ve vězení:

- 1997 – první přímé kontakty ve vězení a sociálně-právní podpora klientů v konfliktu se zákonem; přístup do věznic prostřednictvím Vězeňské duchovenské péče a na základě dohod s řediteli věznic.
- 1997–2000 – vznik prvních samostatných projektů Sdružení Podané ruce, o.s. SANANIM a o.s. Laxus.
- 2001–2003 Phare Twinning Project „Posílení národní protidrogové politiky“ – v rámci pracovní skupiny „Vězeňství“, došlo k navázání spolupráce mezi NNO a GRVS ČR.
- 2002 – zahájení oficiálního dialogu o spolupráci na drogových službách ve vězení mezi VS ČR a A.N.O.
- 2003 – založení pracovní skupiny „Klient v konfliktu se zákonem“, sdružující poskytovatele drogových služeb z řad NNO, zaměřené služby pro (problémové) uživatele drog ve vězení.
- 2003 – založení odborné sekce Drogové služby ve vězení A.N.O.; cílem je zejména vytvoření koncepce a metodiky služeb ve vězení, vzdělávání, výměna zkušeností a garance kvality služeb. V letech 2004–2006 došlo k rozvoji dalších programů NNO zabývajících se službami pro drogově závislé ve věznicích; v r. 2006 působí v 16 z celkového počtu 35 věznic. Ve většině věznic je spolupráce formalizována na základě písemné dohody mezi danou věznicí a NNO. Intenzita spolupráce se pohybuje od jednoho dne měsíčně až po dlouhodobé celodenní působení až 4 dny v týdnu v dané věznici.

#### 3/2 Projekt Drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce Brno

Projekt Drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce Brno je nejdéle existujícím a nejrozsáhlejším projektem zaměřeným na práci s klienty v konfliktu se zákonem. Oficiální začátek projektu se datuje od r. 1997, přípravná fáze probíhala v letech 1995–1996. V projektu pracují v současné době čtyři odborní pracovníci – psycholog, sociální pracovník a dva speciální pedagogové. Působnost projektu je v Jihomoravském kraji, ve věznicích Kuřim a Břeclav a ve vazební věznici Brno. Cílem projektu je dosáhnout pozitivních změn ve vývoji životního a sociálního scénáře problémových uživatelů drog ve vězení, podpořit pozitivní potenciál jejich rodin a přirozených komunit,

vytvářet kontinuální vztah ke klientovi a zajišťovat návaznost služeb v následné péči.

Projekt nabízí zejména individuální a skupinové poradenství a terapii, motivační trénink, krizovou intervenci, case management a další služby. Klade důraz na kontinuitu péče a zprostředkovává a také sám zajišťuje odbornou pomoc klientům po výstupu z vězení. Nedílnou součástí projektu je spolupráce s pracovníky vězeňské služby a se subjekty v oblasti návazné a postpenitenciární péče (probační a mediační služba, sociální kurátoři, kontaktní a léčebná zařízení aj.).

V r. 2005 byly služby poskytnuty 303 klientům a 43 rodinným příslušníkům. V r. 2005 pokračovalo ve spolupráci s projektem 54 % klientů propuštěných z vězení, z nichž 43 % nastoupilo do ambulantní či rezidenční léčby.

#### Kazuistika: Jarek

Do svých patnácti let neměl Jarek s chováním žádné problémy. Na středním odborném učilišti ale zkusil pervitin a postupně jej začal brát pravidelněji. Školu neukončil. Finanční nároky na zvyšující se spotřebu drogy byly vysoké, nechtěl ale nikoho okrádat, tak se naučil pervitin vyrábět. Poprvé byl zatčen v jedenadvaceti letech, na vazbě strávil tři měsíce, nakonec vyvázl s podmíněným trestem odnětí svobody. Podruhé už byl odsouzen ke třem letům nepodmíněně do věznice s ostrahou. Ačkoli se už při prvním pobytu ve vazbě rozhodl s drogami přestat, byl přesvědčený, že to zvládne sám a odbornou pomoc nevyhledával. Zjistil ale, že to nebude tak jednoduché a od počátku druhého pobytu ve vazbě začal spolupracovat s pracovníkem programu Drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce. Společně navrhli soudu náhradu vazby probačním dohledem, v rámci kterého by zahájil ambulantní léčbu spojenou s testováním moči. Soud na tuto možnost nepřistoupil. Při pravidelných individuálních konzultacích Jarek rekapituloval svoji minulost a plánoval potřebné kroky do budoucnosti. Po přemístění do Věznice Oráčov udržoval s pracovníkem programu písemný kontakt. K žádosti o podmíněné propuštění přiložil Jarek vyjádření Sdružení Podané ruce a také příslib odborného učiliště, že může znovu nastoupit do školy. Soud jeho žádosti vyhověl. Uložil mu probační dohled, povinnost nadále udržovat kontakt se Sdružením Podané ruce a nastoupit znovu do školy. Po výstupu se s Jarkem rozešla přítelkyně. Nadále však plnil naplánované úkoly – udržoval kontakt s pracovníkem programu, který mu pomohl sjednat spolupráci s probační službou a nastoupil do chráněné truhlářské dílny centra Eikón provozované Sdružením Podané ruce. Tam pracoval dva měsíce, přitom stále pokračoval v pravidelných poradenských konzultacích. Absolvoval také rekvalifikační kurz zprostředkovaný úřadem práce a v září 2006 nastoupil znovu do školy.

**OBRÁZEK 1: MAPA ČR – vazební věznice a věznice**



Stav ke dni 31. 8. 2006.

### **3/3 Adresář organizací poskytující drogové služby ve vězení**

#### **Drogové služby ve vězení, Sdružení Podané ruce**

Francouzská 36, 602 00 Brno  
tel.: 545 247 542, fax: 545 247 535  
e-mail: [vezeni@podaneruce.cz](mailto:vezeni@podaneruce.cz)  
[www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz)

#### **Práce s uživateli drog ve vazbách, o.s. SANANIM**

Charkovská 12, Praha 10  
tel: 271 740 312, 775 766 706  
e-mail: [vezeni@sananim.cz](mailto:vezeni@sananim.cz)  
[www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)

#### **Drogové služby ve vězení Laxus o.s.**

Okružní 699, p.o.box 21, 500 03 Hradec Králové  
tel.: 495 515 907  
e-mail: [dsv@laxus.cz](mailto:dsv@laxus.cz)  
[www.laxus.cz](http://www.laxus.cz)

#### **Práce s klienty v konfliktu se zákonem, Sdružení Podané ruce, Oddělení Walhalla**

Sokolská 41, 772 00 Olomouc  
tel.: 585 154 917, 777 916 279  
e-mail: [vezeni.ol@podaneruce.cz](mailto:vezeni.ol@podaneruce.cz), [walhalla@podaneruce.cz](mailto:walhalla@podaneruce.cz)  
[www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz)

#### **Drogové poradenství ve vazební věznici Plzeň-Bory, Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s. Plzeň**

Haviřská 11, 301 00 Plzeň  
tel: 377 421 374, fax: 377 421 034  
e-mail: [vodickova@kcentrum.cz](mailto:vodickova@kcentrum.cz)  
[www.kcentrum.cz](http://www.kcentrum.cz)

#### **Centrum drogových služeb ve vězení, o.s. SEMIRAMIS Nymburk**

Velké Valy 995, 288 02 Nymburk  
tel/fax 325 514 424,  
e-mail: [vezeni@os-semiramis.cz](mailto:vezeni@os-semiramis.cz)

### Použité zkratky

IUD – injekční uživatelé drog  
NNO – nestátní neziskové organizace  
A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí  
VS ČR – Vězeňská služba ČR  
WHO – Světová zdravotnická organizace  
GRVS ČR – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

### Hlavní zdroje informací

#### Doporučená literatura

- Bourdieu, P. (1997). *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.
- Cranstoun Drug Services (1997). *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*. Amsterdam: 1997.
- ENDIPP (2002). Materiál přeložený v rámci projektu Twinning Project "Drug Policy" between the Czech Republic and the Republic of Austria (National Drug Commission – ÖBIG – Austrian Health Institute) Component 3: Pracovní skupina Vězeňství Praha 2002
- EMCDDA (2005). *Výroční zpráva 2005: stav drogové problematiky v Evropě*. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon. Retrieved from <http://annualreport.emcdda.europa.eu/download/ar2005-cs.pdf>
- Foucault, M. (1999). *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.
- Fox, A. (2000). *Prisoners Aftercare in Europe: a four country study*. London: ENDHASP, Cranstoun Drug Services.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Gondles, J.A. (2005). *Returning to Society*. *Corrections Today*, 67(2)
- Hicks, J. (2004). *Employment Upon Re-entry: Prison-Based Preparedness Leads to Community-Based Success*. *Corrections Today*, 66(6)
- Holloway, K., Bennett, T., Lower, C. (2004). *Trends in drug use and offending: the results of the NEW-ADAM programme 1999–2002*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Findings 219. London: Home Office (Abstract).
- Lines, R. a kol. (2006). *Výměna jehel ve věznicích: Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností*. Praha: Úřad vlády.
- McCollister, K.E., French, M.T., Prendergast, M.L., Hall, E., Sacks, S. (2004). *Long-Term Cost-effectiveness of Addiction Treatment for Criminal Offenders*. *Justice Quarterly*, 21(3), 659–679
- Miovský, M., Sochůrek, J., Gajdošíková, H. (2003). *Analýza současného stavu užívání nelegálních drog ve věznicích*. In M. Miovský, H. Spirig, M. Havlíčková (eds.), *Vězeňství a nelegální drogy: Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích*. Praha: Úřad vlády.
- Oeuvray, K. (2004). *Getting into Quasi Compulsory Treatment: Differentiating entry practices*. *Societies of Criminology 1st Key Issues Conference*, Paris, 13–15 May.
- Tittle, C.R. (1972). *Institutional Living and Rehabilitation*. *Journal of Health and Social Behavior*. 13(3), 263–275.
- Wenzel, S.L., Longshore, D., Turner, S., Ridgely, M.S. (2001). *Drug Courts: A Bridge Between Criminal Justice and Health Services*. *Journal of Criminal Justice*, 29(3), 241–253
- WHO (1990). *Drug abusers in prison*. *Regional Publications*, 27.
- WHO (2006a). *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. Praha: Úřad vlády ČR.
- WHO (2006b). *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády.

#### Zaostřeno na drogy

**Vydává** ■ Úřad vlády České republiky

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

IČO 00006599

**Adresa redakce** ■ Vladislavova 4, Praha 1, tel. 296 153 222

**Odpovědný redaktor** ■ Ing. Eva Škrdlantová

**Autoři tohoto čísla** ■ Bc. Olga Škvařilová, Mgr. Pavel Nepustil DiS., Mgr. Marek Jargus, MUDr. Tomáš Záborský, PhD.

Toto číslo vychází 30. 9. 2006. Vychází nejméně 6x ročně.

Evidenční číslo Ministerstva kultury ČR: MK ČR E 14088.

**ISSN 1214-1089**

**Neprodejně. Distribuci zajišťuje vydavatel.**

© **Úřad vlády České republiky, 2005**

Toto číslo Zaostřeno na drogy připravilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Editor tohoto čísla: Mgr. Ondřej Petroš