

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Tomáš Koňák

Zacházení s vězněnými uživateli drog

Treatment of imprisoned drug users

Praha 2015

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.**

Poděkování:

Rád bych zde poděkoval především vedoucí své diplomové práce doc. PhDr. Iloně Gillernové, CSc. za vstřícnost, trpělivost a podnětné vedení. Můj velký dík patří Mgr. Kateřině Grohmannové za konzultace většiny odborných témat a spolupráci při zpracování výsledků empirického šetření. Dále děkuji MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D., který inicioval a vedl celé empirické šetření a dalším pracovníkům Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti, bez nichž by se empirické šetření tohoto rozsahu neuskutečnilo. Taktéž velice děkuji RNDr. Bruno Sopkovi, Ph.D. za pomoc se statistickým zpracováním a interpretací získaných dat.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného či stejného titulu.

V Praze, dne 28. července 2015

.....

Tomáš Koňák

Abstrakt

Hlavním cílem předkládané diplomové práce je v teoretické části popsat oblast odborného zacházení s vězněnými uživateli drog a zasadit ji jak do širšího rámce teorie kriminogenních rizik a potřeb, tak především do rámce léčení duševních poruch. K závislosti na psychoaktivních látkách se zejména u vězněných osob často přidružují další duševní poruchy, což je téma, které je v předkládané práci poměrně široce diskutováno. Jsou zde popsány jednotlivé druhy odborných intervencí, které se v českých a zahraničních věznicích používají v rámci zacházení s vězněnými uživateli drog. U většiny těchto intervencí je ilustrováno, jak jsou tyto zajištěny a využívány v zahraničních věznicích a zejména pak v rámci českých věznic. Popsány jsou intervence spojené s nástupem do věznice, detoxifikační léčba, poradenské a další programy s nízkou intenzitou. Zvláštní důraz je položen na residenční vězeňské programy, jejichž hlavním reprezentantem je vězeňská terapeutická komunita pro drogově závislé a na substituční léčbu. Velký prostor je pak věnován výzkumným studiím, v rámci nichž byla zjišťována efektivita těchto programů a vliv účasti odsouzených v těchto programech na snížení jejich recidivy a znovuvěznění.

V empirické části předkládané práce jsou prezentovány výsledky průřezové epidemiologické studie, která proběhla formou dotazníkového šetření ve třech vlnách v letech 2010, 2012 a 2014 ve všech českých věznicích na reprezentativních vzorcích odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody. Závěry studie ukazují na vysokou prevalenci užívání drog amfetaminového typu v populaci českých vězňů a to jak před uvězněním, tak i během pobytu ve věznici. Dále byla studií zjištěna vysoká míra injekčního užívání drog v populaci odsouzených. Zjištěná míra prevalence problémového užívání drog v populaci českých vězňů přesáhla hranici 30 % a byl potvrzen její statisticky významný nárůst mezi lety 2010 až 2014. Dále byla studií potvrzena statisticky významně vyšší míra prevalence problémového užívání drog v populaci vězněných žen než v populaci vězněných mužů.

Klíčová slova: vězení, věznění uživatelé drog, zacházení s uživateli drog, prevalence užívání drog ve vězení, problémové užívání drog

Abstract

The main goal of the theoretical part of submitted theses is to describe the field of specialized treatment of imprisoned drug users. The author's emphasis is to put the specialized treatment to a broader frame of the Risk-needs theory as well as to the frame of physical diseases and mental disorders that are often associated with addiction or drug abuse. Different kinds of specialized interventions that are usually used for treatment of imprisoned drug users in different countries are described. There is although demonstrated in which way these interventions are implemented in Czech prison system. By these interventions are especially meant treatment on the entry at the prison, detoxification, counselling and other programs and interventions with low intensity. Especial emphasis is put on residential prison programmes such as prison therapeutic communities for drug users and on opioid substitution treatment. A great number of pages are dedicated to the research of effectivity of treatment programmes.

In the practical part of submitted theses results of cross-sectional study that was implemented in all Czech prisons in three waves in 2010, 2012 and 2014 are presented. Representative samples of Czech prisoners were chosen for the purpose of this cross-sectional study. These prisoners were asked to fill questioners that focused on prevalence of drug use before imprisonment and during imprisonment as well. The results of the cross-sectional study revealed great prevalence of use of amphetamines (methamphetamine) in the population of Czech prisoners before imprisonment and during imprisonment as well. High prevalence of injecting was although evident. According to the study there is 30% prevalence of problem drug use among the population of Czech prisoners. There was statistically significant growth of the ratio of problem drug users in the population of Czech prisoners between 2010 and 2014. It was although confirmed that in the Czech Republic the ratio of problem drug users is significantly higher in the population of imprisoned women than in the population of imprisoned men.

Keywords: prison, imprisoned drug users, treatment of drug users, prevalence of drug use in prison, problém drug use

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 VĚZNĚNÍ UŽIVATELÉ DROG.....	9
1.1 Vězeňská populace	9
1.2 Zacházení s uživateli drog z pohledu teorie kriminogenních rizik a potřeb	10
1.3 Užívání drog vězněnými osobami	13
1.4 Somatické a duševní poruchy u vězněných uživatelů drog	16
2 ODBORNÉ ZACHÁZENÍ S VĚZNĚNÝMI UŽIVATELI DROG	25
2.1 Péče o uživatele drog	25
2.2 Potřeby vězněných osob z hlediska odborné péče a motivace k léčbě	27
2.3 Intervence pro vězněné uživatele drog	28
2.4 Substituční léčba závislosti na opioidech.	44
2.5 Programy snižování rizik	48
2.6 Příprava na propuštění a kontinuita péče	49
2.7 Efektivita zacházení s uživateli drog	51
EMPIRICKÁ ČÁST.....	63
3 VÝCHODISKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ.....	63
3.1 Prevalence užívání drog v populaci vězněných osob	63
3.2 Problémové užívání drog	73
3.3 Užívání drog ve věznicích	77
4 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ - STUDIE	82
4.1 Cíle studie, výzkumné otázky a hypotézy	82
4.2 Design a metodika studie	85
4.3 Průběh sběru dat ve věznicích a jejich zpracování	87
4.4 Výběrový soubor a jeho charakteristiky	88
4.5 Výsledky studie.....	93
4.6 Testování hypotéz	108
4.7 Diskuse.....	109
4.8 Závěry	111
Zdroje	114

Úvod

Užívání drog představuje z pohledu penitenciární psychologie jedno z nejzávažnějších kriminogenních rizik, kdy pokračování v užívání drog po propuštění z věznice výrazně zvyšuje pravděpodobnost recidivy daného jedince k trestné činnosti. Věznění představuje jedinečnou příležitost pro to, podchytit klienty, kteří jsou pro běžné drogové služby v civilu nedosažitelní a nabídnout jim adekvátní intervence. Adekvátní jejich stupni rizika, potřebám, motivaci ke změně a stylu učení.

Z pohledu klinické psychologie patří závislost popřípadě škodlivé užívání psychoaktivních látek mezi duševní poruchy. Jejich léčba se často komplikuje tím, že se k těmto poruchám v případě vězňů často přidružují i další duševní poruchy (poruchy osobnosti, úzkostné a afektivní poruchy apod.), což činí léčbu náročnější a komplikovanější a léčba se tímto často též prodlužuje. Neméně důležitými faktory ovlivňujícími léčbu jsou faktory zdravotní, které souvisí s tím, že velký počet uživatelů drog ve věznicích trpí různými somatickými poruchami, které jsou často důsledkem rizikového životního stylu na svobodě. Závažná zdravotní rizika však plynou i z ochoty vězňů pokračovat v užívání drog ve věznici, a to často intravenózně, za použití sdíleného injekčního materiálu a dalších parafernálií.

Užívání drog zvyšuje riziko suicidálního chování u daného jedince. Zejména užívání opioidů pak navíc představuje značné ohrožení na životě v období těsně po propuštění z věznice, kdy hrozí riziko předávkování. Na obě tyto skutečnosti je potřeba také vhodně terapeuticky reagovat.

Role vězeňského psychologa v odborném zacházení s věznými uživateli drog v českých věznicích začíná již při příjmu vězně, kdy právě psycholog zjišťuje míru rizika sebevraždného chování a kontinuálně přechází v komplexní zhodnocení rizik kriminogenních v rámci vytváření části komplexní zprávy o odsouzeném, kdy se krom jiného detailně zaměřuje právě na oblast užívání psychoaktivních látek. Tato diagnostická činnost je pak ze strany psychologa následována činností terapeutickou, kdy se většina psychologů podílí na odborném zacházení s uživateli drog v rámci poraden drogové prevence, bezdrogových zón a specializovaných oddělení věznic. V případě specializovaných oddělení je pak psycholog garantem odborné péče poskytované v daném programu.

Naprostá většina vězných uživatelů drog jednou opustí věznici a vrátí se zpět do společnosti, pouhé uvěznění bez adekvátního zacházení s věznem nevede ke snížení rizika recidivy, a tedy problém neřeší, ale pouze odkládá. Role vězeňského psychologa v odborném zacházení s věznými uživateli drog je proto důležitá a prozatím nezastupitelná.

V teoretické části předkládané práce je odborné zacházení s věznými uživateli drog zasazeno do širšího rámce teorie kriminogenních rizik a potřeb, kdy závislost na návykových látkách je považována za jeden z nejvýznamnějších dynamických kriminogenních faktorů ovlivňujících kriminální chování jedince a případnou recidivu k trestné činnosti po propuštění z věznice. Je zde zmapována oblast prevalence užívání návykových látek v populaci vězných osob se zvláštním důrazem na problémové užívání drog, a to jak v období před nástupem do věznice, tak po dobu pobytu ve věznici. Podrobně je zde popsána problematika somatických onemocnění a dalších duševních poruch, které se často přidružují k poruše duševní způsobené užíváním psychoaktivních látek a tvoří spolu komorbiditu. Pozornost je věnována též vlivu užívání návykových látek na suicidální chování vězňů a na riziko úmrtí v souvislosti s předávkováním po propuštění z věznice. Dále jsou popsány jednotlivé druhy odborných intervencí, které se v českých i v zahraničních věznicích používají v rámci zacházení s věznými uživateli drog. U většiny těchto intervencí je ilustrováno, jak jsou tyto zajištěny a využívány v rámci některých zahraničních vězeňských služeb a zejména v rámci českých věznic. Popsány jsou intervence spojené s nástupem do věznice, detoxifikační léčba, poradenské a další programy s nízkou intenzitou. Zvláštní důraz je kladen na residenční vězeňské programy, jejichž hlavním reprezentantem je vězeňská terapeutická komunita pro drogově závislé a na substituční léčbu. Velký prostor je pak věnován výzkumným studiím, v rámci nichž byla zjišťována efektivita těchto programů a vliv účasti v těchto programech na snížení recidivy a znovuvěznění.

V empirické části předkládané práce jsou prezentovány výsledky průřezové epidemiologické studie, která proběhla formou dotazníkového šetření ve třech vlnách v letech 2010, 2012 a 2014 ve všech českých věznicích na reprezentativních vzorcích odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody. Závěry studie ukazují na vysokou prevalenci užívání drog amfetaminového typu v populaci českých vězňů a to jak před uvězněním, tak i během pobytu ve věznici, což nás staví na jedno z předních míst v Evropě. Dále byla zjištěna vysoká míra injekčního užívání drog v populaci odsouzených. Míra prevalence problémového užívání drog v populaci českých vězňů přesáhla hranici 30 % a byl potvrzen její statisticky významný nárůst mezi lety 2010 až 2012. Dále byla studií potvrzena statisticky významně vyšší prevalence problémového užívání drog v populaci vězných žen než v populaci vězných mužů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VĚZNĚNÍ UŽIVATELÉ DROG

Vymezení pojmů

Pod pojmem **vězeň** nebo **vězněná osoba** jsou pro účely tohoto textu míněny osoby ve výkonu vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. V případě odkazů na praxi zahraničních věznic je pojem vězeň používán pro osoby, které se nacházejí v obdobné fázi trestního řízení, jakými je v ČR výkon vazby nebo trest odnětí svobody. Pro vězně, kterým je poskytována zdravotní péče, ochranné léčení nebo substituční léčba je používán též termín pacient; pro vězně, kteří jsou zařazeni v některém intervenčním programu zaměřeném na odvykání, nebo je jim poskytována jiná odborná péče, je používán též termín klient.

Drogou je míněna návyková látka podle zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách, která je buď nelegální, nebo je užívána jinak než v souladu s indikací lékařem a rovněž psychoaktivní látka v souladu s MKN 10.

Pojem **odborné zacházení** je českým ekvivalentem anglického „treatment“ a vyjadřuje odborné působení na jedince zejména psychologickými, psychoterapeutickými, speciálně pedagogickými, socioterapeutickými a výchovnými prostředky. V obdobném smyslu je v textu používán též pojem odborná péče.

Problémovým uživatelem drog je v souladu s definicí Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) míněna osoba, která intenzivně užívá opioidy nebo drogy amfetaminového typu a / nebo užívá drogy nitrožilně. Nejedná se tedy o diagnostickou (nozologickou) jednotku, ale o kategorii epidemiologickou.

Pojmy **závislost** a **škodlivé užívání** jsou zde používány v souladu s MKN 10. Tam, kde jsou citovány výsledky studií, kde bylo použito kategorií **závislost** nebo **abúzus** v souladu s DSM IV, je toto explicitně zmíněno.

Adjektivum **civilní** nebo **komunitní** je používáno ve smyslu mimovězeňský (např. komunitní poskytovatel služeb).

1.1 Vězeňská populace

V posledním desetiletí zaznamenala Česká republika, stejně jako celá Evropa, nárůst vězeňské populace. Před prezidentskou amnestií, která byla udělena k 1. 1. 2013, byly stavy vězněných osob v ČR téměř na svém historickém maximu, kdy počet obviněných a odsouzených přesáhl hranici 24 tisíc osob. Po amnestii sice počty krátkodobě klesly na cca

16 tisíc osob (březen 2013), ale současná situace vypadá tak, že se věznice začínají opět rychle naplňovat. K 30. 6. 2015 bylo v českých věznicích 20 165 vězněných osob.

V celé EU se odhaduje, že je okolo 635 000 osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Dalších 3 500 odsouzených je v Norsku a více než 137 000 v Turecku (Walmsley, 2013). Souhrnné počty osob, které se nacházejí v jiné fázi trestního řízení, než je výkon trestu, a jsou z tohoto důvodu omezeny na svobodě, lze v rámci EU odhadovat na další desetitisíce osob.

Mezi lety 2001 a 2010 vzrostla vězeňská populace v 27 členských státech EU z 582 000 na 635 000 osob. Během tohoto období vykazovalo početní nárůst vězněných osob 18 z 27 členských států a Norsko, což je trend, který bylo možné sledovat ve většině zemí světa. Současná vězeňská populace v EU tvoří v průměru 135 vězňů na 100 000 obyvatel. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou však značné, např. v Dánsku, Nizozemí, Slovinsku, Švédsku a Norsku se tento ukazatel pohybuje mezi 60 až 70 osobami na 100 000 obyvatel. Naproti tomu v České republice, Polsku a pobaltských zemích připadá na 100 000 obyvatel více než 200 vězňů. S odhadovanými 135 vězni na 100 000 obyvatel se situace v Evropě podobá situaci v Austrálii, kde je tento poměr velice podobný, ale je vyšší než například v Kanadě, kde je poměr 117 vězňů na 100 000 obyvatel. Výrazně vyšší index počtu vězňů mají tradičně například Spojené Státy (743 na 100 000) nebo Rusko (590 na 100 000) (EMCDDA, 2012).

Vězni jsou součástí naší společnosti, žijí v naší společnosti před jejich uvězněním a po uvěznění se do společnosti znovu vrací. Vězni ovlivňují své sociální okolí přímo prostřednictvím interakcí se svým sociálním prostředím, jakož i nepřímo prostřednictvím svých příbuzných a širších sociálních sítí. Vězni jsou v denním kontaktu se zaměstnanci věznice, kteří se po práci denně vrací ke svým rodinám. Velké množství vězňů je odsouzeno ke krátkým trestům odnětí svobody, které nepřesahují jeden rok. Velké množství z těchto odsouzených se po propuštění vrací k páčání trestné činnosti a vrací se zpět do věznice, tvoříce jakési „točící dveře“ mezi věznicí a společností (UNODC, 2008).

Je třeba mít stále na zřeteli, že úkolem vězeňských služeb většiny vyspělých států, včetně ČR je nejen zajistit bezpečnost věznic, ale též zajistit bezpečnost širší společnosti snižováním rizika recidivy k trestné činnosti u vězněných osob. Jedním z prostředků snižování tohoto rizika je mimo jiné právě odborné zacházení s vězněnými uživateli drog.

1.2 Zacházení s uživateli drog z pohledu teorie kriminogenních rizik a potřeb

Zacházením s vězněnými uživateli drog (drogově závislími) se tradičně sleduje jak zlepšení zdravotního stavu vězněných osob, tak snižování užívání drog ve věznicích a tím i snižování bezpečnostních rizik. V posledních letech je kromě snižování rizika, které vězeň

představuje během pobytu ve věznici, kladen velký důraz na zacházení s věznými uživateli drog jako na prostředek vedoucí ke snižování rizika recidivy trestné činnosti.

To, že pouhá sankce bez resocializační komponenty je z hlediska snižování rizika recidivy neefektivní, je v moderní penologii již široce akceptovaným východiskem. Proto, aby bylo odborné zacházení s vězni efektivní, musí být podle Andrewse et al (1990) konstruováno z intervencí nebo intervenčních programů, které vycházejí ze tří základních principů, kterými jsou princip rizika, princip potřeb a princip responsivity. Princip rizika spočívá v tom, že intenzita zacházení musí odpovídat míře rizika odsouzeného. To znamená, že odsouzení s nízkým rizikem vyžadují minimální intervence, zatímco odsouzení s vysokým rizikem vyžadují intervence intenzivní. Autoři zdokumentovali několik studií, které prokazují, že intenzivní zacházení s odsouzenými s nízkým rizikem nejen že nemá žádný efekt na snížení recidivy, ale může paradoxně riziko recidivy zvyšovat. Princip potřeb rozlišuje mezi kriminogenními a nekriminogenními potřebami. Pachatelé trestných činů mají podle Bonta et al (2000) mnoho různých potřeb, ale zdaleka ne všechny z nich mají přímou souvislost s jejich kriminálním chováním. Aby byly intervenční programy efektivní ve smyslu snižování rizika recidivy, musí být zaměřeny právě na kriminogenní potřeby. Pokud jsou tyto programy zaměřeny na nekriminogenní potřeby (jakými jsou například úzkostnost nebo nízké sebevědomí), je malá pravděpodobnost, že budou mít vliv na změnu kriminálního chování. Třetím principem je princip responsivity, který zdůrazňuje, že použité intervence musí odpovídat kognitivním a osobnostním charakteristikám pachatele.

Kriminogenní potřeby jsou charakteristiky osobnosti nebo situace, ve které se nachází, při jejichž změně dochází i ke změně kriminálního chování (Andrews et al, 1990). Kriminogenní potřeby jsou dynamickými rizikovými faktory. Koncept dynamických rizikových faktorů vychází z předpokladu, že existují dva základní typy rizikových faktorů, faktory statické a faktory dynamické. Statické faktory se nemění, a pokud ano, tak pouze jedním směrem. Příkladem statického faktoru je pohlaví, věk nebo věk zahájení kriminální kariéry (Bonta, 2002). Dynamických rizikových faktorů je v literatuře uváděno mnoho a různí autoři přiřkládají různým faktorům různý význam nebo potenciál vlivu na páchaní trestné činnosti a recidivu. Panuje však obecnější shoda na 8 až 12 základních faktorech. Mezi nejčastěji uváděné dynamické kriminogenní faktory (tj. ty faktory, které lze do jisté míry ještě ovlivnit vhodnými intervencemi) patří především antisociální rysy osobnosti, prokriminální postoje, sociální vztahy s kriminálně narušenými jedinci, problematické okolnosti doma, v zaměstnání nebo ve škole a v neposlední řadě též závislosti. V každém případě se lze napříč různými

přístupy setkat s tím, že užívání drog nebo závislost je jedním z dynamických faktorů, který s rizikem recidivy koreluje velmi významně. Ke stejným závěrům došli konec konců též autoři původního českého nástroje na posuzování kriminogenních rizik a potřeb s názvem SARPO (Buriánek et al, 2010).

Posuzování kriminogenních rizik

Cílem posuzování kriminogenních rizik je především odhadnout pravděpodobnost toho, zda odsouzený zrecidivuje k trestné činnosti a získat podklad pro doporučení nejvhodnějších intervencí vedoucích ke snížení této pravděpodobnosti (Jiříčka et al, 2014). Ve světě existuje velká spousta posuzovacích nástrojů na míru kriminogenních rizik a potřeb. Některé z nich jsou obecné a široce zaměřené, některé jsou specifické, zaměřené například na jediný dynamický kriminogenní faktor (Bonta et al, 2002), například právě na dynamický kriminogenní faktor závislosti. V rámci anglosaských zemí se běžně setkáváme s tím, že vedle sebe celkem dobře koexistují různé přístupy, jako například klinická posuzovací škála Psychopathy Checklist-revised (PCL-R), posuzovací nástroj na odhad nebezpečnosti HCR-20, nebo nástroje jako Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) nebo Level of Service Inventory-Revised (Jiříčka et al, 2014), ale též komplexní nástroj na posuzování kriminogenních rizik a potřeb OASys (Offender Management System assessment tool).

V českých věznicích je od roku 2013 plošně využíván výše zmíněný posuzovací nástroj SARPO (Sjednocená Analýza Rizik a Potřeb Odsouzených), vyvinutý vězeňskou službou ČR, který byl inspirován nástroji, jakými je například výše zmíněný OASys (Jiříčka et al, 2014). Jednou z oblastí, jedním z dynamických rizikových faktorů, posuzovaných nástrojem SARPO jsou právě závislosti, jejichž posouzení, spolu s faktory osobnost a chování, provádí obligatorně psycholog. Ten při tom vychází především z informací získaných ze vstupního rozhovoru s odsouzeným, z osobního spisu odsouzeného, popřípadě z jiných zdrojů. Hlavními proměnnými, které sytí dynamický faktor závislost, je charakter a intenzita kontaktu s rizikovými osobami (uživateli drog), negativní dopady v důsledku užívání drog, výdaje související s užíváním drog a výskyt symptomů závislosti analogicky k MKN 10. Kromě posouzení rizik a potřeb souvisejících s daným dynamickým faktorem je dále nástrojem SARPO sbíráno mnoho popisných doprovodných dat souvisejících s užíváním drog, která jsou mimo jiné jedním ze zdrojů pro odhady prevalence uživatelů drog v populaci odsouzených v českých věznicích.

1.3 Užívání drog vězněnými osobami

1.3.1 Užívání drog v období před uvězněním

Jelikož je výroba, prodej a jiné nezákonné nakládání s návykovými látkami kvalifikováno jako trestný čin, stejně tak jako některé způsoby, kterými uživatelé drog získávají finanční prostředky na svou denní dávku (krádeže, podvody apod.), dostávají se uživatelé drog často do konfliktu se zákonem, což nezřídka vyústí v jejich uvěznění. Uživatelé nelegálních drog tak tvoří velkou část vězeňské populace většiny zemí. Odhady prevalence užívání drog ve vězeňské populaci se zabývalo již mnoho zahraničních výzkumných studií, které zpravidla ukazují, že většina vězněných osob někdy ve svém životě opravdu užila některou nelegální drogu. Mnozí z nich užívali drogy až do uvěznění, přičemž nemalá část užívala drogy intenzivně, popřípadě nitrožilně.

Na zastoupení uživatelů drog v populaci vězňů v jednotlivých zemích má vliv několik faktorů. Jedním z nich je například míra a vzorce užívání drog v obecné populaci dané země. Mezi další důležité faktory patří především trestněprávní politika dané země. Jednotlivé země se někdy výrazně liší v tom, za jaké chování související s užíváním drog je občan odsouzen k trestu odnětí svobody. V mnohých zemích existují různá trestní opatření, která jsou alternativou výkonu trestu pro osoby, které spáchaly trestný čin v souvislosti s užíváním drog, takže se tyto osoby do výkonu trestu ani nedostanou. Příkladem jsou různé typy léčení, které probíhají mimo věznice. V neposlední řadě pak hrají významnou roli i širší politická rozhodnutí, jejichž reprezentantem může být například takzvaná „válka proti drogám“ (war on drugs), která byla v USA formálně vyhlášena prezidentem Nixonem v roce 1971 a eskalovala po kokain/crackové epidemii v polovině let osmdesátých. Vlivem této iniciativy například dramaticky vzrostlo zastoupení uživatelů drog ve vězeňské populaci v USA (Sung, 2010).

Prevalence užívání drog ve vězeňské populaci celosvětově, v rámci EU a v ČR je podrobněji zpracována v empirické části předkládané práce, každopádně lze souhrnně uvést, že v porovnání s běžnou populací stejného věku se u vězněných mužů v jednotlivých reprezentativních studiích většinou odhaduje dvakrát až desetkrát zvýšená prevalence závislosti (škodlivého užívání) na nelegálních drogách. U žen je tento rozdíl ještě markantnější, protože odhady prevalence závislosti (škodlivého užívání) na nelegálních drogách jsou dokonce nejméně třináctinásobné (Fazel et al, 2006). Pokud jde o celoživotní prevalenci užití nelegální drogy, tak se v rámci EU odhaduje, že nelegální drogu někdy v životě užila zhruba polovina vězňů (Zurhold et al, 2004).

1.3.2 *Užívání drog během pobytu ve věznici*

Ač to pro člověka, který nemá s vězeňským prostředím osobní zkušenost, může znít poněkud překvapivě, jsou drogy poměrně široce dostupné ve věznicích na celém světě. Vždy totiž budou existovat vězni, kteří se budou snažit drogy do věznice nějakým způsobem propašovat a na druhé straně vězni, kteří je budou ochotni koupit a připraveni užít. Když dojde k uzavření jedné z cest drog do věznic, vězni brzy objeví cestu novou. Popírání či odmítání této reality může mít nebezpečné důsledky například v podobě zvyšování rizika přenosu HIV a dalších infekčních onemocnění mezi vězni (UNODC, 2008).

Skutečnost uvěznění přinutí některé uživatele k abstinenci, někteří z nich dokonce vnímají tuto životní situaci jako příležitost k vyřešení svého drogového problému nebo alespoň ke zlepšení svého zdravotního stavu, fyzické i duševní kondice a k „odpočinutí si“ od drogového stereotypu, který spočívá ve shánění peněz na drogu trestnou činností, shánění dávky, aplikaci drogy a shánění peněz na další dávku. Pro jiné jedince může být vězení naopak prostředím, kde svou drogovou kariéru zahájí. Případy, kdy se jedinec setká s drogou, nebo s některým druhem drog, poprvé až ve vězení, nejsou bohužel ojedinělé, a to ani v ČR. Například Boys et al (2002) prostřednictvím průřezové studie realizované ve Velké Británii na vzorku 3 142 obviněných a odsouzených zjistili, že více než čtvrtina respondentů, kteří se přihlásili k užívání opioidů, uvedla, že tento druh drog začali užívat až během pobytu ve věznici.

Situace uvěznění tedy může „přimět“ uživatele drog k přechodu na jinou drogu či na jiné vzorce užívání, než pro ně byly běžné na svobodě. Toto je dáno nedostatkem některých druhů drog ve věznicích respektive jinou strukturou nabídky, kde hraje roli i cena drog, která je ve věznicích násobně vyšší, než na běžném černém trhu (Fazel et al, 2006). Boys et al (2002) ve své studii diskutují několik možných příčin přechodu od kokainu k opioidům během pobytu ve věznici u vězňů ve Velké Británii. Mezi tyto důvody může patřit například to, že účinky, které má heroin nebo kanabis na prožívání (uvolnění, odstranění prožitků nudy, rozptýlení obav apod.) mohou lépe vyhovovat životu ve věznici než účinky, které vyvolávají stimulační drogy amfetaminového typu. Dále lze usuzovat, že jednou z možných příčin je i fakt, že velké procento uvězněných nastupuje do věznice ve věku, kdy je člověk obecně vulnérabilní k zahájení užívání opioidů. V neposlední řadě se na přechodu například od marihuany k takzvaným tvrdým drogám může podílet i zavedení povinného testování na přítomnost drog v těle, diskutované níže. Tyto změny v užívání drog pak mohou vést k rizikovějším způsobům užívání než na svobodě (Niveau et al, 2008). Předpokládá se, že někteří vězni se uchylují k rizikovějším způsobům užívání, jakými je například nitrožilní aplikace kvůli zintenzivnění

účinku drogy, která se ve věznici zpravidla nevyskytuje v takovém množství jako venku, nebo sdílení injekčního materiálu, protože sterilní materiál je ve věznicích velmi nedostatkovým artiklem.

Prevalenci užívání drog během uvěznění, včetně injekčního užívání během uvěznění během uvěznění se podrobněji zabýváme v empirické části předkládané práce.

1.3.3 Povinné testování na přítomnost drog v těle.

Hlavním důvodem pro zavádění povinného testování na přítomnost drog v těle u vězněných osob byla většinou prevence užívání drog věznými osobami ve věznicích. Skutečnost, že se ve věznicích provádí testování, může opravdu odradit vězně od užívání drog díky hrozbě odhalení a potrestání, protože ve většině vězeňských systémů je užívání drog ve věznici zakázáno. Výsledky testování poskytují navíc důležité informace o vzorcích chování spojených s užíváním drog ve věznicích. Z pohledu odborného zacházení slouží testování k identifikaci osob, indikovaných ke specifickému zacházení, které může být zaměřeno na odvykání, případně na snižování rizik. Testování může být též indikátorem dodržování pravidel léčby nebo jiné intervence. (Stover et al, 2008; UNODC, 2008).

Kromě testování při podezření na užití drogy nebo testování náhodně vybraných osob se v některých evropských zemích používá též testování při nástupu do věznice a před propuštěním z věznice. V mnoha zemích se využívá též takzvané dobrovolné testování, a to hlavně v souvislosti s pobytem v bezdrogových zónách a různých léčebných programech, kde jednou z podmínek přijetí bývá zavázání se k abstinenci a souhlas s podstoupením náhodného testování (UNODC, 2008).

Povinné testování na přítomnost drog v těle se v evropských věznicích začalo zavádět v 90. letech minulého století (EMCDDA, 2012). V současné době se provádí ve věznicích většiny států EU. Nejčastější metodou je vyšetření moči, v menší míře jsou pak v některých státech používány další metody jako stěry z kůže a sliznic či testy z krve, ze slin nebo ze vzorku vlasů (Hoffmann, 2009). Z mimoevropských zemí je například v Kanadě testováno přibližně 5 % náhodně vybraných vězňů každý měsíc (Johnson et al, 2001).

V českých věznicích se začalo systematicky testovat na přítomnost drog v polovině devadesátých let minulého století (Marešová et al, 2000). V bezdrogových zónách a specializovaných odděleních pro léčbu závislosti v ČR je každoročně testováno množství odsouzených odpovídající 100 % kapacity tohoto oddělení. Mimo tato oddělení, v tzv. standardním výkonu trestu, je každoročně otestováno 30 % odsouzených. Obviněných je ročně testováno 60 %. Každý vězeň zařazený v substituční léčbě je testován každý měsíc

alespoň jedenkrát. K tomu jsou v drtivé většině případů využívány orientační testy z moči, které se v případě zjištěné positivity zasílají do toxikologické laboratoře k provedení konfirmační analýzy.

Ač testování na přítomnost drog v těle u vězňů může do jisté míry omezit užívání některých druhů drog vězni, má toto opatření na druhou stranu též mnoho úskalí, jakými je například zvyšování napětí mezi vězni nebo fakt, že testování může mít negativní dopad na součinnost (compliance) vězňů s protidrogovými službami nabízenými věznicí (Stover et al, 2008). V českých věznicích je například běžnou praxí, že výběr odsouzených pro testování provádějí ti samí zaměstnanci, kteří v dané věznici poskytují drogové služby. Nezřídka je osobou pověřenou výběrem vězňů pro testování psycholog. Za těchto okolností je téměř nemyslitelné navázat s klientem vztah důvěry, nebo efektivně poskytovat takové intervence, jako například práce s relapsem, který by se vztahoval na období pobytu ve věznici.

Některé studie rovněž našly souvislost mezi povinným testováním a zvyšováním újmy vězňů. Testování na přítomnost drog v těle totiž s větší pravděpodobností odhalí uživatele marihuany, protože metabolity hlavní účinné látky tetrahydrokanabinolu (THC) se udržují v těle daleko déle než metabolity metamfetaminu nebo heroinu. Vysoký důraz na represí a na důsledné provádění testování může vést k tomu, že běžný uživatel marihuany ve věznici přejde na takzvané tvrdší drogy. Totéž se může týkat například přechodu od užívání metamfetaminu na nové syntetické drogy se všemi důsledky, které z toho mohou plynout pro zdraví vězňů, ale též pro bezpečnost věznic. Jasné důkazy pro potvrzení a zobecnění této hypotézy však zatím chybí (Bird, 2005; UNODC, 2008).

1.4 Somatické a duševní poruchy u vězněných uživatelů drog

1.4.1 Somatické poruchy u vězněných osob

Zdravotní somatický stav klienta / pacienta má jistě zásadní vliv na průběh léčby jakékoli duševní poruchy, poruchu způsobenou užíváním psychoaktivních látek nevyjímaje. Stejně tak komorbidní duševní poruchy přidružené k „hlavní psychiatrické diagnóze“, kterou je z pohledu zacházení s vězněnými uživateli drog porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek, též hrají v průběhu léčby neopomenutelnou roli a je potřeba k nim při stanovování postupu léčby přihlížet.

Mezi vězni obecně je v porovnání s běžnou populací velmi vysoká prevalence somatických i duševních poruch od tuberkulózy a virových hepatitid po duševní poruchy typu disociální a hraniční poruchy osobnosti, deprese, posttraumatické stresové poruchy a psychózy. Je nutno podotknout, že většina důkazů pro toto tvrzení pochází ze zemí

s vysokými příjmy, ale lze důvodně předpokládat, že toto tvrzení lze s trochou opatrnosti extrapolovat na celou světovou vězeňskou populaci. Tyto rozdíly mezi zdravotním stavem vězňů a běžnou populací jsou přičítány různým behaviorálním a socioekonomickým faktorům, mezi něž patří například právě vysoké zastoupení užívání drog mezi vězni včetně intravenózního, které vede ke zvýšenému riziku přenosu infekčních onemocnění. Dalšími faktory je pak zvýšená konzumace alkoholu a kouření (Fazel et al, 2011). Na zdravotní stav vězných osob může mít též zásadní negativní vliv samotné prostředí věznic a podmínky výkonu vazby nebo trestu. Například přeplněnost věznic je spojena s psychickou tenzí a projevy stresové reakce. (Fazel et al, 2002).

Míra, v jaké pobyty ve vězení sám o sobě zvyšuje riziko onemocnění, byla zkoumána zejména ve vztahu k infekčním onemocněním, v případě většiny ostatních onemocnění není v podstatě známa (Fazel et al, 2011). Právě prevalence infekčních nemocí ve vězeňské populaci, rizika jejich přenosu ve věznici a prevence těchto rizik představují velkou kapitolou v oblasti odborného zacházení s věznými uživateli drog. Jak již bylo zmíněno výše, významná část vězňů, kteří užívají drogy během uvěznění, tyto užívá nitrožilně. Jelikož je držení injekčních jehel a stříkaček vězni ve věznicích zpravidla zakázáno, bývá injekční materiál ve věznici většinou nedostatkovým zbožím, a proto bývá vězni často sdílen a používán tak dlouho, dokud s ním lze drogu aplikovat. Možnosti improvizované desinfekce injekčního materiálu jsou ve věznicích též omezené z důvodu nedostatku vhodných dezinfekčních prostředků a nedostatku času při nelegálním zacházení s injekčním materiálem (Stover, 2007).

Ve věznicích mnoha zemí světa byly zaznamenány epidemie HIV, které mimo jiné souvisely i s injekčním užíváním drog. Mezi tyto země patří například Austrálie, Lotyšsko, Ruská Federace a Skotsko (Stover, 2007). Velký problém s rozšířením krví přenosných infekčních chorob má například Ukrajina, kdy byla výzkumně zjištěna 19,4% prevalence HIV a 60,2% prevalence VHC mezi vězni (Azbel et al., 2013).

Podle údajů zveřejněných ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2010 též výsledky testování vězných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v ČR naznačují vyšší výskyt infekcí mezi vězni ve srovnání s dostupnými výsledky studií a monitorovacích systémů zaměřených na uživatele drog v zařízeních civilního sektoru – zejména výskyt HIV je relativně vysoký (Mravčík et al, 2010).

1.4.2 Duševní poruchy u vězných osob

Podobně jako somatická onemocnění mají duševní poruchy v populaci vězňů zpravidla vyšší prevalenci než v běžné populaci. Dále se dá na základě některých studií předpokládat, že u vězných uživatelů drog se vyskytují další duševní poruchy přidružené k poruše způsobené užíváním psychoaktivních látek v ještě vyšší míře, než je tomu u zbytku vězeňské populace. Konkrétně se jedná například o psychózy, poruchy osobnosti, úzkostné poruchy a deprese, které tvoří s poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek komorbiditu. Pokud má být terapeutické zacházení s věznými uživateli drog účinné, je potřeba s těmito komorbidními poruchami počítat a terapeuticky s nimi pracovat.

Podle Fazelové et al. (2011) trpí v západních zemích přibližně jeden ze sedmi vězňů léčitelnou duševní poruchou.

Velkou přehledovou studii šedesáti dvou dosavadních výzkumů zaměřených na prevalenci duševních poruch u vězných osob provedli právě Fazelová et al (2002). Tyto jednotlivé výzkumy zahrnovaly výsledky zkoumání, kterých se zúčastnilo na 23 000 vězňů z 12 zemí celého světa (průměrný věk byl 29 let, 81 % probandů tvořili muži). Autoři se v tomto přehledu zaměřili na psychiatrické studie, které byly publikovány mezi lety 1966 až 2001 a byly založeny na osobních diagnostických rozhovorech provedených na reprezentativních vzorcích vězeňské populace daných zemí. Do přehledové studie byla zahrnuta pouze šetření, kde bylo ke stanovení diagnózy využito některého z validizovaných klinických diagnostických nástrojů, jakými byly například Diagnostic Interview Schedule, Structured Clinical Interview for the DSM nebo Clinical Interview Schedule. V některých šetřeních zahrnutých do přehledové studie byla diagnostika duševních poruch založena výhradně na klinickém vyšetření psychiatrem, nicméně ve většině šetření byla diagnostika provedena prostřednictvím vyškolených tazatelů za využití výše zmíněných validizovaných diagnostických nástrojů. Výsledky srovnávací studie ukázaly, že až 65 % vězňů trpí některou duševní poruchou. Z toho u 3,7 % vězných mužů byla diagnostikována psychotická porucha, přičemž mezi výsledky jednotlivých šetření byla celkem výrazná heterogenita (nejvýznamnější byly rozdíly mezi studiemi realizovanými v USA a v jiných zemích). Pokud se týká vězných žen, byla psychotická porucha diagnostikována u 4 % vězných žen, bez významné heterogenity mezi jednotlivými studiemi. Deprese byla diagnostikována u 10 % mužů, opět s výraznou heterogenitou mezi jednotlivými studiemi, za kterou zodpovídaly především rozdíly mezi obviněnými a odsouzenými a rozdíly mezi studiemi, kde byla diagnostika provedena psychiatrem a jiným posuzovatelem. Deprese byla diagnostikována

u 12 % vězných žen, opět bez významné heterogenity mezi výsledky jednotlivých studií. Disociální (antisociální) porucha osobnosti byla diagnostikována u 47 % mužů. Opět se zde vyskytly významné rozdíly mezi studii realizovanými v USA a v jiných zemích. U žen byla disociální (antisociální) porucha osobnosti diagnostikována v 21 % případů, přičemž zde byly oproti předchozím dvěma diagnózám zjištěny podstatné rozdíly mezi jednotlivými studii, které byly dány především rozdíly mezi studii provedenými na malých a velkých vzorcích, mezi studii provedenými před rokem 1990 a po něm, mezi studii realizovanými v USA a v jiných zemích a mezi studii, kde byla diagnostika provedena psychiatrem nebo jiným posuzovatelem. U vězňů je tedy podle této přehledové studie v porovnání s běžnou populací několikanásobně větší pravděpodobnost, že trpí psychózou nebo depresí a až desetinásobně větší pravděpodobnost, že trpí disociální poruchou osobnosti. Pokud jde o rozdíly ve výskytu duševních poruch u vězných mužů a vězných žen, ukazuje se, že u vězných žen je prevalence většiny duševních poruch větší než u mužů (Fazel et al, 2011).

Jako zástupce evropských studií na dané téma lze zmínit francouzskou národní studii zaměřenou mimo jiné i na prevalenci duševních poruch (použita klasifikace DSM IV), kterou realizovali Lukasiewicz et al (2007). Ve vzorku téměř 1 000 francouzských vězňů byla za použití klinických metod u 55 % diagnostikována celoživotní prevalence poruch nálady, u 10 % úzkostné poruchy a u 25 % psychotické poruchy. Antisociální porucha osobnosti pak byla diagnostikována u 31,5 % populace francouzských vězňů.

Pokud jde o populaci obviněných, tak někteří autoři předpokládají, že zastoupení duševních poruch mezi obviněnými může být ještě vyšší než mezi odsouzenými, a to zejména kvůli tomu, že pachatelé trestných činů trpící duševní poruchou jsou často ve vazbě právě kvůli provedení psychiatrických a psychologických posudků soudními znalci z těchto oborů. Některé studie dokonce naznačují, že u lidí s duševní poruchou je za jinak stejných podmínek větší pravděpodobnost, že budou uvězněni než u lidí bez duševní poruchy. Studii zaměřenou na prevalenci duševních poruch mezi obviněnými provedli například Birnningham et al (1996), a to na vzorku 569 mužů, kteří právě nastoupili výkon vazby ve věznici Durham ve Velké Británii. Ke stanovení diagnózy bylo použito polostrukturovaného interview vytvořeného pro účely této studie. Toto interview bylo provedeno se všemi obviněnými, kteří byli v daném časovém úseku dodáni do výkonu vazby, a to zpravidla druhý den po uvěznění, kdy těsně před tím byla provedena standardní vstupní lékařská prohlídka vězeňským lékařem. Alespoň jedna duševní porucha byla diagnostikována u 26 % probandů. Z toho schizofrenie

a další psychotické poruchy u 4 %, poruchy nálady u 2 %, úzkostné poruchy u 6 %, poruchy osobnosti u 7 % a mentální retardace u 1 % obviněných. Téměř 30 % vyšetřených obviněných mužů (168 osob) vyžadovalo podle posouzení výzkumníků nějakou formu psychiatrické intervence, přičemž 9 % vyžadovalo akutní psychiatrickou péči. Z těchto 50 osob potřebovalo 16 okamžité přeložení do psychiatrického oddělení nemocnice (14 psychotiků, jeden vážně depresivní a jeden mentálně retardovaný). Běžné vstupní vyšetření provedené vězeňským lékařem odhalilo duševní poruchu pouze u 9 % z těchto vyšetřených mužů. Z 50 mužů, kteří podle výzkumníků potřebovali akutní psychiatrickou péči, bylo standardním postupem identifikováno pouze 17. Zbylí muži, z nichž bylo 16 akutně psychotických, byli umístěni do standardního oddělení věznice.

Pokud jde o původ výzkumných dat z této oblasti, je potřeba zmínit, že ačkoli pouze třetina světové populace vězňů žije v západních zemích, pochází až 99 % dostupných dat o prevalenci duševních poruch mezi vězni ze studií provedených právě v těchto zemích (Fazel et al, 2002) a zejména pak z USA. Situace v USA je však přeci jen poněkud specifická tím, že zde proběhlo masivní převádění pacientů státních psychiatrických nemocnic do péče komunitních podpůrných služeb, kdy přímým důsledkem této deinstitucionalizace bylo citelné snížení počtů pacientů státních psychiatrických nemocnic, a to z 559 000 v roce 1955 na 80 000 v roce 1999. Toto vyústilo ve fenomén nazývaný kriminalizace jedinců s duševním onemocněním, který spočívá v tom, že jedinci trpící duševní poruchou, a zvláště ti, kterým nebyla poskytnuta přiměřená komunitní péče, se často stávali pachateli přestupků a trestné činnosti a byli objektem správního či soudního řízení, které nezřídka vyústilo v uvěznění (Sung, 2010). Nárůst počtu vězňů s duševní poruchou pokračoval v USA i na přelomu tisíciletí. Například data vězeňské služby státu Colorado ukazují, že během let 1991 až 2006 došlo k pětinasobnému nárůstu zastoupení vězňů se závažnou duševní poruchou, a to ze 4 % na 20 %. Největší nárůst byl u schizofrenie, bipolární poruchy a deprese (Sullivan et al, 2007). Zpráva Úřadu pro justici USA z roku 1999 uvádí odhad, podle kterého 16 % populace vězňů federálních věznic a oblastních vazebních věznic (jail) trpělo duševní poruchou. Pro vězně státních věznic byl odhad 7 %. Do této kategorie byli zařazeni vězni, kteří uvedli, že trpí duševní poruchou nebo uvedli vícedenní hospitalizaci na psychiatrii během života (Ditton, 1999).

Fazelová et al (2002) odhadují, že pokud bychom procento duševně nemocných v populaci vězňů v USA zjištěné jejich studií extrapolovali na celou vězněnou populaci USA, došli bychom k závěru, že v amerických věznicích se nachází několik stovek tisíc osob

s psychotickou poruchou nebo depresí, což je počet, který dvojnásobně překračuje počet psychiatrických pacientů ve všech amerických léčebnách dohromady.

1.4.3 Psychiatrické komorbidity k poruchám duševním způsobeným užíváním psychoaktivních látek

Osher et al (2002) uvádějí, že tři čtvrtiny vězňů nastupujících do věznic v USA, u kterých byla diagnostikována závažná psychická porucha, splňovali kritéria pro stanovení duální diagnózy. Na základě dalších studií lze předpokládat, že jednou z nejčastějších komorbidních poruch jsou poruchy duševní způsobené užíváním psychoaktivních látek, které se druzí s ostatními duševními poruchami, přičemž není vždy zřejmé, která z poruch je poruchou primární. Například již citovaná francouzská národní studie (Lukasiewicz et al, 2007) odhalila v populaci vězných uživatelů drog 67% celoživotní prevalenci poruch nálady, 13% prevalenci úzkostných poruch a 25% prevalenci psychotické poruchy. Antisociální porucha osobnosti pak byla diagnostikována u 54 % populace vězných uživatelů drog ve Francii. U vězňů zneužívajících alkohol nebo na alkoholu závislých byly rozdíly v zastoupení jednotlivých dalších duševních poruch oproti běžné populaci vězňů ještě větší.

Pro vězně trpící duševní poruchou způsobenou užíváním psychoaktivních látek v kombinaci s další duševní poruchou se v literatuře, která má původ v USA, často používá zkratka MICA (mentally ill chemical abusers). Podle Peterse et al (1993) se začátkem devadesátých let minulého století v USA zastoupení vězňů s další duševní poruchou přidruženou k závislosti či škodlivému užívání v různých studiích pohybovalo v rozmezí 3 až 16 %. Velké množství údajů o dalších duševních poruchách přidružených k závislostem přinesly studie klientů vězeňských terapeutických komunit pro drogově závislé v USA. Míru komorbidit u klientů vězeňských drogových programů zjišťovali například Prendergast et al (2003) ve studii zaměřené na efektivitu vězeňského residenčního programu pro uživatele drog Amity v Kalifornii. V této studii byly u uživatelů drog, kteří splňovali podmínky pro zařazení do programu, diagnostikovány následující další duševní poruchy: 68 % těchto odsouzených prožilo závažnou depresi a 61 % závažné projevy úzkosti, 46 % osob uvedlo problémy s ovládáním násilného chování, 11 % se v minulosti pokusilo o sebevraždu a 59 % se v minulosti dostalo nějakého typu psychologické péče. Messina et al (2004) shromáždili pro účely své studie data 8 500 vězných mužů a žen, kteří byli klienty některé z 16 vězeňských terapeutických komunit pro uživatele drog v některé z vybraných deseti kalifornských věznic. U komorbidních klientů byly k poruše způsobené užíváním psychoaktivních látek zjištěny symptomy dalších poruch v následujícím rozsahu: deprese u

71 % klientů, úzkostnost u 70 % klientů, halucinace u 31 % klientů, problémy s koncentrací nebo pamětí u 64 % klientů, neschopnost kontrolovat násilné chování u 38 % klientů, závažné myšlenky na sebevraždu u 35 % klientů a pokus o sebevraždu u 34 % klientů. Přítomnost tří a více z výše uvedených symptomů přitom uvedlo 68 % dotázaných (Messina, 2004).

Sullivan et al (2007) dále zjistili, že zatímco závislost nebo škodlivé užívání bylo zjištěno u 56 % vězňů, kteří netrpěli žádnou jinou duševní poruchou, u vězňů trpících jinou duševní poruchou to bylo u 74 %. Údaje zveřejněné v roce 2006 Úřadem pro justici USA ukazují, že 76 % vězňů amerických vazebních věznic (jail), kteří trpěli duševní poruchou, rovněž splňovalo kritéria pro diagnostikování závislosti nebo škodlivého užívání. Vězni s duševní poruchou byli v 89 % případů pravidelnými uživateli drog, 81,6 % jich užívalo drogy v posledním měsíci před uvězněním a 53,8 % z nich bylo pod vlivem drogy v době spáchání trestného činu, pro který byli odsouzeni. U vězňů federálních věznic i u vězňů státních věznic byly tyto ukazatele o něco nižší (James, 2006). Sung et al (2010), kteří provedli analýzu dat poskytnutých zhruba sedmi tisíci vězňů z různých amerických vazebních věznic (jail), zjistili, že ženy měly větší pravděpodobnost výskytu duševní poruchy přidružené k poruše způsobené užíváním psychoaktivních látek než muži (44,6 % oproti 32,1 %).

Ve studii Boyse et al (2002), která byla provedena ve věznicích v Anglii a Walesu, se rovněž potvrdila pozitivní korelace mezi celkovým počtem psychiatrických diagnóz a užíváním heroinu nebo kokainu. U vězňů s diagnostikovanou antisociální poruchou osobnosti byla až třikrát větší pravděpodobnost celoživotní prevalence užívání heroinu nebo kokainu. Tato diagnóza rovněž významně korelovala s užíváním heroinu nebo kokainu během uvěznění. U probandů s vyšším počtem psychiatrických diagnóz pak byla dále větší pravděpodobnost zneužívání heroinu nebo kokainu během uvěznění i zahájení užívání těchto drog během uvěznění. Na druhou stranu se však některé psychiatrické diagnózy, jako například paranoidní porucha osobnosti, v této studii ukázaly ve vztahu k užívání heroinu nebo kokainu jako „protektivní faktor“, tzn., snižovaly oproti zbytku výzkumného vzorku pravděpodobnost celoživotního užití heroinu nebo kokainu i užití během pobytu ve věznicích.

Lze shrnout, že prevalence duševních poruch v populaci vězněných osob je ve světle provedených studií několikanásobně vyšší než v běžné populaci. Nebylo však dosud přesvědčivě vysvětleno, zda se jedná o příčinu uvěznění, jeho důsledek nebo kombinaci obojího. Stejně tak není znám dopad užívání drog na prevalenci dalších duševních poruch ve vězeňské populaci.

Vězni, kteří trpí kromě závislosti či škodlivého užívání další duševní poruchou, se obecně hůře adaptují na vězeňské prostředí a režim. Často jsou stigmatizováni a izolováni od zbytku vězeňské populace. Nezřídka se u těchto odsouzených setkáváme s vysokou mírou viktimizace. Jsou často aktéry různých incidentů, většinou v roli oběti, i když nezřídka konflikt sami vyprovokují. V důsledku toho mají tito odsouzení také větší pravděpodobnost, že si odpykají celý trest. Po propuštění z věznice mají tyto osoby opět větší problémy s adaptací na život na svobodě, tito jedinci jsou proto více riziková z hlediska recidivy k trestné činnosti a znovuvěznění, než osoby, které trpí „pouze“ poruchou duševní způsobenou užíváním psychoaktivních látek (Sullivan et al, 2007).

Schopnost správně diagnostikovat duševní poruchy u jedinců v co nejkratším období po nástupu do věznice zvyšuje možnost poskytnout těmto jedincům adekvátní péči během uvěznění a předat je po propuštění z věznice do péče mimovězeňských zařízení. Je to o to důležitější, že u mnohých z nich představuje uvěznění první a mnohdy i jedinou možnost, jak přijít do kontaktu s odbornou psychiatrickou péčí. Správné a včasné diagnostikování duševní poruchy v co nejkratší době po uvěznění je též velmi důležité pro předcházení rizika sebevražděného chování, jež je jednou z hlavních příčin úmrtí vězňů osob.

1.4.4 Úmrtnost mezi vězňými uživateli drog

Světová úmrtnost mezi vězni činí 30,6 úmrtí na 10 000 osob ročně, což je poměrně vysoké číslo. Hlavní příčinou úmrtí mezi vězni je suicidium, které se na celkovém počtu úmrtí podílí zhruba jednou třetinou. Riziko suicida je podle odhadů ve vězeňské populaci sedmkrát vyšší než v běžné populaci. Počet suicidálních případů ve vězeňské populaci se uvádí pro Evropu 10,5 na 10 000 vězňů, ve světové populaci je to 1,5 na 10 000 obyvatel (Rabe, 2012). Jeden ze závažných rizikových faktorů suicidálního chování u vězňů osob představují právě duševní poruchy (Fazel et al, 2002) diskutované výše. Co se týká chování před nástupem do věznice, Jenkins et al (2005) uvádějí se u 7-15 % mužů a 17-20 % žen vyskytuje v posledním roce před uvězněním úmyslné sebepoškození. Pokud jde o uživatele drog obecně, studie běžné populace dokládají, že riziko sebevražděného chování je u uživatelů drog v běžné populaci vyšší než u zbytku populace (Darke et al, 2002). Protože uživatelé drog tvoří značnou část vězeňské populace, je pravděpodobné, že tvoří i značnou část těch, kdo ve věznici spáchají sebevraždu. To dokládá i metaanalýza studií provedených na toto téma Fazelovou et al (2011), která ukazuje, že užívání drog může být významným faktorem zvyšujícím riziko sebevraždy ve vězení. Shaw et al (2004) provedli studii 172 sebevražd, ke kterým došlo v anglických věznicích v letech 1999 až 2000, přičemž zjistili, že drogově

závislí vězni, kteří spáchali sebevraždu, tak učinili většinou brzy po uvěznění a bylo u nich ve srovnání s celou vězeňskou populací dvakrát pravděpodobnější, že spáchají sebevraždu v průběhu prvního týdne po uvěznění. V českých věznicích dojde za rok v průměru k 10 případům dokonané sebevraždy (průměr i medián od roku 1987 do 2014 činí cca 10,5) (Jiríčka et al, 2015). Statistiky, podle kterých by se dalo jednoznačně určit, v kolika z těchto případů se jednalo o uživatele drog, nejsou pro ČR bohužel k dispozici. Při zacházení s věznými uživateli drog, které v podstatě začíná již vstupní diagnostikou, má proto screening možného suicidálního chování a intervence zaměřené na snižování tohoto rizika své nezastupitelné místo. Schopnost posoudit riziko suicida alespoň v prvních dnech po uvěznění by mělo být součástí odborné výbavy pracovníků věznic, zejména psychologů, ale i dalších specialistů na zacházení s uživateli drog, stejně jako schopnost poskytnout krátkou intervenci či navrhnout další opatření snižující riziko sebevraždy.

Úmrtnost po propuštění z věznice

Propuštění z věznice je situace, která je spojená se zvýšeným rizikem úmrtí z různých příčin. Jednou z těchto příčin je úmrtí z důvodu předávkování, přičemž se zdá, že v průběhu posledních 20 let se toto riziko nesnižuje (WHO, 2010). Pro vězně, kteří před uvězněním užívali opioidy je propuštění z věznice obzvláště rizikovým obdobím z důvodu snížené tolerance k opioidům, která je důsledkem abstinence po dobu uvěznění. Při relapsu a návratu ke stejné dávce opioidu, jakou byl jedinec zvyklý užívat před uvězněním, hrozí předávkování a s tím i ohrožení na životě (Stover, 2007). Přehled úmrtí, která nastala v blízké době po propuštění z věznice v Evropě, Austrálii a Spojených státech, ukazuje, že šest z deseti těchto úmrtí v prvních 12 měsících po propuštění bylo spojeno s užíváním drog (Merrall, 2010). Autoři této studie uvádějí, že zvýšené riziko úmrtí spojené s užíváním drog hrozí zejména během prvních dvou týdnů po propuštění a že toto riziko trvá minimálně do konce čtvrtého týdne. Rovněž studie provedená Farrellem et al (2008) v Anglii a Walesu potvrdila, že šest z deseti úmrtí v prvních dvou týdnech po propuštění z věznice bylo spojeno s užíváním drog. U žen byla v porovnání s běžnou populací stejného věku a pohlaví během prvního týdne po propuštění z vězení 69 krát větší pravděpodobnost úmrtí v souvislosti s užíváním drog, u mužů byla tato pravděpodobnost vyšší „pouze“ 28 krát. Irská studie zaměřená na uživatele drog, kteří zemřeli po propuštění z věznice v letech 1998 až 2005 rovněž ukázala zvýšené riziko úmrtí v období těsně po propuštění z věznice, kdy 28 % úmrtí ze 105, která byla identifikována, nastalo v prvním týdnu po propuštění a dalších 18 % do jednoho měsíce po propuštění (Lyons, 2010).

2 ODBORNÉ ZACHÁZENÍ S VĚZNĚNÝMI UŽIVATELI DROG

2.1 Péče o uživatele drog

Celosvětově jsou věznice místem, kde se miliony jedinců, kteří jsou jinak mimo dosah běžných zdravotních a sociálních služeb dané země, setkávají s těmito službami a odborníky, kteří tyto služby zajišťují. Těmito odborníky bývají především lékaři, psychologové nebo sociální pracovníci. Uvěznění tak představuje jedinečnou příležitost, kdy s těmito jedinci může být provedena diagnostika a může jim být poskytnuto poradenství, osvěta a léčba, kterých by se jim během jejich běžného života s největší pravděpodobností nedostalo (Fazel et al, 2006). Intervence zahájené ve věznici pak mohou být první fází, která může být následována poskytováním dalších služeb a intervencí po propuštění z věznice (UNODC, 2008).

Podle UNODC (2008) by tam, kde je to možné, mělo být v ideálním případě preferováno léčení (odborné zacházení) před uvězněním.

Vězeňské služby jednotlivých zemí zpravidla nemají kapacity adekvátně saturovat všechny potřeby vězňů týkající se jejich zdravotního stavu včetně duševních poruch. Věznice totiž nejsou primárně zdravotnickými a terapeutickými zařízeními (Stover, 2007). Specifické intervence poskytované vězněným uživatelům drog proto ve většině zemí nedosahují takové kvality, intenzity a pokrytí, jako intervence poskytované na svobodě, každopádně však lze říci, že ve většině vyspělých vězeňských systémů se v posledních letech kvalita i intenzita těchto služeb postupně zvyšuje a mnohde byla zavedena i dostupnost takových intervencí, jakými je substituční léčba nebo výměnné programy jehel a stříkaček. Obecně platí, že vývoj intervencí poskytovaných ve věznicích je jakýmsi zrcadlem vývoje intervencí v civilním sektoru, byť se za ním zpravidla poněkud opoždí. Argumentem, který podporuje rozvoj specifických intervencí pro uživatele drog ve věznicích, zůstává, že pokud ve věznicích existuje nabídka drogových služeb, je větší pravděpodobnost, že někteří vězni využijí času stráveného nuceně ve vězení k tomu, aby se začali aktivně zabývat svým drogovým problémem, aby případně získali náhled na svůj problém, potřebné informace a praktické dovednosti jak zvládat odvykání, bažení, popřípadě jak užívat drogy méně rizikově než doteď (EMCDDA, 2012).

Kromě péče o drogově závislé zůstává podle Fazelové et al (2006) v evropských věznicích též velký prostor v oblasti péče o závislé na alkoholu, kde se poskytované intervence většinou omezují na detoxifikaci se základní psychologickou intervencí a minimální následnou péčí. Taktéž nelátkové závislosti, mezi něž patří především patologické hráčství, představují jednu

z velkých současných výzev pro vězeňské služby států, kde je hraní automatů rozšířeným společenským jevem.

Poslední léta se nesla ve znamení zvýšené pozornosti ze strany mezinárodních či evropských institucí k tématu zajištění zdravotné péče ve věznicích rovnocenné péči běžné v dané zemi. Pokud jde o oficiální podporu zavádění těchto služeb ve věznicích, lze uvést například Protidrogovou strategii EU na období 2013 až 2020 (Doporučení Rady Evropy 2012/C 402/01), Evropská vězeňská pravidla (Rada Evropy, 2006) nebo Pokyny WHO k infekci HIV a AIDS ve věznicích (WHO, 1993), podle kterých mají všichni vězni právo na zdravotní péči, včetně preventivních opatření, která je rovnocenná péči dostupné v dané zemi, a to bez diskriminace z důvodu jejich právního postavení nebo národnosti.

2.1.1 Status a personální zajištění služeb pro uživatele drog ve věznicích

Služby pro uživatele drog ve věznicích mají ve většině zemí status zdravotních služeb popřípadě status penitenciárních nezdravotních služeb, tedy služeb sociálních nebo služeb cílených primárně na snižování rizik a potřeb vězňených osob. Většinou se setkáváme s kombinací všech tří alternativ charakteristickou pro tu kterou zemi. Se statutem služeb též úzce souvisí personální zajištění odborné péče o uživatele drog ve věznicích. Zde se vězeňské systémy jednotlivých zemí opět liší v tom, zda užívání drog a zacházení s uživateli spadá primárně do gesce zdravotních služeb, tedy zdravotnických pracovníků (včetně klinických psychologů) nebo do gesce nezdravotnických pracovníků, odborníků na zacházení s vězni v rámci snižování kriminogenních rizik (včetně penitenciárních psychologů) či pracovníků zodpovědných za sociální práci. Dále se situace ve vězeňských službách jednotlivých států liší v tom, zda jsou tyto služby zajišťovány zaměstnanci dané vězeňské služby či nějakým způsobem zajišťovány mimovězeňskými poskytovateli.

Pokud jde o situaci v Evropě, pak ve většině evropských zemí je zacházení s uživateli drog či péče o ně poskytována zaměstnanci tamní vězeňské služby. Je též běžné, že vězeňská služba spolupracuje s množstvím mimovězeňských poskytovatelů péče, jakými jsou veřejné zdravotní služby nebo nestátní organizace, které docházejí poskytovat drogové služby do věznic. Tato spolupráce může mít podobu zapojení pracovníků mimovězeňských drogových služeb do pracovních týmů zaměstnanců věznic nebo nezávislého poskytování služeb mimovězeňskými poskytovateli ve věznicích, kdy věznice zajišťuje pouze vhodné prostory a navádění vězňů. V Holandsku například fungují smíšené týmy poskytovatelů drogových služeb, které poskytují většinu z celkového objemu služeb, ve Velké Británii jsou takovéto

týmy hlavním poskytovatelem substituční léčby. V Řecku jsou pak jediným poskytovatelem drogových služeb ve věznicích právě nestátní organizace (EMCDDA, 2012).

Podle UNODC (2008) se v oblasti poskytování drogových služeb nejlépe osvědčily multidisciplinární týmy složené ze zaměstnanců věznice, zdravotnických pracovníků a specialistů v oblasti poskytování drogových služeb. Těmito specialisty mohou být zaměstnanci věznice, ale též pracovníci mimovězeňských subjektů, které se specializují na léčbu drogově závislých. Mimovězeňští poskytovatelé protidrogových služeb totiž představují velmi důležité propojení na civilní prostředí (civilní služby), což je téměř nezbytné pro zajištění efektivní následné péče po propuštění z věznice. Pracovníci mimovězeňských služeb jsou navíc vězni často vnímáni jako více neutrální a nezávislí než zaměstnanci věznice. Tím pádem mohou být vězni ochotnější diskutovat s nimi témata spojená s užíváním drog, zejména témata relapsu během pobytu ve věznici (Stover, 2007).

I v českých věznicích jsou některé intervence poskytované vězným uživatelům drog primárně součástí zdravotní péče (zdravotních služeb) a případná psychosociální komponenta, která je jejich součástí, a která nemusí mít charakter zdravotní péče, bývá u těchto intervencí považována za jakýsi jejich doplněk. Toto se týká zejména intervencí, kde jsou hlavním léčebným prostředkem psychofarmaka, popřípadě jiné léčebné přípravky. Takovými intervencemi jsou tradičně detoxifikační léčba a substituční léčba závislosti na opioidech. V českých věznicích je další takovou intervencí, která spadá primárně do oblasti zdravotní péče, soudně nařízené ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní, které lze vykonat pouze v rámci zdravotnického zařízení. Na dalších typech odborného zacházení s uživateli drog se pak v ČR podílejí zejména zaměstnanci oddělení výkonu trestu, což jsou nezdravotničtí pracovníci. Tyto týmy tvoří psycholog, speciální pedagog, vychovatel-terapeut, sociální pracovník a vychovatel.

2.2 *Potřeby vězných osob z hlediska odborné péče a motivace k léčbě*

Uvěznění znamená v životě uživatele drog vždy nějaký zlom, a to i když se jedná o několikanásobné uvěznění v jeho životě. Téměř vždy dojde k omezení přísunu drog a tím i k omezení jejich užívání a mnohdy k nucené abstinenci. Tato situace nutí člověka přemýšlet o věcech, na které díky drogovému koloběhu „neměl čas“. V této situaci, může začít přemýšlet o svém životě s drogou jako o problému a o potřebě změny. Pokud je v této chvíli uživateli drog nabídnuta vhodná intervence, může mít tato nabídka zcela jiný efekt, než kdyby přišla v době, kdy byl klient na svobodě. Ve studii, kterou ve Velké Británii provedli Masonová et al. (1997), z 391 obviněných, kteří uvedli, že před nástupem do věznice pravidelně užívali

drogy nebo u nich bylo diagnostikováno škodlivé užívání či závislost, a kterým bylo navrženo specializované zacházení zaměřené na užívání drog, projevilo 244 o takové zacházení zájem. To jest, více jak 60 % těchto obviněných projevilo motivaci k zahájení léčby nebo jiné obdobné intervence. Ze 197 obviněných, u kterých byla při nástupu do věznice diagnostikována fyzická závislost na benzodiazepinech, alkoholu, opioidech nebo kombinaci těchto látek a byli posouzeni jako indikovaní k zahájení detoxifikační léčby, jich 64 (32 %) požádalo o léčbu, jejíž součástí je detoxifikace, 22 (11 %) požádalo o metadonovou udržovací léčbu a 45 (23 %) požádalo o jiný druh léčby. Pouze 66 obviněných (34 %) pak nežádalo o žádnou pomoc. Zde je patrné, že moment uvěznění má výrazný vliv na motivaci vězňů k tomu, alespoň zkusit nějaký typ protidrogové intervence, kterou by na svobodě za normálních okolností s největší pravděpodobností nevyhledali nebo by její nabídku odmítli.

Zdaleka ne všichni uživatelé drog nastupují do věznice ve fázi rozhodnutí ke změně a s největší pravděpodobností by během pobytu ve věznici sami do této fáze nedospěli. Neopominutelnou součástí zacházení s věznými uživateli drog jsou proto intervence, jejichž cílem je nastartovat či dále udržovat motivaci klienta k odvykání a podporovat klientovu spolupráci se službou. Motivací na straně vězňů k využívání drogových služeb může být nejen dosažení abstinence, ale v počátku též jisté výhody například v podobě lepšího ubytování, přemístění do jiné věznice, vylepšení hodnocení k podmíněnému propuštění či přeřazení do mírnějšího typu věznice nebo jen zpestření monotónního pobytu ve věznici, interakce s novými lidmi, další možnost pobytu mimo celu a podobně.

Z hlediska motivace k léčbě je zvláštním fenoménem soudně nařízené léčení jako forma ochranného opatření. Takto nařízené léčení paradoxně nemusí mít vždy negativní vliv na motivaci odsouzeného k léčbě. Obecně lze říci, že i na svobodě jen málo klientů nastupuje do léčby závislostí jakéhokoli typu výhradně dobrovolně. Téměř vždy existuje něco vnějšího, co klienta nutí nebo takzvaně „popostrkuje“ k léčbě, jako je například partner, který hrozí rozchodem, hrozba ztráty zaměstnání, zdravotní komplikace, snaha vyhnout se soudnímu stíhání či uvěznění, hrozba odebrání dítěte a podobně (UNODC, 2008).

2.3 Intervence pro vězněné uživatele drog

2.3.1 Dělení intervencí pro vězněné uživatele drog

Nabídka léčebných intervencí pro uživatele drog ve věznicích zahrnuje množství metod. Přestože v této oblasti neexistuje jednotná terminologie nebo taxonomie, mohou být tyto intervence podle UNODC (2008) děleny například na:

- 1) poradenství a informační servis,

- 2) vzdělávání v drogové problematice,
- 3) farmakoterapii – detoxifikaci, udržovací substituční léčbu,
- 4) programy snižování rizika,
- 5) psychosociální programy včetně rodinného poradenství, strukturované skupinové práce, poradenství / psychoterapie a residenčních terapeutických programů například ve formě terapeutické komunity pro drogově závislé,
- 6) bezdrogové zóny,
- 7) fyzické aktivity a sportovní programy,
- 8) podpůrné nebo svépomocné skupiny.

Podle intenzity a komplexnosti poskytované péče mohou být podle EMCDDA (2012) intervence pro vězněné uživatele drog obecně rozdělovány na:

- 1) Zacházení s nízkou intenzitou, které zahrnuje poradenství a krátkodobé intervence poskytované jako ambulantní péče ve věznici.
- 2) Zacházení se střední nebo vysokou intenzitou, které je většinou situováno ve zvláštních odděleních a má charakter pobytové léčby; charakteristickým představitelem této kategorie jsou vězeňské terapeutické komunity.
- 3) Střednědobá nebo dlouhodobá substituční léčba, která zahrnuje metadonové nebo buprenorfinové substituční programy.

Tohoto rozdělení se budeme nadále držet při strukturování následujícího textu.

Ať už zvolíme jakékoli formální dělení intervencí do jednotlivých kategorií, je z hlediska dosažení maximálního terapeutického efektu potřeba ve věznicích zajistit co možná nejpestřejší nabídku těchto intervencí, a to jednak proto, že vězni se mohou nacházet v nejrůznějších fázích procesu změny, ale také proto, že je potřeba každou intervenci takzvaně „šít na míru“ konkrétním individuálním potřebám daného klienta UNODC (2008).

2.3.2 Intervence spojené s nástupem do věznice

Nástup do věznice bývá ve většině vězeňských systémů spojen s provedením různých druhů vyšetření, ať už v rámci vstupní lékařské prohlídky nebo následného posouzení psychosociálních charakteristik a kriminogenních rizik a potřeb vězně. Zde se zpravidla u většiny vězňů určí, zda se jedná o uživatele drog, což má pak konsekvence pro další zacházení. Zde se však podle Stovera (2007) může objevit hned několik úskalí, protože většina vězeňských systémů nemá přesně definováno, jaká kritéria musí vězeň splňovat, aby byl zařazen do kategorie uživatel drog či drogově závislý. To, zda je vězeň do této kategorie zařazen a na základě jakých kritérií, záleží především na tom, kdo o tom v daném vězeňském

systemu rozhoduje. Odlišná je situace, kdy je tímto odborníkem například lékař, který do této kategorie zařazuje na základě symptomů spojených s užíváním drog, jako například abscesy, stopy po vpiších, pozitivní výsledky testů, od situace kdy je tímto odborníkem nezdravotnický pracovník, jako například psycholog, pedagog nebo sociální pracovník. Dalším úskalím pak bývá, zda se posuzuje celoživotní prevalence užití drogy, nebo jen užívání či projev konkrétních symptomů v období posledních 12 měsíců před nástupem do věznice.

Podle údajů EMCDDA (2012) je vstupní lékařská prohlídka součástí vstupní procedury snad ve všech evropských věznicích. V některých zemích je tato vstupní lékařská prohlídka zaměřena též na diagnostikování příznaků odvykacího syndromu a v indikovaných případech je nasazena příslušná medikace. Ve většině evropských zemí, jsou nově nastoupivší vězni běžně vyšetřeni na užívání drog a s tím spojené zdravotní problémy. V některých zemích jsou za tímto účelem používány standardizované testy, dotazníky nebo interview. Například ve Švédsku je u všech vězňů provedeno posouzení na stupeň problému s užíváním drog, v případech, kdy je to potřeba, s použitím Addiction Severity Index. Ve Skotsku projdou vězni základním posouzením, přičemž ti, u nichž je zjištěn problém s užíváním drog, jsou předáni k provedení specializovaného vyšetření. V Anglii fungují CARAT týmy, jejichž členové provedou s vězňem stručné posouzení zaměřené na užívání drog a pokud je potřeba i základní rozčlenění do kategorií podle potřeb zacházení (více o programu CARAT dále v textu). Ve Španělsku, Itálii a Holandsku vypracují sociální pracovník a psycholog multidisciplinární posouzení, zhodnotí psychologickou, sociální a právní oblast a stanoví individuální plán péče. Při nástupu do věznice se v některých zemích využívá krátká lékařská intervence jako první možnost k seznámení vězně se systémem péče a prevence, informování o zvýšených rizicích spojených s pobytem ve věznici, případně k distribuci informačních materiálů, hygienických balíčků, které někde obsahují desinfekční prostředky a kondomy a k doporučením do specializované péče (EMCDDA, 2012).

Pokud jde o efektivitu diagnostiky prováděné ve věznicích standardními postupy, tuto zkoumali například Masonová et al (1997), kteří realizovali studii, v rámci níž provedli psychiatrickou diagnostiku u všech obviněných nastupujících výkon vazby a to vzápětí po tom, co proběhl výše popsáný standardní proces posouzení zdravotního stavu a potřeb obviněného. Posuzováno bylo celkem 536 osob, z nichž u 81 byla výzkumníky diagnostikována závislost na opioidech (při standardním vězeňském posouzení byla závislost na opioidech diagnostikována pouze u 56 osob), u 70 osob byla diagnostikována závislost na benzodiazepinech mimo lékařský předpis (standardním procesem diagnostikováno 22 osob).

Ze 43 osob, u kterých výzkumníci diagnostikovali závislost na amfetaminech, jich standardní posouzení zachytilo pouze 15. Fakt, že obvinění při standardním vyšetření neuváděli úplné informace o užívání drog, výzkumníci připisovali obavě obviněných z toho, že budou zařazeni do kategorie uživatel drog se všemi negativními konsekvencemi, které by z takového zařazení mohly pro obviněného v průběhu výkonu vazby plynout. Obvinění tedy během standardního vstupního posouzení prováděného zaměstnancem vězeňské služby měli tendenci problémy související s užíváním drog spíše disimulovat.

V ČR je vězněná osoba podrobena vstupní lékařské prohlídce nejpozději do 72 hod po nástupu do věznice, v drtivé většině případů je to však v den nástupu nebo v den následující. V rámci osobní anamnézy se standardně zjišťují informace o užívání drog. Fyzikálně somatické vyšetření se pak zaměřuje kromě jiného na zjišťování zevních známek možného užívání drog (tj. stopy po vpiších, phlegmonách, phlebitidách). Coby údaje o zdravotním stavu vězněné osoby jsou však tyto informace dle platné právní úpravy přístupné pouze zdravotnickému personálu a ne odborným zaměstnancům oddělení výkonu trestu, kteří zajišťují odborné zacházení. Informace o případném užívání návykových látek vězněnou osobou je proto po provedení vstupní lékařské prohlídky znovu zjišťována psychologem v rámci sestavování komplexní zprávy o odsouzeném prostřednictvím nástroje SARPO, kdy oblast závislostí zpracovává právě a výhradně vězeňský psycholog. Na základě komplexní zprávy je pak odsouzenému stanoven program zacházení, který sestává z cíle (cílů) programu zacházení a souboru jednotlivých intervencí (aktivit programu zacházení), jejichž realizaci se sleduje dosažení stanoveného cíle programu zacházení.

2.3.3 Detoxifikace

Detoxifikace se stejně jako v civilních zařízeních využívá zejména u osob nastupujících do věznice se závislostí na opioidech nebo benzodiazepinech. Pokud není detoxifikace ve věznicích pacientům dostupná je podle některých autorů velice pravděpodobné, že velká část vězňů bude i po nástupu do vězení nadále užívat drogy, což může být v některých případech doplněno sdílením injekčního materiálu či jinými doprovodnými negativními jevy. Vězni, kteří se rozhodnou abstinovat nebo drogu ve věznici neseženou, mohou být vystaveni akutnímu odvykacímu syndromu, který je může v případě závislosti na alkoholu nebo benzodiazepinech ohrozit na životě, ale i v případě jiných drog může být potenciálním bezpečnostním rizikem nebo rizikem sebevražedného jednání (Mason et al, 1997). I v případě uživatelů stimulancií amfetaminového typu má farmakoterapie své nezastupitelné místo, a to

zejména z důvodu zmírňování odvykacího syndromu, kdy se běžně vyskytuje iritace, agitovanost, nespavost, deprese, apatie, anhedonie a únava (UNODC, 2008).

Detoxifikace je vhodnou příležitostí k motivování klientů k využití dalších protidrogových služeb. Fyzická detoxifikace sama o sobě většinou nebývá dlouhodobě účinná. Měla by být proto vždy poskytována spolu s dalšími psychosociálními intervencemi, jakými je poradenství nebo terapie a zejména edukace zaměřená na prevenci rizika předávkování. V mnoha zemích je detoxifikace dostupná pouze bezprostředně po nástupu do věznice a nikoli v dalších fázích výkonu vazby či trestu. Nepočítá se tedy s tím, že by si mohl vězeň vypěstovat fyzickou závislost na opioidech nebo tuto třeba jen obnovit během pobytu ve věznici. Obdobná je situace i v ČR.

Mezi světově nejproslulejší vězeňské detoxifikační programy patří bezesporu program vazební věznice (jail) na Rikers Island v New York City, který zde fungoval od raných sedmdesátých let a již tehdy se zde jako základní léčebný přípravek používal metadon. Zprvu se jednalo pouze o detoxifikaci rozšířenou v roce 1987 o udržovací substituční léčbu (Magura et al, 1992).

V mnoha evropských zemích je detoxifikace standardní intervencí poskytovanou většině uživatelů opioidů nastupujících do věznice. Pokud jde o metody detoxifikace používané v jednotlivých evropských zemích, konstatují Stöver et al (2006) poměrně značnou heterogenitu. Snižování dávkování se liší stejně jako délka detoxifikace, která se pohybuje mezi 7 dny až 4 týdny. Symptomy odvykacího syndromu jsou většinou posouzeny lékařem a pacient je zamedikován. Ve věznicích některých zemí jsou zřízeny speciální detoxifikační jednotky s charakterem lůžkového zařízení pro případy, kdy je nutná hospitalizace pacienta. Detoxifikační režim mívá různou délku a formu v závislosti na stavu a potřebách pacienta.

Příkladem poskytování detoxifikace v evropských věznicích může být například Irsko, kde je tento typ zdravotní péče dostupný ve všech věznicích. Program Irské věznice Mountjoy Prison, která se nachází přímo v Dublinu je příkladem detoxifikačního programu, kde je kromě farmakoterapie používáno též jiných psychosociálních intervencí. Tento program sestává z desetidenní detoxifikace, při níž se používá metadon a následného šestitýdenního intenzivního intervenčního modulu (Crowley et al, 1999). Příkladem z druhé strany spektra je jsou turecké věznice, kde „detoxifikace“ sestává většinou pouze z poskytnutí informací o drogové závislosti, nácviku dovedností zvládání odvykacích symptomů a bažení a nácviku relaxačních technik (EMCDDA, 2012).

V českých věznicích závisí zahájení detoxifikace na rozhodnutí každého lékaře po posouzení zdravotního stavu každého individuálního pacienta a to zpravidla v rámci vstupní lékařské prohlídky. Léčebnými přípravky používanými k detoxifikaci jsou v těžších případech závislosti na opioidech přípravky obsahující buprenorfin, v lehčích případech jsou zpravidla ordinovány benzodiazepiny ke ztlumení jednotlivých symptomů. Detoxifikace je ukončena zpravidla do jednoho týdne od zahájení léčby.

2.3.4 *Zacházení s nízkou intenzitou zahrnující zejména poradenství*

Mezi intervence, které spadají do této oblasti odborné péče, patří zejména informování o službě, informační servis, edukace, poradenství a psychoterapie.

Dle statistik EMCDDA (2012) je nějaká forma zacházení s nízkou intenzitou dostupná téměř ve věznicích všech států EU. Jednotlivé země uvádějí jako nejčastější intervence ve věznicích psychologické poradenství, krizovou intervenci, posouzení potřeb a vytvoření plánu péče, motivační programy nebo krátkodobé zacházení cílené na redukci užívání drog nebo harm reduction. Mezi poradenskými a terapeutickými přístupy jsou nejčastěji zmiňovány motivační rozhovory a kognitivně behaviorální či sociálně edukativní intervence jako například trénink sociálních dovedností. Rozsah intervencí, které uvádějí jednotlivé země je poměrně široký. Například na Slovensku jsou programy zaměřeny na psychologickou edukaci, sportovní aktivity a duchovní služby. Švédská vězeňská a probační služba využívá při práci s uživateli drog především kognitivně behaviorální programy cílené na změnu chování a snížení rizika recidivy trestné činnosti. V Bulharsku běží krátkodobé dvacetidenní programy, které sestávají z denních setkání zaměřených na snižování poškození způsobených užíváním drog.

Poradenství je v evropských věznicích založeno většinou na přístupu motivačních rozhovorů, kognitivně behaviorálních přístupech, na osobu zaměřených, humanistických, gestaltistických nebo psychodynamických přístupech. V Evropě, ale především v USA je hojně využíván přístup dvanácti kroků, které tradičně používá společenství Anonymních alkoholiků. Poradenství a psychoterapie se oproti běžné mimovězeňské praxi většinou musí přizpůsobit režimu věznice a možnosti, že klient bude například nečekaně přemístěn do jiné věznice a podobně. Dlouhodobé a do hloubky jdoucí přístupy proto nejsou příliš používány s výjimkou terapeutických programů, které probíhají v k tomu zvlášť vyčleněných věznicích či odděleních běžných věznic UNODC (2008).

Intervence, jejichž podstatou je šíření informací z oblasti drogové prevence a snižování rizik jsou v evropských věznicích poskytovány v celkem hojně míře. V rámci podávání

informací a edukace jsou ve věznicích některých zemí při nástupu vězňům rozdávány informační letáky nebo dokonce balíčky obsahující základní informace, jak se chránit před nákazou HIV a virových hepatitid, kondomy a informace o dostupných drogových službách. Příkladem takové praxe ne například Rakousko UNODC (2008).

Příkladem funkčního poradenského programu je britský CARATS. Jednotlivá písmena této zkratky znamenají poradenství (counselling), posouzení stavu klienta (assessment), předání klienta do služby (referral), informační servis (advice) a zajištění kontinuity péče (throughcare). Písmeno S pak znamená služby (services). Spíš než o pouhý poradenský program se tedy jedná o komplexní systém služeb pro vězněné uživatele drog, který funguje v Anglii a ve Walesu. Tento systém propojuje různé služby a instituce, které jsou v jiných evropských státech více oddělené a na sobě nezávislé. Těmito prvky systému CARATS jsou především věznice, komunitní služby a probační služba. CARATS poskytují celou řadu snadno dostupných intervencí, kterými jsou například vstupní zhodnocení stavu klienta při nástupu do věznice, propojení s komunitní zdravotní péčí po nástupu do věznice, přizvání odborníka k soudnímu rozhodování o trestu a způsobu jeho výkonu, postdetoxifikační péče, individuální nebo skupinové poradenství zaměřené na drogový problém, právní a sociální poradenství, posouzení vhodnosti klienta pro zařazení do některého typu intenzivního intervenčního programu, posouzení pro účely postpenitenciárního zacházení, převýstupní poradenství a trénink, zajištění přechodu do komunitní zdravotní péče a služeb zaměřených na následnou péči, získání zaměstnání a zajištění ubytování. Kromě CARATS fungují v britských věznicích rehabilitační programy se střední intenzitou zacházení, jako například programy prevence relapsu, kognitivně behaviorální programy či abstinenčně zaměřené programy na principu 12 kroků. Dále pak jsou v některých věznicích zřízeny terapeutické komunity pro drogově závislé (Stover et al, 2007).

V českých věznicích je tento druh intervencí poskytován zejména prostřednictvím poraden drogové prevence jednotlivých věznic. Poradna drogové prevence je zřízena v každé věznici. Členy poradny jsou psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, vychovatel-terapeut a vedoucí lékař zdravotnického střediska. Poradna mapuje počty a uživatele drog ve věznici a poskytuje protidrogové služby, jimiž je zejména kontaktní práce, informační servis popřípadě individuální nebo skupinové poradenství. Poradny dále působí i v oblasti primární prevence, kdy především zprostředkovávají relevantní informace vězněným osobám, podílejí se na organizaci besed, přičemž často spolupracují s dalšími mimovězeňskými subjekty (nejčastěji s nestátními organizacemi). Poradny se také podílejí na zajištění základních intervencí

z oblasti harm reduction, které spočívají především v předávání informací o infekčních onemocněních a o způsobech, jak se chránit proti přenosu těchto onemocnění.

2.3.5 Rezidenční programy pro uživatele drog (zacházení se střední nebo vysokou intenzitou)

Bezdrogové zóny

Bezdrogová zóna je většinou část věznice, která je vyhrazena pro odsouzené, kteří se formou kontraktu dobrovolně zaváží, že v průběhu pobytu ve věznici nebudou užívat drogy ani vyhledávat kontakt s nimi. Dodržování tohoto kontraktu se běžně kontroluje prostřednictvím častějšího provádění testování na přítomnost drog v těle. Jako odměnu za dodržení kontraktu bezdrogové zóny zpravidla nabízejí lepší podmínky pro výkon trestu v podobě lepšího vybavení, menšího počtu odsouzených většího výběru volnočasových a jiných aktivit a podobně. Pobyt v bezdrogové zóně může sloužit též jako příprava před zařazením do terapeutického programu nebo naopak může bezdrogová zóna sloužit jako doléčovací zařízení pro absolventy terapeutických programů nebo jako příprava na propuštění. Zahraniční zkušenosti ukazují, že je ideální, pokud jsou v bezdrogové zóně umístěni jak bývalí uživatelé drog tak odsouzení bez drogové historie, společná jim však musí být motivace neužívat během pobytu ve věznici drogy (UNODC, 2008).

V českých věznicích jsou bezdrogové zóny zřizovány zpravidla jako oddělená část věznice, přičemž se nezdá, že se nejedná o několik oddělených částí v rámci jedné věznice. Zřizování bezdrogových zón v našich věznicích bylo inspirováno některými zahraničními vzory, jakým byla například bezdrogová zóna ve věznici v Rakouském Hirtenbergu, kde byl výzkumně prokázán vliv umístění odsouzených do bezdrogové zóny na snížení konfliktů a případů agrese ve věznici, dále pak na vyšší produktivitu práce zaměstnaných odsouzených, ale i na pracovní spokojenost zaměstnanců věznice. Podle intenzity a charakteru nabízených protidrogových služeb se v českých věznicích rozlišují dva základní typy bezdrogových zón, a sice bezdrogové zóny se standardním zacházením a bezdrogové zóny s terapeutickým zacházením. Cílovou skupinu bezdrogových zón se standardním zacházením tvoří pouze uživatelé drog, ale i neuživatelé, kteří se cítí být ve výkonu trestu drogou ohroženi. Některé bezdrogové zóny se standardním zacházením jsou dokonce zřizovány pouze pro neuživatele a cíleně se zaměřují pouze na primární prevenci. Na rozdíl od standardních bezdrogových zón jsou cílovou skupinou terapeutických bezdrogových zón výhradně uživatelé drog. Některé terapeutické bezdrogové zóny nabízejí terapeutický program cíleně orientovaný na dosažení trvalé abstinence a některé se orientují na klienty, kteří již absolvovali nějaký druh léčení a

fungují tak jako doléčovací program. Zacházení s odsouzenými v terapeutické bezdrogové zóně má formu terapeutického programu s nutností dodržet 10 hodin strukturovaných řízených aktivit týdně. Je doporučeno využívat systému terapeutické komunity nebo alespoň některých jeho základních prvků.

Vězeňská terapeutická komunita pro drogově závislé

Abstinenčně zaměřené rezidenční programy pro uživatele drog fungují ve věznicích některých zemí již více než 30 let. Tato oddělení, popřípadě na tento účel přímo specializované věznice, poskytují strukturované terapeutické programy v bezpečném prostředí bez drog. Je zde opět využívána velká šíře terapeutických přístupů od kognitivně-behaviorálně orientovaných přes psychodynamické a humanistické až například k přístupu 12 kroků. V některých zemích jsou tato oddělení režimem i poskytovanými intervencemi velmi podobná mimovězeňským terapeutickým komunitám pro drogově závislé s jistými specifiky a omezeními vyplývajícími z faktu, že tato oddělení jsou součástí výkonu trestu odnětí svobody (UNODC, 2008). Mnozí klinici a výzkumníci zabývající se léčbou drogových závislostí vyjádřili názor, že terapeutická komunita je pravděpodobně nejefektivnější a nejživotaschopnější forma zacházení s delikventními uživateli drog, zejména s těmi, jejichž kriminální chování vyústilo v uvěznění. Terapeutická komunita jako metoda je zvláště ve věznicích velice efektivní právě proto, že terapeutická komunita jako celek představuje terapeutické prostředí izolované od zbytku vězeňské populace, separované od drog, násilí a dalších aspektů vězeňského života, které mají právě opačný než léčebný potenciál (Iniciardi et al, 2004).

Vývoj a současnost vězeňských terapeutických komunit pro drogově závislé v USA

V roce 1988 zahájil Federální úřad pro vězeňství (Federal Bureau of Prisons - BOP) vývoj systému vězeňských intervenčních programů zaměřených na přechod odsouzených z věznice na svobodu a programů zaměřených na péči následující po propuštění z věznice. Velkým impulzem k tomu byla konference BOP uspořádaná právě v roce 1988, kde se sešli klíčoví odborníci, kteří měli za úkol naplánovat další rozvoj vězeňských intervenčních programů pro uživatele drog. V rámci tohoto procesu byla v devadesátých letech ve věznicích v poměrně velké míře zřizována oddělení, kde byly aplikovány principy terapeutické komunity pro drogově závislé modifikované tak, aby vyhovovaly prostředí věznic a situaci uvěznění. Do roku 1991 bylo odstartováno 8 takových programů a do konce roku 1992 pak dalších 22 programů. Tento počáteční boom následně poněkud zeslábl, takže v roce 1998 fungovalo ve

Spojených státech celkem 42 residenčních programů s celkovou kapacitou 6 tisíc lůžek. Tento typ péče se pak pomalu stával převažující formou péče o uživatele drog. Využití principů terapeutické komunity vycházelo z předpokladu, že problémy odsouzených způsobené užíváním drog vyžadují vysoce intenzivní intervence, mířené na restrukturalizaci postojů a vzorců myšlení, které mají zároveň schopnost naučit novým sociálním dovednostem, jakož i dovednostem z oblasti prevence relapsu. Federální vězeňský systém v USA nabízí dva typy residenčních programů. Prvním typem je program, se střední intenzitou zacházení, kam patří většina residenčních programů pro uživatele drog. Celková hodinová dotace těchto programů je 500 hodin v průběhu devíti měsíců. Početní poměr zaměstnanců ke klientům je zde 1:24. Programy s vysokou intenzitou poskytují 1 000 hodin intenzivních intervencí v průběhu dvanácti měsíců. Početní poměr zaměstnanců ke klientům je zde 1:12. Účast v obou typech programů je pro odsouzené dobrovolná. Pro motivaci k účasti na těchto programech je využívána celá řada činitelů, které sahají od drobných věcných incentív v podobě propisek nebo čepic až ke zkrácení trestu o jeden rok (Pelissier et al, 2001, Prendergast et al, 2003).

Mezi tradiční programy, které jsou zároveň nejpodrobněji popsány v odborné literatuře patří vězeňská terapeutická komunita Stay'n Out ve státě New York, která fungovala od roku 1977 do 2008, kdy byla její činnost v důsledku finanční krize pozastavena. Dále terapeutický program Corestone, který byl zahájen v roce 1975 v Oregonu, program New Vision v Texasu, program KEY/KREST v Delaware a programy Forever Free a Amity v Kalifornii.

Jako modelový příklad vězeňské terapeutické komunity pro drogově závislé v USA zde podrobněji popíšeme jeden z těchto programů, kterým je program KEY/CREST ve státě (Delware). Tento vězeňský program sestává ze dvou hlavních částí – KEY je vězeňská terapeutická komunita pro muže. Absolvent programu KEY může po propuštění z věznice pokračovat v mimovězeňském programu CREST. Níže popsáný víceetapový model je aplikován ve věznicích státu Delaware od poloviny devadesátých let. Jedná se o intenzivní systém zacházení, kde fáze programu KEY, kdy je klient umístěn ve věznici, mají formu tradiční residenční terapeutické komunity pro drogově závislé. Program je rozdělen na 5 fází a trvá minimálně 6 měsíců. Obsahem první fáze je vstupní vyšetření a posouzení klienta a dále pak jeho orientace. Tato fáze trvá přibližně dva týdny. Ve druhé fázi je již kladen důraz na účast na celém chodu terapeutické komunity. To jest účast na ranních komunitách, skupinové terapii, konfrontacích klientů, kteří nejsou motivováni k abstinenci, věnování se nováčkům a podobně. Během této fáze klienti začínají pojmenovávat své vlastní problémy a témata, které se vztahují k užívání drog a k páčání trestné činnosti a to jak v rámci skupinových setkání,

tak i během individuálních interakcí. Zároveň s tím přebírají zodpovědnost za své chování tím, že nesou zodpovědnost za své postoje a projevy během skupinových aktivit i během neformálních interakcí s týmem i ostatními klienty. Klientům jsou přidělovány různé pracovní funkce, čímž se sleduje rozvoj jejich odpovědnosti a posilování pracovních návyků. Klient pokračuje v individuální terapii se svým garantem. Tato fáze trvá přibližně 8 týdnů. Ve třetí fázi je důraz kladen na modelování rolí a dohlížení na každodenní chod komunity (s pomocí a pod dohledem týmu). Očekává se, že klienti převzou zodpovědnost sami za sebe, za své postoje a chování. Klienti v této fázi působí na klienty v nižších fázích jako pozitivní vzory rolí. Ve skupinové terapii se očekává, že budou pomáhat facilitovat skupinový terapeutický proces. Třetí fáze trvá přibližně 5 týdnů. Ve čtvrté fázi začíná příprava na nástup do placeného zaměstnání prostřednictvím nácviku přijímacích pohovorů a podobně. Tato fáze je zaměřena na přípravu na návrat do běžné společnosti a trvá přibližně dva týdny. Klienti se dále účastní individuálních i skupinových terapií. Navíc se ale účastní seminářů zaměřených na získání bydlení a rozvoj dovedností potřebných u udržení si zaměstnání a bydlení a dovedností k bezproblémovému fungování v občanském životě obecně. Pátá fáze zahrnuje návrat do běžného života, kdy klient nastupuje do placené práce mimo věznici, ale každý den se navrácí zpět do věznice, aby mimo jiné působil jako vzor klientům v nižších fázích. Získání zaměstnání a udržení si práce jsou integrálními součástmi léčebného programu terapeutické komunity. V této fázi se klienti dále účastní komunitních aktivit, jako jsou semináře a různé společenské akce. Následně se klienti připravují na opuštění vězeňského zařízení. Zřizují si bankovní účet a začínají si spořit na bydlení, jídlo a další náklady spojené s životem na svobodě. Po sedmi týdnech strávených v této fázi a po 26 týdnech strávených celkem v terapeutické komunitě mají klienti program splněný a jsou propuštěni na svobodu jako absolventi terapeutické komunity. (Iniciardi et al, 2004).

Program New Vision (Texas) sestává z části, která probíhá ve věznici a trvá 9 měsíců, která je následována tříměsíčním residenčním programem, který probíhá v mimovězeňském zařízení a odsouzení sem přecházejí po propuštění z věznice. Vězeňský program má kapacitu 500 lůžek a jsou sem zařazováni klienti, jimž do propuštění z věznice zbývá právě 9 měsíců. Absolvování residenčního postpenitenciárního programu v trvání 3 měsíců může odsouzený dostat soudně nařízeno. Na tuto intenzivní část potom může navazovat až roční ambulantní doléčovací program (Welsh, 2007, Griffith, 1999).

Program Amity (Kalifornie) byl založen v roce 1990 jako ukázkový projekt v mužské věznici se středním stupněm zabezpečení v Kalifornii. Program poskytuje intenzivní

zacházení pro 200 klientů v odděleních, která nejsou součástí standardního výkonu trestu. Délka programu je od 9 do 12 měsíců a účast v programu je dobrovolná. Časově je program rozvržen do 4 hodin denně intenzivní terapie a dalších 4 hodin pracovních činností, dále je zajištěna 24 hodinová přítomnost terapeuta, takže komunitní prostředí je udržováno nepřetržitě. Po propuštění z věznice se klienti mohou dobrovolně zapojit do postpenitenciární péče, která má podobu rezidenčního programu s názvem Vista, který trvá 6 až 12 měsíců. Jedná se o mimovězeňský program, který je však provozován tamní vězeňskou službou s kapacitou 40 lůžek. Postpenitenciární program je strukturován podobně jako vězeňská terapeutická komunita, odkud sem klienti přecházejí. V rámci Amity je rovněž provozováno drop-in centrum pro bývalé vězně, kde je poskytováno poradenství a večerní terapeutické skupiny (Prendergast et al, 2003; Wexler, 1999). V kalifornii běží rovněž program Forever Free, který je určen pro odsouzené ženy.

Situace v Evropě

V Evropě byla v roce 2011 podle údajů EMCDDA (2012) rezidenční protidrogová léčba poskytována prostřednictvím terapeutických komunit nebo speciálních oddělení věznic v 21 zemích z 25, které poskytly příslušnou informaci. Protidrogové pobytové služby jsou v několika státech dimenzovány tak, aby pokryly celkovou potřebu takové péče ze strany vězňů. Podle odhadu EMCDDA je taková situace v Dánsku, Litvě, Lucembursku a Chorvatsku. V dalších 9 zemích z 21, které zaslaly patřičné informace, je tato služba dostupná pro většinu těchto vězňů. Někde uprostřed se pak nachází Česká republika, Estonsko, Řecko, Malta, Finsko a Norsko. Naopak dostupnost těchto služeb pro pouze malou část indikovaných vězňů je odhadována pro Irsko, Lotyšsko a Rumunsko. Ve Španělsku mají tyto služby podobu rezidenčních „oddělení pro zacházení a edukaci“, která jsou zřízena ve 12 věznicích. Ve Švédsku tamní pobytové služby sledují minnesotský model 12 kroků. V 16 zemích je poskytovatelem vězeňských pobytových protidrogových služeb vězeňská zdravotní služba. Hlavní roli při zajišťování těchto služeb hrají externí poskytovatelé v Itálii, Slovinsku, Nizozemí a Velké Británii. Vyrovnané role mezi externími poskytovateli a zaměstnanci věznice poskytujícími tyto služby jsou v Dánsku a na Maltě.

V českých věznicích se setkáváme se dvěma typy intenzivních residenčních programů pro léčbu drogových závislostí, a to s odděleními pro dobrovolné léčení a s odděleními pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení. Z pohledu odborné péče není mezi terapeutickými programy obou typů oddělení žádný podstatný rozdíl. Dobrovolné léčení je realizováno ve specializovaných odděleních věznic prostřednictvím residenčních komplexních

terapeutických programů využívajících principy a účinné faktory terapeutické komunity pro drogově závislé. V ČR fungovala specializovaná oddělení pro různé duševní poruchy ve věznici Plzeň, Praha-Pankrác a Opava již před rokem 1989 (Miovský et al, 2003). Až do roku 1991 prováděla vězeňská služba v osmi věznicích protialkoholní ústavní léčbu. Jedno z prvních oddělení, které se specializovalo přímo na léčbu závislostí na nelegálních drogách, bylo zřízeno v plzeňské věznici v roce 1991, přičemž jako vzor byl využit systém terapeutické komunity pro drogově závislé typu Daytop Village (Marešová et al, 2000), který je v mnoha modifikacích využíván ve většině terapeutických komunit s obdobnou klientelou v ČR (Kalina, 2008). Na koncepci terapeutického programu specializovaného oddělení plzeňské věznice a především na přizpůsobení jednotlivých prvků terapeutické komunity pro drogově závislé podmínkám výkonu trestu, potažmo podmínkám věznice, se v 90 letech minulého století podílel mimo jiné i MUDr. Karel Nešpor. Terapeutické programy, které pak byly postupně zaváděny ve specializovaných odděleních dalších věznic, se více či méně inspirovaly právě tímto, dalo by se říci, pilotním projektem.

Současné terapeutické programy specializovaných oddělení jednotlivých českých věznic se navzájem drobně odlišují v závislosti na podmínkách každé konkrétní věznice, jakými je např. typ věznice (bezpečnostní opatření, režim, ale i klientela), stavebně technické podmínky oddělení (ubytování v celách nebo ložnicích, kapacita oddělení, zázemí jako například terapeutické místnosti, místnosti pro sebeobslužné aktivity, dílny, zahrady, hřiště, vycházkové prostory a podobně), personální obsazení (management věznice, odborný garant programu, složení terapeutického týmu, kvalifikace, zkušenosti apod.). Obecný rámec terapeutického programu a s ním i minimální standard péče je nastaven jednotně vnitřním předpisem vězeňské služby. Terapeutickým programem je míněn ucelený systém idejí, norem a činností, které se v běžné mimovězeňské praxi využívají při léčbě drogových závislostí. Všechny používané terapeutické postupy tedy mají zakotvení v běžné léčbě drogových závislostí. Oproti standardnímu výkonu trestu je ve specializovaném oddělení méně odsouzených a na jednoho odsouzeného připadá daleko více fyzického prostoru. Kapacita jednotlivých oddělení se pohybuje mezi 30 až 50 odsouzenými. Dále jsou oddělení obvykle vybavena nadstandardním zařízením. Součástí oddělení je navíc terapeutická místnost, prostory pro realizaci sebeobslužných činností (vaření, praní apod.) a zpravidla i různé dílny a další místnosti určené pro realizaci aktivit souvisejících s terapeutickým programem. Ve většině věznic k oddělení patří zahrada, popřípadě i další venkovní prostory. Oddělení je odděleno od zbylých ubytoven věznice a kontakt s ostatními věznými osobami je zpravidla omezen.

Terapeutický tým oddělení tvoří odborní zaměstnanci oddělení výkonu trestu, jimiž jsou psycholog, speciální pedagog, vychovatel-terapeut, sociální pracovník a vychovatel. Za realizaci terapeutického programu po odborné stránce odpovídá tzv. odborný garant terapeutického programu, kterým je obligatorně psycholog. Základem činnosti oddělení je týmová práce, tým se schází k pravidelným poradám a konzultacím jednotlivých případů. Tým je dále pravidelně supervidován externím supervizorem.

Oddělení tedy tvoří jednu komunitu, která se z hlediska účasti v jednotlivých terapiích a dalších aktivitách zpravidla dále člení na jednotlivé skupiny. Komunitní systém spočívá v pravidelných ranních komunitách a velké komunitě, která se schází zpravidla jednou týdně. Každý program má dále soubor pravidel. Ke sledování jejich dodržování či porušení je využíván bodovací systém. Odrazem osobnostního růstu klienta v průběhu programu je postup terapeutickými fázemi, které bývají zpravidla tři plus jedna úvodní (nultá). Ve většině oddělení je stanovena tzv. spoluspráva z řad klientů a jsou rozděleny i další funkce. V rámci terapeutického programu je dále povinnost dodržet 21 hodin strukturovaných řízených aktivit týdně, z nichž hlavní skupinovou aktivitou je skupinová psychoterapie, na kterou připadá nejméně 1,5 hodiny týdně. Dále bývají zpravidla zastoupeny skupiny prevence relapsu, životopisné skupiny a další podpůrné aktivity jako pracovní a sportovní činnosti, vzdělávací a zájmové aktivity.

Odsouzení jsou do oddělení zařazováni na základě dobrovolné žádosti, kde se zaváží k dodržování pravidel programu, kdy mezi základní (kardinální) pravidla patří zákaz užívání návykových látek a manipulace s nimi. Jako další podmínka pro zařazení a jako základní průkaz motivace k práci na svém vlastním drogovém problému je zpravidla požadováno zpracování podrobného životopisu a „motivačního dopisu“ odsouzeným. Odsouzený je z oddělení vyřazen zpravidla po hrubém porušení pravidel terapeutického programu nebo pravidel výkonu trestu jako takového, nebo po úspěšném absolvování programu nebo na vlastní žádost nebo v souvislosti s koncem trestu, podmíněným propuštěním, přemístěním nebo přeřazením do jiné věznice. Vyřazování klientů z programu po jeho úspěšném ukončení se ukazuje být problematické z toho důvodu, že je obtížné načasovat toto ukončení tak, aby se krylo s koncem trestu. Klient se tak buď vrací do standardního výkonu trestu, což může vést k jeho destabilizaci a vyústit v relaps, anebo setrvává ve specializovaném oddělení a tzv. přesluhuje. Tato varianta se zdá být lepší, ale také není ideální. V některých věznicích jsou proto zřízeny bezdrogové zóny (viz výše), které se specializují právě na absolventy terapeutických programů specializovaných oddělení a působí tak jako doléčovací programy.

Další úskalí lze spatřovat v tom, že nemalá část klientů specializovaných oddělení tato oddělení opouští v souvislosti s přeřazením do jiného (zpravidla mírnějšího) typu věznice, nebo v souvislosti s přemístěním do jiné věznice, které je realizováno většinou na žádost odsouzeného. Motivací k přemístění může být blízkost bydliště, ale zpravidla to bývá větší pravděpodobnost podmíněného propuštění. Z těchto důvodů programy opouští poměrně velké množství klientů předčasně.

Specializované oddělení pro dobrovolné léčení je v současné době zřízeno v 8 věznicích a celková kapacita těchto oddělení činí cca 300 míst.

Soudně nařízené ochranné léčení protitoxikomanické je jedním z ochranných opatření, které může dle platné právní úpravy ČR jedinci uložit soud jak samostatně, tak i vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Rozlišují se dvě základní formy ochranného léčení, a sice forma ambulantní a ústavní. Byl-li vedle ústavního ochranného léčení uložen trest odnětí svobody, ochranné léčení se podle ustanovení trestního zákona vykonává zpravidla po nástupu výkonu trestu odnětí svobody ve věznici. V současné době se v českých věznicích vykonává pouze ochranné léčení v ambulantní formě, byť se svým charakterem v podstatě neliší od formy ústavní. Je to dáno tím, že daná péče nesplňuje podmínky, které stanoví zákon o zdravotních službách pro lůžkovou péči. Léčebný program oddělení má dvě složky. První složkou je zdravotní péče, kterou zajišťuje zdravotnické středisko věznice popřípadě smluvní lékař. Druhou složkou je pak psycho–sociální část programu, která je zajišťována odbornými zaměstnanci oddělení výkonu trestu věznice, tedy nezdravotnickým personálem. Tato psycho–sociální součást programu se v podstatě neliší od výše popsaného programu oddělení s dobrovolným léčením. Specializované oddělení pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického je v současné době zřízeno ve 3 věznicích a celková kapacita těchto oddělení činí cca 130 míst.

Rezidenční programy pro klienty s duální diagnózou

Messina et al (2004) uvádějí, že vězni s duální diagnózou vyžadují specifickou integrovanou péči, v rámci které jsou zastoupeny intenzivní intervence cílené jednak na poruchu způsobenou užíváním psychoaktivních látek a jednak na přidruženou duševní poruchu. Studie, které ve své práci autoři citují, ukazují, že integrované programy pro uživatele drog s přidruženou duševní poruchou jsou účinnější než paralelní péče, která je zaměřená odděleně na závislostní poruchu a přidruženou duševní poruchu a je poskytována odděleně v různých programech.

Především v USA jsou popsány intervenční programy v podobě modifikované terapeutické komunity, které se cíleně zaměřují na klienty s duální diagnózou MICA (mentally ill chemical abusers). Takové programy byly původně zřízeny především v rámci vězeňské služby států Alabama, Texas, Kalifornie a Colorado. Intervenční program v Coloradu je postaven na principech terapeutické komunity s využitím kognitivně behaviorálních technik. Program je zaměřen na změnu postojů a životního stylu ve třech hlavních oblastech, kterými jsou užívání drog, přidružená duševní porucha a kriminální myšlení a chování. V rámci programu je využíváno edukace, kde klienti získávají informace o závislosti a vzorcích užívání, učí se porozumět své přidružené duševní poruše, jejím projevům a příčinám. Dále se učí rozvinout emoční a behaviorální dovednosti potřebné k překonávání problémů souvisejících se závislostí i přidruženou poruchou. Prvky kognitivně behaviorální terapie jim pomáhají zkoumat jejich vlastní interpretace různých situací, které ovlivňují jejich pocity, a kterými ospravedlňují své kriminální chování. Další součástí programu jsou terapeutické a encounterové skupiny, kde si klienti navzájem dávají zpětné vazby na své maladaptivní vzorce chování, ale i poskytují podporu vzorců žádoucích. Medikace je nedílnou součástí programu, který trvá 12 měsíců. Klienti jsou do programu zařazováni zpravidla před propuštěním. Program sestává ze 4-5 hodin řízených aktivit denně, 5 dní v týdnu. Na vězeňskou část coloradského programu navazuje postpenitenciární program, jehož absolvování může být součástí podmínek parole. Tento program, který má kapacitu 20 lůžek, je rovněž postaven na principech terapeutické komunity. Hlavní důraz je kladen na zvládnutí dovedností potřebných pro bezproblémový návrat do společnosti, na techniky zvládnutí relapsu a další techniky zvládání triády závislost/přidružená duševní porucha/kriminální chování. Součástí programu, který trvá 6 měsíců, je opět medikace a péče psychiatra (Sacks et al, 2004). Programy pro klienty s duální diagnózou MICA se od residenčních programů pro drogově závislé zpravidla liší v několika rysech tak, aby lépe vyhovovaly potřebám klientů s přidruženou diagnózou. První odlišností je větší flexibilita, kdy denní režim může být přizpůsobován aktuálním potřebám klientů. Aktivita, kde se pracuje s emocemi, jsou méně intenzivní, čímž je podpořena snadnější komunikace při řešení interpersonálních témat. Poslední modifikací je větší důraz na individuální přístup při pracovních aktivitách, kdy je kladen větší důraz na výběr takových pracovních aktivit, které co nejvíce odpovídají schopnostem daného klienta (Sullivan et al, 2007). Obecně se programy pro klienty s duální diagnózou vyznačují také větším zastoupením individuálního poradenství

a psychoterapie, méně konfrontačním přístupem, kratšími sezeními a menším množstvím klientů na jednoho zaměstnance (Messina, 2004).

2.4 Substituční léčba závislosti na opioidech.

Zavádění substituční léčby ve věznicích může sledovat různé cíle, kterými je především redukce užívání drog ve věznicích a s ním spojeného rizikového chování, jímž je zejména sdílení injekčního materiálu, dále pak snížení rizika relapsu, kriminálního chování a recidivy trestné činnosti. Jedním z hlavních argumentů pro zavádění substituční léčby ve věznicích zůstává princip, podle kterého musí být pro vězně dosažitelná stejná zdravotní péče jako ve většinové společnosti (principle of equivalence). Tento princip razí především WHO. Podle WHO (1993) by mělo být všem, kteří byli před uvězněním zařazeni v substituční léčbě, umožněno v této léčbě pokračovat i během uvěznění.

Vězeňskými autoritami bývá i přes to přítomnost substitučních programů v jejich věznici nezdědka vnímána jako bezpečnostní riziko. Podávání substituční látky ve věznici s sebou opravdu nese nezanedbatelná bezpečnostní rizika související s pokusy vězňů zneužít substituční látku, které jsou občas i fatální. I v ČR jsme v posledních letech zaznamenali případy, kdy se na smrti vězně podílelo zneužití metadonu. I když se jedná o případy ojedinělé, mohou mít na pokračování poskytování tohoto druhu léčby ve věznicích dané země zásadní vliv. Výsledky různých studií jsou nicméně konzistentní v tom, že substituční léčba poskytovaná během uvěznění má uklidňující vliv na chování uživatelů drog ve věznici. Tím usnadňuje zacházení s vězni a jejich reintegraci po propuštění z věznice. Tento jev může být vysvětlen psychofarmakologickým vlivem metadonu, který eliminuje psychické i somatické projevy bažení jakož i nepříjemné symptomy syndromu odnětí drogy (Stallwitz, 2006).

Dalším z argumentů proti zavádění substituční léčby ve věznicích bývá, že vězni tak či tak při pobytu ve věznici výrazně omezí užívání drog včetně intravenózní aplikace. Jako námitka ze strany odborníků bývá stavěn protiargument, že ačkoli se celkové užívání drog uvězněním sníží, tak zbývající případy užívání probíhají zpravidla velmi rizikovým způsobem, kdy dochází například ke sdílení injekčního materiálu a podobně (Stallwitz, 2006).

Nejprve byly substituční programy ve věznicích zaváděny pro nemocné HIV/AIDS, jinými infekčními nemocemi a pro těhotné ženy (Stöver et al, 2006). S tím, jak byla substituční léčba zpřístupňována i dalším skupinám odsouzených, bylo výzkumně prokázáno, že udržovací substituční programy ve věznicích snižují užívání nelegálních drog a tím i riziko jejich nitrožilní aplikace, násilnosti a kriminální aktivity mezi vězni, zapojení do obchodu s nelegálními drogami ve věznicích a recidivu k trestné činnosti. Metadonová léčba ve

věznicích je v současné době kromě většiny zemí západní Evropy dostupná v některých státech USA, Kanadě, Austrálii, Indonézii, Iránu, Novém Zélandu a Portoriku (UNODC, 2008; Stallwitz, 2006). Celosvětově patří mezi nejznámější substituční programy program KEEP Rikers Island v New York City založený v roce 1987. Ještě v roce 1992 to byl jediný substituční udržovací program v USA a jeden ze tří takových programů na světě vůbec (Magura et al, 1992). Jako úplně první využití metadonové léčby v penitenciárním zařízení v USA a možná i na celém světě se uvádí experimentální využití metadonu v léčbě závislosti na heroinu v Kentuckém Lexingtonu v 50. letech minulého století (Johnson et al, 2001).

V kanadských věznicích byla substituční léčba metadonem zahájena v roce 1998. V první fázi byla léčba dostupná pouze pacientům, kteří léčbu zahájili v civilním zařízení ještě před nástupem do věznice. Od roku 1999 byla ve zvlášť odůvodněných případech léčba též zahajována ve věznici (Johnson et al, 2001). Od roku 2000 pak může být léčba zahájena u všech klientů závislých na opioidech (Stallwitz et al, 2006).

Podle údajů EMCDDA (2012) je v EU v civilním sektoru substituční léčba hlavním přístupem v léčbě závislosti na opioidech a k její implementaci došlo již ve všech členských státech a dále v Turecku i Norsku. V roce 2010 bylo hlášeno 710 000 pacientů v některé z forem substituční léčby, což znamená, že každý druhý z odhadovaného počtu problémových uživatelů opioidů v Evropě je v léčbě. Mnohé z evropských zemí zavedly substituční léčbu na opioidech též ve svých vězeňských zařízeních. Tím se uzavírá pomyslná mezera, která existovala mezi péčí o uživatele drog mimo věznici a ve věznici. Mezi zavedením substituční léčby jako takovým a jejím zavedením ve věznici dané země bylo nicméně zpravidla nezanedbatelné zpoždění. Toto zpoždění činilo běžně osm až devět let. I přes poměrně široké zavedení substituční léčby v evropských věznicích lze podle Stövera et al (2006) stále spatřovat slabinu v tom, že tam kde substituční léčba ve vězení přeci jen zavedena je, tam její dostupnost a kvalita často nedosahuje úrovně běžné v mimovězeňských zařízeních dané země.

Jedinými evropskými zeměmi, kde ani v roce 2012 neměli vězeňští lékaři možnost ordinovat dlouhodobou udržovací substituční léčbu, byly podle údajů EMCDDA (2012) Řecko, Kypr, Litva a Slovensko. V Maďarsku, ačkoli je substituční léčba ve věznicích legální od roku 2001, byla tato metoda aplikována jen v několika málo izolovaných případech v letech 2005 až 2006. V Turecku je možné používat substituční léčbu ve věznicích od roku 2010, skutečná dostupnost léčby však není z dat vykazovaných Tureckem příliš jasná. Lotyšsko zavedlo dlouhodobou udržovací substituční léčbu ve věznicích v roce 2011. Do té doby zde byla dostupná pouze krátkodobá forma s rychlým snižováním dávek. Ve všech

ostatních evropských státech mají uživatelé opioidů, kteří jsou před uvězněním v péči mimovězeňského centra substituční léčby, možnost pokračovat v substituční léčbě i ve věznici. V těchto zemích s výjimkou České republiky, Lotyšska, Polska a Velké Británie může být substituční léčba ve věznici též zahájena. Podle UNODC (2008) by však vězni měli mít přístup k substituční léčbě bez ohledu na to, v jaké fázi výkonu trestu se nacházejí. Tedy ne jen při nástupu do věznice, ale kdykoli během výkonu vazby nebo trestu.

Odhady ukazují, že v sedmi evropských státech je v substituční léčbě více než 10 % všech vězňů. V dalších 9 zemích se tento ukazatel pohybuje mezi 3 % až 10 %. V ČR je poměr vězňů k celkové populaci dlouhodobě méně než 1 %. (EMCDDA, 2012).

Heino Stöver et al (2006) provedli v letech 2003 až 2004 kvalitativní výzkum v 18 evropských zemích, včetně ČR, zaměřený na poskytování substituční léčby ve věznicích (v ČR v té době nebyla substituční léčba ve věznicích ještě zavedena, tomu došlo až v roce 2006). Během výzkumu provedli výzkumníci množství rozhovorů a skupinových diskusí (focus groups) s úředníky zodpovědnými za vězeňství té které země, zaměstnanci věznic, kteří ve věznicích poskytují zdravotní a psycho sociální péči a samotnými vězni. Získaná data pak podrobili obsahové analýze. Výsledky studie, která, jak sami autoři zdůrazňují, nemá ambici být studií reprezentativní, ukazují, že i přes nejednotnost předpisů upravujících poskytování substituční léčby v jednotlivých státech EU a dokonce i v rámci jednotlivých států, lze konstatovat, že dostupnost a kvalita péče má vzestupnou tendenci. Podle Stövera et al (2006) lze však mezi praxí poskytování substituční léčby ve věznicích a v civilním sektoru stále najít několik významných rozdílů. Ve věznici například není možná volba lékaře ani použité substituční látky. Používá se většinou cenově nejdostupnější látka, jíž je metadon. Ani délku samotné léčby si pacienti nemohou ve většině případů zvolit sami. Autoři studie konstatují, že ve většině zemí měla substituční léčba charakter krátkodobé detoxifikace. Jinde byla doba udržovací substituční terapie omezena na 6 až 12 měsíců. Další odlišnosti lze sledovat ve vztahu pacient – lékař, v přísnosti, s jakou je kontrolováno případné zneužití nelegálních drog během léčby včetně marihuany, v možnosti zajistit anonymitu pacienta a důvěrnost léčby a podobně. Rovněž není rozhodně běžnou praxí vybavit pacienta několika dávkami léčivého přípravku k samostatnému užívání.

Podle UNODC (2008) by udržovací substituční léčba neměla být osamocenou intervencí, ale měla by být i ve věznici doplněna vhodnou psychosociální komponentou. Ve světě se vyskytují různé modely poskytování substituční léčby od specializovaných oddělení, která

jsou součástí výkonu vazby nebo trestu přes lůžkovou péči ve vězeňských nemocnicích po ambulantní péči, kdy jsou pacienti umístěni v běžných celách.

Klíčové je u této formy intervence zajištění následné péče. Nelze totiž dost dobře propustit z věznice pacienta, který má ordinováno pravidelné užívání opioidů, bez toho, aby měl zajištěno kontinuální navázání této medikace v některém z civilních zdravotnických zařízení. Musí proto existovat úzká spolupráce věznice s civilními zdravotnickými zařízeními, která jsou schopna kontinuitu péče zajistit.

V českých věznicích byla substituční léčba závislosti na opioidech zavedena v roce 2006, kdy byl zahájen pilotní projekt ve dvou věznicích, a sice ve Vazební věznici Praha-Pankrác a ve Věznici Příbram. Po úspěšném ukončení tohoto pilotního projektu bylo poskytování substituční léčby postupně rozšířeno do dalších osmi věznic, kde byla zřízena centra substituční léčby. Celý projekt zavedení substituční léčby byl od počátku koncipován tak, aby byl realizovatelný v běžných podmínkách našich věznic, to jest v podmínkách standardního výkonu trestu popřípadě vazby. Nešlo se tedy cestou zřízení zvláštních oddělení, kde by byli společně umístěni všichni pacienti v substituční léčbě. U zrodu zavedení substituční léčby do našich věznic stála MUDr. Věra Kodešová, která dodnes působí ve věznici Praha Pankrác a je nestorem léčby drogově závislých vězňných osob. Supervizorem projektu byl MUDr. Petr Popov. Při provádění substituční léčby v českých věznicích se postupuje podle Standardu substituční léčby vydaného Ministerstvem zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001). Do substituční léčby ve věznicích v ČR může být zařazena pouze vězněná osoba, u níž již probíhá nebo proběhla substituční léčba v mimovězeňském zdravotnickém zařízení. V ČR se tedy ve vězení substituční léčba nezahajuje. Léčivým přípravkem používaným k substituční léčbě je zpravidla metadon. U jedinců, kteří přecházejí do věznice ze substituční léčby buprenorfinem, je možné v léčbě pokračovat, ovšem za předpokladu, že si jedinec bude dané léky (zpravidla Subutex nebo Suboxone) sám hradit. Tito jedinci se na metadonovou léčbu zpravidla nepřevádějí. Substituční léčbu lze uskutečnit jen se souhlasem pacienta na základě písemně uzavřené terapeutické smlouvy, v níž pacient vyjádří souhlas s touto léčbou a jejím režimem. Léčba bývá ukončena buď na vlastní žádost pacienta, nebo při porušení pravidel léčby pacientem. Při propuštění z věznice je pacient předán mimovězeňskému zdravotnickému zařízení, kde pacient v léčbě pokračuje. Před propuštěním z věznice je s pacientem intenzivně pracováno na zvládnutí přechodu do civilního života a na pokračování dodržování léčebného režimu. Problém někdy nastává při propuštění z věznice, které je „neplánované“ (podmíněné propuštění z trestu, propuštění z vazby). Při přerazení nebo

přemístění do jiné věznice je pacient předán centru substituční léčby ve věznici, kam je přeřazen popřípadě přemístěn. Metadon je pacientům vydáván jednou denně, přičemž zdravotnický pracovník vždy provádí vizuální kontrolu požití metadonu, aby nebylo substituční látky zneužito.

2.5 Programy snižování rizik

Užívání drog je ve věznicích drtivé většiny zemí, včetně ČR, zakázáno a za porušení tohoto zákazu hrozí vězňům poměrně vysoké tresty. Zavádění opatření vedoucích ke snížení rizik souvisejících s užíváním drog a zejména s jejich nitrožilní aplikací, která jsou v mimo věznice dnes již zcela běžná, bývá proto ve věznicích stále poměrně problematické. Programy výměny použitého injekčního materiálu za sterilní, bezplatná distribuce desinfekčních prostředků či kondomů ve věznicích nejsou proto ve většině zemí zdaleka běžnou praxí. Většina intervencí poskytovaných v evropských věznicích je zaměřena abstinencí, a tak programy snižování rizik bývají většinou okrajovou záležitostí.

Někteří autoři, jsou toho názoru, že neschopnost zajistit vězňům přístup k základním preventivním opatřením proti HIV a VHC je porušením práva vězňů na zdraví podle mezinárodních zákonů a navíc je neslučitelná s mezinárodními úmluvami, které se zabývají otázkou práv vězňů, vězeňskou zdravotní péčí a HIV/AIDS ve věznicích, včetně Základních zásad OSN pro zacházení s vězni, Doporučených postupů WHO pro řešení infekce HIV a AIDS ve věznicích a dokumentů UNAIDS (Lines, 2006).

Podle některých autorů by v zemích, kde je rozšířené injekční užívání drog ve věznicích, měly být výměnné programy jehel a stříkaček základní intervencí sledující prevenci šíření HIV a virových hepatitid ve věznicích. Až na druhém místě by měla být využívána opatření jako poskytování desinfekčních prostředků a podobně (Stover et al, 2007; UNODC, 2008). Možnost nechat se testovat na HIV nebo VHB / VHC by proto měla být dostupná všem vězňům (UNODC, 2008). Na druhou stranu povinné testování na HIV je podle WHO neetické a neefektivní (WHO, 1993).

Mezi prostředky používané v rámci harm reduction se řadí zejména informace a vzdělávání o HIV/AIDS, dobrovolné testování a poradenství, distribuce kondomů, vzdělávání v oblasti bezpečnější aplikace drog (ale i bezpečnějšího tetování apod.), distribuce chlorových desinfekčních přípravků, výměna jehel a stříkaček a v neposlední řadě též substituční léčba (Stover, 2007). K distribuci injekčního materiálu ve věznicích jsou v jednotlivých zemích využívány různé způsoby od vydávání zdravotnickým personálem kus za kus, přes automaty a výdej prostřednictvím vyškolených vězňů po distribuci

prostřednictvím pracovníků různých nestátních organizací. Pokud nejsou dostupné výměnné programy, doporučuje UNODC (2008) zajistit alespoň distribuci desinfekčních prostředků. Distribuce kondomů rizikovým vězňům by měla být samozřejmostí.

Opatření z oblasti harm reduction jsou zavedena ve věznicích ve zhruba ve dvou třetinách evropských států, to znamená, že v jedné třetině států, jsou tato opatření nedostatečná nebo chybí úplně (Stover, 2007). V ČR se sice v civilních službách staly programy výměny injekčního materiálu standardem, ale pokud jde o situaci ve věznicích, radíme se spíše ke státům s nedostačenou dostupností harm reduction služeb pro vězně. Vězení je v naší společnosti stále obecně vnímáno jako prostředí, kam se drogy nedostanou a kde tedy drogy nejsou. Výměna jehel a stříkaček v českých věznicích za sterilní je pro většinu společnosti a pro drtivou většinu zaměstnanců českých věznic zatím nepředstavitelná.

K výměnným programům přistoupily vězeňské služby některých států, byť je i zde užívání drog ve věznicích explicitně zakázáno. V této souvislosti jsou zmiňovány především vězeňské služby Arménie, Austrálie, Běloruska, Kanady, Iránu, Kyrgyzstánu, Lucemburska, Moldávie, Rakouska, Skotska, Španělska, Švýcarska, Německa a Rumunska (Lines, 2006; WHO, 2005; Stover, 2007). Výzkumy provedené v některých těchto zemích naznačují, že výměnné programy nezvyšují bezpečnostní rizika a riziko zvýšeného užívání drog, ale naopak tato rizika snižují (Lines et al, 2006).

2.6 Příprava na propuštění a kontinuita péče

Výsledky výzkumů chování absolventů intervenčních programů a kontrolních skupin v období těsně po propuštění z věznice ukazují, že nehledě na to, do jaké z těchto dvou skupin proband patřil, byly nejkritičtějšími obdobími z hlediska relapsu k užívání drog či recidivy trestné činnosti první dva měsíce po propuštění z věznice (Prendergast et al, 2003). Zajištění následné péče pro uživatele drog opouštějící věznice je proto jedním z nejdůležitějších momentů z hlediska udržení abstinence na svobodě. Pro zajištění efektivní následné péče je ideální, aby daná věznice úzce spolupracovala s mimovězeňskými poskytovateli drogových služeb, a to zejména ve fázi uvěznění, která těsně předchází propuštění. Cílem je zajistit hladký přechod klienta po propuštění do další odborné péče. Termín kontinuita péče (throughcare) odkazuje na opatření vedoucí k udržení návaznosti péče před, během a po uvěznění. Z důvodu usnadnění přechodu na svobodu a případně do postpenitenciární péče byla ve vězeňských systémech některých zemí, zřízena takzvaná předvýstupní oddělení. Jako příklad takového zařízení lze uvést předvýstupní oddělení portugalských věznic, což jsou rezidenční zařízení zřízená pro vězně, kteří absolvovali

protidrogový program a mají tak právo na výkon trestu s mírnějším režimem. Tento „polootevřený“ režim umožňuje například vycházky mimo věznici, během nichž si vězni mohou zařizovat budoucí bydlení a zaměstnání na období po propuštění z věznice (EMCDDA, 2012).

Co se týká cílené přípravy uživatelů drog na přechod z výkonu trestu do běžného života v českých věznicích, tak se situace liší podle toho, zda je odsouzený v péči některého specializovaného oddělení, zda je zařazen do výstupního oddělení nebo zda je v takzvaném standardním výkonu trestu. Specializovaná oddělení mají zpravidla zpracovány postupy, jak zacházet s klienty před koncem výkonu trestu nebo v poslední fázi pobytu v programu. U odsouzených ve specializovaných odděleních je příprava na propuštění rovněž zpravidla součástí jejich individuálního terapeutického plánu a je jí věnován prostor jak ve skupinách zaměřených například na prevenci relapsu tak i v individuální práci s garantem. Klienti jsou motivováni k navázání kontaktu s některým mimovězeňským poskytovatelem drogových služeb, jimiž jsou většinou nestátní organizace a k zajištění si plynulého přechodu do některé z těchto služeb.

Citelným nedostatkem zůstává, že péče, kterou vězeňská služba ČR poskytuje odsouzenému a vlastně veškerý kontakt s klientem, v podstatě končí dnem, kdy klient opouští věznici. Tím chybí zpětná vazba o chování klienta po propuštění z výkonu trestu a není možné ošetřit jeho případná selhání či relapsy a poskytnout mu další potřebné intervence. Dále tak vězeňská služba v podstatě ztrácí cenné informace, které by byly velice potřebné pro evaluaci jednotlivých programů či intervencí a odhad jejich efektivity.

Prevence rizika předávkování

Pro mnoho vězňů jsou první dva týdny po propuštění rovněž vysoce rizikové z hlediska rizika předávkování, což platí zvláště pro uživatele opioidů (Stover, 2007). V této souvislosti bylo doporučeno již mnoho opatření směřujících ke snížení tohoto rizika. Tato opatření zahrnují předvýstupní poradenství zaměřené specificky na riziko předávkování, nácvik první pomoci a zvládání situace předávkování nebo optimalizace předání do následné péče. Mezi specifické intervence v této oblasti patří též distribuce naloxonu, což je silný antagonist opioidních psychotropních látek. Spolehlivá data o pokrytí věznic a vězných uživatelů opiátů touto intervencí jsou zatím jen sporadická. Poskytování naloxonu při výstupu z vězení se provádí například v Anglii, Skotsku a Walesu, z ostatních zemí o tom nejsou zprávy (EMCDDA, 2012).

2.7 *Efektivita zacházení s uživateli drog*

Studie efektivity léčby závislostí ve vězeňských zařízeních již nejsou vzácností, přičemž je však opět nutno podotknout, že drtivá většina z nich vznikla v zemích západního světa a zejména v USA. Výsledky těchto studií většinou podporují hypotézu, že účast v intervenčním programu snižuje riziko recidivy k trestné činnosti, s o něco menším úspěchem pak riziko recidivy k užívání drog. Tak například přehledová studie zpracovaná Perrym et al (2006), kde autoři shrnuli výsledky 24 různých studií vězeňských programů s celkovým počtem téměř 9 tisíc probandů, dokládá, že intervence (programy), které mají charakter terapeutické komunity, a jsou následovány další následnou péčí po propuštění z vězení, mají potenciál snižovat míru recidivy trestné činnosti. Další pozitivní výsledky přináší studie efektivity vězeňských metadonových programů, kde bylo při podávání dostatečně velkých dávek metadonu po dostatečnou dobu prokázáno snížení užívání drog po několika měsících (např. Stallwitz et al, 2007; Gordon et al, 2008).

V ČR se efektivitou zacházení s odsouzenými ve specializovaných odděleních českých věznic zabývali v poslední době zejména Jiříčka et al (2012), kteří vydali sborník příspěvků z praxe specializovaných oddělení a terapeutických programů. V případě specializovaného oddělení pro dobrovolné léčení věznic Ostrov byla zjištěna 60% recidiva k trestné činnosti v období tří let po propuštění měřená jako znovuvěznění u absolventů terapeutického programu specializovaného oddělení oproti 75% recidivě (znovuvěznění) zjištěné u kontrolní skupiny (Rambousková et al, 2012).

2.7.1 *Efektivita residenčních programů postavených na principech terapeutické komunity*

Důkazy hovořící o tom, že podstoupení léčby ve vězeňské terapeutické komunitě pro drogově závislé a případné následné péče po propuštění mají statisticky významný vliv na snížení recidivy užívání drog a recidivy páčání trestné činnosti jsou založeny především na evaluačních studiích provedených v USA na klientech tří modelových programů, kterými jsou KEY/KREST (Delware), Amity (Kalifornie) a New Vision (Texas) zmíněných výše v textu (Welsh, 2007). Prendergast et al (2003) uvádějí, že pravděpodobně největší vliv na pozdější vývoj penitenciárních intervenčních programů pro uživatele drog měla evaluační studie klientů vězeňské terapeutické komunity Stay'n Out ve státě New York, publikovaná v roce 1990. Za použití kvazi experimentálního designu bylo zjištěno, že po 40 měsících od propuštění byla u výzkumné skupiny zjištěna staticky významně nižší míra recidivy než u kontrolní skupiny. V případě mužů z výzkumné skupiny bylo do 40 měsíců znovu uvězněno

27 % oproti 35 respektive 40 % probandů ze skupiny, která prodělala méně intenzivní péči a 41 % mužů z kontrolní skupiny. Naproti tomu u žen nebyly při stejném designu signifikantní rozdíly zjištěny (Prendergast et al, 2003).

Studie provedená na vzorku klientů programu Corestone (Oregon) v roce 1985 porovnávala recidivu (znovu uvěznění) v období tří let po propuštění u absolventů tohoto programu, u klientů, kteří tento program nedokončili a vězňů, kterým se nedostalo žádného speciálního zacházení. Do tří let od propuštění zůstalo neuvězněno 71 % absolventů programu, 63 % vězňů, kterým se nedostalo žádného speciálního zacházení, ale pouze 26 % klientů, kteří byli zařazeni v programu, ale kteří program nedokončili. Na první pohled by se mohlo zdát, že klientům, kteří program nedokončili, zařazení do tohoto programu vlastně ublížilo. S velkou pravděpodobností zde však sehrála roli systematická chyba způsobená nenáhodným výběrem (selection bias), které byla v pozdějších výzkumech věnována velká pozornost (viz dále v textu). Tyto dvě výše zmíněné studie navíc nezohlednily vliv péče, které se některým klientům (zejména absolventům programu) dostalo po propuštění z věznice.

Fenomén vlivu postpenitenciární péče na závisle proměnnou, kterou v těchto studiích bývá nejčastěji recidiva k trestné činnosti nebo znovuuvěznění, případně recidiva k užívání drog, byl zohledněn například již ve studii provedené na klientech programu New Vision (Texas). Výsledky této studie, provedené v roce 1997, ukázaly, že u klientů, kteří absolvovali vězeňskou i postpenitenciární část programu, byla 12 měsíců po propuštění míra znovuuvěznění 18 %. U těch, kdo absolvovali pouze vězeňskou část programu, to bylo 29 % a u těch, kteří neabsolvovali žádnou specifickou péči (kontrolní skupina) pak 33 % (Prendergast et al, 2003). Analýza výsledků po 36 měsících pak ukázala, že absolvování obou částí programu (vězeňské i postpenitenciární části) mělo největší efekt pro odsouzené s vysokou mírou rizik a potřeb. Klienti, kteří dokončili obě části, měli po 36 měsících od propuštění signifikantně nižší míru znovuuvěznění, než tomu bylo u kontrolní skupiny (25 % výzkumná skupina, 42 % kontrolní skupina). Ještě vyšší míru znovuuvěznění než kontrolní skupina však měli opět odsouzení, kteří byli do postpenitenciární části programu zařazeni, ale tuto nedokončili (64 %) (Welsh, 2007).

Evaluační studie programu KEY/CREST (Delware) provedená v roce 1997 rovněž zohlednila možný efekt postpenitenciární části programu. Míra recidivy do 18 měsíců po propuštění byla u absolventů obou částí programu (vězeňské i postpenitenciární) 29 %, u těch, kteří absolvovali pouze vězeňskou část 52 %, a u kontrolní skupiny dokonce 70 % (Iniciardi et al, 2004).

Prendergast et al (2003) citují výsledky evaluační studie programu pro odsouzené ženy Forever Free (Kalifornie), provedené v roce 1993, kde bylo použito jako závisle proměnné úspěšné dosažení podmínek parole (touto podmínkou bylo nespáchat další trestný čin). 90 % odsouzených, které absolvovaly též postpenitenciární část programu v trvání alespoň 5 měsíců, splnilo úspěšně podmínky parole. U absolventek vězeňské části programu, které zahájily pospenitenciární část, ale nedokončily ji, to bylo 72 %, u absolventek pouze vězeňské části 62 % a u těch, které zahájily vězeňskou část, ale nedokončili ji, pouze 38 %.

Prendergast et al (2003) sami provedli studii na klientech programu Amity (Kalifornie), kdy zkoumali vliv absolvování programu na recidivu užívání drog a recidivu trestné činnosti v období 12, 24 a 36 měsíců po propuštění z věznice. Kontrolní skupina byla konstruována tak, že odsouzení, kteří splňovali kritéria pro zařazení do programu byli kvůli nedostatku kapacit v programu náhodně rozděleni na skupinu, která byla zařazena do programu a skupinu, která do programu zařazena nebyla. Obě skupiny pak byly ještě vyváženy podle jednotlivých demografických a trestních charakteristik. Vzorek obsahoval 425 osob ve výzkumné skupině a 290 osob ve skupině kontrolní. Výzkumná skupina byla pro účely analýzy ještě rozdělena na čtyři podskupiny podle toho, zda jednotlivé osoby nedokončili ani vězeňskou část programu, absolvovali pouze vězeňskou část programu, absolvovali vězeňskou část, ale nedokončili část postpenitenciární nebo úspěšně ukončili obě části programu. Jako závisle proměnná bylo sledováno hned několik faktorů, mezi něž patřilo tradiční znovuvěznění, ale též počet dní do první kriminální aktivity po propuštění (sledováno na základě selfreport), charakter trestného činu, pro který byl proband po propuštění zatčen, počet dní po propuštění do prvního uvěznění, charakter trestného činu, pro který byl proband uvězněn, počet měsíců, po které byl proband uvězněn, doba prvního užití drogy po propuštění (selfreport) a výsledek drogového testu z vlasů a nehtů 12 měsíců po propuštění. Z výsledků vyplývá, že 12 měsíců po propuštění byl u závisle proměnné znovuvěznění nalezen signifikantní rozdíl mezi výzkumnou a kontrolní skupinou (39,9 % u výzkumné skupiny a 49,7 % u skupiny kontrolní). 24 měsíců po propuštění míra recidivy vzrostla u všech sledovaných skupin, přičemž rozdíl mezi výzkumnou a kontrolní skupinou byl stále signifikantní. 36 měsíců po propuštění byla míra znovuvěznění u kontrolní skupiny stále vyšší než u skupiny výzkumné, rozdíl však již nebyl statisticky významný. Ve třetím roce výrazně vzrostla míra znovuvěznění u 3 ze 4 podskupin výzkumné skupiny, a to těch které neabsolvovali celou pospenitenciární část. Míra znovuvěznění u každé z těchto 3 podskupin převýšila míru znovuvěznění u kontrolní skupiny. Míra znovuvěznění po 36

měsících u skupiny odsouzených, kteří absolvovali jak vězeňskou tak pospenitenciární část programu, nedosáhla ani 30 %, což je v porovnání s kontrolní skupinou (75 %) velmi slibný výsledek Prendergast et al (2003). Pokud jde o další závisle proměnné sledované v této studii, tak například u doby prvního užití po propuštění (selfreport) byly podle Kaplan-Meierova odhadu funkce přežití (survival analysis) členové výzkumné skupiny signifikantně déle bez užívání drog než členové skupiny kontrolní. Pokud však jde o výsledky testování na užití drog ze vzorku vlasů a nehtů po 12 měsících od propuštění, nebyly mezi oběma skupinami shledány statisticky významné rozdíly.

Další studii provedli Prendergast et al (2004) na té samé kohortě ještě i 5 let po propuštění z věznice. Do té doby bylo alespoň jednou uvězněno 75,7 % probandů z výzkumné skupiny oproti 83,4 % probandů z kontrolní skupiny. Z těch, kteří byli znovu uvězněni, strávili probandi z výzkumné skupiny v porovnání s kontrolní skupinou na svobodě v průměru o 6 měsíců déle do prvního zatčení.

Jednu z nejrozsáhlejších evaluačních studií residenčních vězeňských programů pro uživatele drog provedli Pelissierová et al (2001). Tato studie zahrnovala jak muže, tak ženy z celkem 20 vězeňských residenčních programů určených pro uživatele drog. Ve studii bylo využito dvou kontrolních skupin, jedna byla vytvořena z odsouzených z věznic, kde podobné programy nebyly dostupné, druhá z věznic, kde dostupné byly, ale osoby z kontrolní skupiny o zařazení do těchto programů neprojevily zájem. V průběhu studie byl důsledně kontrolován možný vliv selection bias. Autoři studie zjistili statisticky významně nižší míru užívání drog a znovuvěznění v období 6 měsíců po propuštění z věznice u výzkumné skupiny. V rámci studie byly použity speciální analýzy selection bias (tzv. Heckmanův přístup), které odhalily, že vězni, kteří měli vyšší riziko recidivy trestné činnosti i užívání drog, se s větší pravděpodobností objevili ve výzkumné skupině než ve skupině kontrolní, tj. byly zařazeni nebo se dobrovolně přihlásili do residenční léčby. Pokud by autoři vliv tohoto fenoménu nekontrolovali, rozdíly mezi jednotlivými skupinami 6 měsíců po propuštění by nebyly zdaleka tak signifikantní (Pelissier et al, 2001).

V odborné literatuře, zabývající se efektivitou vězeňských residenčních intervenčních programů pro uživatele drog, je často argumentováno, že vězeňská terapeutická komunita sama o sobě nepřináší kýžený efekt, pokud není následována postpenitenciární následnou péčí. Welsh (2007) se proto zaměřil na efektivitu vězeňské terapeutické komunity u vzorku odsouzených, kterým se nedostalo následné postpenitenciární péče. Tento vzorek tvořilo 217 odsouzených z residenčních programů pěti věznic státu Pennsylvania. Intervenční programy

těchto věznic byly postaveny na obdobných principech a filozofii a bylo zde využíváno obdobných intervencí. Jednotlivé programy se drobně lišili v intenzitě (od 15 do 30 hodin řízených terapeutických aktivit týdně). V případě této studie bylo kontrolováno, kolik hodin intervencí se dostane nejen výzkumné skupině, ale též skupině kontrolní – probandům zařazeným ve výzkumné skupině se dostalo 13x více terapeutických hodin (průměrně 912 hodin) než probandům zařazeným ve skupině kontrolní (průměrně 68 hodin). Z důvodu eliminace efektu selection bias byly porovnány některé vybrané charakteristiky probandů obou skupin. U probandů z výzkumné skupiny byly zjištěny vyšší skóry v oblasti předchozí trestné činnosti i v oblasti závažnosti drogového problému, což souvisí s konstrukcí kontrolní skupiny, která představovala odsouzené, kteří nebyli z kapacitních důvodů zařazeni do residenčních programů a byla jim poskytnuty méně intenzivní intervence. Z výsledků zjišťovaných 24 měsíců od propuštění vyplývá, že statisticky významně vyšší pravděpodobnost znovuvěznění měli probandi z kontrolní skupiny oproti probandům ze skupiny výzkumné, mladší probandi oproti starším a probandi, u nichž byla při zařazení do výzkumu zjištěna vyšší míra rizik a potřeb. Probandi, kteří byli po propuštění zaměstnaní na plný úvazek, měli nižší míru znovuvěznění než nezaměstnaní. Studie naopak neprokázala statisticky významné rozdíly v míře znovuvěznění mezi probandy, kteří absolvovali obdobné intervenční programy, ale v různých věznicích. Studie tedy po adjustaci na vliv jednotlivých kontrolovaných proměnných prokázala, že absolvování residenčního vězeňského programu statisticky významně snižuje míru znovuvěznění po 24 měsících od propuštění (výzkumná skupina 30 %, kontrolní 41 %). Dalším zjištěním však bylo, že absolvování residenčního vězeňského programu nemělo statisticky významný vliv na relaps k užívání drog 24 měsíců po propuštění z věznice, zjišťovaný pomocí drogových testů (35 % výzkumná skupina, 38 % kontrolní skupina). Starší probandi měli větší pravděpodobnost relapsu než mladší, zaměstnaní na plný úvazek se ukázalo jako statisticky významný protektivní faktor.

Poznání, že vězeňské residenční programy jsou efektivní je velmi cenné, je však potřeba dále analyzovat, jaké charakteristiky programů tuto efektivitu nejvíce sytí a jaké charakteristiky na straně klientů přispívají k pozitivní responzivitě na tyto intervence. Například Krebs et al (2003) se ve své longitudinální studii, kde znovu analyzovali data klientů pěti vězeňských residenčních programů pro uživatele drog ve vazebních věznicích (jail) v Kalifornii a New Yorku, se za použití odhadu funkce přežití (survival analysis) zaměřili na charakteristiky klientů, které souvisely s délkou setrvání jednotlivých klientů v programu. Klienti byli rozděleni na ty, kteří absolvovali program, nedokončili program

vlastní vinou anebo nedokončili program z objektivních příčin. Z výsledků studie vyplývá, že klienti, kterým bylo 25 a více let a ti, kteří již byli odsouzeni (v amerických jails jsou umístěni jak obvinění, tak odsouzení ke kratším trestům) setrvali v programu statisticky významně déle. Rovněž bylo zjištěno, že některé residenční programy mají statisticky významně větší potenciál udržet klienty déle v léčbě, než programy jiné. Zajímavým zjištěním bylo, že klienti, kteří až do nástupu do věznice užívali metadon, byli schopni v rezidenčních programech setrvat pouze kratší dobu. Autoři studie to vysvětlují tím, že v případě těchto klientů se v daleko větší míře než u zbytku vzorku jednalo o polyvalentní uživatele drog (Krebs et al, 2003).

Hodnocení efektivity poskytnuté samotnými klienty

Jako další indikátor kvality a efektivity intervenčních programů bývá u mimovězeňských zařízení využíváno hodnocení poskytnuté samotnými klienty. U vězeňských programů je tohoto indikátoru využíváno poněkud střídměji. Otázky související s vnímáním zacházení samotnými klienty a ochota klientů zapojit se dobrovolně do intervenčního programu mají nepochybně velký vliv na výsledky léčby a na ochotu klienta pokračovat v léčbě i po propuštění z věznice, což opět výrazně ovlivňuje pravděpodobnost, zda klient zrecidivuje k užívání drog nebo páčání trestné činnosti. Ze zkušenosti z obdobných výzkumů je patrné, že klienti, kteří program z vlastní vůle či zavinění nedokončili, vnímali účast v programu více jako trest, zatímco úspěšní absolventi vnímali účast v programu jako léčení Melnik et al (2004). Ve své studii z roku 2004 se proto Melnik et al (2004) zaměřili právě na vnímání vězeňské terapeutické komunity samotnými klienty. Kromě jiného měřili vztah mezi klienty vnímanou kvalitou programu, kvalitou zacházení a kvalitou terapeutického vztahu s členy týmu, což by se souhrnně dalo nazvat jako spokojenost s léčbou. Probandy byli klienti a personál 13 intervenčních programů z různých částí USA. Studií byla potvrzena hypotéza, že vnímání kvality programu úzce souvisí s vnímáním přínosu vlastní účasti v daném programu. Vliv vnímání této prospěšnosti na pozdější recidivu v rámci této studie bohužel zkoumán nebyl.

Informace o vnitřním ztotožnění se klienta s léčbou a s tím související compliance jsou určitě velmi zajímavé pro odborníky v oblasti zacházení s vězni. Tvůrci vězeňských politik a ti, kdož mají v oblasti vězeňství rozhodovací pravomoci, přeci jen zpravidla více ocení tvrdá data, v podobě procentuálního vyjádření snížení recidivy v důsledku absolvování intervenčního programu. Pro ty, kdo činí příslušná politická a ekonomická rozhodnutí, bývá ještě přitažlivější finanční vyčíslení nákladů a především úspor souvisejících s realizací

vězeňských intervenčních programů pro uživatele drog. Takovouto analýzu nákladů zpracovali například Griffith et al (1999). Výzkum byl proveden na vzorku klientů programu New Vision (Texas), kteří byli rozděleni do dvou skupin podle toho, zda kromě vězeňského programu absolvovali též celý postpenitenciární program nebo jen jeho část (drop outs). Analýza se zaměřila na znovuvěznění v období 36 měsíců po propuštění. Výsledky výzkumu, shodně s výzkumy citovanými výše, ukázaly, že intenzivní intervence byly nákladově výhodné pouze v případech, kdy byl program (včetně postpenitenciární části) klientem dokončen a že největší ekonomický přínos intervenčních programů byl u klientů, u nichž byla na počátku zjištěna vysoká míra rizika. Tyto výsledky tak přinášejí další podporu pro přístup, podle kterého je potřeba nejintenzivnější a zároveň nejnákladnější péči věnovat odsouzeným s nejvyšší mírou kriminogenních rizik v oblasti užívání drog, protože tato skupiny má největší vliv na výdaje trestní justice (Griffith, 1999).

Lze shrnout, že pozitivní vliv účasti v residenčním terapeutickém programu na snížení rizika recidivy trestné činnosti byl spolehlivě výzkumně prokázán. Pro spolehlivé prokázání statisticky významného pozitivního vlivu na snížení rizika relapsu k užívání drog bude potřeba provést ještě další studie.

2.7.2 *Efektivita residenčních programů pro klienty s duální diagnózou MICA*

V USA byla též zkoumána efektivita programů pro klienty, u nichž je k poruše způsobené užíváním psychoaktivních látek přidružena ještě další duševní porucha (mentally ill chemical abusers - MICA). Například Sacks et al (2004) provedli studii na vzorku odsouzených, kteří absolvovali program pro odsouzené s diagnózou MICA ve věznicích spravovaných Vězeňskou službou státu Colorado. Design studie byl obdobný, jako u studií zmíněných výše. Odsouzení s diagnózou MICA byly náhodně přiděleni do jedné ze dvou skupin, kdy první skupina byla následně zařazena do vězeňského residenčního programu, zatímco skupině druhé byla v souvislosti s MICA poskytnuta běžná psychiatrická péče. Odsouzení, kteří absolvovali vězeňský residenční program i postpenitenciární program pro pacienty s MICA, tvořili ještě další zvláštní skupinu. Byly srovnány výsledky probandů z těchto tří skupin 12 měsíců po propuštění z věznice. Výsledky ukázaly, že skupina absolventů pouze vězeňského programu měla nižší míru znovuvěznění (16 %) než kontrolní skupina (33 %), rozdíl však nebyl statisticky významný. Naproti tomu míra znovuvěznění u probandů, kteří absolvovali jak vězeňský, tak i postpenitenciární program (5 %) byla oproti kontrolní skupině statisticky významně nižší (Sacks et al, 2004). Novější studie provedená Sullivanem et al (2007) zkoumala na stejném vzorku vězňů změny v symptomech jednotlivých poruch, které byly u

probandů naměřeny při vstupu do studie, tedy před zařazením do programu, a 12 měsíců po propuštění z věznice. K měření symptomů bylo použito tří diagnostických nástrojů, kterými byli BSI (Brief Symptom Inventory), BDI (Beck Depression inventory-II) a MAS (Manifest Anxiety Scale). Výzkumem se potvrdilo, že u některých probandů došlo v období od vstupu do studie do 12 měsíců po propuštění z věznice k signifikantním rozdílům mezi hodnotami naměřenými pro některé sledované symptomy, a to nezávisle na tom, zda patřili do výzkumné nebo kontrolní skupiny. Na rozdíl od toho rozdíly mezi kontrolní a výzkumnou skupinou 12 měsíců po propuštění z věznice nebyly statisticky významné u žádného ze sledovaných symptomů. U výzkumné skupiny byla sice zjištěna signifikantně nižší míra znovuvěznění, ta ale pravděpodobně souvisela se snížením míry relapsu k užívání alkoholu a drog než se zlepšením symptomů duševní poruchy přidružené k poruše způsobené užíváním psychoaktivních látek (Sullivan et al, 2007). Messina et al (2004) ve své evaluační studii hodnotící efektivitu residenčních intervenčních programů kalifornských věznic pro klienty s duální diagnózou a klienty se s diagnózou závislosti / škodlivého užívání bez další psychiatrické komorbiditý zjistili, že klienti s duální diagnózou setrvali v programu o něco kratší dobu (7,1 měsíce versus 7,4 měsíce). Procento klientů, kteří po propuštění nastoupili do postpenitenciárního programu, bylo velmi podobné (43 % pro duální diagnózy a 42 % pro ostatní). Doba, po kterou klienti obou skupin setrvali v postpenitenciárním programu, se však statisticky významně lišila ve prospěch klientů bez duální diagnózy (4,3 měsíce versus 5,1 měsíce). Do 12 měsíců od propuštění bylo znovu uvězněno 48 % klientů s duální diagnózou oproti 31 % klientů bez duální diagnózy (Messina, 2004).

2.7.3 Efektivita vězeňských substitučních programů

Největší množství studií zabývajících se efektivitou vězeňských substitučních programů pochází opět z USA, dále pak z Austrálie, Kanady a z Evropy. Velká pozornost byla substituční léčbě ve vězení věnována například též v Íránu, který se potýká s rozsáhlým problémem zneužívání heroinu. Většina z těchto studií je zaměřena na metadonové programy, protože právě metadon je substituční látkou, která se ve vězeňských substitučních programech používá nejčastěji, i když v posledních letech se rozšiřuje i využívání buprenorfinu, morfinu s pomalým uvolňováním a medicínského heroinu (Stallwitz, 2006).

Jeden z prvních výzkumů efektivit vězeňského metadonového programu provedli Magura et al (1992) s klienty programu KEEP Rikers Island v New York City. Autoři zvolili design longitudinální studie s kontrolní skupinou, kdy sledovali vliv nezávisle proměnné, již bylo absolvování substitučního programu na závisle proměnnou, již bylo dobrovolné

nastoupení následné léčby v některém z civilních zařízení po propuštění z věznice a setrvání v léčbě v období 5 měsíců po propuštění. Kontrolní skupina byla vytvořena náhodným výběrem z klientů vhodných pro zařazení do programu. Z etického hlediska bylo nezařazení vězňů z kontrolní skupiny do programu odůvodněno tím, že z kapacitních důvodů nemohli být do programu zařazení všichni indikovaní klienti. Klienti z žádné z obou skupin nebyli v době nástupu do věznice v civilním metadonovém programu. Výsledky studie prokázaly, že 85 % probandů z výzkumné skupiny oproti 37 % probandů z kontrolní skupiny nastoupilo po propuštění z věznice do léčby (Magura et al, 1992).

Sara Johnsonová (2001) se svým výzkumným týmem srovnávali, jak po výstupu z kanadských věznic fungovali pacienti tamních vězeňských metadonových udržovacích programů v porovnání s odsouzenými uživateli opioidů, kteří nebyli do metadonové léčby zařazení. Dále pak u těchto dvou skupin srovnávali chování během pobytu ve věznici se zaměřením na spáchání kázeňských přestupků. Výzkumná skupina čítala 303 odsouzených z různých kanadských věznic a skupina kontrolní 215 odsouzených. Závisle proměnnými byl počet dní, který probandi strávili po propuštění na svobodě před znovuvězněním a počet a závažnost kázeňských přestupků během pobytu ve věznici. Kázeňské přestupky se srovnávaly jednak mezi oběma skupinami a jednak v rámci výzkumné skupiny v období před zahájením léčby a v období po zahájení léčby. Podle výsledků studie měli probandi z výzkumné skupiny nižší míru znovuvěznění než osoby ze skupiny kontrolní. 12 měsíců po propuštění bylo stále na svobodě 59 % osob z výzkumné skupiny, ale pouze 42 % osob ze skupiny kontrolní. 24 měsíců po propuštění to bylo 47 % respektive 34 % osob. Pokud jde o sledovanou proměnnou kázeňských přestupků, tak se sice výzkumná a kontrolní skupina v tomto ukazateli lišily, ale jediný signifikantní rozdíl, který statisticky souvisel se zařazením do substituční léčby, byl v oblasti závažných drogových přestupků. U výzkumné skupiny se rovněž prokázal rozdíl v tomto ukazateli v období před a po zařazení do substituční léčby pouze v oblasti drogových přestupků. Autoři studie uzavírají, že zařazení do substituční léčby snižuje pravděpodobnost, že budou pacienti vyhledávat nelegální drogy, užívat je nebo s nimi jinak manipulovat (Johnson et al, 2001). K efektivitě substitučních programů v kanadských věznicích dále uvádí Sibbaldová (2002), že u injekčních uživatelů, kteří prošli vězeňským substitučním programem, bylo zjištěno sdílení injekčního materiálu v 51 % případů oproti 72 % případů ve skupině kontrolní.

Kromě USA a Kanady byla řada výzkumů efektivity substitučních programů provedena též v Austrálii. Dolanová et al (1996) ve své studii zkoumali, zda má vězeňský metadonový

program australských věznic prokazatelný vliv na redukci injekčního užívání a s tím spojený přenos infekčních chorob. V rámci výzkumu bylo využito retrospektivních strukturovaných rozhovorů se 185 probandy, kteří byli aktuálními injekčními uživateli drog, v posledních dvou letech byli uvězněni, ale v době provádění rozhovorů už byli opět na svobodě. Probandi byli rozděleni do tří skupin podle druhu intervence, která jim byla během jejich pobytu ve věznici poskytnuta – první skupině se dostalo pouze poradenství zaměřeného na užívání drog a alkoholu, druhá skupina prošla metadonovým programem s omezeným trváním a dávkováním metadonu a třetí skupina absolvovala program, který trval po celou dobu jejich uvěznění a dávkování přesahovalo 60 mg metadonu denně. Probandi z této poslední skupiny uváděli signifikantně nižší míru intravenózního užívání než probandi z obou ostatních skupin (Dolan et al, 1996). Darke et al, 1998 provedli srovnání pacientů vězeňského substitučního programu s pacienty civilního substitučního programu, kteří absolvovali alespoň 6 měsíců tohoto programu. Probandy první skupiny tvořilo 100 odsouzených z 5 australských věznic, kteří byli v době realizace rozhovorů stále ještě ve vězení. Závisle proměnnými bylo mimo jiné intravenózní užívání drog a sdílení injekčního materiálu. Výsledky studie ukázaly, že zatímco u skupiny pacientů civilního substitučního programu byla vyšší míra intravenózního užívání (84 % versus 44 %), u pacientů vězeňských substitučních programů, kteří aktivně intravenózně užívali, byla naopak vyšší míra sdílení injekčního materiálu (32 % versus 15 %) (Darke et al, 1998). Design s randomizovanou kontrolní skupinou použili ve své studii Dolanová et al (2002). Odsouzené vybraných australských věznic, indikované k zařazení do substituční léčby, průběžně náhodně rozdělovali do dvou skupin. U odsouzených z první skupiny zahájili substituční léčbu hned, u kontrolní skupiny tzv. čekatelů zahájili léčbu z kapacitních důvodů až po čtyřech měsících. Závisle proměnnými byly výsledky testů na užívání drog ze vzorku vlasů a prevalence injekčního užívání drog a jeho frekvence zjišťované na základě self-reportu. Self-reportem byly zjišťovány též informace o sdílení injekčního materiálu probandy. Dále byly použity výsledky testů na HIV a VHC/VHB. Všechny typy dotazování a testů byly provedeny při vstupu probanda do studie, aby bylo možné zjistit incidenci daných jevů, a dále pak po měsíci až do doby 4 měsíců od zařazení do výzkumu. Výsledky ukázaly, že probandi z výzkumné skupiny vykazovali v testech vzorků vlasů ve čtvrtém měsíci signifikantně nižší míru užívání heroinu než kontrolní skupina (27 % versus 42 %). Během výzkumu klesla probandy uváděná míra injekčního užívání u výzkumné skupiny z 64 % na 34 %. U kontrolní skupiny naopak mírně vzrostla (ze 70 % na 75 %). Probandi z výzkumné skupiny rovněž prostřednictvím self-reportu uváděli statisticky

významně nižší frekvenci užívání heroinu a míru sdílení injekčního materiálu než kontrolní skupina. Pokud jde o incidenci HIV a VHC/VHB, nebyly mezi oběma skupinami zjištěny rozdíly. Tým australských výzkumníků vedený opět Kate Dolanovou (2005) provedl se stejnými probandy, kteří se účastnili jejich studie provedené v letech 1997 až 1998, další interview, a to 3,4 až 4,7 let po posledním interview v rámci předchozí studie. Podařilo se jim získat 62 % probandů (236 osob) z původního výzkumu, z nichž většina byla znovu ve věznici. 17 probandů z původního výzkumu během této doby zemřelo (8 předávkování, 2 sebevraždy, 1 vražda, 4 nehody, 2 úmrtí z chorobných příčin). Riziko úmrtí bylo 16 krát vyšší na svobodě než během uvěznění. Žádný z probandů nezemřel během jeho zařazení v metadonovém programu. Výsledky studie ukazují, že přerušení kontinuity léčby je spojeno se signifikantním nárůstem incidence hepatitidy typu C, recidivou k trestné činnosti a úmrtností. Míra znovuuvěznění byla nejnižší při setrvání v substituční léčbě 8 a více měsíců (Dolan et al, 2005).

Systematický souhrn efektivity substituční léčby ve věznicích podali Hedrich et al (2012), kteří analyzovali data z 21 studií včetně šesti studií experimentálních. Podle autorů jsou přínosy substituční léčby ve věznici obdobné, jako přínosy tohoto druhu léčby mimo věznice. Existence této léčby ve věznici představuje příležitost, jak získat problémové uživatele opioidů pro léčení, jak snížit nelegální užívání opioidů a s nimi spojené rizikové chování ve věznici a potenciálně i snížit riziko předávkování po propuštění z věznice. Výsledky léčby závisí ve velké míře na její kvalitě. Studie zdůrazňuje důležitost propojení vězeňských substitučních programů s programy mimovězeňskými, které umožňuje zajistit kontinuitu léčby i po propuštění z věznice.

2.7.4 Efektivita ostatních intervencí

Účinností detoxifikace v podmínkách věznice se zabývali například Crowley et al (1999), kteří se zaměřili na program v Irské věznici Mountjoy Prison. 93 % klientů úspěšně ukončilo celý šestitýdenní program, tzn. nebylo u nich zjištěno zneužití drogy. Zjištěná míra relapsu k užívání drog po 12 měsících od dokončení programu byla u absolventů programu 78 % ve srovnání s 90% mírou běžnou u ostatních ambulantních detoxifikačních programů.

2.7.5 Metodologická úskalí zkoumání efektivity vězeňských programů a intervencí

Realizace studií zaměřených na měření efektivity vězeňských intervenčních programů s sebou přináší několik metodologických úskalí. Při aplikaci experimentálního designu, který předpokládá náhodné rozdělení probandů do výzkumné a kontrolní skupiny, se výzkumníci

nejčastěji potýkají se třemi hlavními problémy. Prvním úskalím jsou administrativní a etické aspekty takového designu, které souvisejí především s tím, že léčebná intervence je z výzkumných důvodů poskytnuta pouze části indikovaných klientů. Druhé úskalí spočívá v tom, že i v případě, kdy je takové náhodné rozdělení probandů možné, dochází přesto k tomu, že probandi selektují sami sebe nebo jsou selektováni mimo kontrolu výzkumníků tím, že jsou vyřazeni z intervenčního programu nebo odmítnou nadále participovat na studii a odpovídat na otázky výzkumníků. Za třetí, tam kde náhodné rozdělení probandů do výzkumné a kontrolní skupiny není možné, dochází k subjektivní selekci probandů (dobrovolná účast v programu) jimi samými nebo externí selekci, kdy jsou do intervenčního programu přednostně zařazeni probandi splňující určitá kritéria (například vyšší stupeň rizikovitosti). Zde se pak nejvýrazněji projevuje efekt selection bias. Mnoho výzkumníků předpokládá, že vlivem selection bias dochází k tomu, že se do výzkumné skupiny, oproti skupině kontrolní, dostanou probandi, kteří jsou více motivováni ke změně a kteří mají inherentně nižší riziko selhání. Je však též možné, že efekt selection bias působí právě opačně. Systém incentiv spojených s účastí v intervenčním programu může přimět ke vstupu do programu spíše více rizikové jedince než jedince s nižším rizikem. Rovněž vliv personálu, kdy jsou do intervenčních programů přednostně zařazováni jedinci s vyšším rizikem, může mít na výsledky celé studie značný vliv (Pelissier et al, 2001).

Pokud jde o konstrukci kontrolní skupiny, tato bývá „ohrožena“ tím, že se o ní sice pojednává jako o skupině, jejímž členům se nedostalo péče (non treatment group), ale realita je taková, že i těmto probandům se ještě ve věznici většinou dostane nějakého druhu terapeutické péče, i když třeba ne tak intenzivní jako členům skupiny výzkumné. Péče, které se členům kontrolní skupiny dostane po propuštění, pak může být stejně intenzivní, jako postpenitenciární péče poskytnutá výzkumné skupině, ale ve výsledcích některých studií toto většinou nebývá zohledněno (Welsh, 2007).

Závěry různých studií zaměřených na měření efektivity intervenčních programů, popřípadě jedné studie používající vícero závisle proměnných, se mohou lišit právě v závislosti na použitých proměnných. Pokud se studie zaměří pouze na jednu či dvě proměnné, může tím být překryt význam proměnných ostatních. Volba konkrétních závisle proměnných tak může být vhodně využita v závislosti na tom, jaký výsledný efekt intervenčních programů chce realizátor či zadavatel studie prokázat či alespoň zdůraznit. Různě zvolené závisle proměnné vztahující se k jednomu jevu mohou mít různou vypovídající hodnotu (Prendergast et al, 2003).

EMPIRICKÁ ČÁST

3 VÝCHODISKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

3.1 Prevalence užívání drog v populaci vězněných osob

Jak již bylo zmíněno v teoretické části předkládané práce, je míra prevalence užívání drog v populaci vězněných osob v drtivé většině vězeňských systémů na celém světě výrazně vyšší než v obecné populaci dané země. Na míru odhadů prevalence užívání drog mezi vězni má vliv mnoho faktorů, přičemž nezanedbatelný vliv má i metodologie sběru dat používaná jednotlivými zeměmi, či jednotlivými dílčími studiemi. Liší se například studie, které byly provedeny na vzorcích populace odsouzených od studií na vzorcích populace obviněných. Dále se ukazuje, že průřezové studie podhodnocují míru prevalence oproti studiím prováděným na osobách nastupujících do věznice (Fazel et al, 2006). Mezi nejčastěji používané metody sběru dat patří průřezové (většinou dotazníkové) studie, výsledky lékařského vyšetření při nástupu do věznice (ať už jde o vyšetření rutinní či realizované pro účely konkrétní studie), výsledky posouzení rizik a potřeb, výsledky testování na přítomnost drog nebo jejich metabolitů v těle apod.

Sběr dat v Evropě

V Evropě jsou data o užívání drog ve vězeňských populacích jednotlivých zemí shromažďována Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA). EMCDDA shromažďuje agregovaná data o užívání drog ve vězeňských populacích jednotlivých evropských států již více než 15 let. Donedávna však v Evropě neexistoval obecně přijímaný protokol pro sběr dat týkajících se užívání drog ve vězeňských populacích jednotlivých zemí. Od roku 1999 sbírala EMCDDA agregovaná data o užívání drog ve vězeňské populaci prostřednictvím běžného nástroje k provádění ročních hlášení. Jedná se o flexibilní nástroj, který umožňuje zemím, provádějícím hlášení prostřednictvím svých národních monitorovacích středisek, předkládat každoročně různá data o prevalenci užívání drog ve vězeňské populaci, která mají pro hodnotící období k dispozici, nezávisle na použité metodologii jejich sběru. Jako další zdroj informací využívá EMCDDA průzkum publikací a odborných článků zaměřených na užívání drog v evropských věznicích. Ve všech evropských zemích, kromě Rakouska, Estonska a Kypru a v Norsku bylo od roku 2000 do roku 2011 provedeno alespoň jedno šetření zaměřené na užívání drog ve vězeňské populaci. Díky široké škále různých metodologických přístupů

použitých v těchto studiích je však velmi komplikované vytvořit nějakou smysluplnou syntézu těchto dílčích dat (Carpentier, 2012).

Jak vyplývá z předchozího textu, není příliš mnoho evropských zemí, které byly v minulých letech schopny poskytnout data, na základě nichž by se daly odvodit trendy v užívání drog v tamní vězeňské populaci. Jen málo z výše uvedených studií bylo alespoň jednou zopakováno.

Podle údajů EMCDDA (2012) se mezi 17 evropskými zeměmi, které zveřejňují data o užívání drog mezi vězni, poměr vězňů, kteří **někdy v životě před uvězněním** užili nelegální drogu, pohyboval od 16 % v Rumunsku po 79 % v Anglii a Walesu a v Nizozemí. Devět zemí vykázalo poměr uživatelů drog vyšší než 50 %. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi odráží míru užívání drog v daném státě, ale velice pravděpodobně odrážejí též rozdíly v metodách a praxi sběru dat zmíněné výše (celoživotní prevalence před uvězněním v jednotlivých evropských zemích viz tabulka č. 1). Ilegální drogou s nejvyšší celoživotní prevalencí mezi vězni v EU je kanabis. Národní hlášení uvádějí celoživotní prevalenci mezi 15 až 70 %. Toto vcelku odráží trend, který se vyskytuje i v obecné populaci s tím, že prevalence je v obecné populaci EU výrazně nižší (uvádí se okolo 1,6 až 33 % v populaci 15 až 60letých. Užívání kokainu, který je druhou nejužívanější drogou v Evropě (s výjimkou zemí, jako například ČR), má opět výrazně vyšší prevalenci mezi vězni než v běžné populaci. Celoživotní prevalence ve vězeňské populaci EU se uvádí mezi 6 až 53 %, zatímco celoživotní prevalence v běžné evropské populaci je odhadována na 0,3 až 10 %. Zkušenosti s amfetaminy se ve vězeňské populaci EU pohybují mezi 1 až 59 %, zatímco v běžné populaci se uvádí prevalence od 0 do 12 %. Vězni se rovněž výrazně odlišují od obecné populace, pokud jde o jimi přiznané zkušenosti s heroinem. Zatímco méně než 1 % běžné populace EU uvádí jakoukoli zkušenost s heroinem, tak celoživotní prevalence užití této drogy mezi evropskými vězni je poměrně vysoká. Deset ze třinácti evropských zemí, které poskytují data o užívání heroinu ve vězeňské populaci, vykazují celoživotní prevalenci mezi 15 a 39 %. Údaje o celoživotní prevalenci dalších látek, jako např. těkavých látek, hypnotik a sedativ, jsou sporadické a prevalence jejich užívání jak v běžné populaci, tak v populaci vězněných osob, je obvykle nízká (EMCDDA, 2012).

Stát	Rok studie	jakákoli nelegální droga	THC	kokain	heroin	amfetaminy	extáze
Belgie	2010	61	54	41	29	33	32
Bulharsko	2010	37	28	18	24	20	15
Řecko	2000	48					
Španělsko	2006		65	53	39	25	24
Itálie	2003	56	61	19	25	41	28
Lotyšsko	2010	66	61	19	25	41	28
Litva	2003	49					
Maďarsko	2009	58	46	22	18	45	40
Polsko	2007	55	48	35	30	15	18
Slovensko	2008	28					
Nizozemí	2003	79					
Rumunsko	2006	16	15	6	8	1	4
Finsko	2001	58			5	29	
UK-Anglie a Wales	2006	79	70	43	37	37	
Chorvatsko	2009	26	19	12	12	10	10
Norsko	2002	70	65	51	37	59	45

Zdroj: EMCDDA (2015)

Tabulka č. 1 – celoživotní prevalence užívání jednotlivých druhů drog před uvězněním v jednotlivých evropských zemích v %

Pokud jde o údaje o prevalenci **užití v posledním měsíci před uvězněním** v jednotlivých evropských zemích, jsou tyto ještě sporadičtější. Carpentier (2012) uvádí, že se mezi lety 2003 až 2010 pohybovala prevalence v posledním měsíci před uvězněním u jakékoli nelegální drogy mezi 7 % až 37 %. U kokainu to bylo mezi 2 % a 27 %, u amfetaminů mezi 1 % a 29 % a u heroinu mezi 0 % a 28 % (prevalence užití v posledním měsíci před uvězněním viz tabulka č. 2).

Stát	Rok studie	jakákoli nelegální droga	THC	kokain	heroin	amfetaminy	extáze
Maďarsko	2004	15	12	5	2	7	8
Itálie	2003		21	27	23	1	2
Lotyšsko	2003		20				
Nizozemí	2003		58	4	0	3	7
Norsko	2003		8		20	29	
Polsko	2007	9	7	2	1	5	2
Portugalsko	2007	37	28	19	16	4	5
Rumunsko	2006	7	3	1	4	0,1	0,8
Španělsko	2006		43	31	19	4	5
UK-Anglie a Wales	2009	62	46	15	28	8	
UK-Severní Irsko	2005	40	25	5	5		

Zdroj: Carpentier et al (2012)

Tabulka č. 2 – prevalence užití v posledním měsíci před uvězněním v %

Data ostatních zemí

Mimo Evropu pocházejí data o užívání drog mezi vězni většinou ze Spojených států, Austrálie a Kanady. Navzdory rozdílným metodikám používaným při odhadech prevalence užívání drog ve vězeňských populacích jednotlivých zemí nebo regionů, ukazují data ze všech tří výše zmíněných zemí, že prevalence užívání drog mezi vězni je v období před nástupem do věznice rovněž výrazně vyšší než v běžné populaci daného státu či regionu. Srovnání odhadů problémového užívání drog mezi jednotlivými zeměmi do jisté míry brání absence mezinárodně akceptované definice kritérií pro určení problémové formy užívání drog.

V Kanadě je měřítkem, které je nejbliž evropskému ukazateli problémové užívání drog (podrobně diskutovanému níže v textu), ukazatel, který udává procento vězňů diagnostikovaných jako mající problém se zneužíváním psychoaktivních látek, ačkoli tento ukazatel v sobě zahrnuje i problémové pití alkoholu. Vězných osob majících problém se zneužíváním psychoaktivních látek se v Kanadě uvádí přibližně 70 %.

Ve Spojených státech se většinou používají kritéria pro poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek podle DSM IV. Uvádí se, že tato kritéria splňuje zhruba 65 % vězňů v USA (EMCDDA, 2012). Jak bylo zmíněno již v teoretické části, byla situace v USA výrazně ovlivněna dopady tzv. války proti drogám, zahájené začátkem 70. let minulého století, v jejímž důsledku zde dramaticky vzrostl počet těch, kteří porušili některý z tzv. drogových zákonů (mezi lety 1994 a 2004 činil tento nárůst 29 %), ale rovněž vzrostl počet uživatelů drog uvězněných za jiné trestné činy, které souvisely s obstaráním prostředků na pořízení drogy. Mezi lety 1989 a 2002 tak například prevalence pravidelných uživatelů drog v populaci vězňů ve vazebních věznicích (jail) vzrostla z 58 % na 69 % (Sung, 2010). V roce 2004 byla kritéria využívaná pro stanovení diagnózy závislosti nebo škodlivého užívání podle DSM IV poprvé využita též v rámci pravidelného sběru dat pro zpracování přehledu vězňů ve státních a federálních věznicích realizovaného Úřadem pro spravedlnost USA (Bureau of Justice), kdy 53 % státních a 45 % federálních vězňů splňovalo kritéria pro stanovení diagnózy závislosti nebo škodlivého užívání (Welsh, 2007).

V Austrálii dle dat publikovaných AIHW (2012) uváděly užívání nelegálních drog během posledních 12 měsíců před uvězněním dvě třetiny osob nastupujících do věznic. Nejčastěji užívanými nelegálními drogami byli kanabis (51 %), metamfetamin (30 %), analgetika (16 %), trankvilizéry (12 %), heroin (10 %) a extáze (10 %). Výzkum provedený v Austrálii v roce 2012 ukázal, že 36 % vězňů uvádělo zneužívání

psychoaktivních léků bez lékařského předpisu, alespoň jednou během posledních 12 měsíců. Jednalo se zejména o léky jako buprenorfin, morfin, benzodiazepiny a dexamfetamin (Ng et al, 2012).

Data z výzkumných studií

Pokud jde o prevalenci škodlivého užívání (abúzu) drog vězni nebo závislosti na těchto látkách, zjišťovanou klinickým vyšetřením zpracovali Fazelová et al (2006) přehledovou studii prací, které byly na toto téma publikovány mezi lety 1966 až 2004. Autoři shromáždili několik desítek prací na toto téma, přičemž do samotné přehledové studie se nakonec dostalo 13 dílčích studií, které splnily celkem náročná kritéria, která se týkala především způsobu sběru dat. Mezi tato kritéria patřil například požadavek použití standardních diagnostických nástrojů (klinické vyšetření nebo použití validizovaných posuzovacích nástrojů) nebo zaměření se na vězně v období do 3 měsíců od nástupu do věznice. Studie, ve kterých bylo například využito pouze sebesposuzujících dotazníků nebo vyšetření drogovými testy, nebyly do přehledu zahrnuty. Stejně tak byly vyloučeny studie, které zjišťovaly pouze celoživotní prevalenci a nikoli prevalenci v posledních 12 měsících. Celkový vzorek vězňů v těchto 13 studiích, mezi kterými převládaly studie provedené ve Spojených státech, čítal 7 563 vězňů (88 % z nich byli Američané). Tato přehledová studie ukázala, že 10 až 48 % mužů a 30 až 60 % žen měsíc před uvězněním škodlivě užívalo nelegální drogy nebo byli dokonce na nelegálních drogách závislí, 18 až 30 % mužů a 10 až 24 % žen pak bylo závislých na alkoholu, popřípadě alkohol škodlivě užívali. Autoři přehledové studie se pokusili též zjistit, jaké faktory stojí za rozpětím odhadů prevalencí mezi jednotlivými studiemi. Jediným faktorem, který se jim podařilo statisticky prokázat, bylo, že odhadovaná míra prevalence byla nižší tam, kde diagnostiku v rámci studie prováděl psychiatr oproti případům, kde byla diagnostika provedena jinou profesí (Fazel et al, 2006).

Jako příklad studie evropské provenience, lze uvést například francouzskou národní studii zaměřenou na zjištění prevalence duševních poruch souvisejících s užíváním psychoaktivních látek, kterou provedli Lukasiewicz et al (2007). Na vzorku téměř 1000 vězňů z Francie i francouzských závislých území zkoumali výskyt symptomů zneužívání drog a drogové závislosti podle DSM IV, a to v posledních 12 měsících. Přítomnost symptomů diagnostikovali výzkumníci za použití strukturovaného interview (MINI 5 plus), které bylo následováno otevřeným klinickým interview. Studie ukázala, že téměř 27 % respondentů vykazovalo v období posledních 12 měsíců symptomy abúzu či

závislosti na drogách. Nejčastěji zneužívanou drogou byl kanabis (26,7 %), užívání ostatních drog, jako například heroinu nebo kokainu, se ukázalo jako marginální (2,7 % respektive 5,4 %). Prevalence zneužívání alkoholu nebo závislosti na alkoholu byla ve francouzské obecné vězeňské populaci 18 %.

Jednou z prvních publikovaných studií, která se zabývala vazebně stíhanými a prevalencí škodlivého užívání nebo závislosti na psychoaktivních látkách mezi nimi, byla studie Masonové et al (1997). Tato studie zaměřená pouze na obviněné bezprostředně po přijetí do věznice ve Velké Británii, pochází z období, kdy byl zaznamenán velký nárůst uživatelů drog v britských věznicích, stejně jako nárůst užívání drog v jednotlivých věznicích, na který bylo reagováno mimo jiné pilotním zavedením programu povinného testování na přítomnost drog v těle u vězněných osob. Během výzkumu, realizovaného v roce 1996, výzkumníci zjišťovali prevalenci užívání drog pomocí diagnostických interview, které provedli se všemi obviněnými nastupujícími výkon vazby ve věznici Durham v Anglii v daném období. Výsledky studie ukázaly 70% celoživotní prevalenci užívání nelegálních drog, 57 % dotázaných užilo nelegální drogu v posledním roce a 33 % aktuálně splňovalo diagnostická kritéria pro škodlivé užívání či závislost na jedné nebo více nelegálních drogách dle DSM IV.

Mezi vězni a běžnou populací jsou nejen rozdíly v prevalenci jakékoli nelegální drogy, ale významné rozdíly jsou mezi oběma populacemi i podle jednotlivých druhů drog. Například u marihuany nebo jiných tzv. měkkých drog nemusí být tyto rozdíly tak markantní jako u tzv. tvrdých drog. Boys et al (2002) odhadují na základě své studie, kde byla epidemiologická data sbírána prostřednictvím cca devadesátiminutových strukturovaných rozhovorů na vzorku vězňů ve Velké Británii, že celoživotní prevalence užívání heroinu je ve vězeňské populaci 40 krát vyšší než v běžné populaci.

Ačkoli převážná většina dat o užívání drog mezi vězni pochází ze západních zemí, protože většina studií, které se zabývají prevalencí užívání drog mezi vězni, byla uskutečněna právě na populaci vězňů západních zemí, existují i významné studie nezápadní provenience. Mezi tyto studie patří například výzkum provedený Assadim et al (2006) v Íránu, který má mimochodem devátou nejpočetnější populaci vězněných osob na světě. Závěry studie ukazují, že 70 % vězněných mužů bylo závislých na opioidech, což je podstatně větší podíl než ve vězeňských populacích západních zemí. Vysoká prevalence závislosti na drogách tak může být charakteristickým rysem zemí, které jsou součástí ilegálního obchodu s drogami. Odhad prevalence užívání drog v populaci ukrajinských

vězňů v období tří měsíců před nástupem do výkonu trestu realizovali Azbelová et al (2013). Ukrajina má jednu z nejvyšších prevalencí HIV/AIDS mezi uživateli drog a výzkum byl primárně zaměřen na odhad počtu HIV pozitivních ve vězeňské populaci. Součástí výzkumu bylo nicméně i dotazování na užívání drog a alkoholu před nástupem do věznice a na chování, které je rizikové z hlediska možnosti přenosu infekčních chorob. 48,7 % respondentů uvedlo, že před nástupem do věznice užívali drogy nitrožilně, většinou se jednalo o opioidy nebo o polyvalentní užívání drog.

3.1.1 Výzkum a situace v ČR

V ČR má výzkum užívání drog ve věznicích poměrně dlouhou tradici, byť se jedná o prostředí, ze kterého se výzkumná data získávají poměrně nesnadno. Souhrn výzkumů zaměřených na odhad prevalence užívání drog v populaci českých vězňů do roku 2003 podávají Miovský et al (2003), kteří datují první výzkumné aktivity v oblasti mapování užívání drog ve věznicích do první poloviny 90. let minulého století. Jednou z prvních studií na toto téma byl výzkum Bodlákové et al (1993), kteří mimo jiné srovnávali věkovou strukturu vězněných uživatelů drog se zbytkem vězeňské populace. Studií nebyly prokázány významné věkové rozdíly. Prevalence závislosti na psychoaktivních látkách podle mezinárodní klasifikace nemocí byla autory odhadnuta na 4 %. Nožina (1997) uvádí výsledky dotazníkové studie provedené v jedné z českých věznic na vzorku 240 odsouzených, kdy byla celoživotní prevalence užívání nelegálních drog zjištěna u téměř 75 % respondentů.

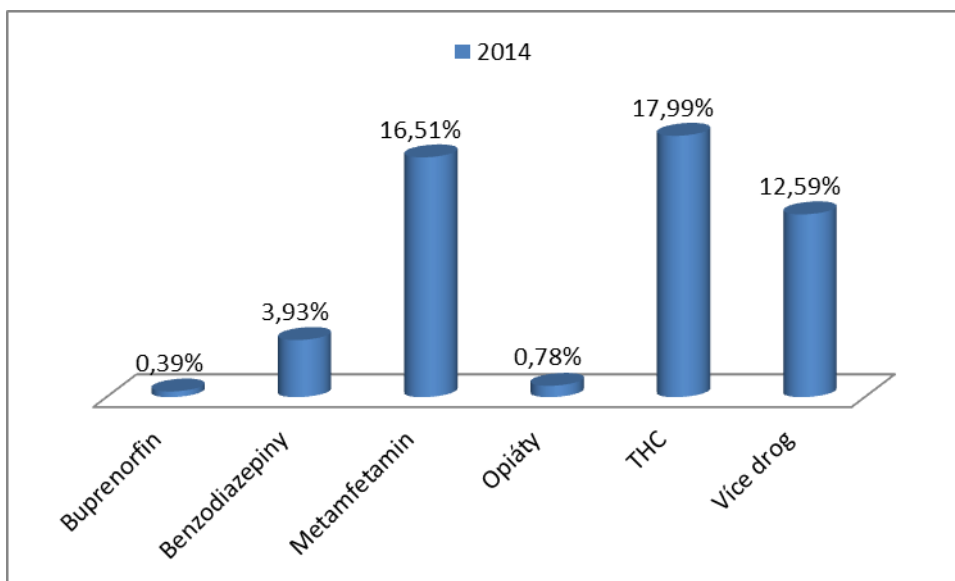
Pod hlavičkou Institutu pro kriminologii a sociální prevenci vznikly v letech 2000 a 2003 dvě studie zabývající se danou problematikou. V první z nich Marešová et al (2000) uvádějí výsledky dotazníkového šetření za použití dotazníku DROGAN SF-3/K, které bylo provedeno na vzorku téměř 500 odsouzených. Výzkum ukázal 41,3% celoživotní prevalence užití nelegální drogy, přičemž nejvyšší prevalence (65,6 %) byla ve skupině mladistvých odsouzených. V případě vězněných žen byla zjištěna téměř 30% celoživotní prevalence. Ve druhé výzkumné zprávě Marešová et al (2013) referují o dotazníkovém šetření provedeném dotazníkem DROGPEN (penitenciární modifikace DROGAN SF-3/K), které bylo provedeno na vzorku téměř 800 obviněných a odsouzených z celkem 27 věznic. Zjištěna byla 56% celoživotní prevalence užití nelegální drogy, přičemž nejvyšší prevalence (82 %) byla opět ve skupině mladistvých odsouzených. V případě vězněných žen byla tentokrát zjištěna 54% celoživotní prevalence.

Slabinou výše uvedených studií je to, že se zde s největší nepracovalo s reprezentativními výběry z populace odsouzených a obviněných. Za první reprezentativní epidemiologickou studii provedenou v ČR, která se zabývala prevalencí užívání drog mezi vězni, lze proto považovat až studii provedenou v roce 2010 Mravčíkem et al (2011), která byla dosud následována dalšími dvěma vlnami (podrobné výsledky viz dále v textu).

Aktuální situace v českých věznicích

K odhadu prevalence užívání drog v populaci vězňů používá Vězeňská služba, kromě výše uvedených epidemiologických studií též údajů zdravotnické služby o počtech závislých evidovaných zdravotnickou službou, výsledky testování na přítomnost drog nebo jejich metabolitů v těle u osob nastupujících do věznic a nově též výsledků posouzení nástrojem SARPO. Podle údajů zdravotnické služby bylo v roce 2014 11 022 závislých evidovaných zdravotnickou službou, v roce 2013 to bylo 10 763 a v roce 2012 11 463 závislých.

Výsledky testování na přítomnost drog nebo jejich metabolitů v těle u osob nastupujících do věznic naznačují, že cca 52,2 % osob, nastupujících do vězení (51,94 % obviněných a 52,44 % odsouzených) před tím užilo některou z testovaných návykových látek. 48,26 % těchto osob (47,75 % obviněných a 48,75 % odsouzených) pak užilo jinou testovanou návykovou látku než benzodiazepiny (pozitivní výsledky na přítomnost benzodiazepinů mohou být způsobeny užíváním lékařem indikovaných léčebných přípravků). V roce 2014 bylo u osob nastupujících do věznice zjištěno v 17,9 % případů nedávné užití THC, v 16,5 % případů užití pervitinu a v 0,7 % případů užití opioidů. Alarmující je, že dalších téměř 13 % nastupujících osob zneužilo v poslední době více sledovaných návykových látek. Tato data jsou založena na testování za použití orientačních imunochemických testů, údaje jsou proto jen orientační. Procentuální zastoupení jednotlivých drog v celkovém počtu pozitivních orientačních testování u osob nastupujících do věznice v roce 2014 viz a graf č. 1.

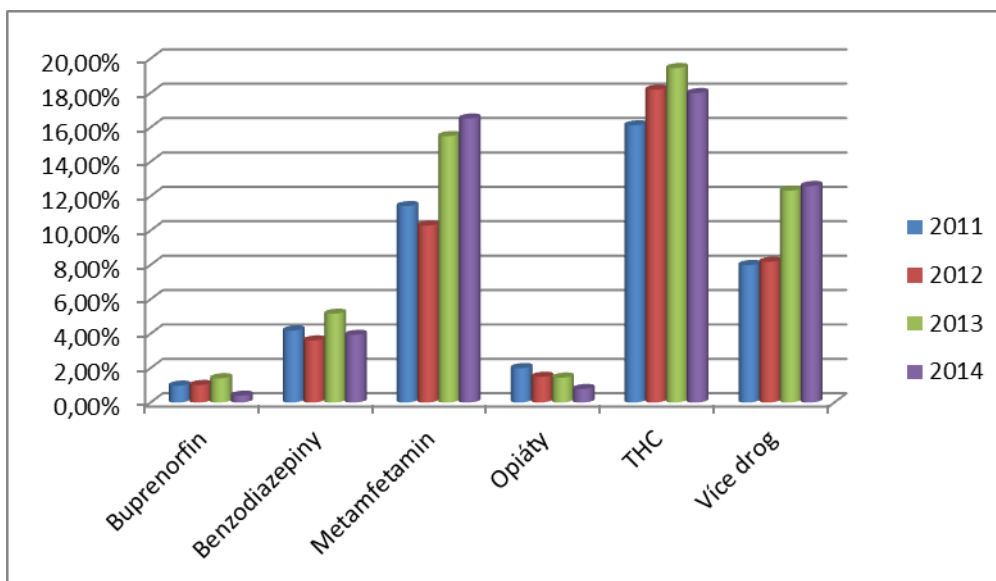


Graf č. 1 - procentuální zastoupení jednotlivých drog v celkovém počtu pozitivních orientačních testování u osob nastupujících do věznice v roce 2014

V meziročním srovnání let 2011 až 2014 je patrný meziroční nárůst osob nastupujících do věznice pozitivních na užití metamfetaminu (s výjimkou roku 2012), nárůst osob pozitivních na THC (s výjimkou roku 2014) i setrvalý nárůst osob pozitivních na více druhů drog. Jestliže v roce nastupovalo do věznic 16,1 % osob pozitivních na THC, v roce 2013 to bylo 18,5 %, pozitivních na metamfetamin bylo v roce 2011 11,4 % osob a v roce 2014 16,5 %, pozitivních na více druhů sledovaných drog bylo v roce 2011 8 %, v roce 2014 to bylo již 12,6 %. Meziroční srovnání viz tabulka č. 3 a graf č. 2.

	poměr pozitivních k celkově testovaným			
	2011	2012	2013	2014
Buprenorfin	0,98%	1,02%	1,41%	0,39%
Benzodiazepiny	4,18%	3,61%	5,16%	3,93%
Metamfetamin	11,42%	10,29%	15,49%	16,51%
Opiáty	2,00%	1,49%	1,44%	0,78%
THC	16,11%	18,18%	19,45%	17,99%
Více drog	8,00%	8,18%	12,32%	12,59%
CELKEM	42,70%	42,77%	55,27%	52,20%

Tabulka č. 3 - orientační testování u osob nastupujících výkon vazby nebo trestu - zastoupení jednotlivých drog v celkovém počtu pozitivních testů a poměr k celkovému počtu provedených testů (srovnání 2011 až 2014)



Graf č. 2 - orientační testování u osob nastupujících výkon vazby nebo trestu - zastoupení jednotlivých drog v celkovém počtu pozitivních testů a poměr k celkovému počtu provedených testů (srovnání 2011 až 2014)

Z prozatím nepublikovaných dosavadních výsledků vyšetření nástrojem SARPO (N = 12 960) vyplývá, že celoživotní zkušenost s nelegální drogou uvedlo 30 % vyšetřených. Z toho zkušenost s drogami s obsahem THC uvedlo 24 % vyšetřených, zkušenost s drogami amfetaminového typu 34 % a s heroinem 7 % (viz tabulka 4).

Droga	Počet	% celkem
Žádná nelegální droga	7 975	62%
Jakákoli nelegální droga	4 985	38%
Marihuana/hašiš	3 073	24%
Pervitin/amfetamin	4 343	34%
Kokain	191	1%
Heroin	900	7%
Subutex/metadon	240	2%
Extáze	226	2%
Jiné drogy	671	5%
N	12 960	

Tabulka č. 4 výsledky vyšetření nástrojem SARPO

V rámci vyšetření nástrojem SARPO (N = 12 960) byl dále analogicky ke kritériím stanoveným v MKN 10 stav odsouzeného posuzovatelem vyhodnocen v 11 % případů jako syndrom závislosti a u dalších 14 % jako škodlivé užívání. U dalších 13 % odsouzených pak bylo zhodnoceno, že jim užívání drog způsobilo problém alespoň v jedné oblasti života.

3.2 *Problémové užívání drog*

3.2.1 *Problémové užívání drog jako klíčový indikátor EMCDDA*

Prevalence problémového užívání drog byla zavedena jako jeden z pěti klíčových epidemiologických indikátorů využívaných k monitorování drogové situace v EU. Účelem zavedení tohoto indikátoru bylo poskytovat vzájemně porovnatelné, spolehlivé odhady prevalence a vzorců škodlivého užívání drog. Najít všeobecně přijatelnou definici problémového užívání drog nebylo snadné, takže nakonec byla v roce 2004 přijata pragmatická definice, která zní: „Problémové užívání drog je injekční užívání nebo pravidelné/nebo dlouhodobé užívání opiátů (opioidů), kokainu a/nebo amfetaminů“. Pozdější praxe však ukázala, že odhady tohoto ukazatele se opíraly především o nepřímé statistické extrapolace z existujících zdrojů dat, přičemž výsledkem byly často odhady skryté populace osob škodlivě užívajících opioidy. Proto EMCDDA přistoupilo k revizi tohoto indikátoru, kdy jedním z hlavních motivů pro revizi byla měnící se drogová situace a vzrůstající potřeba znát prevalenci nových skupin uživatelů, jako například osob škodlivě užívajících kanabinoidy nebo stimulancia, které však zároveň neužívají opioidy. Dalšími motivy byly například změny v povaze a dostupnosti některých zdrojů dat. Koncem roku 2012 byl představen nový koncept tohoto indikátoru, který je nyní nazván „vysoce rizikové užívání drog (HRDU – high risk drug use)“, a je definován jako „opakované užívání drogy, které způsobuje jedinci aktuální poškození (přináší negativní následky), včetně závislosti, ale i jiných zdravotních, psychologických a sociálních problémů nebo vystavuje jedince vysoké pravděpodobnosti/riziku vzniku takového poškození“ (Thanki et al, 2013). Tato definice se sice více blíží definici škodlivého užívání nebo abúzu podle MKN 10 respektive DSM IV, pro účely předkládané práce se však nadále držíme definice původní, tedy problémového užívání drog. Důvodem je především lepší operacionalizace původní definice a tedy i snadnější posouzení, zda daný konkrétní jedinec definici vyhovuje či ne. V důsledku toho se též jednodušeji formulují jednotlivé položky dotazníků, kterými je v rámci dotazníkových šetření zjišťována prevalence problémového užívání. Dalším důvodem je pak zachování kontinuity mezi jednotlivými vlnami dotazníkové studie, která je zdrojem dat pro empirickou část předkládané práce, a která proběhla v letech 2010, 2012 a 2014. Proto se i dále v textu zaměříme především na prevalence užívání amfetaminů, opioidů a prevalence injekčního užívání drog.

Nejvyšší podíl na prevalenci problémového užívání drog má ve většině evropských zemí opravdu injekční užívání opioidů, byť v některých zemích se na něm významně

podílí i injekční amfetaminů (příkladem je ČR s výrazným podílem uživatelů metamfetaminu na celkovém počtu injekčních uživatelů drog). Díky poměrně nízké prevalenci tohoto jevu v obecné populaci a zároveň jeho skryté povaze se k odhadům tohoto ukazatele používá extrapolací z dostupných zdrojů dat, kterými jsou hlavně data o klientech nastupujících do léčby a data trestně právního sektoru (EMCDDA, 2012).

3.2.2 Problémové užívání drog v obecné evropské populaci

Užívání amfetaminů

V Evropě je zneužíván amfetamin, stejně jako metamfetamin, byť amfetamin ve většině evropských států převládá. Výjimku tvořila tradičně, ČR, později též Slovensko (EMCDDA, 2014). Podle údajů EMCDDA (2012) odhady drogové prevalence naznačují, že nějakou drogu amfetaminového typu někdy v životě vyzkoušelo 13 milionů Evropanů a zhruba 2 miliony jich tuto drogu užilo v posledním roce. Vážený evropský průměr celoživotního užití mezi mladými dospělými (15 až 34 let) je 5,5 %. Většina evropských zemí uvádí užití v posledním roce u této věkové skupiny 0,5-2 %.

Výsledky analýzy odpadních vod prokázaly poměrně vysoké koncentrace amfetaminů ve velkých městech severní a severozápadní Evropy. Podle výsledků průzkumů v populaci 12 evropských zemí od roku 2011 se ukazuje, že se v 11 z těchto zemí užívání amfetaminu snižuje (EMCDDA, 2014). Podle EMCDDA (2014) je nejběžněji užívaným nelegálním stimulantem v Evropě, s výjimkou některých států, jako například ČR, kokain.

Užívání opioidů

Heroin v současné době stále zodpovídá za většinu morbiditu a mortality spojené s užíváním drog v Evropě. Po dvaceti letech, kdy tento problém vzrůstal na intenzitě, zažila Evropa koncem 90. let minulého a v prvních letech století nového pokles užívání této drogy a problémů s ním souvisejících. Během poslední dekády již není tento trend bohužel tak výrazný (EMCDDA, 2012). Poslední evropské národní odhady problémového užívání opioidů v populaci 15-64letých oscilují mezi 0,1-0,7 %. Průměrná prevalence v celé EU byla v roce 2010 odhadována na 0,42 %, což znamená zhruba 1,4 milionu problémových uživatelů opioidů v EU a Norsku (EMCDDA, 2012). V roce 2012 to bylo 1,3 milónu problémových uživatelů opioidů (EMCDDA, 2014). V Ruské Federaci a na Ukrajině je odhad mírně nad 1 %, v Austrálii a USA okolo 0,6 % (Kanada má odhady poloviční).

Jak již bylo uvedeno výše, lze ve vývoji prevalence problémového užívání opioidů v evropských zemích mezi lety 2005 až 2012 konstatovat celkem setrvalý stav (EMCDDA, 2014). Alarmující může naproti tomu být, že v roce 2012 ve většině evropských zemí (17 zemí) 10 % klientů, uživatelů opioidů nastupujících poprvé léčbu, zneužívalo jiné opioidy než heroin (především metadon, buprenorfin a fentanyl). Zvláště u fentanylu je nebezpečí předávkování značné.

Injekční užívání drog

Ve většině evropských zemí je injekční užívání spojeno především s užíváním opioidů, v některých zemích je však výrazné zastoupení injekčních uživatelů amfetaminů. Odhady jednotlivých zemí se poměrně výrazně liší a pohybují se u populace 15-64letých od méně než 0,1 % do 0,5 %. Uváděný evropský průměr je tedy 0,24 % (EMCDDA, 2012). Celoevropský trend u prvních žadatelů o léčbu naznačuje od roku 2006 mírný pokles injekčního užívání jako hlavního způsobu aplikace drogy (EMCDDA, 2014).

3.2.3 Problémové užívání drog v obecné populaci v ČR

Užívání amfetaminů

Podle výsledků posledního výzkumu prevalence užívání drog v populaci ČR provedeného Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (dále též „NMS“) v roce 2013 je celoživotní prevalence užití metamfetaminu v populaci 15 až 64 letých 1,1 %, užití v posledních 12 měsících 0,2 % a užití v posledním měsíci 0,1 % (Mravčík et al, 2014). Národní výzkum užívání návykových látek provedený Národním monitorovacím střediskem v roce 2012 (Mravčík et al, 2013, Chominová, 2012) zjistil celoživotní prevalenci užití amfetaminů v populaci 15 až 64 letých 2,5 %, užití v posledních 12 měsících 0,5 % a užití v posledních 30 dnech 0,2 %.

Odhady problémového užívání amfetaminů ve výroční zprávě EMCDDA (2012) za rok 2010 pro Českou republiku uvádějí, že v roce 2010 byl počet problémových uživatelů metamfetaminu odhadován na 27 300 až 29 100, což je jednak nárůst oproti minulému období a rovněž více než dvojnásobek odhadovaného počtu problémových uživatelů opioidů v ČR (EMCDDA, 2012). V roce 2013 bylo podle údajů NMS (Mravčík et al, 2014) v ČR odhadnuto 34 200 problémových uživatelů amfetaminů. Meziroční srovnání odhadů problémového užívání amfetaminů viz tabulka č. 5.

Užívání opioidů

Výsledky posledního výzkumu prevalence užívání drog v populaci ČR provedeného NMS v roce 2013 uvádějí celoživotní prevalenci užití heroinu v populaci 15 až 64 letých 0,4 %, užití v posledních 12 měsících 0,1 % a užití v posledním měsíci též 0,1 % (Mravčík et al, 2014). Národní výzkum užívání návykových látek provedený Národním monitorovacím střediskem v roce 2012 (Mravčík et al, 2013, Chominová, 2012) zjistil celoživotní prevalenci užití heroinu v populaci 15 až 64 letých 0,6 %, užití v posledních 12 měsících 0,2 % a užití v posledních 30 dnech 0,1 %. Problémových uživatelů opioidů bylo v ČR roce 2013 odhadnuto 10 700. (Mravčík et al, 2014). Meziroční srovnání odhadů problémového užívání opioidů viz tabulka č. 5.

Injekční užívání drog

Odhady injekčních uživatelů v ČR se podle údajů EMCDDA (2012) mezi lety 2005 a 2010 zvýšily, na čemž mají podíl zejména injekční uživatelé amfetaminů. Injekčních uživatelů drog bylo v ČR roce 2013 odhadnuto 42 700. (Mravčík et al, 2014). Meziroční srovnání odhadů injekčního užívání drog viz tabulka č. 5.

Problémoví uživatelé drog

Národním monitorovacím střediskem (Mravčík et al, 2014) bylo pomocí multiplikační metody v roce 2013 odhadnuto přibližně 44 900 problémových uživatelů opioidů a metamfetaminu. Z toho z toho 34 200 uživatelů metamfetaminu, 3 500 uživatelů heroinu a 7 200 uživatelů buprenorfinu. Prevalence problémového užívání drog přesáhla v roce 2013 hranici 0,6 % obyvatel ve věku 15 až 64 let. Počet problémových uživatelů drog se v meziročním srovnání opět zvýšil, přičemž v posledních 10 letech narostl střední odhad počtu problémových uživatelů drog o více než polovinu. Statisticky významné změny lze podle Mravčíka et al (2014) sledovat u počtu uživatelů opioidů, kde došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. Meziroční srovnání odhadů problémového drog viz tabulka č. 5.

rok	Problémoví uživatelé drog celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	% celkem	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	Celkem	% celkem	Počet	% celkem	Počet	% celkem
2010	39 200	0,53	6 000	5 000	11 000	0,15	28 200	0,38	37 200	0,50
2011	40 200	0,55	4 700	4 600	9 300	0,13	30 900	0,42	38 600	0,53
2012	41 300	0,57	4 300	6 300	10 600	0,15	30 700	0,43	38 700	0,54
2013	44 900	0,63	3 500	7 200	10 700	0,15	34 200	0,48	42 700	0,60

Zdroj: Mravčík et al (2014)

Tabulka č. 5 - meziroční srovnání odhadů problémového užívání drog

3.3 Užívání drog ve věznicích

3.3.1 Situace v Evropě

Studie realizované v evropských zemích od roku 2000 odhadují, že mezi 2 až 56 % odsouzených někdy během uvěznění užilo některou nelegální drogu. Z toho 9 zemí wykázalo prevalenci užívání během uvěznění 20 a více %. Drogou, která je vězni nejčastěji užívána je kanabis, na dalším místě se umístil kokain a heroin. Prevalence užívání heroinu v průběhu uvěznění se pohybuje od 1 do 21 %. Poměrně velké rozdíly mezi jednotlivými zeměmi mohou opět odrážet metodologické rozdíly ve sběru dat a jejich vykazování (EMCDDA, 2015). Celoživotní prevalence žití drogy během uvěznění viz tabulka č. 6.

Některé studie ukazují, na tendenci vězňů k užívání drog se sedativním účinkem, jakými jsou heroin, hypnotika a sedativa nebo jiné drogy se obdobným účinkem, jako je například kanabis. Evropské studie dále ukazují na menší oblibu stimulantů. Důvodem může být samotný stimulující efekt při užití tohoto typu drog, který se ve stísněném prostředí věznic hůře zvládá, a to jak samotným uživatelům, tak i personálu věznic (Bullock, 2003). Výjimku tvoří české věznice, kde jsou stimulanty reprezentované metamfetaminem (pervitinem) jednou z nejužívanějších drog.

Stát	Rok studie	jakákoli nelegální droga	THC	kokain	heroin	amfetaminy	extáze
Belgie	2010	33	31	9	13	8	
Bulharsko	2006	1	0,5	0	0,4	0,1	0
Řecko	2000	46					
Itálie	2009	25					
Lotyšsko	2010	32	24	3	10	19	8
Litva	2003	13	0,1	9,5	0,03	1	
Lucembursko	2005	56					
Maďarsko	2008	14	12	1	0,5	4	5
Polsko	2007	20	18	3	2	15	7
Portugalsko	2007	36	30	10	14	2	3
Rumunsko	2006	2	0,6	0,2	1	0,1	0,2
Španělsko	2006		28	3	5	0,3	0,3
Finsko	2001	16,5					
UK-Anglie a Wales	2002	39	32	1	21	1	3
UK-Skotsko	2008	48					
Norsko	2002	26					

Zdroj: EMCDDA (2015)

Tabulka č. 6 – celoživotní prevalence žití drogy během uvěznění

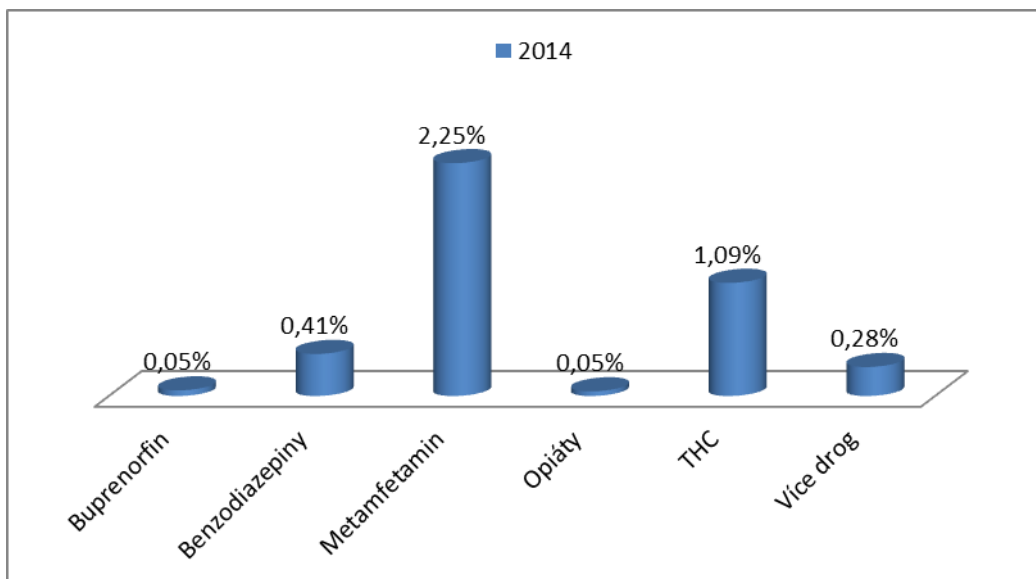
Výsledky studie Boys et al (2002) provedené ve Velké Británii ukazují, že zatímco 60 % uživatelů heroinu a kanabisu uvedlo, že tento druh drogy užívali i během některého ze svých pobytů ve vězení, v případě uživatelů kokainu to bylo méně než 10 % a v případě amfetaminů cca 2,5 %. Tato data jsou podle autorů konzistentní se zjištěními, která pocházejí z provádění testování na přítomnost drog v těle u vězňů ve věznicích ve Velké Británii, kdy jsou počty pozitivních na kokain či amfetamin zřetelně nižší než počty pozitivních na kanabis nebo heroin. U žen se prokázala nižší pravděpodobnost zahájení užívání heroinu ve věznici, což však podle autorů souvisí zejména s tím, že u žen je vyšší prevalence užívání heroinu před nástupem do věznice než u mužů.

3.3.2 Zneužívání drog v českých věznicích

V českých věznicích je jedním z nejdůležitějších indikátorů užívání drog věznými osobami testování na přítomnost drog nebo jejich metabolitů v těle pomocí drogových testů. Pozitivní nálezy na přítomnost návykové látky (po confirmaci) byly v roce 2014 celkem zjištěny u 457 osob (v roce 2013 to bylo 503 osob a v roce 2012 530 osob). Z celkového počtu provedených testování jich bylo pozitivních po confirmaci celkem 4,12 %. V roce 2013 to bylo 4,98 %, v roce 2012 4,34 % a v roce 2011 4,43 %, z čehož vyplývá, že procento pozitivně testovaných meziročně mírně kleslo (srovnání let 2011 až 2014 viz tabulka č. 7).

Procentuální zastoupení jednotlivých drog v celkovém množství pozitivních nálezů, potvrzuje, že některé druhy těchto látek jsou s největší pravděpodobností zneužívány ve

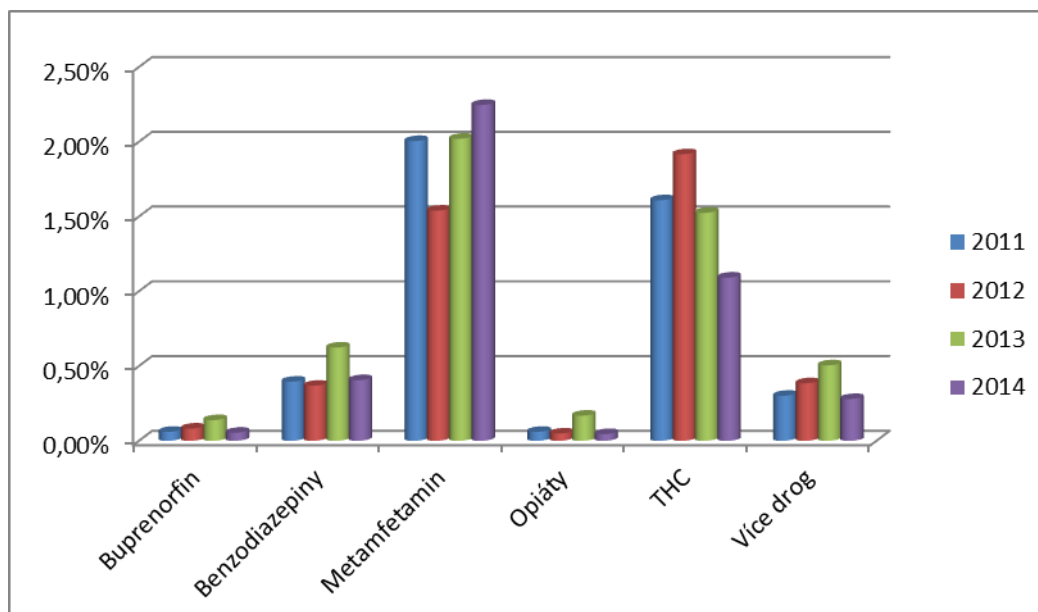
větší míře než látky jiné. Lze tak usuzovat na atraktivitu těchto drog mezi věznými osobami a na výši poptávky po těchto látkách, ale také na rizikovost těchto drog pro vězně z hlediska možnosti odhalení jejich užívání. Nejvyšší zastoupení v celkovém počtu pozitivních testování měl v roce 2014 tradičně metamfetamin 54,49 % a THC 26,48 %. V roce 2013 byl v celkovém počtu pozitivních testování metamfetamin zastoupen 40,56 % a THC 30,62 % v roce 2012 pak metamfetamin 35,47 % a THC 44,15 %, z čehož by se dalo usuzovat, že obliba marihuany mezi věznými osobami klesá na úkor obliby metamfetaminu. Pozitivní testy na benzodiazepiny se pak na celkovém počtu pozitivních testů podílejí 9,85 %, opiáty 1,09 %, buprenorfin 1,31 %; 6,78 % pak zbývá na případy, kdy bylo detekováno více drog u jedné osoby, čímž byl poprvé od roku 2011 zaznamenán pokles u polyvalentního užívání drog (grafické znázornění zastoupení jednotlivých drog v roce 2014 viz graf č. 3; srovnání let 2011 až 2014 viz tabulka č. 7 a graf č. 4).



Graf č. 3- zastoupení jednotlivých drog v roce 2014 při testování na přítomnost drog v těle (výsledky potvrzených laboratorních testů)

	poměr pozitivních k celkově testovaným			
	2011	2012	2013	2014
Buprenorfin	0,06%	0,08%	0,14%	0,05%
Benzodiazepiny	0,40%	0,37%	0,62%	0,41%
Metamfetamin	2,01%	1,54%	2,02%	2,25%
Opiáty	0,06%	0,05%	0,17%	0,05%
THC	1,61%	1,92%	1,53%	1,09%
Více drog	0,30%	0,39%	0,51%	0,28%
CELKEM	4,43%	4,34%	4,98%	4,12%

tabulka č. 7 meziroční srovnání zastoupení jednotlivých drog v letech 2011 až 2014 při testování na přítomnost drog v těle (výsledky potvrzených laboratorních testů)



Graf č. 4 meziroční srovnání zastoupení jednotlivých drog v letech 2011 až 2014 při testování na přítomnost drog v těle (výsledky confirmovaných laboratorních testů)

3.3.3 Injekční užívání drog ve vězeňské populaci

Stejně jako prevalence užívání drog jako takového je celoživotní prevalence injekčního užívání drog ve vězeňské populaci opět podstatně vyšší než v běžné populaci. Evropské země vykazují, že 2 až 38 % vězňů užilo někdy v životě před uvězněním některou drogu injekčně (EMCDDA, 2010).

Pokud jde o injekční užívání přímo ve věznicích, odhadují studie realizované v evropských zemích od roku 2000 celoživotní prevalenci injekčního užití drogy během některého z uvěznění mezi 2 až 31 %. Tento druh dat je však dostupný pouze pro některé evropské země. Rozdílné metodologie sběru dat v jednotlivých zemích navíc nabádají k obezřetnosti při porovnávání těchto ukazatelů za jednotlivé země (EMCDDA, 2010).

Prevalenci injekčního užívání v průběhu uvěznění zjišťovali ve své studii na vzorku vězňů ve Velké Británii například Boys et al (2002). Oproti předběžným očekáváním se tato prevalence ukázala jako poměrně nízká a činila 4,1 % všech respondentů. Zajímavým údajem však bylo, že čtvrtina těch, kteří uvedli injekční užívání ve věznici, zároveň uvedli, že tento způsob aplikace použili poprvé právě během uvěznění. Obdobné zjištění uvádí například i Stover (2007). Údaje o vysokém zastoupení injekčních uživatelů drog v tamní populaci vězňů pocházejí například z Austrálie, kde 34 % vězňů odsouzených za drogové delikty a 55 % osob nastupujících do věznice uvedlo, že někdy v životě užili nelegální

drogu nitrožilně. V Kanadě uvádí injekční užívání během uvěznění 11 % tamních vězňů (EMCDDA, 2012).

4 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ - STUDIE

Data, která jsou zde zpracována, jsou výsledkem tří vln studie (dotazníkového šetření), která proběhla na reprezentativních výběrových souborech odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody ve všech českých věznicích v letech 2010, 2012 a 2014.

4.1 Cíle studie, výzkumné otázky a hypotézy

Obecné cíle studie

- Zjistit rozsah a vzorce užívání návykových látek (se zvláštním důrazem na problémové užívání) na reprezentativním vzorku odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody a na základě získaných dat odhadnout prevalenci užívání návykových látek v celé populaci odsouzených v ČR.
- Sledovat vývojové trendy v užívání návykových látek mezi odsouzenými v ČR.

Východiska pro výzkumné otázky a hypotézy

Z východisek empirického šetření, která jsou podrobně diskutována výše, vyplývá, že:

- 1) Odhady počtu problémových uživatelů drog v obecné populaci ČR se meziročně zvyšují (Mravčík et al, 2014), je předpoklad, že se tento trend projevil v letech 2010 až 2014 též v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody.
- 2) Prevalence problémového užívání metamfetaminu (pervitinu) v obecné populaci ČR se meziročně zvyšuje (Mravčík et al, 2014), je předpoklad, že se tento trend projevil v letech 2010 až 2014 též v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako zvýšení prevalence užívání drog amfetaminového typu (pervitin/amfetamin).
- 3) V posledních letech byla v obecné populaci ČR zaznamenána u uživatelů opioidů zvýšená prevalence užívání buprenorfinu na úkor heroinu (Mravčík et al, 2014), je předpoklad, že se tento trend projevil v letech 2010 až 2014 též v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako zvýšená prevalence užívání buprenorfinu.
- 4) V zahraničních studiích (Fazel et al, 2006) byla potvrzena vyšší prevalence užívání nelegálních drog před nástupem do věznice u žen než u mužů, je předpoklad, že u odsouzených nastupujících do českých věznic v období let

2010 až 2014 se tento trend projevil jako zvýšená prevalence problémových uživatelů drog v populaci žen oproti populaci mužů.

Výzkumné otázky

- 1) Jaká je prevalence užívání jednotlivých druhů nelegálních drog v populaci odsouzených před nástupem do vězení? Jaké byly v této oblasti změny a trendy mezi lety 2010, 2012, 2014?
- 2) Jaká je celoživotní prevalence užití nelegální drogy během některého z pobytů ve vězení v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody v letech 2010, 2012, 2014? Jaký je trend vývoje?
- 3) Jaká je prevalence injekčního užití a rizikového chování spočívajícího ve sdílení injekčního materiálu během pobytu ve věznici v populaci odsouzených? Jaké byly v této oblasti změny a trendy mezi lety 2010, 2012, 2014?
- 4) Jaký je 95% interval spolehlivosti pro zastoupení problémových uživatelů drog amfetaminového typu a kokainu, problémových uživatelů opiátů (opioidů) a problémových injekčních uživatelů drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody v letech 2010, 2012, 2014? Jaký je trend vývoje. Existují statisticky významné meziroční změny?
- 5) Jaký je 95% interval spolehlivosti pro zastoupení problémových uživatelů drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody v letech 2010, 2012, 2014? Jaký je trend vývoje?
- 6) Jaká byla vnímaná dostupnost jednotlivých odborných drogových intervencí v populaci problémových uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody v roce 2014? Existují statisticky významné meziroční změny?
- 7) Jaká část populace problémových uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody, kteří nemají zkušenost s léčbou před nástupem do věznice, byla v roce 2014 zařazena v léčbě nebo některém jiném intervenčním programu?
- 8) Jaká část z problémových uživatelů opiátů (opioidů), kteří mají zkušenost se substituční léčbou před uvězněním, byla v roce 2014 zařazena v substituční léčbě ve věznici?
- 9) Je populaci odsouzených žen statisticky významně vyšší prevalence problémových uživatelů drog oproti populaci odsouzených mužů?

Hypotézy

1) Prevalence problémového užívání drog

H0 Prevalence problémového užívání drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití drogy amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) a/nebo kokainu a/nebo opioidů (heroin, buprenorfin) během posledního měsíce před nástupem do vězení a/nebo injekční užití jakékoli drogy v období jednoho měsíce před nástupem do vězení, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně nezměnila.

H1 Prevalence problémového užívání drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití drogy amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) a/nebo kokainu a/nebo opioidů (heroin, buprenorfin) během posledního měsíce před nástupem do vězení a/nebo injekční užití jakékoli drogy v období jednoho měsíce před nástupem do vězení, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně změnila.

2) Prevalence problémového užívání drog amfetaminového typu

H0 Prevalence problémového užívání drog amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití během posledního měsíce před uvězněním, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně nezměnila.

H1 Prevalence problémového užívání drog amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití během posledního měsíce před uvězněním, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně změnila.

3) Prevalence problémového užívání buprenorfinu

H0 Prevalence problémového užívání buprenorfinu v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití během posledního měsíce před uvězněním, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně nezměnila.

H1 Prevalence problémového užívání buprenorfinu v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití během posledního měsíce před uvězněním, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně změnila.

4) Genderové rozdíly v prevalenci problémového užívání drog

H0 Prevalence problémového užívání drog, definovaná jako opakované (více než 2x) užití drogy amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) a/nebo kokainu a/nebo opioidů (heroin, buprenorfin) během posledního měsíce před nástupem do vězení a/nebo injekční užití jakékoli drogy v období jednoho měsíce před nástupem do vězení v populaci odsouzených žen se v letech 2010 až 2014 statisticky významně nelišila od prevalence problémového užívání drog v populaci odsouzených mužů.

H1 Prevalence problémového užívání drog, definovaná jako opakované (více než 2x) užití drogy amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) a/nebo kokainu a/nebo opioidů (heroin, buprenorfin) během posledního měsíce před nástupem do vězení a/nebo injekční užití jakékoli drogy v období jednoho měsíce před nástupem do vězení v populaci odsouzených žen se v letech 2010 až 2014 statisticky významně lišila od prevalence problémového užívání drog v populaci odsouzených mužů.

4.2 Design a metodika studie

Ve všech třech vlnách (2010, 2012 a 2014) se jednalo o epidemiologickou studii, která měla design průřezové dotazníkové studie. Na realizaci studie spolupracovala Vězeňská služba České republiky (dále jen „vězeňská služba“) s Národním monitorovacím střediskem pro závislosti (NMS). Ke sběru dat byl použit dotazník sestavený pracovní skupinou, jejímž členem byl též pracovník vězeňské služby. Dotazník byl sestaven přímo pro účel této studie, a odpovídal standardu, který pro sběr dat ve věznicích v zemích EU doporučilo Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA). Dotazník byl pro každou vlnu studie mírně modifikován, ale podstatné položky a jejich řazení zůstalo stejné. Data získaná v jednotlivých vlnách studie jsou proto srovnatelná. Dotazník obsahoval celkem 25 otázek ve vlně 2010 a 33 otázek ve vlnách 2012 a 2014, čas pro jeho vyplnění byl odhadnut na cca 30 minut.

Výběr vzorku, byl proveden prostým náhodným výběrem ze základní populace osob ve výkonu trestu odnětí svobody ve všech věznicích ČR (viz níže v textu). Sběr dat ve věznicích proběhl prostřednictvím externích vyškolených tazatelů (dále jen „administrátor“) v říjnu/listopadu 2010, listopadu 2012 a říjnu/listopadu 2014. Administrátoři byli pro tyto účely najati agenturou, která zajišťovala sběr a pořízení dat. V roce 2010 se jednalo o zaměstnance nestátních organizací, které poskytovaly drogové služby ve věznicích, a kteří do věznic, ve kterých později prováděli administraci, před tím běžně docházeli. V roce 2012 byli tazateli osoby, které byli profesionálními tazateli, ale

s prostředím věznic, a zejména s jednáním s vězni, neměli zpravidla žádnou osobní zkušenost. V roce 2014 prováděli sběr dat většinou stejné osoby, jako v roce 2012, takže již osobní zkušenost s prostředím věznic měly. Administrátoři byli proškoleni pracovníkem vězeňské služby a NMS v postupech administrace dotazníku, které vytvořila výše zmíněná pracovní skupina.

Každá osoba, která byla náhodně vybrána do výběrového souboru, mohla svobodně a bez jakýchkoliv důsledků na další průběh výkonu trestu odnětí svobody účast ve studii odmítnout.

Všechny tři vlny studie byly posouzeny Etickou komisí NMS.

Výběr vzorku probandů

Vzorek (výběrový soubor) byl ve vlnách studie 2010 a 2012 tvořen 2000 odsouzenými, ve vlně 2014 2100 odsouzenými, kdy výběrový rámec (opora výběru) byl tvořen všemi odsouzenými ve výkonu trestu odnětí svobody (denní stav osob ve výkonu trestu odnětí svobody v ČR byl v roce 2010 cca 19,5 tis. osob, v roce 2012 cca 20 tis. a v roce 2014 cca 16 tis. osob). Byla předpokládána 75% až 80% návratnost dotazníků. Vzorek byl vybrán následujícím způsobem tak, aby byla zaručena jeho maximální reprezentativita. Byla použita metoda prostého náhodného výběru, kdy každý odsouzený má vězeňskou službou přidělen jedinečný identifikační kód (ID). Identifikační kód je jedinečný a sám o sobě není nositelem žádných dalších identifikačních údajů o odsouzeném. V zájmu zajištění ochrany osobních dat byla při realizaci výběru jako jediný identifikátor použita právě tato ID. ID všech odsouzených, kteří byli v době výběru vzorku ve výkonu trestu odnětí svobody, byla seřazena abecedně a byla jim přidělena pořadová čísla od 1 do cca 16 000 až 20 000 (podle velikosti populace v jednotlivých vlnách studie). Generátorem náhodných čísel pak bylo vygenerováno 2000 respektive 2 100 čísel. Výběr vzorku byl proveden tak, že určený zaměstnanec vězeňské služby vygeneroval seznam jmen s ID všech odsouzených k danému dni, tento seznam seřadil podle identifikačních kódů sestupně a jednotlivým jménům přiřadil pořadové číslo podle umístění v seznamu. Dále zaslal určenému zaměstnanci NMS počet všech odsouzených v seznamu a pořadí jmen v seznamu dále neměnil. Zaměstnanec NMS provedl výběr (metodou náhodných čísel) a zaslal seznam vybraných pořadových čísel zaměstnanci vězeňské služby. Zaměstnanec vězeňské služby přiřadil ke každému pořadovému číslu výběru jméno příslušného odsouzeného a věznici, kde se daný odsouzený právě nacházel. Jména a ID odsouzených ze vzorku (dále jen „proband“), rozdělených podle příslušných věznic, rozeslal tento zaměstnanec řediteli

každé věznice, kde výzkum probíhal, a to nejpozději 3 pracovní dny před realizací výzkumu v dané věznici. Pro ověření reprezentativity vzorku byly základní sociodemografické, kriminologické a popřípadě i další charakteristiky vybraného vzorku srovnány se stejnými charakteristikami populace všech odsouzených.

4.3 Průběh sběru dat ve věznicích a jejich zpracování

Administrace proběhla podle přesně stanoveného postupu, ve kterém byli administrátoři předem vyškoleni pracovníkem vězeňské služby a NMS. Sběr dat proběhl v každé věznici zpravidla vždy v průběhu jen jednoho dne tak, aby data ze všech věznic byla sebrána v období nejdéle 14 dnů. Dotazník byl probandům administrován vyškolenou osobou, která nebyla zaměstnancem vězeňské služby tak, aby byla zajištěna maximální objektivita výzkumu. Tyto osoby neznaly identitu probandů. Byl předpoklad, že pokud by s vyplněnými dotazníky manipuloval zaměstnanec vězeňské služby, byla by ochota probandů odpovídat pravdivě na některé položky dotazníku tímto výrazně snížena. Vyplněný dotazník proband vložil do obálky a zalepenou obálku vhodil do zapečetěného boxu podle instrukcí vytištěných na dotazníku. Proband nezaznamenal do dotazníku své jméno ani jiný identifikační údaj (ID). Administrátor poté vyplnil záznamový arch o průběhu administrace dotazníků v celé skupině a doručil zapečetěný box do NMS. K vyplněným dotazníkům se tak nedostal žádný ze zaměstnanců vězeňské služby. Zaměstnanec vězeňské služby pracoval až s daty pořízenými agenturou do databáze SPSS a předaných NMS.

Administrátorům bylo za pomoci generálního ředitelství vězeňské služby zajištěno povolení vstupu do dané věznice. Administraci byl podle platných vnitřních předpisů z bezpečnostních důvodů přítomen zaměstnanec vězeňské služby, pokud ředitel dané věznice nerozhodl jinak. Pokud ředitel dané věznice rozhodl, že výše popsany způsob administrace není u některého z probandů z bezpečnostních důvodů proveditelný, daný proband se studie nezúčastnil, tuto skutečnost pak administrátor zaznamenal v záznamovém archu o průběhu administrace dotazníku, přičemž se jednalo pouze o počty probandů a žádné jiné identifikační údaje.

Administrace proběhla podle počtu probandů buď v jednom, nebo více časových blocích tak, aby počet probandů při administraci zpravidla nepřesáhl počet 40. Administrace proběhla ve vhodné místnosti (nejčastěji návštěvní místnost, ale také učebna, zasedací místnost apod. – podle možností dané věznice) vybavené stoly a židlemi. Počet probandů, kterým byl dotazník administrován najednou tj. v jednom časovém bloku, určil

ředitel věznice po zhodnocení bezpečnostních hledisek, velikosti a vybavení místnosti a popř. i dalších okolností. Samotná administrace dotazníku i s organizačními opatřeními a přesuny trvala pro jeden časový blok cca 1 hodinu.

Box s odevzdanými dotazníky rozpečetil pracovník NMS v prostorách NMS. Odevzdané dotazníky byly elektronicky zpracovány (tj. proběhlo tzv. pořízení dat – vložení dat z dotazníků do elektronické databáze) agenturou. Data byla zkontrolována a vyčištěna.

Analýza dat

Byla provedena základní statistická analýza dat zaměřená na popis rozsahu zkušeností s užíváním drog mezi osobami ve VTOS a rizikového chování souvisejícího s užíváním drog. Pro potvrzení reprezentativity výběrového souboru ve vztahu k souboru základnímu byl v závislosti na charakteru proměnné (věk) a jejímu nerovnoměrnému rozložení použit neparametrický test zvolený automaticky programem IBM SPSS Statistics na základě posouzení zadaných proměnných.

Pro porovnání relativních četností zastoupení sledovaných jevů v různých populacích (výběrech) byl v případě nominálních proměnných použit Kruskalův-Wallisův neparametrický test. K tomu byl využit software R - jazyk a prostředí pro statistické výpočty a grafiku (R Core Team, 2015).

Dále byl použit vzorec pro dvoustranný interval spolehlivosti pro nominální dichotomické proměnné (Hendl, 2012) str. 310.

Publikace výsledků studie

- Publikace v odborném tisku - Zaostřeno na drogy (Mravčík et al, 2011a), Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR 2010 (Mravčík et al, 2011b); Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR 2012 (Mravčík et al, 2013)
- Prezentace na odborných konferencích (Mgr. K. Grohmannová)
- Diplomová práce (Bc. T. Koňák)

4.4 Výběrový soubor a jeho charakteristiky

Návratnost dotazníků

Jelikož sběr dat probíhal ve věznicích na náhodně vybraných souborech odsouzených, počítalo se od začátku s tím, že ne všichni probandi z výběrového souboru se budou moci zúčastnit skupinové administrace dotazníků, a to z různých, především však

bezpečnostních důvodů. Dále se počítalo s tím, že někteří odsouzení se odmítnou dotazníkového šetření zúčastnit a proto byla dána vedení věznic instrukce, že takové odsouzené nebudou k administraci dotazníků ani navádět, aby tito svým chováním negativně neovlivnili další respondenty. Z těchto důvodů bylo v roce 2010 z výběrového souboru 2000 probandů skutečně vyplněno pouze 1668 dotazníků (83,4 % z výběrového souboru), v roce 2012 1641 dotazníků (82 % z výběrového souboru) a v roce 2014 a 1751 dotazníků (83,4 % z výběrového souboru). Oproti původnímu předpokladu návratnosti, který byl odhadován na 75 % až 80 %, byla tedy skutečná návratnost vyšší.

Základní charakteristiky a reprezentativita výběrových souborů

Při náhodném výběru 2000 respondentů v letech 2010 a 1012 a 2100 respondentů v roce 2014 byly v každé vlně výzkumu ve výběrovém souboru **zastoupeny všechny vězňnice**. Z hlediska zastoupení jednotlivých věznic ve výběrovém souboru lze tyto soubory považovat za reprezentativní.

Pokud jde o **poměr obou pohlaví** v základním a výběrovém souboru, bylo v roce 2010 v základním souboru 5,81 % žen a ve výběrovém souboru 5,95 % žen, v roce 2012 to bylo 6,42 % v základním souboru a 7,45 % ve výběrovém souboru a v roce 2014 6,27 % v základním a 7,55 % žen ve výběrovém souboru. Z těchto poměrů lze odhadovat, že i co do zastoupení jednotlivých pohlaví byly výběrové soubory reprezentativní. Nonresponse byla u této položky minimální (0,24 % až 2,68 %). Zastoupení mužů a žen v základních a výběrových souborech jednotlivých vln studie viz tabulka č 8.

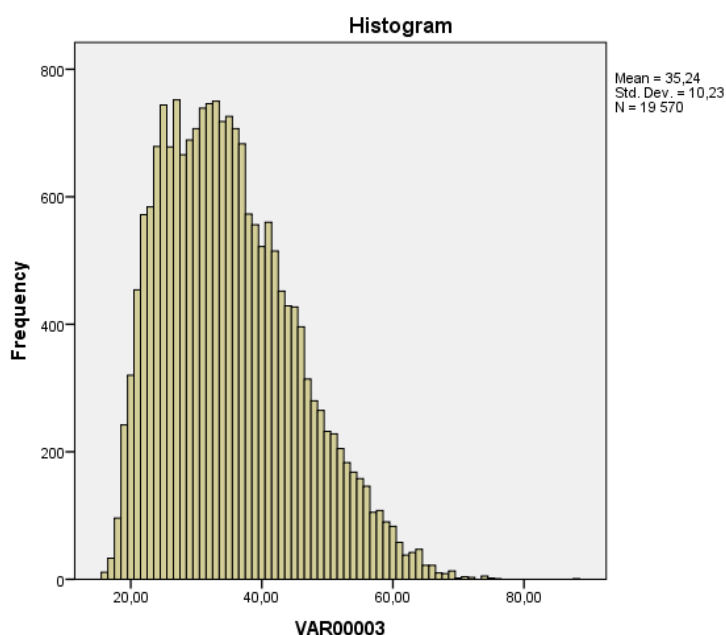
Pohlaví	2010				2012				2014			
	ZS*		VS		ZS		VS		ZS		VS	
	Počet	% validní	Počet	% validní	Počet	% validní	Počet	% validní	Počet	% validní	Počet	% validní
muž	18 400	94,19	1 565	94,05	19 350	93,58	1 478	92,55	15 182	93,73	1 592	92,45
žena	1 134	5,81	99	5,95	1 328	6,42	119	7,45	1 015	6,27	130	7,55
Celkem	19 534	100	1 664	100	20 678	100	1 597	100	16 197	100	1 722	100
bez odpovědi			4				44				29	
CELKEM	19 534		1 668		20 678		1 641		16 197		1 751	

*ZS = základní soubor; VS = výběrový soubor

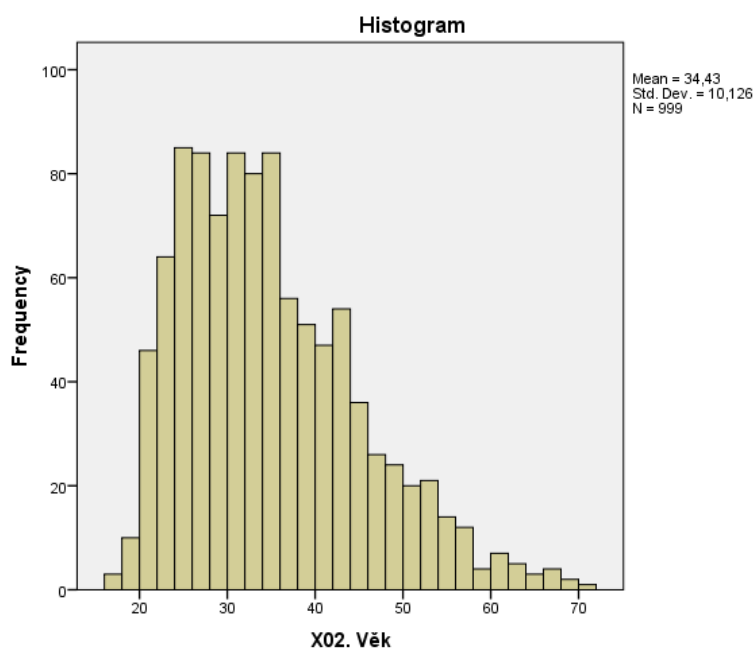
Tabulka č. 8 – zastoupení mužů a žen v základních a výběrových souborech jednotlivých vln studie

Průměrný věk byl v roce 2010 v základním souboru 35,24 let (medián 34) a ve výběrovém souboru 35,66 let (medián 34), v roce 2012 to bylo 35,50 (medián 34) v základním souboru a 34,65 (medián 33) ve výběrovém souboru, v roce 2014 pak 35,94 (medián 35) v základním souboru a 36,23 let (medián 3) ve výběrovém souboru. Nonresponse byla u této položky v roce 2010 40 %, v roce 2012 40,5 % a v roce 2014

rovněž 40,5 %. V roce 2010, 2012 ani 2014 neměl věk v základním ani výběrovém souboru normální rozložení (viz obrázek č. 1 a 2 pro rok 2010), pro odhad reprezentativity byl proto použit neparametrický test – Wilcoxonův test pro dva závislé výběry. Na hladině významnosti 95 % lze vyloučit hypotézu o rozdílném rozložení dané proměnné v obou souborech. Dle výsledku testu lze tedy výběrový soubor v roce 2010 považovat za reprezentativní. Totéž lze předpokládat i v případě vln 2012 a 2014, kdy se metoda výběru vzorku nezměnila.



Obrázek č. 1 – distribuce proměnné věk v letech v základním souboru



Obrázek č. 2 - distribuce proměnné věk v letech ve výběrovém souboru

Pokud jde o **typ věznice**, do kterého byli respondenti v době realizace dotazníkového šetření zařazeni, pak největší podíl jich byl zařazen do věznice typu s ostrahou (45,3 % v roce 2010, 48,4 % v roce 2012 a 50,5 % v roce 2014), poté do věznice typu s dozorem (42,7 % v roce 2010, 41,1 % v roce 2012 a 36,9 % v roce 2014), věznice typu se zvýšenou ostrahou (6,8 % v roce 2010, 5,5 % v roce 2012 a 7,3 % v roce 2014). Nejnižší zastoupení měli odsouzení ve věznici typu s dohledem (4,8 % v roce 2010, 4,4 % v roce 2012 a 4,0 % v roce 2014) a věznice pro mladistvé (0,5 % v roce 2010, 0,6 % v roce 2012 a 1,3 % v roce 2014).

Z hlediska rozložení podle *zařazení do typu věznice* v základním a výběrovém souboru jsou ve vlnách studie 2010 a 2014 ve výběrových souborech odhadem mírně nadhodnoceny věznice s dohledem, na úkor věznic s ostrahou. Charakteristika *rozložení podle typu věznice* mohla být u výběrového souboru zkreslena tím, že respondenti, ať už z jakýchkoli důvodů, úmyslně uvedli jiný typ věznice, než do kterého byli v době realizace dotazníkového šetření zařazeni. Nonresponse u této položky se se mezi jednotlivými vlnami studie pohybovala od 2,8 % do 4,3 %.

Trestněprávní charakteristiky výběrových souborů

Pokud jde o *trestněprávní charakteristiky probandů*, byl zkoumán *počet dosud vykonaných trestů odnětí svobody, délka současného trestu odnětí svobody a doba dosud strávená ve věznici v souvislosti se současným trestem odnětí svobody*.

U počtu pobytů ve výkonu trestu odnětí svobody bylo ze všech sledovaných kategorií ve všech třech vlnách ve výběrových souborech nejvíce prvovězněných (39,7 % v roce 2010, 37,6 % v roce 2012 a 31,3 % v roce 2014). Další nejzastoupenější kategorií byl *čtvrtý a další pobyt ve VTOS*, poté *druhý pobyt ve VTOS* a nejméně zastoupená byla kategorie *třetí pobyt ve VTOS*. Pro základní soubor jsou data o počtu pobytů ve výkonu trestu odnětí svobody známa pouze za roky 2012 a 2014 (Statistická ročenka Vězeňské služby ČR 2012, 2013; Statistická ročenka Vězeňské služby ČR 2014, 2015). Poměrně vysoká míra nonresponse u této otázky v letech 2012 a 2014 (25,4 % respektive 14,7 %) může vypovídat o tendenci respondentů neuvádět údaje, podle kterých by mohli být případně identifikováni. Dále jsou odhadem ve výběrových souborech v letech 2012 a 2014 oproti základním souborům výrazně podhodnoceny *první a druhé pobyty ve výkonu trestu*, nadhodnoceny jsou naopak *čtvrté a další pobyty ve výkonu trestu*.

Pokud jde o *délku aktuálně vykonávaného trestu odnětí svobody* v měsících, pak byla průměrná délka trestu odnětí svobody u odsouzených ve výběrovém souboru 51 měsíců v roce 2010, 61,9 měsíců v roce 2012 a 63,8 měsíců v roce 2014. Vysoká míra nonresponse v letech 2010 a 2012 (43,5 % respektive 55,4 %) může opět vypovídat o tendenci respondentů neuvádět údaje, podle kterých by mohli být případně identifikováni.

Jedna z nejvyšších měr nonresponse u trestněprávních charakteristik pak byla zaznamenána u charakteristiky *doba dosud strávená ve věznici v souvislosti se současným trestem odnětí svobody*, která byla v roce 2010 47,2 % a v roce 2012 dokonce 66,1 %. Průměrná doba strávená ve výkonu trestu v souvislosti s aktuálním trestem, uváděná respondenty byla v roce 2010 38,8 měsíce (medián 25), v roce 2012 46,9 měsíce (medián 28) a v roce 2014 32,5 měsíce (medián 18).

To, že nejvyšší míra nonresponse se objevuje právě u údajů, podle kterých by se dal respondent nejsnáze identifikovat, podporuje výše zmíněný předpoklad o tendenci respondentů údaje, podle kterých by mohli být identifikováni, neuvádět.

Další charakteristiky výběrových souborů

Podle *nejvyššího dosaženého vzdělání* jsou ve výběrovém souboru zastoupeny nejčastěji kategorie vyučen/vyučena (41,9% v roce 2010, 39,5 % v roce 2012 a , 42,2 % v roce 2014, následované kategorií základní vzdělání (34,8 % v roce 2010, 36,6 % v roce 2012 a 33,7 % v roce 2014). Na rozdíl od trestněprávních charakteristik měla tato položka jednu z nejvyšších měr response (více než 99% response v letech 2012 a 2014). Odhadem se zdá, že kromě kategorie *vyučen*, měli respondenti tendenci prezentovat vyšší vzdělání, než jakého ve skutečnosti dosáhli. Nejvíce podhodnocená je v obou vlnách kategorie *základní vzdělání* a nadhodnoceny jsou naopak kategorie *středoškolské s maturitou*, *vyšší odborné* a *vysokoškolské*.

Pokud jde o *zaměstnání* popřípadě jiné *postavení* respondentů *před nástupem do věznice*, srovnáváme zde pouze výsledky vln 2012 a 2014, protože v dotazníku pro vlnu 2010 byly jednotlivé kategorie definovány odlišně a srovnání by proto nebylo přesné. V zaměstnaneckém poměru bylo v roce 2012 27,5 % respondentů, v roce 2014 to bylo 28,2 %. Samostatně výdělečně činných bylo v roce 2012 16,8 %, v roce 2014 17 %. Nejpočetnější kategorii tvořili nezaměstnaní, kterých bylo v roce 2012 40,3 % a v roce 2014 38,9 %. U této položky byla ve všech vlnách studie téměř 100% míra response.

4.5 Výsledky studie

Zkušenosti s léčbou před nástupem do vězení a aktuální zařazení v léčbě intervenčním programu

Zkušenosti s léčbou před nástupem do vězení jsou důležitým údajem pro nastavování kapacit intervenčních programů ve věznicích, abychom byly schopni zajistit kontinuitu adekvátní péče. *Zkušenost s léčbou v souvislosti s užíváním nelegálních drog* před nástupem do vězení uvedlo v roce 2010 9,1 % respondentů, v roce 2012 rovněž 9,1 % respondentů a v roce 2014 9,2 %. Tento poměr je v čase poměrně stabilní. Response u této položky byla poměrně vysoká, a to 87 % až 90 %. 95% interval spolehlivosti má pro tento ukazatel pro rok 2010 tvar 7,7 %; 10,5 %, pro rok 2012 rovněž tvar 7,7 %; 10,5 % a pro rok 2014 tvar 7,8 %; 10,6 %. Zkušenosti s léčbou v souvislosti s užíváním nelegálních drog před nástupem do vězení uvádí tabulka č. 9.

Léčba před nástupem do vězení - problémy s nelegálními drogami	2010			2012			2014		
	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní
Ano	152	9,1	10,1	149	9,1	10,6	161	9,2	10,6
Ne	1 354	81,2	89,9	1 253	76,4	89,4	1 360	77,7	89,4
Celkem validní odpovědi	1 506	90,3	100,0	1 402	85,4	100,0	1 521	86,9	100,0
Bez odpovědi	162	9,7		239	14,6		230	13,1	
CELKEM	1 668	100,0		1 641	100,0		1 751	100,0	

Tabulka č. 9 - zkušenosti s léčbou v souvislosti s užíváním nelegálních drog před nástupem do vězení

Zkušenost se substituční léčbou závislosti na opioidech uvedlo v roce 2010 5,2 % respondentů, v roce 2012 to bylo 3,9 % respondentů a v roce 2014 4 % respondentů. 95% interval spolehlivosti má pro tento ukazatel pro rok 2010 tvar 4,1 %; 6,3 %, pro rok 2012 rovněž tvar 3 %; 4,8 % a pro rok 2014 tvar 3,1 %; 4,9 %. Response u této položky byla opět poměrně vysoká 82 % až 87 %. Zkušenosti se substituční léčbou závislosti na opioidech drog před nástupem do vězení uvádí tabulka č. 10.

Opiátová substituční léčba před nástupem do vězení	2010			2012			2014		
	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní
Ano	86	5,2	5,9	64	3,9	4,7	70	4,0	4,7
Ne	1 369	82,1	94,1	1 290	78,6	95,3	1 408	80,4	95,3
Celkem validní odpovědi	1 455	87,2	100,0	1 354	82,5	100,0	1 478	84,4	100,0
Bez odpovědi	213	12,8		287	17,5		273	15,6	
CELKEM	1 668	100,0		1 641	100,0		1 751	100,0	

Tabulka č. 10 - zkušenosti se substituční léčbou závislosti na opioidech drog před nástupem do vězení

U respondentů byly ve všech vlnách studie dále zjišťovány zkušenosti s léčbou v souvislosti s problémy s alkoholem a ve vlnách 2012 a 2014 též zkušenosti s léčbou v souvislosti s problémy s hraním hazardních her. V roce 2010 uvedlo **zkušenosti s léčbou problémů s alkoholem** 5,9 % respondentů, v roce 2012 to bylo 5,1 % respondentů a v roce 2014 4,6 % respondentů. Zkušenosti s léčbou v souvislosti s problémy s hraním hazardních her uvedlo v roce 2012 2,4 % respondentů a v roce 2014 2,5 % respondentů. Response je v případě obou položek opět vyšší než 80 %.

Prevalence užití návykových látek před uvězněním

Protože je pro zacházení s uživateli drog potřeba znát běžné vzorce jejich užívání (tedy především vzorce užívání na svobodě), byli respondenti dotázáni, zda užili některou z vyjmenovaných drog v posledním měsíci nebo roce před uvězněním nebo během celého života před uvězněním. Tradiční epidemiologické ukazatele, kterými je užití v posledním měsíci, roce a v celém životě, byly v dotazníku také zjišťovány, tyto však nejsou předmětem předkládané práce. Uvězněním byl míněn současný výkon trestu odnětí svobody, který respondenti vykonávali v době realizace dotazníkové studie. Tyto položky dotazníku byly zatíženy poměrně velkou nonrespondencí, kdy na dotaz na užívání alkoholu neodpovědělo v jednotlivých vlnách studie 15 % až 24 % respondentů, na dotaz na užívání marihuany/hašiše 23 % až 33 % a na dotaz na užívání pervitinu/amfetaminu 20 % až 30 %. U ostatních druhů drog byla nonresponse většinou více než 30%.

Celoživotní prevalence užití drog před uvězněním

Pokud jde o **legální drogy**, uvedlo užití alkoholu někdy v životě před uvězněním v roce 2010 68,6 % respondentů, v roce 2012 to bylo 62,4 % a v roce 2014 61,9 % respondentů. Ke zneužívání **léků (psychofarmak) bez předpisu** se v roce 2010 přihlásilo 16,2 % respondentů, v roce 2012 11,9 % a v roce 2014 18,5 % respondentů. Užívání **tabáku** bylo zjišťováno teprve až v poslední vlně studie v roce 2014. Celoživotní prevalenci užití tabáku uvedlo 75,3 % respondentů.

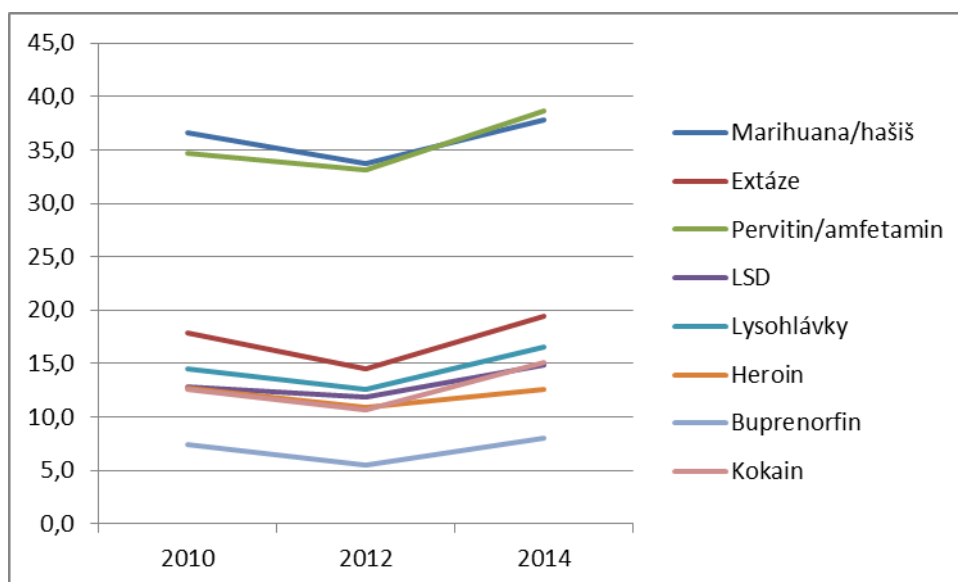
Z **nelegálních drog** mají mezi odsouzenými nejvyšší celoživotní prevalenci před uvězněním drogy s obsahem THC (v dotazníku byl konkrétně dotaz na marihuanu/hašiš). Celoživotní prevalenci těchto drog v období před uvězněním uvedlo v roce 2010 36,6 % respondentů, v roce 2012 33,7 % respondentů a v roce 2014 37,8 % respondentů. Na druhém místě byly drogy amfetaminového typu, jejichž nejčastějším zástupcem je v ČR metamfetamin (pervitin). V dotazníku byl konkrétně dotaz na pervitin/amfetamin. V roce

2010 uvedlo celoživotní užití tohoto typu drog 34,7 % respondentů, v roce 2012 to bylo 33,1 % respondentů a v roce 2014 38,6 % respondentů. Další v pořadí drog s nejvyšší celoživotní prevalencí před nástupem do vězení bylo MDMA (extáze), jejíž užití někdy v životě uvedlo v roce 2010 17,9 %, v roce 2012 14,5 % a v roce 2014 19,5 % respondentů. Kokain, který vzhledem k dostupnosti a tradici užívání pervitinu nemá v ČR takové zastoupení jako v ostatních evropských státech, někdy v životě užilo 12,5 % respondentů (2010), 10,7 % respondentů (2012) respektive 15,1 % respondentů (2014). Pokud jde o opioidy, pak nejvyšší celoživotní prevalenci má s 12,7 % v roce 2010, respektive 10,9 % v roce 2012 a 12,6 % v roce 2014 heroin následovaný nejčastěji zneužívanými léčivými přípravky s obsahem buprenorfinu (Subutex, Suboxone) se 7,4% prevalencí v roce 2010, respektive 5,5% prevalencí v roce 2012 a 8% prevalencí v roce 2014. Úplný výčet prevalencí ostatních sledovaných návykových látek viz tabulka č. 11. Grafické znázornění vývoje celoživotních prevalencí užití jednotlivých látek před nástupem do věznice mezi lety 2010 až 2014 viz graf č. 5.

Prevalence užití návykových látek před uvězněním	Prevalence celoživotní			Prevalence poslední rok			Prevalence poslední měsíc			Nikdy			Bez odpovědi		
	% celkem			% celkem			% celkem			% celkem			% celkem		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Tabák			75,3			69,8			66,5			10,9			13,8
Alkohol	68,6	62,4	61,9	46,0	51,4	50,2	30,5	37,2	38,7	16,5	13,8	15,2	14,9	23,8	23,0
Marihuana/hašiš	36,6	33,7	37,8	23,8	25,4	27,8	16,2	19,9	21,6	40,4	33,6	36,0	23,0	32,7	26,2
Extáze	17,9	14,5	19,5	9,0	8,3	10,6	4,4	4,8	6,5	51,6	42,9	48,0	30,5	42,6	32,6
Pervitin/amfetamin	34,7	33,1	38,6	24,8	26,7	31,3	17,0	22,4	25,9	45,3	37,4	37,2	20,1	29,6	24,2
LSD	12,8	11,8	14,9	6,5	6,5	7,7	2,6	3,6	4,2	54,6	44,8	52,3	32,6	43,4	32,8
Lysolávk	14,6	12,6	16,6	6,8	6,2	8,3	2,9	3,0	4,4	53,4	44,4	50,7	32,1	43,0	32,7
Heroin	12,7	10,9	12,6	7,5	7,6	8,0	5,4	5,1	5,5	57,1	47,4	55,3	30,2	41,7	32,1
Buprenorfin	7,4	5,5	8,0	4,1	4,1	5,6	2,9	3,0	4,3	59,8	49,7	57,9	32,7	44,8	34,2
Metadon bez předpisu	2,9			1,7			1,1			62,4			34,7		
Relevin	1,4	1,6		0,7	1,2		0,5	0,7		63,2	52,4		35,3	45,9	
Jiné syntetické drogy		2,4	6,5		1,5	2,9		1,0	2,0		52,0	59,3		45,6	34,2
Kokain	12,5	10,7	15,1	6,5	5,3	7,7	3,4	3,5	4,9	55,6	45,9	51,9	31,9	43,3	33,0
Toluen, ředidla, lepidla apod	6,5	4,0	5,9	2,3	1,8	2,4	1,4	1,5	1,7	59,0	50,3	59,6	34,5	45,8	34,6
Léky bez předpisu	16,2	11,9	18,5	9,0	7,7	11,9	5,6	5,9	8,5	51,9	43,9	48,9	31,8	44,1	32,6
Anaboličké steroidy			4,9			2,6			1,7			60,2			34,9
Jiné drogy	3,3	2,9	3,3	1,4	2,3	2,1	0,8	2,0	1,8	54,0	44,9	57,4	42,7	52,2	39,3

* Relevin je neexistující látka, která byla do dotazníků v letech 2010 a 2012 vložena kvůli ověření důvěryhodnosti výpovědí respondentů týkajících se užívání nelegálních drog.

Tabulka č. 11 - prevalence užití jednotlivých druhů návykových látek před uvězněním

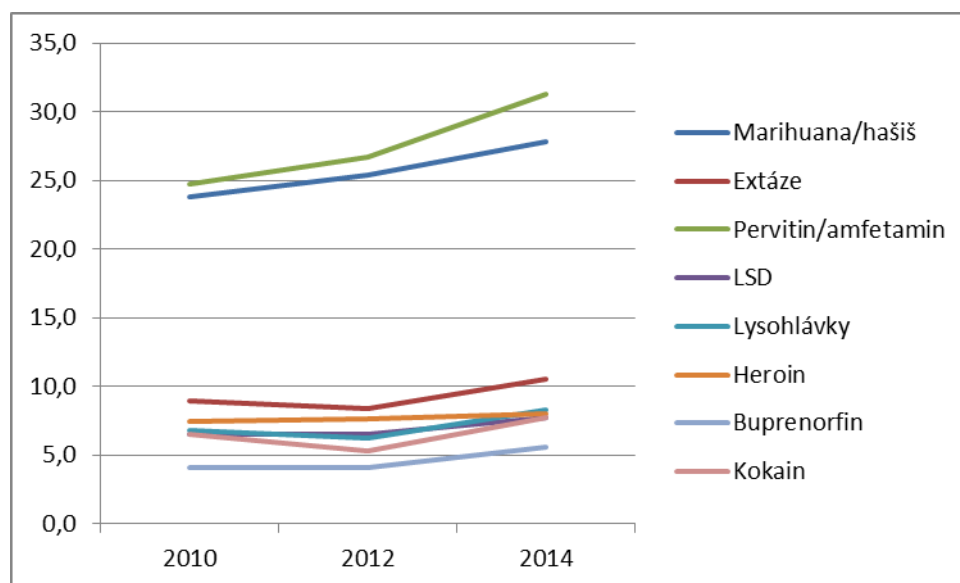


Graf č. 5 – vývoj celoživotní prevalence užití jednotlivých látek před nástupem do věznice mezi lety 2010 až 2014

Prevalence užití drog v posledních 12 měsících před uvězněním

Užití **alkoholu** v posledním roce před uvězněním uvedlo v roce 2010 46 % respondentů, v roce 2012 51,4 % a v roce 2014 50,2 % respondentů. Ke zneužívání **léků (psychofarmak) bez předpisu** se v roce 2010 přihlásilo 9 % respondentů, v roce 2012 7,7 % a v roce 2014 11,9 % respondentů.

V oblasti nelegálních drog oproti celoživotní prevalenci, kde měly nejvyšší zastoupení drogy s obsahem THC, vévodily prevalenci v posledních 12 měsících před uvězněním **drogy amfetaminového typu**, tedy v podstatě pervitin, k jehož užití v posledních 12 měsících před nástupem do vězení se v roce 2010 přihlásilo 24,8 % respondentů, v roce 2012 26,7 % respondentů a v roce 2014 31,3 % respondentů. **Drogy obsahující THC** se pak posunuly na druhé místo s 23,8% prevalencí v roce 2010, 25,4% prevalencí v roce 2012 a 27,8% prevalencí v roce 2014. Prevalence užití **kokainu** v posledním roce spadla oproti celoživotní prevalenci zhruba o polovinu na 6,5 % v roce 2010, 5,3 % v roce 2012 a 7,7 % v roce 2014. Pokud jde o užívání **heroinu** v posledních 12 měsících před uvězněním, přihlásilo se k němu 7,5 % respondentů v roce 2010, 7,6 % v roce 2012 a 8 % respondentů v roce 2014. U **buprenorfinu** byly prevalence v posledním roce před uvězněním v jednotlivých vlnách studie 4,1 %, 4,1 % a 5,6 %. Úplný výčet prevalencí ostatních sledovaných návykových látek viz tabulka č. 11. Grafické znázornění vývoje prevalencí užití jednotlivých látek v posledním roce před nástupem do věznice mezi lety 2010 až 2014 viz graf č. 6.

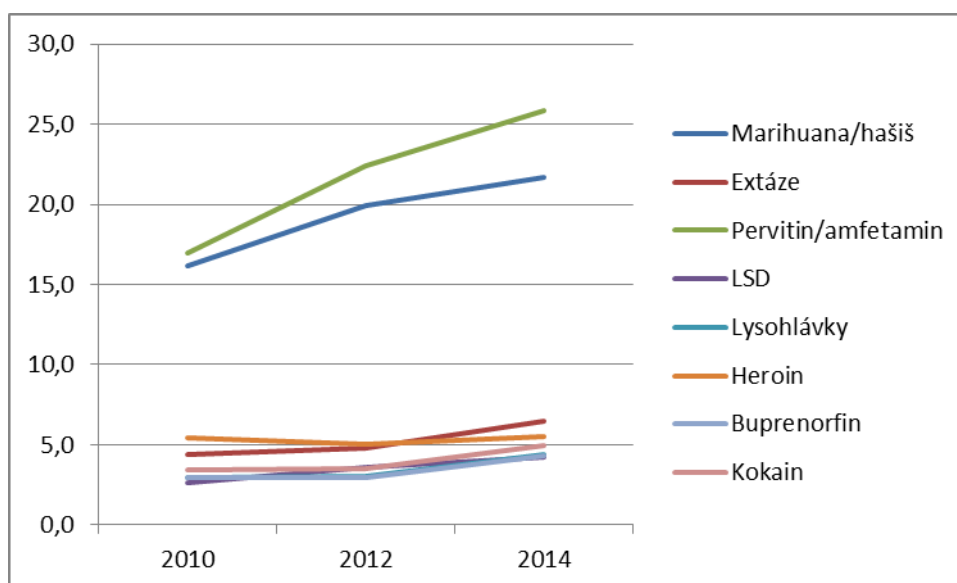


Graf č. 6 – vývoj prevalence užití jednotlivých látek v posledním roce před nástupem do věznice mezi lety 2010 až 2014

Prevalence užití drog v posledním měsíci před uvězněním

Užití **alkoholu** v posledním měsíci před uvězněním uvedlo v roce 2010 30,5 % respondentů, v roce 2012 37,2 % a v roce 2014 38,7 % respondentů. Ke zneužívání **léků (psychofarmak) bez předpisu** se v roce 2010 přihlásilo 5,6 % respondentů, v roce 2012 5,9 % a v roce 2014 8,5 % respondentů.

Nejvyšší prevalenci užívání v posledním měsíci před uvězněním měly ve všech třech vlnách studie opět **drogy amfetaminového typu**. V roce 2010 to bylo 17 % v roce 2012 22,4 % a v roce 2014 25,9 %. Zde je patrný výrazný meziroční nárůst. Druhou nejčastěji zneužívanou drogou v období posledního měsíce před uvězněním byly **drogy s obsahem THC**. Takovou drogu měsíc před uvězněním užilo 16,2 % respondentů v roce 2010, 19,9 % v roce 2012 a 21,6 % v roce 2014. I zde je patrné meziroční navýšení. Pokud jde o užívání **heroinu**, pak jsou prevalence v posledním měsíci před uvězněním meziročně celkem stabilní. Tyto prevalence byly 5,4 % v roce 2010, 5,1 % v roce 2012 a 5,5 % v roce 2014. Na rozdíl od heroinu došlo v případě **buprenorfinu** mezi lety 2012 a 2014 k poměrně výrazným změnám ve smyslu zvýšení prevalence, statistická významnost na hladině významnosti 95 % však nebyla prokázána (viz dále v textu). Buprenorfin užilo v roce 2010 v posledním měsíci před uvězněním 2,9 %, v roce 2012 3 % a v roce 2014 4,3 % respondentů. Úplný výčet prevalencí ostatních sledovaných návykových látek viz tabulka č. 11. Grafické znázornění vývoje prevalencí užití jednotlivých látek v posledním měsíci před nástupem do věznice mezi lety 2010 až 2014 viz graf č. 7.



Graf č. 7 – vývoj prevalence užití jednotlivých látek v posledním měsíci před nástupem do věznice mezi lety 2010 až 2014

Injekční užívání drog a sdílení injekčního materiálu

Jedna sada položek dotazníků byla zaměřena na rizikovost chování při aplikaci drog. Respondenti byli dotazováni, zda někdy v minulosti užili některou drogu nitrožilně a zda někdy v životě použili k aplikaci drogy jehlu a stříkačku, kterou před tím použil někdo jiný.

K tomu, že někdy během svého života užili některou drogu nitrožilně, se přihlásilo celkem 30,1 % respondentů v roce 2010, 28,5 % respondentů v roce 2012 a 31,4 % respondentů v roce 2014. Nonresponse u těchto položek představovala mezi jednotlivými vlnami studie 4,4 až 13,5 %.

Celoživotní zkušenost s použitím jehly nebo stříkačky, kterou před tím použil někdo jiný, uvedlo v roce 2010 13,4 % respondentů, v roce 2012 11,4 % respondentů a v roce 2014 11,5 % respondentů. Nonresponse byla u této položky ve srovnání s otázkou na celoživotní prevalenci injekčního užití překvapivě vysoká a činila v roce 2010 71,6 %, v roce 2012 75 % a v roce 2014 71,2 %.

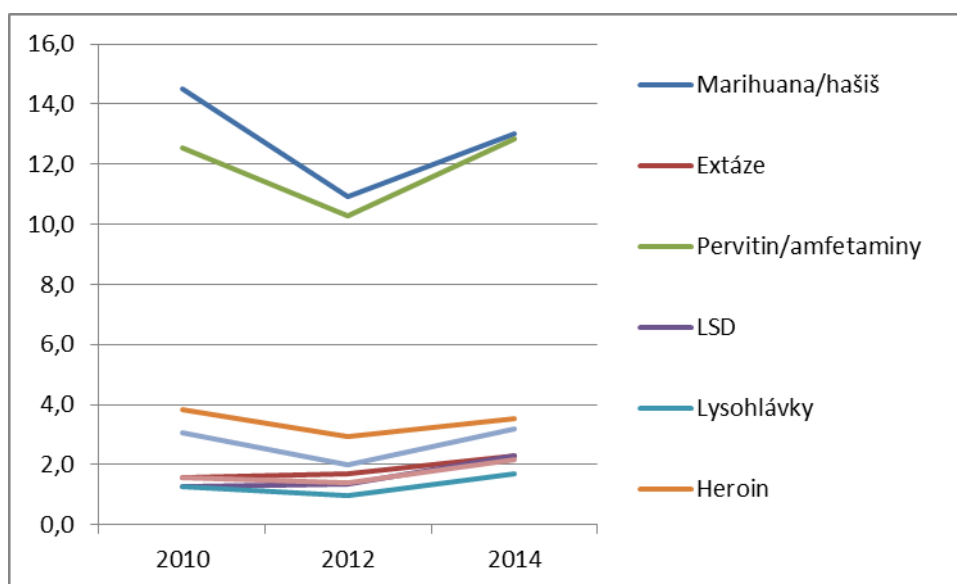
Celoživotní prevalence užití návykových látek ve vězení

Další sada otázek směřovala k chování respondentů ve vztahu k drogám během některého z jejich pobytů ve vězení. Zjišťována zde byla pouze celoživotní prevalence zkoumaných jevů, aby se respondenti cítili méně ohroženi vypovídat pravdivě. Pokud jde o **užívání alkoholu**, bylo znění otázky během jednotlivých vln dotazníkového šetření pozměněno, takže bezpečně srovnatelné jsou pouze údaje z let 2012 a 2014, kdy bylo v dotazu na užití alkoholu ve věznici rozlišeno na užití alkoholu doneseného do věznice a ve věznici vyrobeného (nejčastěji zkvašením různých potravin). V roce 2010, kdy byl dotaz pouze na užití alkoholu během některého pobytu ve vězení, uvedlo celoživotní prevalenci užití alkoholu 14,3 % respondentů. V letech 2012 uvedlo užití alkoholu doneseného do věznice 4,9 % respondentů a v roce 2014 7,7 %. U alkoholu vyrobeného ve věznici uvedlo celoživotní užití v roce 2012 11,1 % odsouzených a v roce 2014 15,4 %. Je zřejmé, že konzumace (a dostupnost) alkoholu vyrobeného ve věznici převažuje nad konzumací (dostupností) alkoholu do věznice doneseného. Ke zneužívání **léků (psychofarmak) bez předpisu** ve vězení se v roce 2010 přihlásilo 11,6 % respondentů, v roce 2012 7,9 % a v roce 2014 11,5 % respondentů.

Z tradičních nelegálních drog (byť konzumace alkoholu a léků s obsahem návykových látek bez předpisu ve věznicích je též nelegální) mají nejvyšší životní prevalenci užití ve vězení **drogy s obsahem THC**. Užití marihuany/hašiše uvedlo v roce 2010 14,5 %, v roce 2012 10,9 % a v roce 2014 13 % respondentů. Podle výsledků studie jsou druhou nejneužívanější kategorií drog ve vězení **drogy amfetaminového typu**, tedy v podstatě pervitin. K celoživotnímu užití ve věznici se přihlásilo v roce 2010 12,5 % respondentů, v roce 2012 10,3 % a v roce 2014 12,8 % respondentů. Na třetím místě co do prevalence užívání ve vězení jsou opiáty (opioidy) zastoupené v dotazníku heroinem a buprenorfinem. Užití **heroinu** uvedlo v roce 2010 3,8 % respondentů, v roce 2012 2,9 % a v roce 2014 3,5 % respondentů. Užití **buprenorfinu** pak v roce 2010 3,1 %, v roce 2012 2 % a v roce 2014 3,2 % respondentů. I v případě opiátů (opioidů) je možno sledovat propad v užívání v roce 2012 oproti ostatním dvěma vlnám studie. Úplný výčet prevalencí ostatních sledovaných návykových látek viz tabulka č. 12. Grafické znázornění vývoje prevalencí užití jednotlivých látek kdykoli během některého pobytu ve věznici mezi lety 2010 až 2014 viz graf č.8.

Celoživotní prevalence užití návykových látek ve vězení 2014	Prevalence celoživotní			Nikdy			Bez odpovědi		
	% celkem			% celkem			% celkem		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Alkohol	14,3			75,1			10,6		
Alkohol donesený do věznice		4,9	7,7		74,0	73,8		21,1	18,6
Alkohol vyrobený ve věznici (např. kvak)		11,1	15,4		65,0	66,0		23,9	18,6
Marihuana/hašiš	14,5	10,9	13,0	72,6	65,7	68,6	12,9	23,4	18,3
Extáze	1,6	1,7	2,3	81,2	71,3	75,8	17,3	27,0	21,9
Pervitin/amfetaminy	12,5	10,3	12,8	75,3	67,4	69,4	12,2	22,3	17,8
LSD	1,3	1,3	2,3	81,5	71,7	76,1	17,2	26,9	21,6
Lysohlávky	1,3	1,0	1,7	81,5	71,9	76,5	17,2	27,1	21,8
Heroin	3,8	2,9	3,5	80,1	71,0	75,3	16,1	26,1	21,1
Buprenorfin (např. Subutex) bez předpisu	3,1	2,0	3,2	80,3	70,9	75,4	16,6	27,1	21,4
Kokain	1,6	1,4	2,2	81,3	71,8	76,2	17,1	26,8	21,6
Jiné syntetické drogy			0,5			15,6			83,8
Mefedron		0,6			71,8			27,5	
Toluen, ředidla, lepidla apod.	2,3	1,3	2,1	0,1	71,3	75,6	17,4	27,4	22,3
Léky bez předpisu	11,6	7,9	11,5	0,7	65,9	68,4	15,2	26,2	20,0
Anabolické steroidy			2,4			75,7			21,9
Jiné drogy	1,2	0,7	1,7	0,1	65,3	73,1	92,6	34,0	25,2

Tabulka č. 12 – celoživotní prevalence užití jednotlivých druhů drog během některého z pobytů ve vězení



Graf č. 8 – vývoj celoživotní prevalence užití jednotlivých druhů drog během některého z pobyťů ve vězení

Injekční užívání drog a sdílení injekčního materiálu během uvěznění

Pro odhad prevalence chování vysoce rizikového z hlediska možnosti přenosu infekčních onemocnění ve vězení byly sledovány ukazatele injekčního užívání drog a sdílení injekčního materiálu během uvěznění. Opět se jednalo o celoživotní prevalenci, tedy o výskyt tohoto chování alespoň jednou během některého z pobyťů ve vězení. Injekční užití drogy během některého z uvěznění uvedlo v roce 2010 8,4 % respondentů, v roce 2012 6,7 % a v roce 2014 8,5 % respondentů. Opět lze konstatovat meziroční propad mezi lety 2010 a 2012 následovaný návratem k hodnotám roku 2010 v roce 2014.

Pokud jde o použití jehel a stříkaček během uvěznění, které před tím použil někdo jiný, činila celoživotní prevalence během některého z pobyťů ve věznici 6,6 % v roce 2010, 5 % v roce 2012 a 6,7 % v roce 2014.

Přístup k jednotlivým typům služeb v dané věznici vnímaný respondenty

V dotazníkovém šetření provedeném v roce 2014 byla na doporučení EMCDDA do dotazníku poprvé zařazena otázka na *přístup k jednotlivým typům služeb v dané věznici vnímaný respondenty*. Je to neocenitelná zpětná vazba na informovanost a vnímání systému péče o uživatele drog ve věznicích samotnou cílovou skupinou těchto služeb, tedy odsouzenými. Jako dostupnou (odpověď vždy anebo někdy) vnímá **detoxifikaci** 11,1 % respondentů, **substituční léčbu** 8,6 % respondentů, **informace a poradenství zaměřené na užívání drog** 17,1 % respondentů, **léčbu závislosti** 15,8 % respondentů, **testování na HIV/AIDS** 19,4 % respondentů, **testování na virovou hepatitidu typu C** 26 % respondentů

a **dostupnost kondomů** 7,1 % respondentů. Zejména v oblasti přístupu k informacím a poradenství zaměřenému na užívání drog je vnímaná dostupnost této služby (intervence) poměrně nízká.

Problémové užívání drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody

Hlavním tématem empirické části předkládané práce je oblast problémového užívání drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, kam směřuje i většina výzkumných otázek a ověřovaných hypotéz. Prevalence problémového užívání byla pro účely této studie konstruována jako procentuální zastoupení respondentů, kteří uvedli užívání drog amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) a/nebo kokainu a/nebo opioidů (heroin, buprenorfin – Subutex, Suboxone) opakovaně (tzn. více než dvakrát) během posledního měsíce před nástupem do vězení a/nebo injekční užití jakékoli drogy v období jednoho měsíce před nástupem do vězení v celkové populaci odsouzených.

Opakované užívání návykových látek v posledním měsíci před uvězněním

Pokud jde o prevalenci problémového užívání **drog amfetaminového typu** (pervitinu/amfetaminu) opakovaně (více než 2x) v posledním měsíci před uvězněním, činila tato v roce 2010 13,1 %, v roce 2012 18,2 % a v roce 2014 20,4 %. Výzkumná otázka zněla, kolik odsouzených, kteří v posledním měsíci před uvězněním splňovali kritéria pro zařazení do kategorie problémový uživatel drog amfetaminového typu, bylo v populaci odsouzených k výkonu trestu odnětí svobody v českých věznicích koncem roku 2010, 2012 a 2014, a to s alespoň 95% pravděpodobností. 95 % interval spolehlivosti má pro tento ukazatel pro rok 2010 tvar **11,5 %; 14,7 %**, pro rok 2012 tvar **16,3 %; 20,1 %** a pro rok 2014 tvar **18,5 %; 22,3 %**.

Užívání amfetaminu/pervitinu opakovaně v posledním měsíci před uvězněním	2010		2012		2014	
	Počet	% celkem	Počet	% celkem	Počet	% celkem
Pervitin/amfetamin	219	13,1	298	18,2	358	20,4
NE/bez odpovědi	1449	86,9	1343	81,8	1393	79,6
Celkem	1668		1641		1751	

Tabulka č. 13 – prevalence problémového užívání amfetaminu/pervitinu

Prevalence problémového užívání **opiodů** (heroinu nebo buprenorfinu) opakovaně (více než 2x) měsíc před uvězněním byla v roce 2010 4,5 %, v roce 2012 5,2 % a v roce 2014 5,5 %. Výzkumná otázka zněla, kolik odsouzených, kteří v posledním měsíci před uvězněním splňovali kritéria pro zařazení do kategorie problémový uživatel opiodů typu,

bylo v populaci odsouzených k výkonu trestu odnětí svobody v českých věznicích koncem roku 2010, 2012 a 2014, a to s alespoň 95% pravděpodobností. 95% interval spolehlivosti má pro tento ukazatel pro rok 2010 tvar **3,5 %; 5,5 %**, pro rok 2012 tvar **4,1 %; 6,3 %** a pro rok 2014 tvar **4,4 %; 6,6 %**.

Opakované užití opioidů měsíc před uvězněním	2010		2012		2014	
	Počet	% celkem	Počet	% celkem	Počet	% celkem
ANO	75	4,5	86	5,2	96	5,5
NE/bez odpovědi	1 593	95,5	1 555	94,8	1 655	94,5
Celkem	1 668	100,0	1 641	100,0	1 751	100

Tabulka č. 14 – prevalence problémového užívání opioidů

Prevalence problémového **injekčního užívání** (užití v posledním měsíci před uvězněním) byla v roce 2010 22,1 %, v roce 2012 18,8 % a v roce 2014 23,3 %. Výzkumná otázka zněla, kolik odsouzených, kteří v posledním měsíci před uvězněním splňovali kritéria pro zařazení do kategorie problémový injekční uživatel drog, bylo v populaci odsouzených k výkonu trestu odnětí svobody v českých věznicích koncem roku 2010, 2012 a 2014, a to s alespoň 95% pravděpodobností. 95% interval spolehlivosti má pro tento ukazatel pro rok 2010 tvar **20,1 %; 24,1 %**, pro rok 2012 tvar **16,9 %; 20,7 %** a pro rok 2014 tvar **21,3 %; 25,3 %**.

Prevalence injekčního užití měsíc před nástupem do vězení	2010			2012			2014		
	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní
Ano	369	22,1	77,0	308	18,8	73,0	408	23,3	79,4
Ne	110	6,6	23,0	114	6,9	27,0	106	6,1	20,6
Celkem	479	28,7	100,0	422	25,7	100,0	514	29,4	100,0
Bez odpovědi	1189	71,3		1219	74,3		1237	70,6	
CELKEM	1668	100,0		1641	100,0		1751	100,0	

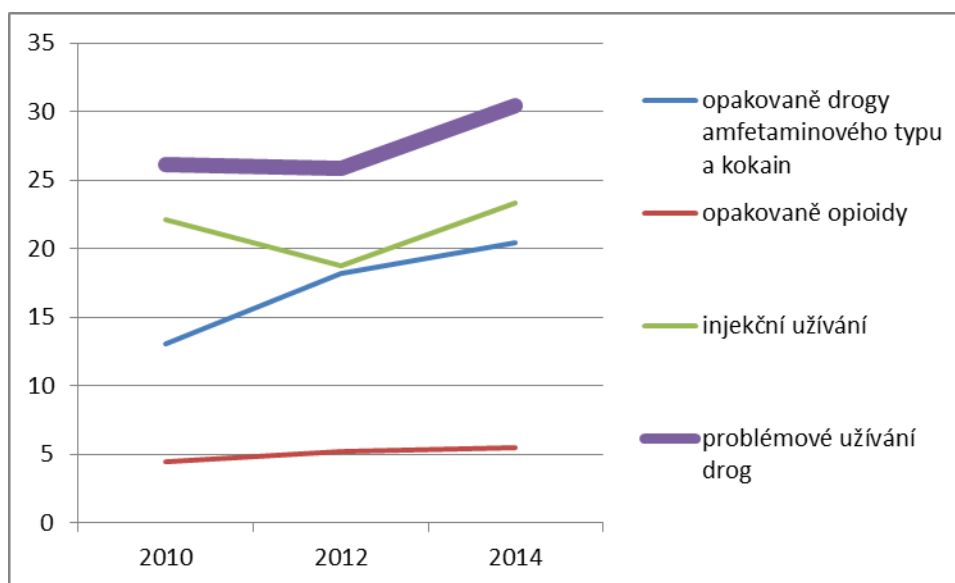
Tabulka č. 15 – prevalence problémového injekčního užívání drog

Pokud jde o opakované užití alespoň jedné z drog, které sytí ukazatel problémové užívání drog (**pervitin/amfetaminy, kokain, opioidy**) v posledním měsíci před uvězněním byly prevalence následující: 14,7 % v roce 2010, 20,2 % v roce 2012 a 21,8 % v roce 2014.

Z výše uvedených ukazatelů byla vypočtena **prevalence problémového užívání drog**, která byla v roce 2010 26,1 %, v roce 2012 25,9 % a v roce 2014 30,4 %. Výzkumná otázka zněla, kolik odsouzených, kteří v posledním měsíci před uvězněním splňovali kritéria pro zařazení do kategorie problémový uživatel drog, bylo v populaci odsouzených k výkonu trestu odnětí svobody v českých věznicích koncem roku 2010, 2012 a 2014, a to s alespoň 95% pravděpodobností. Vypočtený 95% interval spolehlivosti má pro rok 2010 tvar **24 %; 28,2 %**, pro rok 2012 tvar **23,8 %; 28 %** a pro rok 2014 tvar **28,2 %; 32,6 %**.

Prevalence problémového užívání drog	2010			2012			2014		
	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní
ANO	436	26,1	100,0	425	25,9	100,0	533	30,4	100,0
NE/bez odpovědi	1 232	73,9		1 216	74,1		1 218	69,6	
Celkem	1 668	100,0		1 641	100,0		1 751	100,0	

Tabulka č. 16 – prevalence problémového užívání drog



Graf č. 9 – vývoj prevalence problémového užívání drog mezi lety 2010 až 2014

Přístup k jednotlivým typům služeb v dané věznici vnímaný problémovými uživateli drog

V populaci odsouzených problémových uživatelů drog se nachází určité procento těch, kteří byli před nástupem do věznice v péči některé civilní drogové služby a jsou tak systémem péče o uživatele drog v ČR podchyceni. Stále však zůstává určité procento těch, kteří, ač jsou vysoce riziková a tím pádem indikováni k odborné péči, nebyli zachyceni žádným typem drogových služeb. V tomto případě se hovoří o takzvané skryté populaci problémových uživatelů drog. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že z respondentů, kteří splňovali kritéria pro zařazení do kategorie problémový uživatel drog, jich pouze přibližně čtvrtina uvedla zkušenost s léčením kvůli problémům s jinými drogami než alkohol. Konkrétně to bylo v roce 2010 24,5 %, v roce 2012 26,6% a v roce 2014 23,8 %.

PUD - zkušenosti s léčením kvůli problémům s jinými drogami než alkohol	2010			2012			2014		
	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní
ANO	107	24,5	26,8	113	26,6	29,7	127	23,8	27,1
NE	293	67,2	73,3	267	62,8	70,3	342	64,2	72,9
Celkem	400	91,7	100,0	380	89,4	100,0	469	88,0	100,0
Bez odpovědi	36	8,3		45	10,6		64	12,0	
CELKEM	436	100,0		425	100,0		533	100,0	

Tabulka č. 17 - zkušenosti s léčením kvůli problémům s jinými drogami než alkohol u problémových uživatelů drog

Výše v textu jsou data o vnímání přístupu k jednotlivým typům služeb v dané věznici všemi respondenty. Cílem studie bylo též zjistit, jak vnímají přístup k jednotlivým typům služeb v dané věznici zejména problémoví uživatelé drog, protože právě oni jsou primární cílovou skupinou těchto služeb. I pro tuto skupinu odsouzených je tento typ dat dostupný pouze za rok 2014. **Detoxifikaci** za intervenci dosažitelnou ve věznici vždy nebo alespoň někdy považuje 23,6 % problémových uživatelů drog, **substituční léčbu** pak 17,6 %. K tomu nutno dodat, že detoxifikace, stejně jako substituční léčba je dostupná toliko bezprostředně po nástupu do věznice. Dostupnost substituční léčby je dále omezena tím, že může být poskytnuta pouze pacientovi, který tento typ léčby zahájil již před nástupem do věznice v některém z civilních zdravotnických zařízení. **Informace a poradenství zaměřené na užívání drog** vnímá jako vždy anebo alespoň někdy ve věznici dosažitelnou intervenci 35,1 % problémových uživatelů drog, **léčbu závislosti** pak 31,9 %. Pokud jde o intervence z oblasti harm reduction, jejichž zástupcem bylo v dotazníku především testování na HIV/AIDS, testování na hepatitidu typu C a dostupnost kondomů, pak vnímanou dostupnost **testování na HIV/AIDS** vždy anebo alespoň někdy uvedlo 37,5 % problémových uživatelů drog, dostupnost **testování na VHC** 47,7 % a dostupnost **kondomů** 10,3 % problémových uživatelů drog. K tomu je opět potřeba doplnit, že bezplatná distribuce kondomů ve věznicích neprobíhá, odsouzení však mají možnost zakoupit kondomy ve vězeňské kantýně, kde jsou tyto povinným sortimentem.

Aktuální zařazení problémových uživatelů drog v léčbě nebo jiném intervenčním programu

Cílem vězeňských programů a dalších služeb zaměřených na zacházení s vězňenými uživateli drog je oslovit pokud možno co největší část problémových uživatelů drog a těmto nabídnout intervenci, co možná neadekvátnější jejich osobnostnímu nastavení

a stupni jejich motivace ke změně. Jednou z výzkumných otázek bylo, do jaké míry se současným vězeňským programům daří oslovit jejich cílovou skupinu a motivovat je k participaci na jimi poskytovaných intervencích. Největší část z problémových uživatelů drog, kteří byli zařazeni v některém z programů, byla zařazena v bezdrogové zóně. V roce 2010 to bylo 8 % z celkového počtu problémových uživatelů drog, v roce 2012 to bylo 17,6 % a v roce 2014 16,7 % problémových uživatelů drog. Ve specializovaném oddělení pro dobrovolné léčení závislosti bylo v roce 2010 zařazeno 4,8 % z celkového počtu problémových uživatelů drog, v roce 2012 to bylo 4,5 % a v roce 2014 6 % problémových uživatelů drog. Ve specializovaném oddělení pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení protitoxikomanického bylo v roce 2010 zařazeno 2,8 % z celkového počtu problémových uživatelů drog, v roce 2012 to bylo 1,9 % a v roce 2014 1,5 % problémových uživatelů drog. V roce 2010 uvedlo 5 % problémových uživatelů drog, že jsou zařazeni v jiném programu než výše uvedeném, v roce 2012 to byla 4 % a v roce 2014 5,1 %. Alarmující je, že v roce 2012 uvedlo 62,1 % problémových uživatelů drog, že nejsou zařazeni v žádném specializovaném oddělení nebo programu, v roce 2014 to bylo 62,9 % problémových uživatelů drog.

Zařazení do specializovaného oddělení nebo programu	2010			2012			2014		
	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní
Bezdrogová zóna	35	8,0	37,6	75	17,6	57,7	89	16,7	17,9
Specializované oddělení pro soudně nařízené léčení protitoxikomanické	12	2,8	12,9	8	1,9	6,2	8	1,5	1,6
Specializované oddělení pro soudně nařízené léčení protialkoholní	1	0,2	1,1	2	0,5	1,5	3	0,6	0,6
Specializované oddělení pro dobrovolné léčení závislosti	21	4,8	22,6	19	4,5	14,6	32	6,0	6,5
Metadonový substituční program	2	0,5	2,2	9	2,1	6,9	2	0,4	0,4
Jiné	22	5,0	23,7	17	4,0	13,1	27	5,1	5,4
Nejsm zařazen(a) do žádného specializovaného odd. nebo programu				264	62,1		335	62,9	67,5
Celkem	93			130	30,6	100,0	496	93,1	100,0
Bez odpovědi	343	78,7		31	7,3		37	6,9	
CELKEM	436			425	100,0		533	100,0	

Tabulka č. 18 - Aktuální zařazení problémových uživatelů drog v léčbě nebo jiném intervenčním programu

Problémoví uživatelé drog, kteří před nástupem do věznice neabsolvovali léčbu, ale ve věznici jsou zařazeni v léčbě nebo jiném programu

Jak bylo uvedeno již v teoretické části, je uvěznění jedinečnou příležitostí k tomu, aby se drogové služby dostaly ke klientům s vysokou mírou rizika, kteří sami v minulosti civilní drogové služby nevyhledali a tyto se k nim ani jiným způsobem nedostaly, tedy

k tzv. skryté populaci problémových uživatelů drog. Jednou z výzkumných otázek proto bylo: „*Jaká část populace problémových uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody, kteří nemají zkušenost s léčbou před nástupem do věznice, byla v roce 2014 zařazena v léčbě nebo některém jiném intervenčním programu?*“. V roce 2012 bylo ve výběrovém souboru 250 problémových uživatelů drog, kteří neuvedli předchozí zkušenost s léčbou závislosti na jiných návykových látkách než alkohol před nástupem a/nebo zkušenost se substituční léčbou. V roce 2014 jich bylo 395. Z toho v roce 2012 uvedlo 30 % z těchto problémových uživatelů, že byli v době realizace dotazníkového šetření zařazeni v léčbě, v roce 2014 to bylo 29 %. Největší podíl problémových uživatelů drog bez předchozí zkušenosti s léčbou byl zařazen v bezdrogové zóně, v roce 2012 to bylo 17,6 % a v roce 2014 16,5 %. Ve specializovaném oddělení pro dobrovolné léčení bylo zařazeno v roce 2012 4,8 % problémových uživatelů drog bez předchozí zkušenosti s léčbou a v roce 2014 to bylo 7,1 %. V případě specializovaných oddělení pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení to bylo 1,6 % v roce 2012 a 1 % v roce 2014.

PDU - před nástupem do věznice neabsolvovali léčbu, ale ve věznici jsou zařazeni v léčbě nebo jiném programu	2012			2014		
	Počet	% celkem	% validní	Počet	% celkem	% validní
Bezdrogová zóna	44	17,6	59,5	65	16,5	17,3
Specializované oddělení pro soudně nařízené léčení protitoxi	4	1,6	5,4	4	1,0	1,1
Specializované oddělení pro soudně nařízené léčení protialko				1	,3	,3
Specializované oddělení pro dobrovolné léčení závislosti	12	4,8	16,2	28	7,1	7,5
Metadonový substituční program	2	,8	2,7	1	,3	,3
Jiné	12	4,8	16,2	17	4,3	4,5
Celkem	74	30	100	116	29	31
NE/Bez odpovědi	176	70		279	71	
CELKEM	250	100		395	100	

Tabulka č. 19 - Problémoví uživatelé drog, kteří před nástupem do věznice neabsolvovali léčbu, ale ve věznici jsou zařazeni v léčbě nebo jiném programu

Zkušenosti problémových uživatelů opioidů se substituční léčbou před nástupem do vězení a jejich zařazení do substituční léčby ve vězení

U problémových uživatelů opioidů bylo zkoumáno, zda mají zkušenost se substituční léčbou před uvězněním a dále to, kolik z těchto vysoce rizikových uživatelů drog je zařazeno ve vězeňském substitučním programu. Nutno podotknout, že u zkušeností civilní substituční léčbou nebylo rozlišováno, zda byl pacient v substituční metadonové léčbě nebo mu byl lékařem předepisován buprenorfin – režim obou typů léčby je poměrně dost odlišný. Ve věznicích je poskytována pouze metadonová substituční léčba. Zkušenost s civilní substituční léčbou uvedlo v roce 2010 41,3 % problémových uživatelů opioidů,

v roce 2012 to bylo 41,9 % a v roce 2014 36,5 % problémových uživatelů opioidů. Oproti tomu ve vězeňském metadonovém programu bylo zařazeno pouze 3,5 % problémových uživatelů opioidů (3 osoby z výběrového souboru) v roce 2012 a 1 % (1 osoba z výběrového souboru) v roce 2014.

4.6 Testování hypotéz

1) problémové užívání drog

Byla testována nulová hypotéza H_0 o neexistenci statisticky významných rozdílů mezi výběry za rok 2010, 2012 a 2014 a tedy neexistenci změn v prevalenci problémového užívání drog mezi lety 2010 až 2014.

Na základě výsledku Kruskalova-Wallisova neparametrického testu ($\chi^2 = 11,229$; $p = 0,00365$) **lze na hladině významnosti 95 % vyvrátit nulovou hypotézu a přijmout H_1** , která říká, že „prevalence problémového užívání drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití drogy amfetaminového typu (prvitiu/amfetamin) a/nebo kokainu a/nebo opioidů (heroin, buprenorfin) během posledního měsíce před nástupem do vězení a/nebo injekční užití jakékoli drogy v období jednoho měsíce před nástupem do vězení, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně změnila“.

2) problémové užívání drog amfetaminového typu

Byla testována nulová hypotéza H_0 o neexistenci statisticky významných rozdílů mezi výběry za rok 2010, 2012 a 2014 a tedy neexistenci změn v prevalenci užívání drog amfetaminového typu mezi lety 2010 až 2014.

Na základě výsledku Kruskalova-Wallisova neparametrického testu ($\chi^2 = 33,239$; $p = 6,1 \times 10^{-8}$) **lze na hladině významnosti 95 % vyvrátit nulovou hypotézu a přijmout H_1** , která říká, že „prevalence problémového užívání drog amfetaminového typu (pervitiu/amfetamin) v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, definovaná jako opakované (více než 2x) užití během posledního měsíce před uvězněním, se mezi lety 2010 až 2014 statisticky významně změnila“.

3) problémové užívání buprenorfinu

Byla testována nulová hypotéza H_0 o neexistenci statisticky významných rozdílů mezi výběry za rok 2010, 2012 a 2014 a tedy neexistenci změn v prevalenci užívání buprenorfinu mezi lety 2010 až 2014.

Na základě výsledku Kruskalova-Wallisova neparametrického testu ($\chi^2 = 4,242$; $p = 0,1199$) **nelze na hladině významnosti 95 % vyvrátit nulovou hypotézu, nelze tedy a přijmout H1.**

4) Genderové rozdíly v prevalenci problémového užívání drog

Byla testována nulová hypotéza H0 o neexistenci statisticky významných rozdílů v prevalenci problémového užívání drog mezi muži a ženami před nástupem výkonu trestu.

Na základě výsledku Kruskalova-Wallisova neparametrického testu ($\chi^2 = 50,103$; $p = 1,3 \times 10^{-11}$) **lze na hladině významnosti 95 % vyvrátit nulovou hypotézu a přijmout H1**, která říká, že „*prevalence problémového užívání drog, definovaná jako opakované (více než 2x) užití drogy amfetaminového typu (pervitin/amfetamin) a/nebo kokainu a/nebo opioidů (heroin, buprenorfin) během posledního měsíce před nástupem do vězení a/nebo injekční užití jakékoli drogy v období jednoho měsíce před nástupem do vězení, v populaci odsouzených žen se statisticky významně liší od prevalence problémového užívání drog v populaci odsouzených mužů*“.

4.7 Diskuse

Provedená studie byla poměrně časově náročná, sběr dat proběhl ve třech vlnách vzdálených od sebe vždy dva roky. Během té doby došlo k některým personálním změnám ve výzkumném týmu a během studie byly též vystřídány dvě agentury, které zabezpečovaly sběr dat ve věznicích. Také s tím, jak se během let měnily výzkumné potřeby realizátorů studie a vytvářela se jednotná metodika EMCDDA pro sběr dat ve věznicích pro celou Evropu, měnil se drobně i obsah dotazníků, což mohlo mít vliv na odpovědi respondentů a jistě mělo vliv na srovnání výsledků jednotlivých vln studie. Například V roce 2012 byla do dotazníku přidána poměrně obsáhlá část, která se zaměřovala na oblast patologického hraní hazardních her. I když byla tato část zařazena až na konec dotazníku, mohla celková délka dotazníku, viditelná na první pohled, některé respondenty negativně ovlivnit.

Změny v označení a rozdělení jednotlivých kategorií drog mezi jednotlivými vlnami dotazníkových šetření mohly mít vliv na odpovědi respondentů a ovlivnit validitu meziročních srovnání. Ke změně formulace konkrétní položky došlo například u zjišťování zkušeností s konzumací alkoholu ve věznici. Tím, že v roce 2010 byli respondenti dotazováni pouze na zkušenosti s konzumací alkoholu a v ostatních letech odděleně na zkušenosti s konzumací alkoholu do věznice vneseného a ve věznici vyrobeného, mohlo

dojít k tomu, že respondenti, kteří by v roce 2010 nepovažovali konzumaci ve věznici vyrobeného tradičního zkvašeného nápoje „kvak“ za konzumaci alkoholu, na to byly nově formulovaným dotazem v letech 2012 a 2014 vlastně navedeni. Důležité je, že u klíčových položek, ze kterých je konstruován ukazatel problémové užívání drog, k žádným změnám během jednotlivých vln studie nedošlo.

Na možný vliv změny tazatelů na výsledky dotazníkového šetření v roce 2012, lze usuzovat například z toho, že u některých ukazatelů, kterými bylo zejména užívání drog ve vězení a injekční aplikace drog ve vězení, je patrný zvláštní propad ve zjištěných prevalencích v roce 2012, který se nedaří vysvětlit vlivem žádného jiného faktoru. Zároveň byla v roce 2012 u těchto položek zaznamenána výrazně vyšší míra nonresponse než v ostatních dvou vlnách. Je možné, že se v druhé vlně administrátorům, kteří do té doby neměli žádnou zkušenost s prostředím věznic, nepodařilo v respondentech vyvolat dostatečný pocit důvěry a ti pak u otázek, které pro ně byly ohrožující, neodpovídali nebo neuváděli pravdu.

Obecně lze z výsledků dotazníkového šetření vysledovat velkou ostražitost respondentů před tím, aby byli později ztotožněni s dotazníkem, který vyplnili. To je dobře vidět na příkladu vysoké míry nonresponse u otázek, podle kterých by mohli být respondenti identifikováni, jakými jsou otázky na věk, počet dosud vykonaných trestů, délku současného trestu a dobu dosud strávenou ve věznici v souvislosti a aktuálním trestem. Tato ostražitost však může svědčit i o tom, že hlavní položky dotazníku, zaměřené na zkušenosti s užíváním drog, vyplnili pravdivě.

Pro stanovení relativních četností některých ukazatelů byla použita validní %, kdy do základu pro výpočet poměru kladných odpovědí vůči všem odpovědím nebyli započítáni respondenti, kteří na danou položku neodpověděli. Takovýto postup byl zvolen například u sociodemografických či trestněprávních charakteristik. Zejména v případě zjišťování prevalencí užití návykových látek či výskytu jiného chování souvisejícího s užíváním těchto látek však byla namísto validních % použita % celkem. Prevalence tedy byla vypočtena jako poměr kladných odpovědí k celkovému počtu vyplněných dotazníků. Důvodem pro tento postup byl předpoklad, že například respondenti, kteří neměli životní zkušenost s užitím žádné drogy, na otázky po zkušenostech s jednotlivými drogami raději neodpověděli, než aby u každé jednotlivé drogy zaškrtnuli variantu NE. Například u dotazu na injekční užití během života byla nonresponse mezi jednotlivými vlnami studie 4,4 až 13,5 %, u otázky, která v dotazníku následovala a byla zaměřena na sdílení injekčního

materiálu nonresponse vyskočila na 71,2 až 75 %. Z toho lze usuzovat, že respondenti, kteří odpověděli negativně na otázku injekční užití během života, už považovali za bezpředmětné odpovídat na otázku na sdílení injekčního materiálu. Pro statistické výpočty rozdílů v jednotlivých ukazatelích mezi jednotlivými roky však byly chybějící odpovědi (missing) do výpočtů začleněny.

U některých sociodemografických údajů (konkrétně např. u vzdělání) se u respondentů zřejmě projevila tendence jevit se v lepším světle. Nadhodnoceny jsou oproti skutečnému rozdělení v základním souboru vyšší stupně dosaženého vzdělání. Je možné, že se taková tendence projevila i u odpovědí na dotazy na užívání drog či porušování zákona užíváním drog ve věznici

4.8 Závěry

Shodně se situací ve většině evropských věznic měly drogy s obsahem THC v populaci českých vězňů v letech 2010 a 2012 nejvyšší celoživotní prevalenci užití před uvězněním. V roce 2014 to však již byly drogy amfetaminového typu, tedy především metamfetamin. Pokud se jedná o prevalenci užití v posledním měsíci před uvězněním, tak v letech 2010, 2012 i 2014 jednoznačně dominoval metamfetamin, který v roce 2014 měsíc před uvězněním užilo 25,9 % odsouzených, přičemž 20,4 % odsouzených užilo tuto drogu dokonce opakovaně. Tato zjištění korespondují s výsledky drogových testů prováděných u osob nastupujících do věznic a též s předběžnými souhrnnými daty z posouzení nástrojem SARPO. Pokud extrapolujeme výsledky studie z roku 2014 na současnou vězeňskou populaci, dojdeme k závěru, že v českých věznicích může být v současné době (červen 2015) cca 3 330 až 4 014 problémových uživatelů metamfetaminu. Spolu s Norskem se tak ČR řadí na přední místo v Evropě. Předkládaná studie dále prokázala, že mezi lety 2010 až 2014 došlo ke statisticky významnému zvýšení celoživotní prevalence opakovaného užití metamfetaminu před uvězněním, a to na 95% hladině významnosti.

Pokud jde o užívání opioidů a zejména heroinu, pak lze konstatovat, že ČR se v roce 2014 s 12,6% celoživotní prevalencí užití této drogy před nástupem do vězení a 5,5% prevalencí užití v posledním měsíci řadilo spíše k evropským zemím s nižším výskytem tohoto jevu. Prevalence užívání buprenorfinu nepřesáhla v žádném ze sledovaných ukazatelů prevalenci užívání heroinu. Prevalence užívání obou těchto opioidů se v letech 2010 až 2014 proměnila jen nepatrně a nelze zde na hladině významnosti 95 % konstatovat statisticky významné změny. Každopádně však lze odhadovat, že v českých věznicích může být v současné době (červen 2015) cca 792 až 1188 problémových uživatelů opioidů.

V oblasti celoživotní prevalence injekčního užívání drog před nástupem do vězení se s 35,8 % v roce 2014 ČR řadí na jedno z předních míst mezi evropskými zeměmi. V posledním měsíci před nástupem užilo nějakou drogu nitrožilně dokonce 23,3 % odsouzených. Na základě toho lze odhadovat, že v českých věznicích může být v současné době (červen 2015) cca 3 834 až 4 554 problémových injekčních uživatelů drog.

Pokud se podíváme na počet osob, které splňují alespoň jeden z výše uvedených příznaků problémového užívání drog, zjistíme, že v českých věznicích bylo v roce 2014 zhruba 30,4 % osob, které splňovaly kritéria pro zařazení do kategorie problémový uživatel drog. Na základě toho lze odhadovat, že v českých věznicích může být v současné době (červen 2015) cca 5 076 až 5 868 problémových uživatelů drog. Zastoupení problémových uživatelů drog v populaci odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody se navíc mezi lety 2010 až 2014 s nejméně 95% pravděpodobností statisticky významně zvýšilo. Tento vývoj tak kopíruje trend, který se v posledních letech objevuje v obecné populaci ČR. Vezmeme-li v úvahu, že celkový počet problémových uživatelů drog v ČR byl v roce 2013 odhadován na 44 900 osob, pak je docela dobře možné, že 11 až 13 % z celkového počtu problémových uživatelů drog v ČR je právě teď v českých věznicích.

Studií bylo zjištěno, že v českých věznicích, stejně jako ve věznicích většiny ostatních zemí, dochází k užívání drog vězni, a to i těmi nejrizikovějšími způsoby, mezi které patří nitrožilní aplikace. Co do prevalence užití drogy s obsahem THC během některého z pobytů ve věznici patří ČR s 13% celoživotní prevalencí v roce 2014 spíše mezi nižší evropský průměr. V případě 12,8% celoživotní prevalence užití drog amfetaminového typu (metamfetaminu) se s největší pravděpodobností jednak řadíme mezi země s nejvyšší prevalencí užití této drogy ve věznici, ale také se vymykáme některým teoriím, které hovoří o tendenci vězňů přecházet během pobytu ve věznici ze stimulancií na drogy s tlumivým účinkem. Potěšujícím zjištěním je, že „pouze“ kolem 3,5 % odsouzených během některého pobytu ve věznici užilo heroin nebo buprenorfin.

Pokud jde o rizikové způsoby aplikace drog ve věznici, jakým je zejména nitrožilní aplikace a další s tím spojené rizikové chování jako sdílení použitého injekčního materiálu, je poměrně alarmující, že ačkoli 8,5 % respondentů v roce 2014 uvedlo, že si během některého pobytu ve věznici aplikovalo drogu nitrožilně a 6,7 % při tom sdílelo injekční materiál s někým jiným, je stav opatření v oblasti harm reduction v českých věznicích v porovnání s jinými západními zeměmi stále poměrně žalostný.

Obecně přijímaná teorie o vyšší prevalenci užívání tzv. tvrdých drog před nástupem do věznice v populaci žen oproti populaci mužů byla předkládanou studií výzkumně potvrzena i pro české prostředí. V populaci vězných žen je s nejméně 95% pravděpodobností vyšší zastoupení problémových uživatelů drog než v populaci vězných mužů.

Z výsledků studie vyplývá, že 7,7 % až 10,6 % odsouzených má zkušenost s léčbou před nástupem do vězení spojenou s problémy s nelegálními drogami. To znamená, že ve věznicích může být v současné době (červen 2015) cca 1 380 až 1 900 odsouzených, kteří absolvovali před uvězněním nějaký typ léčby a pro něž by bylo vhodné zajistit kontinuitu této péče i ve vězení. Dále se ukazuje, že 3 % až 6,3 %, tedy cca 540 až 1 140 odsouzených má zkušenost se substituční léčbou před nástupem do věznice (připomeňme, že cca 1 000 odsouzených nastupovalo do věznice s největší pravděpodobností s akutním odvykacím syndromem). V tomto kontextu se 50 vězňů zařazených v roce 2014 v českých věznicích do substituční léčby metadonem zdá být poměrně malou částí z této tisícové skupiny k léčbě indikovaných odsouzených.

Pokud jde o dostupnost jednotlivých drogových služeb ve věznicích vnímanou samotnými vězni, kteří jsou zároveň problémovými uživateli drog, pak se jako služba s nejlepší vnímanou dostupností ukázalo testování na HIV/AIDS a VHC, kdy 37,5 % respektive 47,7 % vězných problémových uživatelů drog vnímá tyto služby jako dostupné. O něco horší je to s vnímanou dostupností poradenství a léčby zaměřené na užívání drog, které se jako dostupné jeví pouze 35,1 % respektive 31,9 procentu problémových uživatelů drog. Nejhorší „vysvědčení“ získala detoxifikace s 23,6 % a substituční léčba se 17,6 procenty.

Pozitivním zjištěním na závěr je, že v roce 2014 z 395 problémových uživatelů drog, kteří před nástupem do věznice patřili k takzvané skryté populaci uživatelů a neměli zkušenost s žádným typem civilních drogových služeb, jich 29 %, tedy 115 konkrétních jedinců, bylo zařazeno v některém vězeňském specializovaném oddělení či jiném programu specializovaném na poskytování odborné péče uživatelům drog.

Zdroje

- AIHW (2001). *The health of Australia's prisoners*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Andrews, D. A., Bonta, J., Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation. *Criminal justice and behavior*, 17. 19-52.
- Assadi, S., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan S., Shariat, S., Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 188. 159-164.
- Azbel, L., Wickersham, J., Grishaev, Y., Dvoryak, S., Altice, F. (2013). Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community. *Plos One*, 8 (3). 1-9.
- Bird, S., M. (2005). Random mandatory drug testing of prisoners. *Forensic Science International*, 365. 1451 – 1452.
- Birmingham, L., Mason, D., Grubin, D. (1996). Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ*, 313. 1521–1524.
- Bonta, J., Wallace-Carpetta, S., Rooney, J. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal justice and behavior*, 27. 312–329.
- Bonta, J. (2002). Offender risk assessment: Guidelines for selection and use. *Criminal justice and behavior*, 29. 355-379.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Meltzer, H., Singleton, N., Taylor, C. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97. 1551-1560.
- Bullock, T. (2003). Changing levels of drug use before, during and after imprisonment. In Ramsay, M. (editor) *Prisoners drug use and treatment: Seven research studies*. Home Office Research, Development & Statistics Directorate. 23-48.
- Buriánek, J., Petras, M., Netočný, M. a kol (2010). Analýza dat z pilotního projektu SARPO 1. *České vězeňství*, 3/2010. 12.
- Crowley, D. (1999). The drug detox unit Mountjoy Prison, A review. *Journal of Health Gain*, 3(3). 17-19.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A., Hedrich, D. (2012). Ten years of monitoring illicit drug use in prisons population in Europe: Issues and Challenges. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 51(1). 37-66.

- Darke, S., Kaye, S., Finlay-Jones, R. (1998). Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*, 93(8). 1196-1175.
- Darke, S., Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97(11). 1383-1394.
- Ditton, P. (1999). *Mental health and treatment of inmates and probationers*. Bureau of Justice Statistics: Special report. U.S Department of Justice Office of Justice Programs.
- Dolan, K., Hall, W., Wodak, A. (1996). Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal*, 312(4). 1162.
- Dolan, K., Shearer, J., MacDonald, M., Mattick, R., Hall, W., Wodak, A. (2003). A randomized controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence*, 72. 59-65.
- Dolan, K., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., Wodak, A. (2005). Four-Year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100. 820-828.
- Dolan, K., Khoei, E. M., Brentari, C., Stevens A. (2007). *Prisons and drugs: A global review of incarceration, drug use and drug services*. The Berckley Foundation Drug Policy Programme.
- Rada Evropy (2012). *Doporučení Rady Evropy 2012/C 402/01 Protidrogová strategie EU (2013–2020)*.
- EMCDDA (2010). *Trends in injecting drug use in Europe*. EMCDDA Selected issues. Luxembourg: Publications Office of the EU.
- EMCDDA (2012). *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses*. EMCDDA Selected issue. Luxembourg: Publication Office of European Union.
- EMCDDA (2012). *The annual report 2012: The state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2014). *European drug report: Trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2015) <http://www.emcdda.europa.eu/stats12#display:/stats12/duptab2>
- Farrell, M., Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103(2), 251-255.
- Fazel, S., Parveen, B, Helen Doll (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*,

- Fazel, S., Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Forensic Science International*, 377. 556-65.
- Fazel, S., Danesh, J. (2002). Serious mental disorders in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Forensic Science International*, 359. 545-50.
- Fazel, S. Grann, M., Kling, B., Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003 – 2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (3). 191–195.
- Friestad, C., Kjelsberg E. (2009). Drug use and mental health problems among prison inmates. Results from a nation-wide prison population study. *Nord J Psychiatry*, 6. 237-245.
- Gordon, M., Kinlock, T., Schwartz, R., O'Grady, K. (2008). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. *Addiction*, 103. 1333-1342.
- Griffith, J., Hiller, M., Knight, K., Simpson, D. (1999). A cost-effectiveness analysis of in-prison therapeutic community treatment and risk classification. *The Prison Journal*, 79. 352-368.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stover, H., Moller, L., Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, 107(3). 501–517.
- Hendl, J. (2012). Analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál.
- Hoffmann, O. (2009). *Rapid screening of ongoing substance abuse by sweat sampling and analysis*. Stockholm: Swedish Prison and Probation Service.
- Chominová, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. Zaostřeno na drogy. 2(11), Praha: Úřad vlády ČR.
- Iniciardi, J., Martin, S., Butzin, C. (2004). Five-year outcomes of therapeutic community treatment of drug-involved offenders after release. *Crime and Delinquency*, 50. 88-107.
- James, D., Glaze, L., (2006). *Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington: Bureau of Justice Statistics.
- Jenkins, R, Bhugra, D, Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, J., Farrell, M., Lewis, G., Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35. 257-269.
- Jiříčka, V. (2012). Teoretické souvislosti. In Jiříčka, V., Prokešová, J. (Ed.) *Úvod do zkoumání efektivity intervenčních programů v českých věznicích*. Praha: Vězeňská služba České republiky.

- Jiříčka, V., Podaná, Z., Petras, M., Hůrka, J. (2014). Prediction of offending: SARPO-The czech tool for assessment of offenders criminogenic risk and need. *Journal of Criminology*, 2014. 1-8.
- Jiříčka, V., Kejřová, K. (2015). *Analýza suicidálního chování vězňů za rok 2014*. Interní dokument Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR.
- Johnson, S., van de Ven, J., Grant, B. (2001). *Institutional methadone maintenance treatment: Impact on release outcome and institutional behaviour*. Addiction Research Centre, Research Branch, Correctional Service Canada.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita, obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
- Krebs, Ch., Brady, T., Laird, G. (2003). Jail-based substance user treatment: An analysis of retention. *Substance use & Misuse*, 38, 9. 1227-1258.
- Lines, R., Jurgens, R., Betteridge, G., Stover, H., Laticevski, D., Nelles, J. (2006). *Výměna jehel ve věznicích. Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Lukasiewicz, M., Falissard, B., Michel, L., Neveu, X., Reynaud, M., Gasquet, I. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2(1).
- Lyons, S., Walsh, S., Lynn, E., Long, J. (2010). Drug-related deaths among recently released prisoners in Ireland, 1998 to 2005. *International Journal of Prisoner Health*, 6(1). 26-32.
- Magura, S., Rosenblum, A., Joseph, H. (1992). Evaluation of in-jail methadone maintenance, Preliminary results. In Leukefeld, C., Tims, F. (Ed.) *Drug abuse treatment in prisons and jails*. National Institute on Drug Abuse, Rockville.
- Marešová, A., Sochůrek, J., Válková, J. (2000). *Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Marešová, A., Nečada, V., Sluková, K., Sochůrek, J., Zeman, P. (2003). *Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Mason, D., Birmingham, L., Grubin, D. (1997). Substance use in remand prisoners: a consecutive case study. *BMJ*, 315. 18-21.
- Melnik, G., Hawke, J., Wexler, H. (2004). Client perceptions of prison-based therapeutic community drug treatment programs. *The Prison Journal*, 84. 121-138.

- Merrall, E. L., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S. J., Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105(9). 1545–1554.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. (2004). One year return to custody rates among so-disordered offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 22. 503-518.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001). *Standard substituční léčby*. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 4/2001.
- Miovský, M., Sochůrek, J., Gajdošíková, H. (2003). Analýza současného stavu užívání nelegálních drog ve věznicích. In Miovský, M. (Ed.) *Vězeňství a nelegální drogy: Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Horáková, M., Pešek, R., Koňák, T. (2011a). *Drogy a vězni v ČR. Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody*. Zaostřeno na drogy, 5(9). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chominová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2011b). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010* Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002* Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chominová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013* Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chominová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012* Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Drug misuse – psychosocial interventions*. NICE clinical guideline 51.
- Ng, S., Macgregor, S. (2012). *Pharmaceutical drug use among police detainees, research in practice*, DUMA 23. Australian Institute of Criminology.

- Niveau, G., Ritter, C. (2008). Route of administration of illicit drugs among remand prison entrants. *European Addiction Research*, 14(2). 92-98.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniash Latin Press.
- Osher, F., Steadman, H. J., Barr, H. (2002). *A best practice aproach to community re-entry from jails for inmates with co-occurring disorders. The APIC model*. Delmar, NY, National GAINS Center 2002.
- Pelissier, B., Wallace, S., ONeil, J., Gaes, G., Camp, S., Rhodes, W., Saylor, W. (2001). Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2). 315-37.
- Perry, A., Coulton, S., Granville, J., Godfrey, C., Lunn, J., McDougall, C., Neale, Z. (2006). *Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community*. Cochrane Collaboration, Issue 3.
- Peters, R., Hills, H., (1993). Inmates with co-occurring substance abuse and mental health disorders. In Steadman, H., Cocozza, J. (Ed.) *Mental illness in America's prisons*. 159-212). WA: National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System.
- Prendergast, M., Hall, E., Wexler, H. (2003). Multiple measures of outcome in assessing a prison-based drug treatment program. In *Treating substance abusers in correctional contexts: New understanding, new modalities*. The Haworth Press. 65-94.
- Prendergast, M., Hall, E., Wexler, H., Melnik, G., Cao, Y. (2004). Amity prison-based therapeutic community: 5 years outcomes. *The Prison Journal*, 84. 36-60.
- R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.
- Rada Evropy (2006). *Evropská vězeňská pravidla*. Doporučení Rec (2006) 2.
- Rada Evropy (2012). *Protidrogová strategie EU na období 2013 až 2020*. Doporučení Rady Evropy 2012/C 40012/01.
- Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35 (3). 222 – 230.
- Rambousková V., Svoboda, L., Vorel, J. (2012). Specializované oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním návykových látek – Věznice Ostrov. In Jiříčka, V., Prokešová, J. (Ed.) *Úvod do zkoumání efektivity intervenčních programů v českých věznicích*. Praha: Vězeňská služba České republiky.

- Ravndal, E., Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug & Alcohol Dependence*, 108(1/2). 65-69.
- RVKPP (2003). *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog*.
- Sacks, S., Sacks, J. Y., McKendrick, K., Banks, S., Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: Crime outcomes. *Behavioral Science and the Law*, 22. 477–501.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners. National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188. 263–267.
- Stallwitz, A., Stover, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons – A literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18. 464-474.
- Sibbald, B. (2002). Metadone maintenance expands inside federal prisons. *Canadian Medical Association Journal*, 167(10). 1154.
- Stöver, H., Hennebel, L. C., Casselman, J. (2006). Substitution treatment in European prisons: A study of policies and practices in 18 European countries. *International Journal of Prisoners Health*, 2(1). 3-12.
- Stöver, H., Weilandt, C. (2007). Drug use and drug services in prison. In Moller, R., Stover, H., Jungens, R., Gatherer, A., Nikogosian, H. (Ed.) *Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health*. Geneva: WHO. 85-113.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C., Thane, K. (2008). *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prisons and methods to monitor/analyze drug use among prisoners*, Directorate General for Health and Consumer Affairs, Brussels.
- Sullivan, Ch., Sacks, S., McKendrick, K., Banks, S., Sacks, J., Stommel, J. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with co-occurring disorders: Mental health outcomes. *Mental health issues in the criminal justice system*. The Haworth Press. 227-247.
- Sung, H., Mellow, J., Mahoney, A. (2010). Jail inmates with co-occurring mental health and substance use problems: Correlates and service needs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49. 126-145.
- Thanki, D., Vicente, J. (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. EMCDDA.
- UNODC (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prisons*.
- Walmsley, R. (2013). *World prison population list*. International Centre for Prison Studies.
- Welsh, W. (2007) A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*. 34; pp 1481-1498.

- Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for amity in-prison therapeutic community and aftercare in california. *The prison Journal*, 79, 321 – 336.
- Vězeňská služba ČR (2011). *Statistická ročenka Vězeňské služby ČR 2010*. Praha: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR.
- Vězeňská služba ČR (2013). *Statistická ročenka Vězeňské služby ČR 2012*. Praha: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR.
- Vězeňská služba ČR (2015). *Statistická ročenka Vězeňské služby ČR 2014*. Praha: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR.
- WHO (1993). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*.
- WHO (2003). *Declaration. Prison health as a part of public health*, Moscow, 24th October 2003. London, WHO Health in Prisons Project.
- WHO (2005). *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády ČR.
- WHO Regional Office for Europe (2010). *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*.
- Zurhold, H., Stover, H., Haasen, Ch. (2004). *Female drug users in european prisons – best practice for relapse prevention and reintegration*. Centre for Interdisciplinary Addiction Research.
- Zurhold, H., Stover, H. (2013) *Inventory of harm reduction measures in European prisons*. EU, Drug Prevention and Information Programme.