

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky



Diplomová práce

Substituční programy ve výkonu trestu odnětí svobody

Autor: Michaela Talířová

Vedoucí práce: PhDr. Jana Mottlová, PhD.

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Souhlasím, aby tato práce byla využita ke studijním účelům.

V Českém Krumlově

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Janě Mottlové, PhD. za cenné rady, podněty a připomínky při vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla vyjádřit všem, kteří mi poskytli mnoho významných informací, zkušeností a poznatků. Zejména děkuji paní PhDr. Jitce Polívkové, speciální pedagožce VV Praha-Pankrác a panu Ing. et Mgr. Zdeňku Kilianovi z Věznice Příbram. Také děkuji všem respondentům za ochotu a čas, který mi věnovali. V neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost a podporu.

NÁZEV:

Substituční programy ve výkonu trestu odnětí svobody

ANOTACE:

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku substitučních programů ve výkonu trestu odnětí svobody poskytovaných uživatelům drog. Snaží se přiblížit situaci uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody. Jejím hlavním cílem je charakteristika substitučních programů a to v rovině obecných informací, dále pak z hlediska jejich vývoje a zákona, zejména pak ale z pohledu samotných poskytovatelů. Usiluje o získání informací od poskytovatele substituční léčby ve vězeňství a snaží se tak těžit z údajů, které by vypovídali o kvalitě léčby. Plněním stanovených cílů se diplomová práce pokouší přispět do problematiky substitučních programů, jejichž cílovou skupinou jsou uživatelé drog ve výkonu trestu odnětí svobody.

KLÍČOVÁ SLOVA: substituční léčba – výkon trestu odnětí svobody – uživatelé drog

TITLE:

Substitution programs during execution of confinement

ANNOTATION:

Diploma thesis focuses on the issue of substitution programs serving his sentence of imprisonment provided to drug users. Seeks to bring the situation of drug users in Imprisonment. The main aim of the thesis is to characterize the substitution programs in terms of general information, in terms of their development and law, particularly in terms of providers and users themselves. Seeks to obtain information from providers of substitution treatment in prison and trying to benefit from data that would be representative of the quality of treatment. Accomplishing its goals, the thesis attempts to contribute to the problem of substitution programs, the target group of drug users in the exercise of custodial sentences.

KEY WORDS: substitution treatment - punishment of imprisonment - drug users

OBSAH:

Úvod	8
<u>1.PROBLEMATIKA DROG</u>	9
1.1 Drogy a trestná činnost	10
1.2 Drogová problematika ve vězeňství	15
<u>2. DROGOVÉ SLUŽBY VE VĚZENÍ</u>	20
2.1 Drogová závislost	22
2.1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize	24
2.2 Teoretické přístupy léčby drogových závislostí	25
2.3 Programy pro uživatele nelegálních drog ve věznicích	27
2.4 Nestátní organizace v systému péče	29
2.5 Vězeňská služba České republiky	30
<u>3. SUBSTITUČNÍ LÉČBA</u>	32
3.1 Počátky substituční léčby v ČR	35
3.2 Substituční léčba ve věznicích	36
3.3 Typy substituční léčby	37
3.4 Substituční látky	39
3.4.1 Metadon	39
3.4.2 Subutex (buprenorfin)	41
3.4.3 Suboxon	45
<u>4. METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA</u>	46
4.1 Volba výzkumné metody a nástroje šetření	46
4.2 Cíl šetření	48
4.3 Charakteristika cílového souboru – respondentů	48
4.4 Metody zpracování dat	49
<u>5. PRŮBĚH ŠETŘENÍ</u>	50

<u>6. ANALÝZA A INTERPRETACE ŠETŘENÍ (VÝZKUMU)</u>	51
6.1 Shrnutí výzkumu	58
<u>7. VAZEBNÍ VĚZNICE PRAHA-PANKRÁC</u>	64
<u>8. VĚZNICE PŘÍBRAM</u>	71
<u>9. ZÁVĚR</u>	74
<u>10. POUŽITÁ LITERATURA</u>	76
<u>11. PŘÍLOHY</u>	81

Úvod

V dnešní společnosti se neustále setkáváme s informacemi, které poukazují na problematiku užívání drog a samotné uživatele nelegálních drog. Systém péče pro uživatele drog se snaží pokrýt poptávku uživatelů po možné léčbě a tak dochází k sice pomalému, ale postupnému zlepšování situace v této oblasti. V České republice je vytvořen velký počet jednotlivých složek systému péče o drogově závislé, který se podílí na společném cíli, kterým je vytvořit pro uživatele nelegálních drog vhodné podmínky, které by snižovaly rizika spojená s užíváním drog, motivovaly a vedly k abstinenci drogově závislých.

Jednou ze složek systému péče o drogově závislé je i substituční léčba, která je od roku 2006 součástí programu pro uvězněné uživatele nelegálních drog ve dvou věznicích České republiky. Zařazení poskytování této služby do vězeňského prostředí je signálem pro spoustu vězňů, kteří se již dříve pokoušeli o abstinenci, ale vnější podmínky jim bránili docílit tohoto stavu. Ve výkonu trestu odnětí svobody vstupují do léčby dobrovolně, ale jsou i tací, kteří mají léčbu nařízenou.

V jednotlivých kapitolách diplomové práce se věnuji problematice drog, vězeňství a substituční léčbě v rovině obecných informací, kdy vymezuji léčbu drogově závislých, zabývám se jejím historickým vývojem a legislativními normami, kterým podléhá.

V rámci dotazníkového šetření, kdy jsem se snažila získat informace od poskytovatele substituční léčby ve vězení, jsem došla k některým zajímavým zjištěním, která jsem se pokusila shrnout ve výzkumu své diplomové práce.

Při zpracování své práce jsem vycházela z uvedené literatury a informací, které jsem získala od PhDr. Jitky Polívkové, která se podílela na zpracování pilotního projektu substituční léčby, poskytovaného Vězeňskou službou České republiky a informací od Ing. et Mgr. Zdeňka Kiliana.

1. Problematika drog

V novodobé historii šíření a zneužívání drog se rozlišují tři období, která mají svá specifika. V prvním období (asi do roku 1960) byly drogy považovány za odborný problém, kterým se zabývala úzká skupina specialistů. Druhé období probíhalo v následujících 30 letech, tedy mezi roky 1960 – 1990, kdy užívání drog začalo být problémem společenským se zdravotními i sociálními důsledky. Od roku 1990 začalo třetí období, ve kterém je užívání drog stalo globálním problémem. Zneužívání omamných a psychotropních látek dosáhlo v 90. letech nevídaných rozměrů a proniklo do všech koutů společnosti. Drogy ničí nejen jednotlivce, ale také jejich rodiny a společnost. V souvislosti se zneužíváním drog dochází k nárůstu zločinnosti, dopravní a pracovní nehodovosti, zhoršuje se duševní a fyzické zdraví populace. Globální problém je charakteristický tím, že ovlivňuje všechny země světa, každá země v něm má svou úlohu (země producentské, tranzitní a spotřební) a nikdo nezůstává stranou. Globální problém je třeba řešit mezioborovou, meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spoluprací.

Globalizace drogového problému souvisí zejména s vytvořením světového nezákonného trhu s drogami, přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog, ke kterým řadíme i šíření závažných infekčních nemocí a kriminalizaci uživatelské populace. Sociální akceptace zneužívání nezákonných drog je nižší než u legálních návykových látek (alkohol, tabák). Přesto světový trh s drogami přináší spoustu nebezpečí. (Kalina 2003)

Zaměříme-li se na uživatele nelegálních drog v posledních letech, má tento jev zrychlující tendenci růstu. Zvyšuje se počet závislých osob, ale i osob experimentujících s drogami. Vzrostl počet nejen konzumentů drog, ale i osob aplikujících drogu intravenózně. Snižuje se věková hranice osob experimentujících s drogami a zvyšuje se počet osob, které od experimentování přecházejí k pravidelnému užívání.

Drogy jsou sociálně patologickým jevem a rozšiřování počtu konzumentů mezi občany České republiky je v současné době největším sociálním problémem, kterým se zabývají i nejvyšší státní orgány. (Marešová, Sochůrek, Válková, 2000)

1.1 Drogy a trestná činnost

Je nezbytné se zmínit o úloze drog v oblasti trestné činnosti. Tato problematika se často zužuje na trestné činy, ve kterých je podstatou trestného činu právě droga. Avšak větší skupina trestných činů je ta, která je s drogami nějak spojena, např. nezákonné opatření si prostředků na nákup drogy. Podstatná část distribuce drog v České republice je ovládána organizovaným zločinem.

Trestnou činnost v oblasti drog proto nejčastěji rozdělujeme podle úlohy drogy při spáchaném trestném činu.

- 1. Trestná činnost výrobců a distributorů drog**, kdy nejrizikovější je dealerství, na kterém se podílejí osoby, které stojí mimo organizované formy zločinu.
- 2. Trestná činnost páchaná pod vlivem drogy**. V tomto případě je pachatel pod přímým vlivem drogy, která bezprostředně působí na jeho chování a vnímání. Je těžké spočítat, kolik trestných činů pod vlivem drogy se během roku přihodí, neboť často není souvislost mezi drogou a trestnou činností zjištěna.
- 3. Trestná činnost spáchaná za účelem získání drogy** (nebo prostředků na její nákup). Některé prameny uvádějí, že až 75% trestných činů spáchaných uživateli drog měli motivaci opatřit si nebo získat prostředky na nákup drogy sociálně rizikovým chováním nebo nelegálním způsobem. Uživatele drog nejčastěji páchají majetkovou trestnou činností, vloupání, podvody, ale také násilnou trestnou činností. Na svou dávku drogy si často vydělávají také prodejem a distribucí drog dalším nebo prostitutivním chováním.
- 4. Trestná činnost páchaná na samostatných uživatelích drog**, kdy jsou často uživatelé vydíraní, ať je to nucení k jiné trestné činnosti dealerství drog nebo prostituci.
- 5. Trestná činnost páchaná jako důsledek zneužívání drog**. Do této kategorie řadíme projevy abstinčního syndromu. Trestnou činností bývají násilné trestné činy, které vyplývají z podrážděnosti a agresivity uživatele drog v abstinčním syndromu.

Nebo jednoduše také na drogovou kriminalitu *primární, sekundární a terciární*. Z předchozího dělení můžeme do primární drogové kriminality zařadit bod s číslem 1 a 2. Do sekundární kriminality uživatelů drog řadíme trestnou činnost popsanou v bodě číslo 3. Terciární drogovou kriminalitou je trestná činnost páchaná na samostatných uživatelích drog (bod 4).

Dne 1. ledna 2010 nabyl účinnosti **zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník**, ve znění zákona č. 306/2009 Sb., a navazující předpisy, který upravuje i problematiku nedovoleného nakládání s omamnými a psychotropními látkami (drogami) - jejich výrobu, přechovávání, pěstování rostlin atd.

V Hlavě VII (Trestné činy obecně nebezpečné), Dílu 1 (Trestné činy obecně ohrožující) trestního zákoníku jsou v ustanoveních paragrafů 283–288 uvedeny trestné činy, které přímo souvisí s nedovoleným nakládáním s omamnými a psychotropními látkami - OPL.

- **§ 283** – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy
- **§ 284** – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
- **§ 285** – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku
- **§ 286** – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
- **§ 287** – Šíření toxikomanie
- **§ 288** – Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem.

Ustanovení uvedená v § 283–288 nového trestního zákoníku nahradila dříve platná ustanovení uvedená v § 187–188a zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon (platném do 31. 12. 2009); paragrafy 285 a 288 jsou zcela nové.

Podle „starého“ trestního zákona (TZ) byl trestným činem pro společnost nebezpečný čin, jehož znaky byly uvedeny v TZ, přičemž čin, jehož stupeň nebezpečnosti pro společnost je nepatrný, nebyl trestným činem, i když jinak vykazoval znaky trestného činu (§ 3 odst. 1, 2 TZ). Toto materiální pojetí trestného činu je v novém trestním zákoníku nahrazeno pojetím formálním, kdy je podle nového trestního

zákoníku trestným činem protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně, bez ohledu na společenskou nebezpečnost daného činu.

Z toho vyplývá, že např. trestným činem přechovávání OPL a jedu dle § 284 trestního zákoníku bude každé jednání trestně odpovědného pachatele, který bude neoprávněně pro vlastní potřebu přechovávat některou z okruhu návykových látek, a to nejméně v množství stanoveném v nařízení vlády.

§ 283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy přebírá obsah skutkové podstaty podle ustanovení § 187 TZ. Upravuje způsoby nedovolaného nakládání s OPL (např. výrobu, prodej, přechovávání OPL pro jiného atd.). Ke zpřísnění dochází hlavně ve vztahu k pachatelům, kteří se tohoto trestného činu dopustí opakovaně (byli za toto jednání postiženi v posledních třech letech). V tomto případě bude pachateli hrozit trest odnětí svobody v trvání 2 až 10 let (dle předchozí právní úpravy by pachateli hrozil trest odnětí svobody v trvání 1 až 5 let).

§ 284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, který realizuje požadavek praxe odlišit přechovávání jednotlivých typů nelegálních OPL s přihlédnutím k jejich zdravotním a společenským rizikům. Nižší trestní sazbou jsou ohroženi uživatelé OPL, kteří přechovávají pro vlastní potřebu v množství větším než malém konopné drogy. V tomto případě hrozí pachateli trest odnětí svobody až na 1 rok, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty. Pachatelům, kteří budou přechovávat pro vlastní potřebu v množství větším než malém jakoukoliv jinou OPL než konopné drogy, bude hrozit trest odnětí svobody až na 2 roky, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty.

§ 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku znamená oproti původnímu trestnímu zákoníku zásadní změnu. Pěstování pro vlastní potřebu je tzv. privilegovanou skutkovou podstatou ve vztahu k ustanovení § 283 trestního zákoníku, které postihuje mj. výrobu OPL. Ustanovení § 285 rozlišuje mezi pěstováním konopí a pěstováním hub nebo jiných rostlin obsahujících OPL. Pěstování malého množství konopí, hub nebo jiných rostlin pro vlastní potřebu nebude podléhat trestněprávní regulaci a bude postihováno podle zákona o přestupcích.

Pěstování konopí v množství větším než malém bude postihováno dle ustanovení § 285, odst. 1 trestem odnětí svobody až na 6 měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty. Pěstování hub nebo jiných rostlin pro vlastní potřebu v množství větším než malém podléhá trestu odnětí svobody až na 1 rok, peněžitému trestu nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty. Pěstování ve větším rozsahu nebo značném rozsahu již obdobně, jako je to u držení OPL pro vlastní potřebu, nerozlišuje mezi konopím, houbami a jinou rostlinou a stanoví trest odnětí svobody v délce až do 3 let nebo peněžitý trest u pěstování ve větším rozsahu a trest odnětí svobody 6 měsíců až 5 let u pěstování ve značném rozsahu. Sušení a další příprava ale zůstává trestným činem podle § 283 trestního zákoníku.

§ 286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu, nahrazuje stávající ustanovení § 188 TZ, důležitou změnou je rozšíření trestní sazby z původního trestu odnětí svobody v trvání 1– 5 let na trest odnětí svobody v trvání až 5 let. Dochází tedy ke snížení spodní hranice trestní sazby.

§ 287 – Šíření toxikomanie, nahrazující stávající ustanovení § 188a TZ, upřesňuje okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby, a to ohledně pachatele – člena organizované skupiny.

§ 288 obsahuje **nový trestný čin neoprávněného nakládání s látkami s anabolickými nebo hormonálními účinky a neoprávněného používání metod s dopingovými účinky**, jehož základní trestní sazba začíná na odnětí svobody až na jeden rok a končí v kvalifikované skutkové podstatě na trestu odnětí svobody na pět let až dvanáct let.

§ 289 - Společné ustanovení je mimo jiné dáno zákonně zmocněním stanovitém nařízením vlády, jaké je množství větší než malé u OPL pro potřeby ustanovení § 283, 284 a 285 trestního zákoníku a které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku podle § 285 a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu § 285. Toto zmocňující ustanovení bylo do trestního zákoníku zařazeno zejména s ohledem na obtíže aplikační praxe a rozdílný výklad pojmu množství větší než dle předchozí právní úpravy na úrovni policie, státních zastupitelství, soudů.

Nariadení vlády

Nariadení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší, než malé ve smyslu trestního zákoníku bylo publikováno ve Sbírce zákonů pod č. **455/2009 Sb.**

Nariadení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů, bylo publikováno ve Sbírce zákonů pod č. **467/2009 Sb.**

Přestupkový zákon

Přechovávání OPL v malém množství nebo pěstování rostlin nebo hub obsahujících omamnou nebo psychotropní látku je považováno za přestupek podle **zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích ve znění účinném od 1. 1. 2010.**

Podle zákona o přestupcích se přestupku dopouští ten, kdo „neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku“. Přechovávání takové látky v množství větším než malém je kvalifikováno jako výše popsaný trestný čin dle ustanovení § 284 trestního zákoníku.

Přestupku se dopouští také ten, kdo „neoprávněně pěstuje pro vlastní potřebu v malém množství rostlinu nebo houbu obsahující omamnou nebo psychotropní látku“. Pěstování takových rostlin nebo hub v množství větším než malém je kvalifikováno jako trestný čin dle ustanovení § 285 trestního zákona.

Za oba uvedené přestupky hrozí pachateli přestupku pokuta až do 15 000 Kč, lze uložit i sankci napomenutí a propadnutí věci (tedy i omamné a psychotropní látky - drogy). (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010)

1.2 Drogová problematika ve vězeňství

Otázku, zda užívání drog vede ke kriminalitě, nebo naopak, zatím nikdo nebyl schopný uspokojivě zodpovědět. Mezi těmito dvěma způsoby chování je však velmi těsné spojení. V České republice nejsou zatím k dispozici spolehlivé údaje o podílu uživatelů drog ve vězeňské populaci. V roce 2004 bylo v pražských věznicích, při testování osob vstupujících do výkonu trestu, pozitivních 24 % testů. Podle některých odhadů (Miovský, Sochůrek a Gajdošíková, 2003) se podíl osob užívajících ve vězení opakovaně nelegální drogy pohybuje mezi 20 a 30 %.

Uvěznění jedince dlouhodobě užívajícího drogy znamená většinou výrazný životní zlom jak pro něj, tak pro jeho nejbližší okolí. Zdálo by se tedy, že abstinence po výstupu z vězení je společným cílem jak jednotlivce, tak jeho okolí, zkrátka ideální pozice pro úspěšné zvládnutí drogového problému. Existuje ovšem celá řada překážek, které se tomuto cíli staví do cesty. (Zaostřeno na drogy 4/2006)

Současná opatření pro snižování poptávky po drogách uplatňovaná v EU souvisí s náhodným testováním odsouzených na přítomnost drog v moči, prohledáváním cel, důslednou prohlídkou vstupujících osob apod. Vznikají specifická oddělení v rámci věznic, která jsou zaměřena na prevenci a léčbu. Věznice využívají vlastních odborných zdrojů, ale také spolupracují s externími odborníky a organizacemi. Dle výroční zprávy EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu) z roku 2002 téměř 30% uvězněných užívá s určitou pravidelností návykové látky.

Nabídka služeb pro uživatele drog ve VV a VTOS se neustále rozrůstá, avšak není dostačující a neodpovídá poptávce.

V dnešní Evropě hrají externí odborníci a jimi zajišťované služby velkou roli. Jak uvádí Škvařilová a Richter (Vězeňství a nelegální drogy, 2003), rozsah a úroveň služeb v EU se velmi různí. Dobrou praxi v této oblasti má Skotsko, Španělsko a Anglie.

Externě zajišťovanými službami je zejména primární prevence, vzdělávání, motivační programy a příprava na propuštění s následnou péčí. Nestátní neziskové organizace jsou např. v Belgii a Řecku hlavními poskytovateli služeb pro uživatele drog ve věznicích.

V některých zemích a věznicích byly zavedeny programy na výměnu injekčního náčiní, protože se potýkali s nárůstem výskytu HIV a hepatitidy typu C. Mezi tyto země patří Německo, Švýcarsko, Španělsko, Moldávie, Bělorusko.

V řadě věznic v EU je zpřístupněna i substituční léčba, jejíž první program byl zahájen v Barceloně roku 1992, v ČR roku 2006.

Devět zemí EU má ve svých věznicích strukturované abstinčně orientované programy (Škvařilová, Richter in Vězeňství a nelegální drogy 2003, str. 83).

V deseti zemích EU jsou ve věznicích zřizovány bezdrogové zóny, které jsou v různých zemích i věznicích pojímány rozdílně. Některé mají funkci primárně preventivní, jinde jsou léčebně specializovaným zařízením.

Podobná situace je i v ČR, kde od roku 2006 má každá věznice povinnost zřídit bezdrogovou zónu. (dle GR VSČR).

Služby prevence, léčby a následné péče pro uživatele drog se v ČR rozvíjely od roku 1990. Koncem 90. let existoval poměrně ucelený systém preventivních programů, služeb harm reduction a léčby. Dostatečně nebyla pokryta oblast služeb pro uživatele drog ve vězení a právního poradenství pro uživatele drog.

Pracovníci nízkoprahových a léčebných programů začali klienty ve věznicích navštěvovat v rámci řádných návštěv a udržovali s nimi písemný kontakt. Začala se rozvíjet komunikace s vedením jednotlivých věznic a začaly vznikat první projekty zaměřené výhradně na práci s klienty ve vězení. (Zaostřeno na drogy 4/2006)

Drogové závislosti přinášejí do věznic sociálně patologické jevy, které probíhají převážně skrytě a mohou se tak neočekávaně projevit. Z tohoto důvodu je třeba přijímat a realizovat důsledná opatření, která mají zabránit průniku omamných látek do věznic, rozvinout systém prevence a v neposlední řadě řešit a léčit drogovou závislost vězňů.

Drogy nejsou ve věznicích výjimečným jevem, neboť složení osob odpykávajících si trest se neustále mění. Dříve tvořili vězni užívající návykové látky pouze malou část, nyní však tvoří silnou skupinu, která ovlivňuje každodenní vězeňský život. To má bezpochyby za následek také vytvoření silného černého trhu, jehož průvodním jevem je samozřejmě rostoucí kriminalita mezi vězni. Bohužel jen malé množství trestných činů za zdi věznic je objasněno a následně potrestáno.

První vládní koncepce a program protidrogové politiky byl vytvořen na léta 1993 – 1997, druhá na léta 1998 – 2000. V roce 2001 byl poprvé zpracován klíčový dokument protidrogové politiky, který nebyl koncepcí, ale strategickým plánem na čtyřleté období pod názvem Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004. Strategie harm reduction se v tomto období konečně stala vedle prevence, léčby a prosazování práva jedním ze čtyř základních pilířů vládní politiky, podobně jako tomu bylo i v jiných zemích EU. Pro další období, roky 2005- 2009, vznikla Národní strategie a akční plány. Pro rok 2010 a dále se teprve Národní strategie protidrogové politiky připravuje.

Nejlepší strategií, která však směřuje k řešení problémů zneužívání ilegálních drog, je komplexní a vyvážený přístup, který vychází ze široké, celospolečenské, meziresortní a mezisektorové spolupráce.

Legislativní rámec služeb pro uživatele drog

Legislativně je léčba závislostí zarámována celým souborem zákonů a podzákonných předpisů rezortu zdravotnictví.

V jeho středu stojí stále platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu vzniklý v období socialismu, který přetrval do r. 1990 beze změny a poté byl mnohokrát novelizován; jeho nahrazení novým zákonem o zdravotní péči neprošlo úspěšně legislativním procesem. Součástí zdravotnického práva je celá řada dalších předpisů definujících mimo jiné oblasti zdravotního pojištění, zdravotnických profesí, nestátních zdravotnických zařízení, kontrolu infekčních onemocnění a ochranu veřejného zdraví atd.

Pro oblast léčby uživatelů drog je nejvýznamnější zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zákon kodifikuje základní zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií od 90. let minulého století. Pro účely zákona se pojem „protidrogová politika“ vztahuje nejen na nelegální drogy, ale i na tabákové výrobky a alkohol.

Zákon poprvé za existence ČR definoval typy služeb určené uživatelům drog v § 20 následovně:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčního syndromu,
- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6–15 měsíců,
- programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování

látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

V r. 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách připravovaný od počátku 90. let, který stanovuje zejména typy sociálních služeb, systém jejich financování, zajištění jejich dostupnosti a kvality. Sociální služby jsou definovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na (1) služby sociální péče, (2) služby sociální prevence a (3) sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech typů sociálních služeb. Uživatelé drog jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence a pro oblast léčby a péče o uživatele drog jsou relevantní zejména následující typy sociálních služeb:

- terénní programy,
- kontaktní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- sociální poradenství a telefonická krizová pomoc,
- sociální rehabilitace,
- terapeutické komunity,
- služby následné péče a chráněné bydlení,
- domovy se speciálním režimem (zahrnující zejména pobytovou péči pro starší klienty závislé na alkoholu).

Z výše uvedených výčtů zákonem definovaných typů služeb je patrný překryv mezi zdravotnickým a sociálním zakotvením služeb pro uživatele drog a z něj vyplývající konflikt, který se často projevuje v praxi poskytování těchto služeb.

2. Drogové služby ve vězení

Každý odsouzený má dle zákona právo na zdravotní péči ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako jiní občané, určitá omezení však vyplývají z účelu výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody. Nelze tedy říci, že by měli uživatelé drog ve vězení stejné možnosti léčby a prevence jako na svobodě.

Z tohoto důvodu realizuje Vězeňská služba České republiky několik základních typů protidrogových opatření a programů. Ve věznicích působí **poradny drogové prevence**, jsou k dispozici **bezdrogové zóny** a je poskytována **léčba** uživatelům drog (včetně detoxifikace a substituční léčby); jejich činnost zajišťuje Vězeňská služba ČR.

Oblast služeb pro uživatele drog ve vězení (a právního poradenství pro uživatele drog) poskytovaná nestátními neziskovými organizacemi se v ČR začala rozvíjet později, než ostatní služby poskytované těmito organizacemi. První přímé kontakty NNO ve vězení a sociálně-právní podpora klientů v konfliktu se zákonem jsou datovány rokem 1997.

Péči o vězněné uživatele drog zajišťovanou Vězeňskou službou České republiky doplňují služby poskytované nestátními neziskovými organizacemi (NNO) sdruženými v sekci Drogové služby ve vězení A. N. O. - Asociace nestátních organizací. Služby NNO byly v r. 2006 poskytovány celkem ve 14 věznicích - Brno, Kuřim, Břeclav, Olomouc, Mírov, Pardubice, Jiřice, Plzeň, Hradec Králové, Praha-Ruzyně, Praha-Pankrác, Odolov, Světlá nad Sázavou a Valdice. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2006)

Mezi ně patří například **detoxifikace**, která je prováděna ve věznických nemocnicích, dále jsou ve všech vazebních věznicích a věznicích podle nařízení GR VS ČR č. 49/2001 a 33/2001 zřizovány **bezdrogové zóny a specializovaná oddělení**. Mezi další programy realizované ve vězení patří **specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu, oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické a protialkoholní léčby, protidrogové poradny, poradny drogové prevence** a v neposlední řadě **substituční léčba**.

- **Poradny drogové prevence**

Poradny drogové prevence jsou zřízeny ve všech věznicích a poskytují uživatelům drog odborné poradenství a další druhy péče s cílem minimalizovat

zdravotní a sociální rizika vyplývající z užívání drog a motivovat uživatele drog k léčbě během VTOS.

- **Detoxifikace**

Detoxifikace je prováděna buď ambulantní formou většinou za pomoci psychofarmak ve zdravotnickém středisku příslušné věznice, kdy detoxifikované osoby zůstávají na své cele, nebo (v závažnějších případech a na základě rozhodnutí lékaře) jsou umístěny na specializovaných odděleních. K případné farmakoterapii při detoxifikaci se používají zejména opioidy (např. buprenorfin), benzodiazepiny či neuroleptika (zejména při psychotické symptomatologii). Doba detoxifikace se pohybuje v rozmezí 5–10 dní.

- **Bezdrogové zóny**

Ve věznicích jsou zřízeny bezdrogové zóny (BZ), jejichž cílem je omezit kontakt odsouzených osob s drogami, vést je k abstinenci a zdravému životnímu stylu v průběhu VTOS a po jeho skončení. Do BZ jsou odsouzení přijímáni na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře nebo na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice. Důvodem pro vyřazení odsouzeného z BZ je porušení stanovených pravidel a kontrolních opatření; dodržování pravidel naopak přináší odsouzeným výhody. Jednotlivé BZ jsou strukturovány podle pohlaví, věku a druhu drogového problému u jednotlivých vězňů.

V bezdrogových zónách pracují zpravidla vychovatelé, speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník, terapeuti, lékař. V některých věznicích je tento personál určen výhradně pro práci v bezdrogové zóně, v jiných zajišťují tuto práci zaměstnanci, kteří pracují v rámci celé věznice.

- **Specializovaná léčebná oddělení**

Ve věznicích jsou provozovány 2 typy specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog. Prvním typem jsou oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek, kde se uskutečňuje dobrovolná léčba, a osoby jsou do ní zařazovány na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice.

Druhý typ specializovaných oddělení slouží k výkonu soudem nařízeného ochranného léčení v ústavní formě. Využívá se zde režimových aktivit, jejichž základem je skupinová terapie s prvky terapeutické komunity; léčebný program je vypracován na 6–12 měsíců, ale délka pobytu se posuzuje individuálně. (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

- **Substituční léčba**

2.1 Drogová závislost

Pokud zde hovoříme o systému léčby uživatelů drog, je třeba se také zmínit, alespoň okrajově, co je to drogová závislost, jak se projevuje a jak je klasifikována z pohledu odborníků.

Drogová závislost podle definice WHO z roku 1969 je psychický a někdy i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými (dalšími) reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu, a to stále nebo pravidelně pro její psychologické účinky a někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajícím z její nepřítomnosti.

Drogová závislost je tudíž duševní i tělesný stav periodické nebo chronické intoxikace organismu, který škodí nejen jedinci, ale také společnosti. Tento stav vyvolává užívání drog přírodních i syntetických.

Závislost lze sledovat v různých úrovních, na kterých je možno závislost popisovat. Například úroveň osobní, rodinná, skupinová, místní, celostátní atd. Tyto úrovně poskytují různé pohledy a nabízejí různé možnosti uvažování o tématu závislosti.

Závislost popisujeme vždy jako závažné onemocnění se ztrátou sebekontroly a s neschopností sám s návykem přestat.

Diagnostikovat drogovou závislost není obtížné, pokud jsou zneužívané látky aplikovány intravenózně (známky vpichů, zjizvenatá zahojení abscesů...). Naopak určení diagnózy u osob, které zneužívají drogy perorálně, čichají atd., je velmi těžké.

Drogová závislost má své znaky, které se projevují u všech uživatelů. Mezi tyto znaky řadíme neodolatelnou touhu po přijímání a opatřování drogy, tendenci

k zvyšování dávky, psychickou i somatickou závislost na účinku drogy a škodlivost pro jedince i společnost.

Je třeba od klienta získat informace, které se týkají jeho osobní anamnézy, ale také anamnézy okolí. Dále zjišťujeme klinické projevy zneužívání (projevy odvykacích příznaků, komplikace, intoxikace, psychózy), ale také stanovíme zneužívané látky. (Skála, 1987)

2.1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

Podle MKN-10 patří závislost na opioidech do kategorie F 11: Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním opioidů. Diagnózami pro zvážení indikace substituční léčby jsou:

F11.2 syndrom závislosti

Seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) potíže se sebeovládáním při užívání látky
- c) tělesný odvykací stav
- d) růst tolerance k účinku látky
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek.

Kódování závislostí:

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech a hypnoticích

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantcích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

(Nešpor 2007)

2.2 Teoretické přístupy léčby drogových závislostí

Nejdůležitější přístupy, které se uplatňují v teoretických výkladech drogové závislosti a při práci s drogově závislými, jsou následující teoretické přístupy léčby závislostí:

1. Bio-psycho-socio-spirituální model

Tento model se opírá o koncept zdraví, který je prosazovaný WHO a je definován jako stav tělesné, duševní a sociální pohody. Model vznikl rozšířením biomedicínského přístupu, podle kterého je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu. Ukázalo se však, že užívání návykových látek a závislost na nich je mnohem komplexnějším jevem. Proto byl biomedicínský model rozšířen o rozměr mezilidských vztahů, psychických funkcí, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nakonec se stal součástí tohoto modelu i předpoklad spirituální.

2. Sociální a sociálně pedagogický model

V modelu sociálním a sociálně pedagogickém se zohledňují vnější faktory, jako nepříznivé sociální prostředí, ztráta sociálních dovedností, nevhodná výchova, problémy při integraci do komunity. Uplatňují se metody resocializace, reedukace, asistence, sociální poradenství, nácvik sociální komunikace a pracovních dovedností. (Kalina 2003)

3. Harm Reduction (HR)

Harm Reduction označuje přístupy, které spočívají ve snižování nebo minimalizaci poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k abstinenci. HR má snahu minimalizovat, omezit nebo zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které jsou šířeny sdílením injekčního náčiní a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko předávkování, riziko sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy užívané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací, kontaktní poradenství a edukace o rizicích. (Kalina, 2001)

4. Ochrana veřejného zdraví – Public Health (PH)

Na ochranu a podporu zdraví společnosti je zaměřen přístup Public Health, který vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Sleduje ochranu populace jako celku, proto se soustřeďuje především na prevenci šíření HIV / AIDS a hepatitid B a C, ale také na problematiku sdílení jehel a stříkaček a rizikový pohlavní styk. (Kalina, 2003)

5. Legislativní model

S klienty užívajícími návykové látky lze pracovat ve všech fázích trestního řízení a je tak možno zachovat průběh drogové služby.

Fáze z trestně právního hlediska:

- Fáze předrozsudková – klient je trestně stíhán na svobodě a je tudíž možné předcházet institucionalizaci klientů ve věznicích časnou intervencí, neboť institucionalizace by mohla zvyšovat trestní a drogovou recidivu.
- Fáze předrozsudková – klient je stíhán vazebně, často je jeho motivace pouze účelová
- Fáze porozsudková- klient je ve výkonu trestu svobody: Aktivity (věznic i NNO) směřují k adaptaci na pobyt ve VTOS, k motivaci k abstinenci, ke změně životního stylu a k přípravě na výstup z VTOS.
- Fáze postpenitenciární a návazná péče po výstupu z VV a VTOS, kdy se klade důraz na začlenění klientů do společnosti a udržení pozitivních změn, které nastaly v podmínkách vězení, na prevenci relapsu drogového i trestního. (ŠÍP, J. 2007)

2.3 Programy pro uživatele nelegálních drog ve věznicích

Rozeznáváme čtyři skupiny vězňů, kteří se od sebe odlišují z hlediska léčebného, terapeutického a výchovně-vzdělávacího:

- a) Vězni, kteří před uvězněním neměli s drogou žádnou zkušenost a nechtějí ji získat ani během věznění.
- b) Vězni, kteří před uvězněním neměli žádnou drogovou zkušenost, ale je velká pravděpodobnost, že z důvodu negativních důsledků uvěznění drogu užijí.
- c) Vězni, kteří dříve drogy užívali, ale po uvěznění jsou motivováni s užíváním přestat.
- d) Vězni, kteří dříve drogy zneužívali a ani po uvěznění si neplánují a nechtějí s užíváním nelegálních drog přestat.

S vězni, kteří před uvězněním neměli žádnou zkušenost s drogami, je třeba pracovat na jiné úrovni než s uživateli drog. V některých případech jsou tito odsouzení umístováni do bezdrogových zón, aby k nim uživatelé drog neměli přístup a byli před nimi ochráněni. Dále je jim nabízen komplex vzdělávacích, volnočasových, zájmových a dalších aktivit spojených i s výhodami v rámci zacházení. Samozřejmě je zacházení doplněné primární prevencí.

Systém zacházení s vězni, kteří drogy užívali, ale jsou motivováni s užíváním přestat, by měl být již léčebně-terapeutický. Je však nutné dodat, že v této skupině jsou zařazeni nejen lidé, kteří jsou k abstinenci motivováni dobrovolně, ale také ti, kteří mají léčbu nařízenou soudně. A právě uživatelé drog se soudně nařízenou léčbou se ve věznicích snaží, aby léčbu absolvovali ve výkonu trestu. Tito lidé však často jednají účelově, bez přímé snahy o pokrok v léčbě a tím i abstinenci po výkonu trestu. Zařazení vězně, který má nařízenou ochrannou léčbu, má přednost před zařazením uživatele, který je k abstinenci motivován dobrovolně. Z tohoto důvodu často dochází k situaci, kdy se pro k abstinenci motivované uživatele již nenachází volná kapacita na oddělení.

Čtvrtou skupinou vězňů jsou ti, kteří nechtějí s užíváním drog přestat ani ve výkonu trestu. Řešení takové situace je velmi složité a jsou v tomto případě využívána dvě východiska. Prvním východiskem je oddělení těchto vězňů od ostatních, aby je

nemohli negativně ovlivňovat, druhým naopak ponechání uživatelů drog mezi ostatními a pokoušet se dostupnými zákonnými metodami jejich nežádoucí činnost co nejvíce omezovat.

Vzhledem k výše uvedeným čtyřem skupinám vězňů nelze opomenout fakt, že se do věznic dostávají také dealeři drog, kteří drogy neužívají a neužívali. Tato skupina znamená pro všechny skupiny vězňů výrazné riziko a ohrožení. (Vězeňství a nelegální drogy, 2003)

Programy ve věznicích doplňují systém péče o uživatele drog, který by měl být komplexní a kontinuální. Pobyt ve vězení by neměl pro uživatele drog znamenat nedostupnost služeb. Cílem nabízených služeb je změna životního stylu klientů, kdy abstinence je ideálním cílem. Služby se snaží napomoci ke změně drogového a kriminálního životního stylu a tím zvýšit šance na plynulé zapojení se do společnosti a na trh práce. Vstup do programů je dobrovolný, nejčastěji na základě rozhodnutí klienta či na doporučení odborného pracovníka věznice. Všechny programy nabízejí i poradenství pro osoby blízké (zejména rodiče a partnery).

Jednotlivé projekty se od sebe částečně liší. Převažující cílovou skupinu jsou osoby experimentující s nelegálními návykovými látkami, problémoví uživatelé drog a závislí, kteří se dostali do konfliktu se zákonem. Všechny programy pracují převážně s uživateli nelegálních návykových látek, okrajově jsou přijímáni i závislí na alkoholu a patologičtí hráči. (www.drogy-info.cz)

2.4 Nestátní organizace v systému péče

Specializovaná péče o uživatele návykových drog v České republice má své kořeny již v roce 1948, kdy Jaroslav Skála založil první specializované zdravotnické zařízení pro léčbu alkoholových závislostí v Praze u Apolináře. To se do jisté míry stalo vzorem pro mnoho dalších obdobných zařízení.

V návaznosti na ústavní péči o klienty závislé na alkoholu se začala vytvářet síť ambulantních ordinací AT (alkohol a toxikomanie). S rostoucí prevalencí nealkoholových závislostí se tato zařízení začala orientovat na léčbu uživatelů nealkoholových drog.

V roce 1978 zřídil MUDr. Rubeš v pražském Apolináři první specializované ambulantní zařízení zaměřené pouze na nealkoholové závislosti, tzv. Středisko drogových závislostí, které se později přetransformovalo v první nestátní zdravotnické zařízení stejného zaměření, DROP-IN.

Lze tedy předpokládat, že takto byly položeny základy systému péče o uživatele návykových látek, který spadal pod Ministerstvo zdravotnictví a byl v plné péči státních zdravotnických institucí. (Bém 2003, s. 155-157)

Nestátní sektor se v této oblasti začal rozvíjet až po roce 1989, kdy byl zaznamenán prudký nárůst počtu neziskových organizací obecně.

V České republice se nestátní neziskové organizace (NNO) rozvíjejí od počátku 90. let 20. století podle podobného scénáře jako v zemích Evropské unie. Vývoj služeb se vytváří podle vývoje drogové scény a také podle zakázky státu, tedy podle Národní protidrogové strategie. Vzniká tak síť léčebných zařízení, které nabízejí dlouhodobou, střednědobou i krátkodobou léčbu jak v ambulantní, tak i v rezidentní podobě. NNO daly tak vznik síti K-center, které nabízejí velké množství programů harm reduction. Do všech těchto programů přicházejí i klienti v konfliktu se zákonem, nebo ti, kteří za sebou pobyt ve vězení již mají.

Pro první polovinu 90. let bylo typické postupné rozšiřování péče. Nestátní organizace, které se podílejí na uplatňování protidrogové politiky u nás, jsou organizacemi neziskového charakteru. Druhá polovina 90. let probíhala ve znamení

profilace jednotlivých státních i nestátních organizací zabývajících se léčebnou péčí a sítí léčebné péče jako celku, včetně jejího rozšiřování.

Prvními specializovanými organizacemi byla již zmíněná nadace DROP-IN a občanské sdružení Sananim.

NNO zasahují do všech sfér drogové prevence, které mají za úkol snižovat poptávku po drogách.

Současné spektrum služeb v České republice představuje směs státních, privátních a nestátních neziskových organizací.

2.5 Vězeňská služba České republiky

Dne 1. ledna 1993 nabyl účinnosti **zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážní České republiky**, který zrušil Sbor nápravné výchovy České republiky a dal vzniku Vězeňské službě České republiky, která převzala práva a úkoly bývalého Sboru nápravné výchovy. Můžeme říci, že došlo pouze k přejmenování tohoto správního úřadu.

Vězeňská služba zajišťuje výkon vazby, výkon zabezpečovací detence a výkon trestu odnětí svobody, ochranu pořádku a bezpečnosti při výkonu soudnictví a správě soudů a při činnosti státních zastupitelství a Ministerstva spravedlnosti.

Vězeňská služba je ozbrojeným bezpečnostním sborem, který řídí generální ředitel Vězeňské služby.

Vězeňská služba plní mnoho úkolů, mezi které patří například správa a střežení vazební věznice a věznice, odpovědnost za dodržování zákonem stanovených podmínek výkonu vazby (VV) a výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), správa a střežení ústavů pro výkon zabezpečovací detence, eskorta osob ve VV, ve výkonu zabezpečovací detence a ve VTOS, působení prostřednictvím programů zacházení soustavně na osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a obdobně i na některé skupiny osob ve výkonu vazby s cílem vytvořit předpoklady pro jejich řádný způsob života po propuštění, zajišťování pořádku a bezpečnosti v budovách soudů, státních zastupitelství a ministerstva.

Mimo jiné provádí VS výzkumy v oboru penologie, vytváří podmínky pro pracovní a jinou účelnou činnost osob ve VV, ve výkonu zabezpečovací detence a ve

VTOS, poskytuje zdravotní péči ve svých zdravotnických zařízeních. (Zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážci České republiky)

Vězeňská služba se v českých věznicích snaží a dělá různá opatření, aby se drogy nevyskytovaly za zdmi zařízení a odsouzení k nim neměli přístup. Přesto je známo, že se ve věznicích vyskytují uživatelé návykových látek. Někteří byli pozitivně testováni na přítomnost drog, jiní jsou uživateli drog již z dob před uvězněním, další skupinou je tzv. skrytá populace uživatelů drog, o kterých se ve věznici neví. Podle údajů GŘ VSČR bylo v roce 2000 kolem 25 % uživatelů drog ve vězení.

Počátky spolupráce NNO a Vězeňské služby jsou v 90. letech 20. století. Kdy VS neměla v NNO velkou důvěru, kterou se ale dařilo získávat profesionálním jednáním, profesionalitou a zárukami.

V roce 1997 vznikaly první samostatné projekty v rámci brněnského sdružení Podané ruce a programy působící ve věznicích v rámci kontaktních center – pražské o. s. SANANIM (1998) a královéhradecké Laxus o. s. (2000).

3. Substituční léčba

Substituční léčba je standardním léčebným postupem, který svou charakteristikou patří do postupů harm reduction (minimalizace zdravotních a sociálních rizik). Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinенčně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav (Standard substituční léčby, str. 4).

Substituční léčba závislostí na opiátech je standardní léčbou, kodifikovanou a doporučovanou Světovou zdravotnickou organizací, Radou Evropy a příslušnými orgány Evropské unie.

Z hlediska plnění terapeutických cílů, tj. snížení konzumace nelegálních drog, snížení rizika nákazy a dalšího šíření krevně přenosných nemocí, dlouhodobě stabilizuje, respektive zlepšuje zdravotní stav klientů, a z hlediska snížení recidivy páčání trestné činnosti se jedná o nejefektivnější známou léčbu daného onemocnění.

Substituční léčba je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody, jejichž primárním cílem je abstinence od návykových látek. Substituční léčba je udržovací terapií, která odkládá splnění konečného cíle na dobu, kdy bude klient schopen podstoupit léčbu, která vede k úplné abstinenci. Pro některé klienty je udržovací substituční terapie, která zlepšuje kvalitu života, konečným cílem. Klient, který je tímto způsobem léčen a abstínuje od všech návykových látek, je považovaný za plně abstinujícího.

Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života.

Substituční léčba je jednou z forem lékařské péče pro závislé na opiátech (především na heroinu). Při léčbě se používá látka stejná či podobná té, která byla užívána nelegálně. Léčba se nabízí ve dvou formách. Jednou z forem je forma udržovací, kdy se klientovi poskytuje dostatek látky, aby se snížilo nebezpečí rizikového či škodlivého jednání. Druhou formou je forma detoxifikační, při které se

množství podávané látky postupně snižuje až na nulu. Léčba se poskytuje zároveň s psychosociální podporou, ale také bez ní.

Substituční léčba závislostí na opioidech patří mezi nejprozkoumanější oblasti léčby tohoto typu závislosti.

Nejčastější **cíle substituční léčby** formulované Prestonem jsou:

- skončit s injekční aplikací drog,
- omezit užívání ilegálních drog,
- omezit rizika spojená se získáváním a užíváním drog,
- snížit kriminalitu,
- stabilizovat či omezit užívání drog vůbec,
- přestat s užíváním heroínu a/nebo jiných ilegálních opiátů,
- zlepšit své vztahy s okolím,
- udržet si nebo znovu získat práci,
- zlepšit a udržet si somatický i psychický stav.

Jak bylo již napsáno, substituční léčba snižuje trestnou činnost, riziko přenosu infekčních chorob i počet úmrtí spojených s drogami, zlepšuje fyzický, psychický a sociální stav závislých uživatelů. Posuzuje-li se úspěšnost léčebného programu měřítkem udržení klienta v programu a naplněním cílů, které jsou stanoveny před započítáním léčby, je substituce také léčbou nejúspěšnější ve srovnání s jakýmkoliv jiným způsobem léčby závislých na opiátech (Institut of Medicine, 1990).

Substituční léčba by měla být chápána jako jedna ze složek systému péče a léčby problémového užívání drog.

Substituční léčba problémových uživatelů drog se v současnosti provádí ve všech zemích EU. K prvním pokusům, při nichž se většinou používal metadon, došlo na konci šedesátých let dvacátého století, a to hlavně v severoevropských zemích. Na konci devadesátých let již byla substituční léčba zavedena ve všech členských zemích. O přínosu tohoto typu léčby panuje v EU většinový konsensus, v některých zemích však zůstává citlivým tématem.

Existují nicméně i názory, že se nejedná o léčbu, nýbrž o cynickou reakci, která ale ve skutečnosti problémy s drogami neřeší. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) se domnívá, že by se politická debata o tomto tématu neměla zaměřit pouze na argumenty pro a proti. Substituční léčba by měla být chápána jako jedna ze složek širokého spektra způsobů léčby problémového užívání drog, mezi něž patří také léčba, která je orientovaná na abstinenci od všech psychoaktivních látek.(Zábranský 2006)

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardu substituční léčby, který poprvé vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR v r. 2001 jako Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001. V r. 2008 byl ve Věstníku MZ publikován nový.

Na základě novely zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, která nabyla účinnost dnem 1. ledna 2006, jsou lékaři povinni hlásit klienty podstupující substituční léčbu do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substituční látek, který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Tím by se mělo zabránit vícenásobné preskripci; hlásná povinnost je stanovena bez ohledu na odbornou specializaci lékaře.

Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má tedy zákonnou povinnost hlásit údaje o klientovi do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL), jehož správcem je právě ÚZIS. Do roku 2007 shromažďoval registr hlášení pouze ze specializovaných substitučních center akreditovaných MZ a komunikace probíhala formou papírových hlášení a telefonicky. Zavedením dalších zařízení poskytujících substituční léčbu mimo okruh specializovaných center došlo od roku 2008 ke zvýšení počtu hlásících zařízení, ale také se zvýšil počet léčených klientů a léčebných epizod, což komplikuje sledování dat, která NRULISL poskytuje.

3.1 Počátky substituční léčby v ČR

V roce 1992 se podařilo vedoucímu doktorovi nadace Drop-In přivést do tehdejší ČSFR několik kilogramů metadonu, který chtěl poskytnout nejproblémovějším klientům, u kterých nepomohl žádný jiný způsob léčby drogové závislosti. Ministerstvo zdravotnictví povolilo této nadaci provádět substituční léčbu po dobu jednoho roku jako experiment, který po uplynutí jednoho roku již nebyl zahájen. Bohužel, tento experiment nebyl nikdy vyhodnocen. (Zábranský, Vězeňství a nelegální drogy, 2003)

Od roku 1997 probíhalo pilotní ověřování substitučního programu metadonem v Centru metadonové substituce u Apolináře. Na základě evaluačních výstupů za období 1997 – 2000 se prokázalo, že klienti závislí na opiátech, kteří mají možnost dostávat pravidelně substituční látku, jsou méně ohroženi onemocněním šířícím se krevní cestou, dále pak onemocněním cévního systému a současně tak dochází ke snížení přenosu infekčních chorob na ostatní populaci. Z hlediska trestné činnosti dochází ke snížení kriminální činnosti ze strany uživatelů návykových látek (Tyler, Drogy v ulicích, 1998), kteří dochází do substitučního centra.

V roce 2000 vláda schválila vznik dalších Metadonových programů – center. Zahájení těchto programů bylo koordinováno Ministerstvem zdravotnictví a financováno díky dotační politice. Do roku 2000 existovalo pouze jediné substituční centrum a to v Praze u Apolináře a kapacita programu byla pouze 20 klientů. Rozšíření těchto center bylo tedy nezbytné, ale vzhledem ke kapacitě zajišťované státem bylo nutné, aby další programy zajistily i odborné ordinace neziskových organizací. Následně se pak jednalo o tato centra:

- Praha – celkem 3 programy - Apolinář (1 program), DROP-IN (2 programy)
- Nemocnice v Mělníce - MUDr. K. Hampl
- Ústí nad Labem – Masarykova nemocnice
- Brno – o. s. Podané ruce
- Olomouc - MUDr. J. Šmoldasová
- Ostrava – MUDr. J. Potrybná
- Hradec Králové - MUDr. J. Čížek

V síti poskytovatelů bylo pouze 9 center s kapacitou do 60 až 100 pacientů. Od roku 2009 je v České republice celkem patnáct specializovaných center substituční léčby, z toho čtyři v Praze a dvě ve věznicích (v současnosti dochází k rozšiřování do dalších osmi věznic).

3.2 Substituční léčba ve věznicích

Jedním z deficitů zdravotní péče v prostředí výkonu trestu odnětí svobody v České republice byla ještě donedávna nedostupnost substituční léčby závislostí na opiátech. Z tohoto důvodu zahájila Vězeňská služba České republiky od 1. dubna 2006 pilotní projekt substituční léčby, který byl dlouhodobě připravovaný ve spolupráci s odbornou společností (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP) a s klinickými a akademickými odborníky.

V pilotní fázi byl projekt určen zejména těm osobám ve výkonu trestu odnětí svobody, které byly klienty tohoto typu léčby již před uvězněním nebo pro něž existoval předpoklad, že budou v této léčbě po propuštění pokračovat.

Do programu substituční léčby byli zpočátku zařazováni pouze muži, a to ve dvou zařízeních pro výkon trestu: Vazební věznici Praha-Pankrác a ve Věznici Příbram.

Pro substituční léčbu je jako lék první volby používán generický metadon, pouze ve výjimečných případech je možno předepsat buprenorfin (Subutex).

Plánovaný nástup do výkonu trestu již není u klientů tohoto typu léčby překážkou pro přechod do režimu snižování dávek substitučního léku. Ošetřující lékaři klientů s plánovaným nástupem do výkonu trestu by měli kontaktovat lékaře oddělení pro léčbu závislostí v uvedených věznicích, aby se domluvil plynulý přechod bez přerušování léčby.

3.3 Typy substituční léčby

Substituční léčba je prováděna ve specializovaných zařízeních akreditovaných pro substituční programy. Do doby zavedení akreditačního systému je tímto zařízením zdravotnické zařízení, které bylo smluvně pověřeno Ministerstvem zdravotnictví k realizaci substitučního programu.

Komplexní substituční léčba (ve specializovaných zařízeních s plným spektrem služeb pro závislé na návykových látkách) - poskytování (podávání pod dozorem, vydávání a/nebo předepisování) substituční látky a služby podle „Základní substituční léčby“ (viz níže) jsou rozšířeny o další služby nebo na ně navazují služby, poskytované v rámci zařízení:

- terapie somatických a psychických poruch,
- skupinová psychoterapie,
- individuální psychoterapie,
- rodinná terapie,
- pracovní terapie,
- následná péče (after care),
- vzdělávání o aspektech užívání návykových látek,
- osobní poradenství,
- pracovní poradenství,
- profesní vzdělávání atd.,
- ústavní/rehabilitační pobyty.

Základní substituční léčba (ve specializovaných zařízeních se standardním spektrem služeb pro závislé na návykových látkách) - poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky je doplněno dalšími službami, zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií, psychosociálním servisem.

Minimální substituční léčba (ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací) - omezuje se na poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky bez další terapie nebo poradenství.

a) Krátkodobá - výjimečná forma substituční léčby, indikovaná především v emergentních stavech:

- akutní stavy pacientů jiných typů substituční léčby,
- plánované diagnostické nebo terapeutické výkony pacientů jiných typů substituční léčby,
- cesty mimo trvalé bydliště (rekreační, rehabilitační, pracovní).

b) Dlouhodobá (udržovací) - Spíše výjimečná forma terapie; následuje vždy až po komplexní nebo základní substituční léčbě. Indikuje ji specializované zařízení, které o pacienta dosud pečovalo, se souhlasem zařízení, které má dlouhodobou minimální substituční léčbu poskytovat, a se souhlasem pacienta. Podmínkou jsou pravidelná hodnocení pacientova stavu specializovaným zařízením.

Nejčastější forma substituční léčby, a to především v případech, kdy pacient není schopen či ochoten využít služeb komplexní substituční léčby nebo není místně dostupná komplexní substituční léčba.

3.4 Substituční látky

Substituční léčba bývá někdy označována jako léčba agonisty opiátů, tedy léčba léky podobné chemické povahy jako jsou klasické opiáty zneužívané drogově závislími.

Ve světě byly podniknuty pokusy s použitím řady látek, nejvíce se však používá metadon, v menší míře buprenorfin.

3.4.1 Metadon

Metadon poprvé syntetizovali roku 1937 němečtí vědci Max Bockmühl a Gustav Ehrhart v *IG Farben* (Hoechst-Am-Main), když se snažili nalézt analgetikum, které by bylo snadněji použitelné během operací a bylo by méně návykové. 11. září 1937 vyplnili Bockmühl a Ehrhart žádost o patent na syntetickou substanci, kterou nazvali *Hoechst 10820* nebo *polamidon*, jejíž struktura nebyla podobná morfinu nebo opioidovým alkaloidům (Bockmühl a Ehrhart, 1949). Ačkoliv se metadon chemicky nepodobá morfinu nebo heroinu, působí na stejné receptory a tím vytváří i stejné účinky. Po chemické stránce je metadon nejjednodušším opioidem.

Na trh Spojených států byl metadon uveden v roce 1947 společností *Eli Lilly and Company* jako analgetikum (pod obchodním názvem *Dolophine*,[®]). Od té doby je znám především pro své použití při léčbě závislosti na narkotikách. Používá se rovněž při chronických bolestech díky svému dlouhodobému působení v organismu a nízké ceně. Koncem roku 2004 stála měsíční léčba metadonem 20\$, v porovnání se 120\$ za obdobné analgetikum demerol. Staré označení *Dolophine* pochází z německého *Dolophium*, jména odvozeného z latinského *dolor* - bolest a *phine* - konec. V roce 1965 byla vydána první zpráva o léčbě heroinové závislosti pomocí metadonu. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Metadon>)

Metadon je syntetický opiát, při jehož výrobě se nevychází z přírodních opiátů. Jeho molekula se vůbec nepodobá molekulám morfinu či heroinu a má odlišnou chemickou strukturu.

Při injekčním podání vyvolává metadon reakce typické pro opiáty, včetně euforie.

Euforický pocit vyvolaný injekčním podáním metadonu, bývá srovnáván s "flashem" po podání morfinu, ale bez "bodavého" pocitu. Nejpodstatnější rozdíl mezi účinkem metadonu a ostatních opiátů je doba působnosti. U metadonu 13 až 47 hodin (existují individuální rozdíly), v průměru však působí 25 hodin. U heroinu je to 4 až 6 hodin. Na metadon vzniká stejně snadno závislost jako na přírodní či polosyntetické opiáty. Závislost na heroinu je nemocí metabolickou, vzniklou dlouhodobým užíváním opiátu.

Déle působící syntetický opiát metadon je považován za lék, jenž má u heroinistů obdobné účinky jako inzulin u cukrovky. Nejde tedy o vyléčení jako takové, nýbrž o substituci chemické látky, která je v těle přítomna v nedostatečné míře.

Metadon má několik praktických výhod:

- **Delší doba působení.** Heroinisté žijí ve 4 až 6 -ti hodinovém rytmu, což znamená několikeré vystřídání se cyklu "být zdrav" (=být pod vlivem drogy) a "být nemocen" (odvykací příznaky) za dvacet čtyři hodin, s následnou nutností užít heroin několikrát za den a noc. U metadonu stačí v naprosté většině případů jedna dávka za dvacet čtyři hodin k tomu, aby se závislý cítil dobře a bez problémů se mohl věnovat každodenním činnostem.

Metadon může být běžně užíván perorálně, takže odpadají rizika nitrožilního (nesterilního) podávání: hepatitidy, abscesy, záněty žil (či tepen), sepse, endokarditidy, malárie, AIDS atd.

Metadon se podává ve třech různých formách:

- **v tekuté podobě:** jde o zdaleka nejrozšířenější způsob
- **v tabletách**
- **od roku 1991 také v injekční podobě.** S touto formou podávání začala městská zdravotní a lékařská služba v Amsterdamu, aniž by vznikly jakékoliv problémy.

Substituce metadonem je standardní součástí přístupu k opiátovým závislostem a je v rukou následujících institucí:

- metadonové stanice (střední a menší města),
- metadonové programy municipálních zařízení zdravotních a lékařských služeb (velká města),
- metadonové programy ambulantních zařízení pro léčbu závislostí,
- metadonové programy ve věznicích,
- metadonové programy v intramurálních zařízeních pro léčbu závislostí,

(<http://jesilla.blog.cz/0607/tlumici-metadon>,

<http://nedroguj.blog.cz/0706/methadon>)

3.4.2 Subutex (buprenorfin)

Buprenorfin je syntetický opioid, neboli antagonist opiatových receptorů, který byl objeven v roce 1960. Od roku 1978 je součástí řady léků, které se využívají k analgesii a k substituční a detoxifikační léčbě závislostí na opiátech a opioidech. Tyto léky se užívají injekčně, sublingválně a transdermálně. Některé léky s obsahem buprenorfin jsou užívateli drog užívány bez lékařské indikace.

V roce 2001 byl Subutex registrován také v České Republice. Subutex se v průběhu let 2002 a 2003 stal jednou z nejpobulárnějších drog opiátového typu na našem trhu. Dá se říci, že ve většině drogových scén vytlačil heroin a to i přes to, že účinek Subutexu je možné charakterizovat jako méně "zábavný" ve srovnání s heroinem. (Závislosti a my, 9/2008)

Subutex, resp. buprenorfin, je návyková psychotropní látka s podobnými účinky jako heroin, morfin nebo jiná látka ze skupiny opioidů. Jedná se tedy nejen o lék, ale i návykovou látku či drogu, jejíž pravidelné užívání ústí v závislost. Je však nezbytné říci, že užívání Subutexu je mnohem méně rizikové, než užívání heroinu. To proto, že:

- Jedná se o čistou látku, proto je mnohem menší riziko vzniku komplikací a poškození organismu vlivem příměsí, které bývají v drogách obsažené.
- Účinná látka (buprenorfin) je mnohem slabší a jeho účinek se mírně liší od účinku heroinu (díky jiné vazbě k receptorům), proto i dopady na psychiku při dlouhodobém, pravidelném užívání jsou menší.
- Užívání Subutexu s sebou nese mnohem menší riziko předávkování, protože jeho akutní toxicita je mnohem nižší.
- Závislost na Subutexu nastupuje mnohem pomaleji a je mírnější.

Subutex zakoupený na černém trhu není lék, je to jen droga s menší mírou rizika, pokud není užíván injekčně. **Při injekčním užívání jsou rizika srovnatelná s injekčním užíváním jakékoli jiné drogy.** Může se samozřejmě stát, že uživatel pomocí Subutexu drogy přestane užívat, ale převážná většina uživatelů Subutex užívá podobně jako heroin. Dokonce ani užívání pod lékařským dohledem často neznamená léčbu, která vede k abstinenci a tím i úzdavě. Mnohdy se jedná jen o léčbu paliativní, která má pomoci nemocnému alespoň trochu důstojně žít.

Buprenorfin se dobře vstřebává z dutiny ústní. Při užívání nesmí být polknut, protože v trávicím traktu je metabolizován enzymy na neúčinné metabolity ještě ve stěně střevní. Efekt léku nastupuje během několika desítek minut a vrcholu dosahuje během 1 - 1,5 hodiny.

Buprenorfin je po vstřebání distribuován do celého těla. Díky tomu je relativně bezpečný při předávkování. Vyvolává také mnohem slabší tělesnou závislost, než plní agonisté receptorů. (Subutex, Buprenorfin - Bezpečná a účinná substituční léčba závislosti na opioidech, monografie produktu, 2000)

Buprenorfin je metabolizován v játrech a vylučován žlučí. Ze střeva se mateřská látka i její metabolity vstřebávají zpět do těla, což vede ke zpomalení vylučování. Eliminační poločas, (tj. doba, za kterou se z organismu vyloučí nebo zmetabolizuje polovina látky přítomné v těle), je kolem 25 hodin.

Díky dlouhému vylučovacímu poločasu a postupnému uvolňování je možné Subutex dávkovat v režimu denním, ale i obden (dvojnásobná dávka) nebo v režimu

pondělí, středa a pátek, kdy v pondělí a ve středu dostává pacient dvojnásobnou denní dávku a v pátek trojnásobnou. Ze zkušeností se ukazuje, že po vysazení léčby nastává abstinenční syndrom většinou až třetí den.

Subutex (buprenorfin) má účinky stejné, nebo podobné jako jiné látky ze skupiny opioidů:

Způsobuje útlum centrálního nervového systému.

- Silně *potlačuje bolest*,
- Dojde k celkovému *zklidnění*, ve vyšších dávkách se dostaví ospalost.
- Vyvolává euforii, kterou většina uživatelů vnímá jako slabší v porovnání s heroinem.
- *Tlumí dechové centrum*. U citlivých jedinců, ve vysokých dávkách nebo v kombinaci s jinými tlumivými látkami, může dojít i k zástavě dýchání. Útlum dechového centra je v porovnání s heroinem mnohem slabší a tím je i menší riziko zástavy dechu.
- Dochází k *oslabení kašlacího reflexu* a podráždění centra pro zvracení. Jedinci, kteří opiáty neužívají a nejsou na jejich efekt zvyklí, po první dávce často zvracejí.
- Na první pohled patrným účinkem je *zúžení zornice* (miosa).

Z ostatních účinků je důležitý především **vliv na sexuální život a na pohlavní orgány**.

- Opioidy celkově snižují zájem o sexuální aktivity. Dlouhodobí uživatelé heroinu často nebývají vůbec sexuálně aktivní. Začátek užívání Subutexu je obvykle spojen se zvýšeným zájmem o sexuální prožitky. Podílí se na tom účinek léku i větší stabilizace v

ostatních oblastech. Zvýšený zájem o sex platí jen pro ty, kteří přecházejí na Subutex z heroinu.

- U žen užívání Subutexu obvykle nevede k potlačení ovulace, jako je tomu často při pravidelném užívání heroinu. Mnoho uživatelů je pak překvapeno těhotenstvím. Je proto dobré současně s nasazením Subutexu zvažovat i vhodnou antikoncepci.

- Muži, kteří užívají Subutex mívají někdy obtíže s erekcí. Ty obvykle zmizí po vysazení Subutexu.

Přetrvávají v různé míře i **ostatní, pro opioidy typické účinky:**

- Svědění kůže s typickým poškrabováním se.
- Někdy obtíže s močením - retence (zadržetí) moči pro poruchu funkce močového měchýře.
- Zácpa.
- Pocení.
- Někdy slabost a ztráta energie.

Závislost na Subutexu je shodná se závislostí na jiných látkách skupiny opioidů, např. heroinu nebo metadonu. Jak již bylo výše uvedeno, závislost je slabší a rozvíjí se pomaleji než u výše zmíněných látek. Má složku psychickou i tělesnou (fyzickou). Podkladem závislosti jsou změny v reakci receptorů na zvýšený přívod opioidů. Závislost vzniká plíživě. K jejímu vzniku rozhodně nestačí jednorázové užití ani krátkodobá epizoda užívání. Závislost vzniká až na základě dlouhodobějšího, pravidelného braní. Existují však dispoziční faktory, které mohou usnadnit její rozvoj. Patří mezi ně například některá duševní onemocnění, např. depresivní porucha, a to i v mírné formě.

Abstinenční syndrom je také podobný jako u jiných drog ze skupiny opioidů. Je jen mnohem mírnější a jeho první příznaky se objevují obvykle až 3. den po vysazení. Není životu nebezpečný. V lehčích případech se projevuje pocením, pocití zimy, neklidem, bolestí břicha, průjmami, rozšířením zornic, úzkostí a špatnou náladou. Delší

dobu přetrvává nespavost. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, třesu. Pro tíži odvykacího stavu je důležitá velikost užívaných dávek a pravidelnost užívání.(drogovaporadna.cz)

3.4.3 Suboxon

Suboxon je sublingvální tableta, obsahující hydrochlorid buprenorfinu a naloxon v poměru 4 : 1, je používán k léčbě závislostí na opiátech v rámci biopsychosociální terapie. Substituční lék Suboxon, který měl být distribuován na český farmaceutický trh koncem roku 2007, snižuje atraktivitu injekčního užívání léku, neboť u většiny uživatelů léčí abstinenci příznaky pouze po sublingvální užití.

Suboxon byl vyvinut proto, aby poskytoval stejný účinek a bezpečnost jako Subutex (buprenorfin) při snížené možnosti jeho zneužití. Nižší potenciál zneužití dovoluje dřívější převedení na ambulantní léčbu, čímž se zvyšuje dostupnost terapie pro více pacientů. Pokud je Suboxon správně užíván, má stejný účinek jako ekvivalentní dávka Subutexu, protože naloxon, opiátový antagonist, má špatnou biologickou dostupnost, pokud je podáván sublingválně. (Terapie opiátové závislosti Suboxonem, 2006)

4. Metodologická východiska

Předcházející kapitoly diplomové práce byly věnovány substituční léčbě a drogové problematice ve výkonu trestu odnětí svobody.

Metodologická část je zaměřena na zmapování situace a zkušeností samotných poskytovatelů substituční léčby ve výkonu trestu odnětí svobody a také jejich klientů. Nejdříve je popsán metodický postup, to znamená, že je vymezen cíl mého šetření, přiblíženy použité metody, technika sběru dat i zpracování informací a charakteristika cílového souboru respondentů, kterému byl předložen dotazník.

4.1 Volba výzkumné metody a nástroje šetření

Vzhledem k cílům své práce byla za nejvhodnější nástroj pro zamýšlené šetření zvolena výzkumná technika dotazníku.

Výzkumná technika je podle Pelikána (2007, s. 96) „dílčím operačním nástrojem, který cíleně realizuje strategický záměr vymezený zvolenou metodou. Můžeme ji tedy považovat za dílčí, přesně limitované, konkretizované použití odpovídající metody.“ Dotazník můžeme tedy chápat jako nástroj naplnění výzkumné metody. Pelikán (2007, S. 95) definuje výzkumnou metodu jako „obecný metodologický nástroj k získání a zpracování dat, vymežující širší a komplexnější úhel pohledu a šetřenou problematiku.“

Dotazník spolu s dalšími technikami, jako je například autobiografie, anketa, beseda nebo interviu, se řadí mezi metody explorační, které přinášejí vytěžení informací, údajů, ale i postojů a názorů prostřednictvím získaných výpovědí od sledované osoby – respondenta. (Pelikán, 2007)

Techniku dotazníku, jako jeden z nejfrekventovanějších způsobů zjišťování údajů je možné charakterizovat jako soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které respondent odpovídá písemně. Kladené otázky se mohou lišit tím, že se vztahují buď k jevům vnějším (např. popis situace respondenta), nebo k jevům vnitřním (např. postoje a citové stavy respondenta). Jednotlivé prvky dotazníku je lépe nazývat položkami, a to zejména v případech, kdy se jedná o jiné výroky než otázky. (Chrástka, 2007)

Před využitím této techniky je důležité si uvědomit všechny výhody a nevýhody, které dotazník skýtá. Mezi pozitivní vlastnosti jistě patří efektivnost dotazníku, kdy za vydání relativně malých nákladů získáme velké množství údajů. (Disman, 2007) Zaručením anonymity odpovídající osoby získáme pravděpodobně pravdivější informace, na druhé straně však Chrástka (2007) upozorňuje, že anonymní dotazník může respondenta svést k nezodpovědnému vyplňování. Dále upozorňuje, že vzorek vyplněných dotazníků nemusí být vždy reprezentativní, neboť, jak uvádí, dotazníky vracejí spíše lidé s vyšším vzděláním, s větší odpovědností a kladným postojem ke zkoumané problematice. Do nevýhod lze také zahrnout případnou nežádoucí subjektivitu výpovědí, nemožnost upřesnit odpověď atd. Další nevýhodou může být i situace, kdy respondent postřehne záměr zadavatele a své odpovědi tomu přizpůsobí. (Pelikán, 2007)

Při sestavování dotazníku jsem využila několika typů otázek, které Pelikán (2007) třídí podle míry volnosti ve formulaci odpovědi. Na uzavřenou otázku musí respondent odpovědět jednou z předem formulovaných odpovědí, nemá tak možnost vlastní volby. Uzavřené otázky je možné dále dělit na parametrické, kdy varianty odpovědí nabízejí možnost od jednoho pólu odpovědi k druhému, a na neparametrické otázky, které odpovědi třídí do kategorií výpovědí stejné úrovně. Polozavřené otázky sice nabízejí řadu možných odpovědí, zároveň však dávají respondentovi možnost vlastní volby, případně možnost výpověď odůvodnit. Vlastní formulaci výpovědi vyžadují otázky otevřené, které respondentovi nenabízejí žádnou variantu odpovědi. V dotazníku jsem využila také typ škálové otázky.

Po fázi získávání údajů přichází fáze jejich zpracování, což znamená jejich uspořádání a shrnutí. Přehlednou formou zpracování výsledků je jejich zpracování pomocí tabulek a grafů. „Jejich výhodou je, že jsou úsporné. Vyjádří více než dlouhé slovní pasáže. Z tohoto důvodu není třeba tabulky podrobně a zdlouhavě slovně popisovat. Úlohou výzkumníka je zdůraznit důležitá zjištění, to jsou ta, která podporují očekávané směřování nebo trendy, anebo naopak údaje, které nebyly očekávány.“ (Gavora, 2000, s. 134)

4.2 Cíl šetření

Cílem mého šetření je zmapovat situaci poskytování substituční léčby ve věznicích, charakterizovat některé z jevů, které mohou ovlivňovat kvalitu poskytované služby, zjistit problémy, kterými se musí poskytovatelé zabývat a řešit je. Pokusíme se získat postoje poskytovatele i klientů substituční léčby k vybraným aspektům ovlivňujícím podmínky poskytování substituční léčby ve výkonu trestu odnětí svobody.

Přínos šetření je shledáván v popsání situace substituční léčby za zdi věznice. Snahou práce je získat údaje, které by vypovídaly o kvalitě nabízené služby, postojích a názorech poskytovatele služby na léčbu, zjišťovaly faktory, které působí ve prospěch i neprospěch substituční léčby. Dále bychom chtěli poskytnout informace od klientů, kteří jsou zařazení do substituční léčby za zdi věznice a vyjádřili se k předloženému šetření. Rádi bychom tak přispěli do problematiky substituční léčby ve výkonu trestu odnětí svobody, jejíž cílovou skupinou jsou uvěznění uživatelé drog.

4.3 Charakteristika cílového souboru – respondentů

Dotazníkové šetření je zaměřeno na poskytovatele substituční léčby ve výkonu trestu odnětí svobody a na jejich klienty. Z tohoto důvodu bylo zapotřebí získat bližší informace o věznicích, ve kterých probíhá pilotní projekt substituční léčby. Z informací získaných od PhDr. Jitky Polívkové, PhD. jsme se dozvěděli, že substituční léčba je oficiálně poskytována dvěma věznicemi, kterým se v následujících stranách diplomové práce věnuji. Dle její výpovědi by měla být substituční léčba poskytována v celkem 10 věznicích, avšak zaměstnanci zbylých osmi věznic nemají téměř žádné informace o možnosti substituční léčby. Snažili jsme se najít informace na oficiálních internetových stránkách Vězeňské služby České republiky, ale bohužel nebyly nalezeny potřebné informace o poskytování substituční léčby ve věznicích: Praha-Ruzyně, Rýnovice, Litoměřice, Brno, Ostrava, Opava, Kuřim a Břeclav, ve kterých by měla substituce také probíhat. Z tohoto důvodu je diplomová práce zaměřena na věznice, ve kterých byl pilotní projekt substituční léčby zahájen.

V době výzkumu poskytují službu substituční léčby dvě věznice v České republice – Vazební věznice Praha-Pankrác a Věznice Příbram. Z toho vyplývá, že

v České republice jsou 2 poskytovatelé substituční léčby ve VTOS. Pro výzkum byly použity informace z Vazební věznice Praha-Pankrác i Věznice Příbram.

Vzorek respondentů (odsouzených) pro výzkum byl určen kvótním výběrem. Respondenti mají charakteristický rys, a tím je zařazení do substituční léčby ve VTOS. Výzkumný vzorek je složen pouze z osob mužského pohlaví, neboť v průběhu šetření nebyla do programu zapojena žádná žena.

V průběhu měsíce března 2010 bylo do programu substituční léčby ve Věznici Příbram zapojeno 5 vězňů, ve Vazební věznici Praha-Pankrác 3.

Vzorek respondentů je malý, ale měl by být dostačující. Aby byly získány informace od většího počtu respondentů, bylo by třeba podniknout dotazníkové šetření v průběhu několika let.

4. 4 Metody zpracování dat

Při zpracování dat bylo důležité potřebná data získat, poté je rozřídít podle dat a zkoumat souvislosti mezi jednotlivými proměnnými. Takže jde o třídění dle určitých charakteristických rysů opakujících se u respondentů v odpovědích. V tomto případě bylo před výzkumem samotným položeno několik otázek, na které mohla být díky výzkumu dána jasná odpověď.

Po tomto zpracování dat následuje kvalitativní analýza a interpretace zjištěných údajů. Data získaná ve výzkumu jsou zviditelněná v **tabulkách** a grafech. Pro přehlednost byly zvoleny **výšečové grafy**, v některých případech bylo lepší užít graf sloupcový.

Výšečový typ grafu zobrazuje poměr velikosti položek tvořících datovou řadu k součtu těchto položek. Výšečový graf vždy zobrazuje pouze jednu datovou řadu a je vhodný pro zvýraznění důležitých prvků. Zjištěná fakta jsou popsána, popřípadě odůvodněna. V závěru přichází shrnutí a zhodnocení výzkumu.

5. Průběh šetření

V průběhu měsíce března roku 2010 byli na základě výběru souboru respondentů osloveni poskytovatele substituční léčby, Vazební věznice Praha-Pankrác a Věznice Příbram. Prostřednictvím elektronické pošty byly kontaktovány osoby z výše zmiňovaných věznic s prosbou o spolupráci a poskytnutí informací potřebných pro zpracování výzkumu do diplomové práce. V počátcích kontaktu probíhala komunikace s oběma věznicemi, přímý kontakt a spolupráci se nejdříve podařilo zajistit pouze ve Vazební věznici Praha-Pankrác. Po delší době byl navázán přímý kontakt i s Věznicí Příbram, se kterou probíhala komunikace po celou dobu prostřednictvím elektronické pošty. Ing. et Mgr. Zdeněk Kilian předložil mnou zaslané dotazníky klientům substituční léčby a vyplněné mi je zaslal zpět i s vyplněným dotazníkem pro poskytovatele substituční léčby.

V případě VV Praha-Pankrác mi po telefonickém kontaktu a následném zaslání žádosti o povolení vstupu do VV bylo umožněno navštívení vazební věznice za účelem získání dat z dotazníkového šetření a rozhovoru s paní PhDr. Jitkou Polívkovou, speciálním pedagogem VV Praha-Pankrác a MUDr. Věrou Kodešovou, která se podílela na vzniku pilotního projektu substituční léčby ve VTOS.

Při návštěvě VV Praha-Pankrác probíhala diskuse s oběma výše zmiňovanými zaměstnanci věznice, kteří mi odpovídali na mé dotazy. Získané odpovědi jsou zpracovány na dalších stranách diplomové práce. Po rozhovoru mi bylo umožněno setkat se s odsouzenými, kterým je poskytována substituční léčba. Vyplnili dotazník, který jim byl předložen, a poté odešli plnit si své povinnosti. Neměli potřebu se na něco ptát, jeden z respondentů potřeboval pouze vysvětlit zadání otázky. Během 20 minut měli všichni respondenti dotazník vyplněný a odevzdali jej.

Získané informace jsou následně zpracované ve formách tabulek a grafů, které jsou popsány v kapitole č. 6.

6. Analýza a interpretace šetření (výzkumu)

V této kapitole diplomové práce jsou rozebrány zkoumané oblasti dotazníku. Jsou zde předloženy jejich zákonitosti, vyvozují se zde závěry, objasňují dané skutečnosti.

Na začátku výzkumu bylo stanoveno několik domněnek či otázek, na které výzkum přinesl odpověď. Mou snahou bylo seřazení a vyhodnocení domněnek nebo otázek podle určité posloupnosti, která byla zkoumána.

Věkové rozložení klientů substituční léčby ve VTOS

První zkoumanou proměnnou byl věk klientů, kteří se ve VTOS léčí z drogové závislosti pomocí substituční léčby. Zájem o fakt, jak staří jsou klienti, kteří do léčby vstupují, byl veliký. Domnívala jsem se, že věková hranice klientů bude v rozmezí 26 – 30 let, ale z informací, které jsem získala, je věk klientů v převážné většině vyšší než 40 let a tuto skupinu následují naopak klienti ve věku 18-25 let. Původní předpoklad byl, že do léčby vstupují převážně osoby mladší. Toto zjištění mne velmi překvapilo.

Tabulka č. 1: Věkové rozmezí klientů SL

Věkové rozmezí	počet klientů
18 - 25	2 (25%)
26 - 30	1 (13%)
31 - 35	1 (13%)
36 - 40	1 (13%)
více než 41	3 (38%)

Graf č. 1: Věkové rozmezí klientů SL



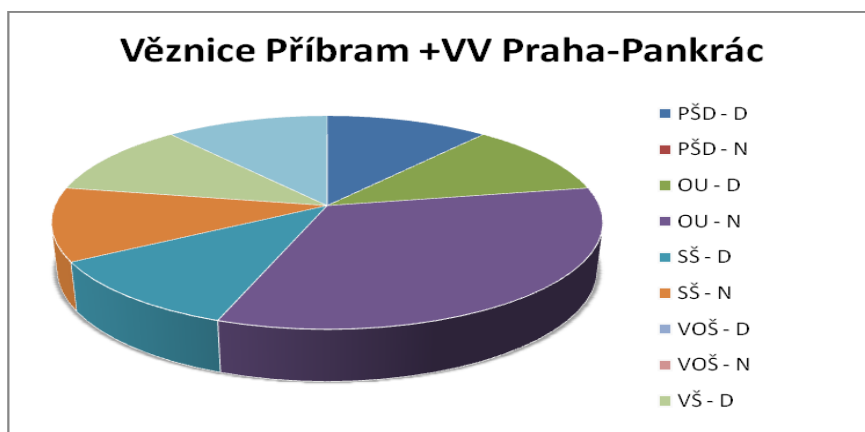
Vzdělání respondentů

Dále se výzkum věnoval výsledkům otázky, ve které se zjišťovalo, jaké vzdělání mají klienti dosažené. Všichni klienti z Věznice Příbram i VV Praha-Pankrác dokončili povinnou školní docházku, což se již před zadáním dotazníku dalo předpokládat. V následujících možnostech výběru byli respondenti osloveni, aby označili, zdali mají další možné studium dokončené nebo nedokončené. Všichni tuto skutečnost označili, jeden z respondentů navíc své vzdělání doplnil o rekvalifikační kurz, který absolvoval ve výkonu trestu. Zajímalo mne, jestli některý z respondentů získal vysokoškolský titul a nastalo překvapení, když se v jednom z dotazníků tato odpověď vyskytla. Nepředpokládala jsem to. Ostatní respondenti navštěvovali odborná učiliště, střední školy, ale žádný z pěti příbramských klientů substituční léčby školu nedokončil. Ve VV Praha-Pankrác jeden ze tří respondentů zdárně ukončil odborné učiliště, druhý složil maturitní zkoušku na střední škole a poslední z respondentů pouze dokončil povinnou školní docházku. (viz tabulka č. 2)

Tabulka č. 2: Vzdělání respondentů ve VTOS

Vzdělání	Věznice Příbram +VV Praha-Pankrác
PŠD - D	1 (11%)
PŠD - N	
OU - D	1 (11%)
OU - N	3 (33%)
SŠ - D	1 (11%)
SŠ - N	1 (11%)
VOŠ - D	
VOŠ - N	
VŠ - D	1 (11%)
VŠ - N	
rekvalifikační kurz	1 (11%)

Graf č. 2: Vzdělání respondentů ve VTOS



Dalším vyhodnocovaným jevem byla informace, zda-li jsou respondenti uvěznění poprvé, jestli důvodem uvěznění byla trestná činnost páchaná kvůli drogám a jestli do substituční léčby byli zapojeni dobrovolně nebo na základě nařízení soudu.

V těchto bodech všichni dotázaní vězni z Věznice Příbram a Vazební věznice Praha-Pankrác odpověděli stejně. Lišil se pouze počet respondentů, kteří byli ve VTOS již vícekrát. Ze získaných odpovědí bylo maximum 9 uvěznění, minimum 1. uvěznění. **Všech osm respondentů vstoupilo do léčby dobrovolně a bylo uvězněno za trestné činy obecně ohrožující** (dle paragrafů 283–288 TZ).

Nejčastěji zneužívané nelegální drogy respondenty a způsob užívání

Dalšími položkami dotazníku předkládaného respondentům byla otázka: *Které nelegální drogy jste užíval(a) nejčastěji?*, ve které mohli respondenti vybrat více možností. V následující otázce byl zjišťován způsob užívání drog.

Ze získaných informací byla získána data, která vypovídají o tom, že všichni respondenti neužívali pouze jeden druh drogy, ale vždy minimálně dva, můžeme tedy tyto respondenty považovat za polytoxikomany, tedy jedince, kteří byli závislí na více druzích nelegálních látek.

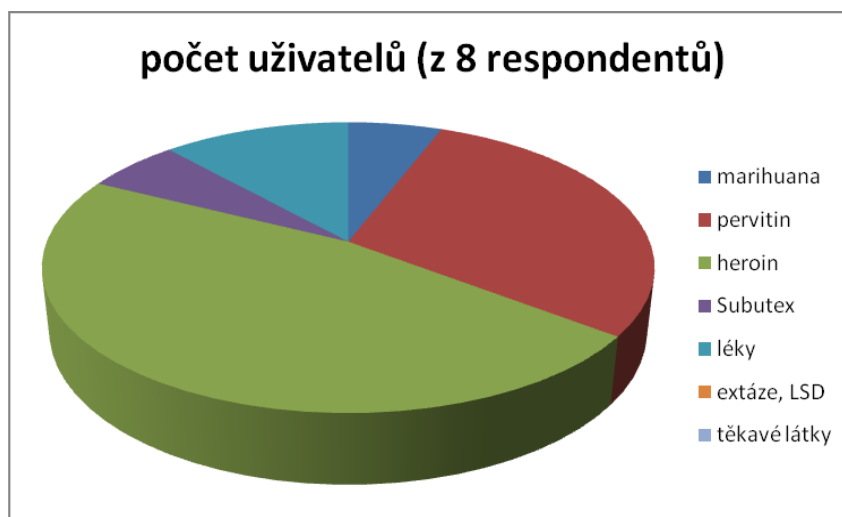
Mezi nejčastěji zneužívané nelegální drogy patří heroin, pervitin, které následují další látky: léky, Subutex a marihuana.

Všichni respondenti aplikovali nejčastěji zneužívané drogy **intravenózně**. Dva z respondentů navíc doplnili informaci, že návykové látky užívali také kouřením, šňupáním a jeden z osmi respondentů polykáním kapslí s pervitinem.

Tabulka č. 3: Zneužívané OPL

OPL	Věznice Příbram	VV Praha-Pankrác
marihuana	1	
pervitin	4	1
heroin	5	3
Subutex	1	
léky	2	
extáze, LSD	-	
těkavé látky	-	

Graf č. 3: Zneužívané OPL



Následující položky dotazníku byly věnovány léčbě drogové závislosti, mimo jiné také substituční léčbě.

První proměnnou, která byla sledována, byl počet pokusů o léčbu pomocí substitučních látek. Dalším zjišťovaným údajem byla zařízení, ve kterých již dříve respondenti hledali pomoc.

Domněnka, že respondenti poprvé začali s léčbou až ve výkonu trestu, se mi z výsledků šetření nepotvrdila. Myslela jsem si, že člověk, který užívá drogy a páchá trestnou činnost, nemá potřebu se léčit.

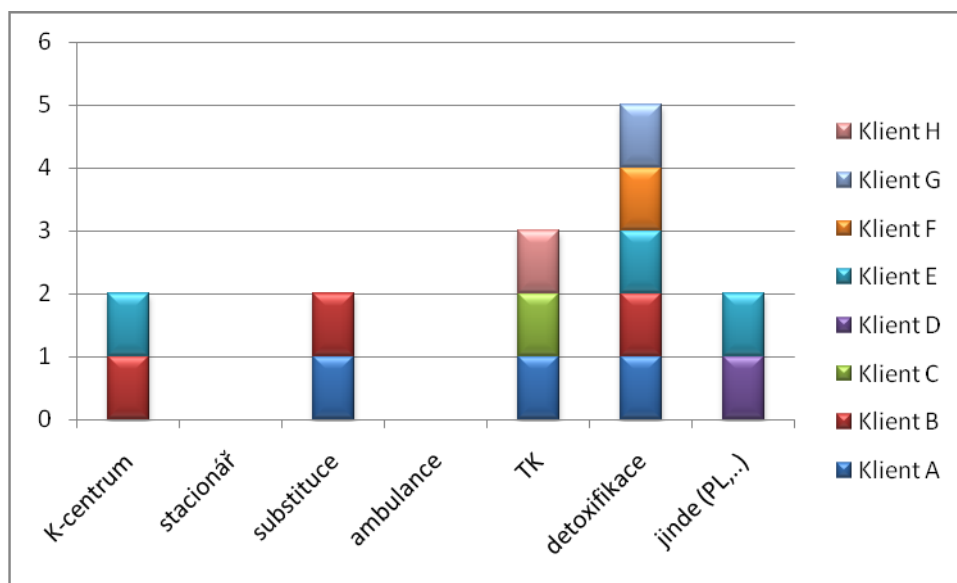
Z pěti respondentů Věznice Příbram podstupuje substituční léčbu poprvé pouze jeden vězeň. Zbylí čtyři klienti léčby mají již jeden pokus o substituci za sebou, nyní tedy podstupují léčbu podruhé. Ve Vazební věznici Praha-Pankrác vstoupili do programu substituční léčby poprvé 2 respondenti, třetí respondent podstoupil léčbu podruhé.

Všichni respondenti se již dříve pokoušeli o abstinenci. Následující tabulka manifestuje jednotlivá zařízení, ve kterých již dříve respondenti hledali pomoc, aby začali abstinovat. Tabulka je vytvořena z informací jednotlivých respondentů, které označují velkými písmeny abecedy. Graf zachycující získané informace byl změněn z výsečového typu na typ skládaný sloupcový, který lépe zachycuje využití služeb jednotlivých zařízení respondenty.

Tabulka č. 4: Využití služeb zařízení pro uživatele drog jednotlivými respondenty

Zařízení	Klient A	Klient B	Klient C	Klient D	Klient E	Klient F	Klient G	Klient H
K-centrum		1			1			
stacionář								
substituce	1	1						
ambulance								
TK	1		1					1
detoxifikace	1	1			1	1	1	
jinde (PL,...)				1	1			

Graf č. 4: Využití služeb zařízení pro uživatele drog jednotlivými respondenty



Z grafu č. 4 je patrné, že nejvíce využívanou službou pro drogově závislé je detoxifikace. Respondenti udávající tuto odpověď jako jednu z možných složek léčby, nepodstoupili detoxifikaci kvůli plánovanému nástupu do jiného zařízení, nabízejícího léčbu drogových závislostí, ale chtěli si snížit toleranci na drogu, nebo se domnívali, že díky detoxifikaci začnou abstinovat. Druhou nejčastěji využívanou službou pro respondenty byly terapeutické komunity.

Další části dotazníku předkládaného respondentům se zabývají otázkami, které zjišťují věk prvního užití drogy a následně počet let, po které respondenti nelegální látky užívali, než se začali ze závislosti léčit.

Jak znázorňuje tabulka č. 5, první zkušenost s užitím drogy měli respondenti z Věznice Příbram ve dvou případech v patnácti letech, ve dvou případech ve čtrnácti letech a v posledním, pátém případě již ve 12 letech. Ve Vazební věznici Praha-Pankrác měli respondenti první zkušenost s drogou v prvním případě ve 23 letech a ve zbylých dvou ve 14 letech respondenta.

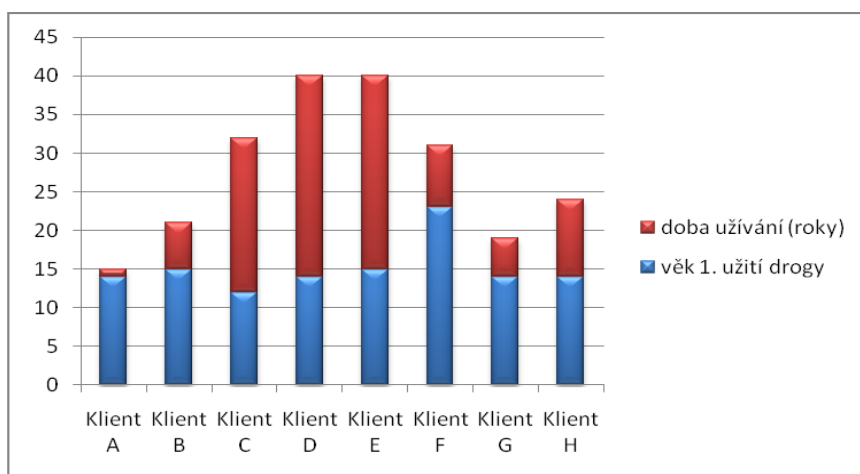
Dalo by se předpokládat, že doba, po kterou nelegální drogu respondenti užívali, než se začali léčit, bude při porovnání s věkem (věkovým rozmezím) klienta podobná.

Z odpovědí respondentů se mi tato domněnka potvrdila. Klienti starší 40 let užívali drogy po dobu delší 20 let, klient ve věku 25 let se začal léčit po roce prvního užití drogy a respondent ve věku 27 let projevil zájem o léčbu po šesti letech od počátku užívání nelegálních látek. V dalších případech začali respondenti s první léčbou po 8, 5 a 10 letech od prvního užití drogy.

Tabulka č. 5: Věk prvního užití drogy a doba užívání, než byl zahájen první pokus o léčbu

Klienti	věk 1. užití drogy	doba užívání (roky)
Klient A	14	1
Klient B	15	6
Klient C	12	20
Klient D	14	26
Klient E	15	25
Klient F	23	8
Klient G	14	5
Klient H	14	10

Graf č. 5: Věk prvního užití drogy a doba užívání, než byl zahájen první pokus o léčbu



Spokojenost klientů substituční léčby je z informací zjišťovaných dotazníkovou formou téměř stoprocentní. Až na jednoho respondenta jsou všichni s průběhem léčby spokojeni. Právě onen jeden respondent uvedl ve svém dotazníku nespokojenost, kterou odůvodnil tím, že metadon již delší dobu užívat nemusí, ale kvůli uloženému soudnímu nařízení je nucen v programu zůstat z důvodu lepšího možného posudku, potažmo soudního rozhodnutí. Polovina respondentů si je jistá, že v léčbě uspěje a bude abstinovat, druhá polovina v to doufá.

6.1 Shrnutí výzkumu

Z dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že nezáleží na věku ani získaném vzdělání drogově závislých osob. Jedinec může být dospělý a vzdělaný, přesto jej život přivede do situace, kdy začne s užíváním návykových látek a poté páchá trestnou činnost.

Z odpovědí většiny respondentů však vyplývá, že s užíváním drog začali již v období dospívání, což z velké míry ovlivnilo start do normálního života – nedokončené vzdělání, kriminalita, výkon trestu.

Přes všechny tyto okolnosti se uživatelé drog, kteří jsou odsouzeni k výkonu trestu odnětí svobody ve věznicích Praha-Pankrác a Příbram, zapojili do programu substituční léčby dobrovolně, protože se chtějí ze závislosti na omamných a psychotropních látkách vymanit. Tento proces je velmi dlouhý a pro některé náročný. Dochází k recidivám a tím opakovanému vstupu do léčby.

Za zdi věznice je vytvořeno bezpečné prostředí, které odsouzeným může nabídnout poklidné zvládnání náročných počátků léčby závislosti, bez možných nástrah, které potkávají drogově závislé v životě na svobodě. Pokud odsouzený projde počáteční detoxifikací, díky substituční léčbě má možnost začít žít život bez drog.

Všichni respondenti užívali více druhů nelegálních látek, léky počínaje a heroinem konče. Ve většině případů užívali více nelegálních látek souběžně, nejpreferovanějším způsobem užití drog je jejich injekční aplikace, která je pro uživatele drog velmi nebezpečná a může způsobit další onemocnění spojené s užíváním drog (žloutenky, HIV/AIDS...).

Z šetření vyplývá, že respondenti jsou v současné době motivováni ke změně svého života a jsou s průběhem léčby spokojeni. V budoucnu by se již k užívání drog nechtěli vrátit a mají v plánu po propuštění z výkonu trestu začít pracovat a žít spořádaným životem.

Samozřejmě můžeme jednotlivé výpovědi zpochybnit, ale odsouzení také mohli odpovídat podle pravdy, čemuž se snažím věřit.

Rozhovor s poskytovateli substituční léčby

Vazební věznice Praha-Pankrác

Další část výzkumu byla zaměřená na rozhovor s poskytovateli substituční léčby ve vězení. Ve Vazební věznici Praha-Pankrác mi byly informace poskytnuty paní PhDr. Jítkou Polívkovou a MUDr. Věrou Kodešovou. Z Věznice Příbram mi na dotazy odpovídal pan Ing. et Mgr. Zdeněk Kilian.

Ve VV Praha-Pankrác probíhá pilotní program substituční léčby od roku 2006, který vychází z vládního úkolu pro vězeňskou službu. Od té doby program nepřetržitě pokračuje. Nebylo zaznamenáno období, kdy by v projektu nebyl žádný klient. Prostředky na zajištění substituční léčby a detoxifikace byly získány jako prostředky účelově vázané. Od počátku projektu prošlo substituční léčbou 42 klientů, z tohoto počtu jsou 3 vězni stále uvězněni a pokračují v léčbě. Za rok 2009 bylo v substituční léčbě 8 mužů, z toho 6 odsouzených a 2 obvinění. Léčba je poskytována vězňům, kteří jsou umístěni ve věznici s dozorem, v menší míře s ostrahou. Substituční léčba osob umístěných na oddělení s ostrahou v pankrácké věznici je podmíněna několika faktory, jako je zdravotní stav odsouzeného (součástí VV Praha-Pankrác je nemocnice), krátký trest atd. Kdyby nebylo těchto faktorů, byl by odsouzený převezen do Věznice Příbram.

Substituční léčba se řídí metodickým listem, podle kterého může do substituční léčby vstoupit ten vězeň, který léčbu započal již před výkonem trestu. Ve všech případech je s klientem sepsána terapeutická smlouva, ve které jsou udány i veškeré aktivity, které musí klient plnit. Dále klient léčby podepisuje souhlas o poskytování veškerých informací o průběhu substituční léčby (zdravotnická dokumentace) dalším zaměstnancům VV a souhlasí s případným převozem do Věznice Příbram.

K substituci je využíván metadon, při detoxifikaci Suboxon, v malé míře Subutex, neboť si jej musí klienti hradit sami a na to nemají finanční prostředky.

Podmínky substituční léčby jsou pro vězně náročné. Jedenkrát měsíčně jsou zpravidla testováni na přítomnost drog v těle za pomoci testů ze slin. Pokud je test pozitivní, následuje trest. Ve většině případů je klient při prvním pozitivním testu z léčby vyloučen, ale je také možnost (u klientů s horší adaptací) udělit podmínku. Pokud je tato podmínka (napomenutí) porušena, je odsouzený z programu vyloučen.

(Při substituční léčbě ve věznici substituované osoby převážně spolupracují, nicméně v říjnu 2009 bylo prokázáno u 3 testovaných osob z 10 zneužití jiných drog (2 x metamfetaminu a 1 x benzodiazepinu), čímž byla porušena terapeutická smlouva. Porušení terapeutické smlouvy bylo v jednom případě řešeno vyloučením z programu, v jednom případě měl odsouzený konec trestu, takže informace byla předána civilnímu zařízení, v třetím případě bylo řešeno pohovorem a pokračováním v programu při současném zhodnocení rizik případného ukončení smlouvy a koexistence závažného tělesného onemocnění. (Výroční zpráva, Vazební věznice Praha-Pankrác za rok 2009)).

O zařazení do substituční léčby je za zdmi věznice velký zájem, ale nestačí kapacita. Spousta vězňů však považuje Metadon za nevhodný, mají proti němu předsudky již z dob civilního života.

Pro vězně v substituční léčbě jsou určeny aktivity, které navštěvují. Mezi tyto aktivity patří aktivity pracovní, vzdělávací, speciálně-pedagogické a zájmové. Pracovní aktivitou je například ergoterapie, kdy vězeň s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu vykonává práci ve prospěch věznice. Do speciálně-pedagogických aktivit je řazena AT-poradna nebo AT-skupina (drogy), psycholog (násilí), resocializační klub (nezaměstnaní). Vězni se mohou učit cizím jazykům (NJ, AJ, ČJ) nebo si vybrat některou ze zájmových aktivit (sportovní klub, keramická dílna, výtvarný atelier...).

Dle názorů mnou dotazovaných zaměstnanců splňují klienti substituční léčby očekávané výsledky. Vězni jsou spokojeni, že jsou umístěni právě ve VV Praha-Pankrác, neboť jejich rodiny je mohou často navštěvovat, protože jsou převážně obyvatelé Prahy. Z tohoto důvodu vězni nevyvolávají konflikty, plní své povinnosti, aby nemuseli být převezeni do jiné věznice.

Věznice Příbram

Ve Věznici Příbram probíhá pilotní program substituční léčby také od roku 2006, stejně jako ve Vazební věznici Praha-Pankrác. Tento program vychází z vládního úkolu pro Vězeňskou službu. Od zahájení projektu nedošlo k přerušení. Finanční prostředky na zajištění substituční léčby a detoxifikace jsou získávány jako prostředky účelově vázané.

Substituční léčba se řídí metodickým listem a v případě vstupu do léčby je třeba, aby byla s odsouzeným podepsána terapeutická smlouva, která zahrnuje aktivity, které musí odsouzený plnit a svým podpisem souhlasí s poskytováním veškerých informací dalším zaměstnancům, kteří pracují s odsouzenými, kteří vstoupili do substituční léčby.

V průběhu roku 2009 bylo do léčby zařazeno 6 odsouzených, v měsíci březnu roku 2010 podstupovalo substituční léčbu 5 odsouzených.

Léčba je poskytována odsouzeným, kteří jsou zařazeni do věznice s ostrahou, ale také dozorem. Léčba odsouzených je zajišťována zdravotnickým střediskem a na reedukaci se podílejí pracovníci specializovaného oddělení. Mezi tyto pracovníky patří speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové volného času a vychovatelé – terapeuti.

Práce specialistů je zaměřena na vzdělávací, speciálně-výchovnou a zájmovou činnost. Odsouzení mají možnost vybrat si ze široké nabídky aktivit pro ně vhodnou činnost. Mají možnost absolvovat rekvalifikační kurz, učit se cizím jazykům, navštěvovat sportovní i výtvarné aktivity, dále kurz právního vědomí, arteterapie a mnoho dalších.

Odsouzení jsou s průběhem léčby spokojeni a snaží se substituci dokončit, ale samozřejmě dochází i k případům, že některý z odsouzených užije nepovolenou látku, která je poté díky testům rozpoznána. V takovém případě by měl být odsouzený z programu vyloučen. Existují však výjimky, kdy v programu setrvá i při porušení terapeutické smlouvy.

Substituční léčba je mezi uživateli drog stále vyhledávanější složkou léčby, jeví o ni velký zájem také ve výkonu trestu odnětí svobody. Z tohoto důvodu se většina odsouzených substitučních programů snaží bez problémů zvládat průběh celé léčby, protože to může být nejvhodnější doba, kdy se mohou zbavit závislosti a začít abstinovat.

7. Vazební věznice Praha-Pankrác

Vazební věznice Praha - Pankrác zajišťuje výkon vazby obviněných mužů a žen a výkon trestu odnětí svobody u mužů a žen ve věznici typu s dohledem, s dozorem a ostrahou.

V menší míře se zde objevují i odsouzení zařazení do věznice typu se zvýšenou ostrahou. Vazební věznice má celkovou kapacitu 972 míst při 4 m² na osobu. Aktuálně je pro výkon vazby určeno 458 míst a pro výkon trestu odnětí svobody 514 míst. Obviněné a odsouzené ženy jsou do věznice umisťovány nově od druhé poloviny roku 2008.

Součástí vazební věznice je Nemocnice s poliklinikou, která zajišťuje léčení vězněných osob z celé České republiky. Ubytovací kapacita činí 111 lůžek.

Vazební věznice kromě činností s vězněnými osobami zajišťuje také bezpečnost soudů a státních zastupitelstev. (<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/zakladni-informace-160/vazebni-veznice-praha-pankrac-5475>)

Programy pro obviněné

Pro obviněné jsou organizovány preventivně výchovné, vzdělávací, zájmové a sportovní programy. Programy jsou poskytovány v průběhu celého pracovního týdne, ale také během víkendů a svátků odbornými zaměstnanci (psychology, speciálními pedagogy, sociálními pracovníky a pedagodem volného času).

K realizaci průběhu aktivit jsou využívány nejen cely a prostory k tomu zřízené (tři kulturní místnosti, keramická dílna, tělocvična, vycházkové dvory a kuchyňka), ale i chodby jednotlivých oddělení, kde probíhají sportovně relaxační činnosti.

Cílem působení odborných zaměstnanců je zejména omezení negativních účinků izolace obviněného od společnosti, ale také nabídka hodnotného trávení volného času v průběhu vazebního uvěznění. Činnosti odborných zaměstnanců jsou zaměřené i na řešení psychických problémů, žádostí, stížností, poskytují krizovou intervenci, poradenskou, pedagogickou, sociální a psychologickou pomoc obviněným, kteří odmítají stravu či jsou vedeni v kategorii možný objekt násilí nebo možný pachatel násilí. Rovněž spolupracují při korekci nežádoucích vzorců chování, které by narušovaly naplňování účelu výkonu vazby apod.

Nedílnou součástí vazebního oddělení věznice jsou i **aktivity zaměřené na drogovou oblast**. Odborní zaměstnanci poskytují v rámci své profese pomoc obviněným přicházejícím do vězení s dlouholetými abúzy různých toxických látek. Překonávání abstinenčních příznaků, emocionální lability, úzkostných stavů a depresí, postupující degradace osobnosti atd. jsou běžnou náplní protidrogových poraden a péče o závislé obviněné. V neposlední řadě oddělení výkonu vazby zabezpečuje nelékařské činnosti u nemocných obviněných umístěných v nemocnici. Nedílnou součástí činnosti oddělení výkonu vazby je mnohdy nelehká služba dozorců a vrchních dozorců. (<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/programy-pro-obvinene-6297>)

Oddělení výkonu vazby

Provoz oddělení výkonu vazby se řídí především zákonem č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby a vyhláškou ministra spravedlnosti č. 109/1994.

Obviněné osoby jsou přijímány do výkonu vazby na základě rozhodnutí příslušného orgánu činného v trestním řízení. Při přijetí se obvinění seznámí se všemi právními normami a nařízeními upravujícími výkon vazby a podrobí se vstupní lékařské prohlídce.

Oddělení výkonu vazby je celoročně obsazeno v průměru přesahujícím 90%, což je v praxi kolem 415 obviněných osob za měsíc, přičemž až 30% z tohoto počtu obvinění cizí státní příslušnosti.

Na oddělení výkonu vazby vykonávají výkon vazby obvinění muži a ženy, mladiství a obvinění blízcí věku mladistvých, dále obvinění muži umístění na oddělení se zmírněným režimem, obvinění muži umístění na oddělení se zvýšeným dohledem (podezřelí ze spáchání závažné, převážně násilné nebo teroristické trestné činnosti a obvinění zařazení ve jmenném seznamu nebezpečných osob) a v neposlední řadě obvinění muži a ženy hospitalizovaní ve vězeňské nemocnici.

Specifickou skupinu mezi obviněnými tvoří bezesporu obvinění cizí státní příslušníci. Ve výkonu vazby jsou jak pro podezření z páchaní trestné činnosti na území ČR, tak i z důvodů vyplývajících ze statutu předběžné, vydávací a vyhošťovací vazby. Tato skupina kromě jazykové bariéry vykazuje i různé národnostní a kulturní zvyklosti, náboženská vyznání a odlišné stravování. U řady z nich jsou častá infekční či jiná

onemocnění. Všechny uvedené skutečnosti kladou na zaměstnance tohoto oddělení zvýšené nároky. Nejsilněji zastoupenou cizí komunitou jsou ve výkonu vazby Ukrajinci následovaní občany Slovenska a Vietnamu. (<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/oddeleni-vykonu-vazby-6294>)

Oddělení výkonu trestu vazební věznice

Oddělení výkonu trestu a vazby Vazební věznice Praha-Pankrác je výkonným orgánem pro zabezpečení výkonu trestu a vazby - u odsouzených v typu věznice s dohledem, dozorem a ostrahou.

Způsob výkonu trestu je určen zákonem č. 169/1999 Sb. O výkonu trestu, Vyhláškou č. 378/2004 Sb. a Vnitřním řádem Vazební věznice Praha-Pankrác. Po nástupu trestu je odsouzený ubytován na příjmovém oddělení věznice, kde jeho pobyt trvá přibližně jeden týden, během kterého jsou provedeny preventivní vstupní lékařské prohlídky.

Po kompletní vstupní lékařské prohlídce odsouzení přecházejí na oddělení nástupu trestu. Toto oddělení nástupu trestu je zřízeno pouze v 11 věznicích v celé České republice. Vazební věznice Praha-Pankrác slouží jako nástupní věznice pro střeďočeský kraj, přičemž celková kapacita je 111 lůžek. Odsouzení jsou zde umístěni do té doby, než se rozhodne o umístění odsouzeného do konkrétní věznice.

Další standardní oddělení jsou určeny pro výkon trestu odnětí svobody odsouzených, kteří byli ponecháni pro výkon trestu ve zdejší věznici. Tato oddělení jsou diferenciována na dohled, dozor a ostraha. Pro odsouzené, kteří mají již část trestu odnětí svobody za sebou, je zřízeno tzv. výstupní oddělení. Na toto oddělení jsou umístováni odsouzení půl roku před koncem trestu. (<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/oddeleni-vykonu-trestu-vazebni-veznice-5751>)

Účel výkonu trestu

Účelem trestu je chránit společnost před pachateli trestných činů, zabránit odsouzenému v dalším páchání trestné činnosti a vychovat jej k tomu, aby vedl řádný život, a tím působit výchovně i na ostatní členy společnosti (zák. č. 140/1961 Sb., § 23 tr. zák.).

Trest a odměna jsou jedním ze dvou základních výchovných prostředků. Účelem trestu je ochrana společnosti před pachateli trestných činů.

Účelem výkonu trestu odnětí svobody je snaha o možnou reintegraci odsouzeného se zřetelem na individuální osobnost každého jedince.

Základní funkci trestu odnětí svobody nazývá penologie funkcí regulativní. Naplňování této funkce ve vězeňství předpokládá uplatňování progresivního výkonu trestu s diferenciovaným zacházením s různými skupinami odsouzených. Další funkcí trestu je funkce vyrovnávací, která si klade za cíl eliminovat nebo alespoň kompenzovat negativní emoce poškozených. Důležitým prvkem vyrovnávací funkce trestu je skutečnost, že pachatel dostává příležitost a prostor k zamyšlení nad tím co spáchal, vyrovnávání se s pocitem viny a přijetí odpovědnosti za svůj čin se všemi důsledky. (<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/ucel-vykonu-trestu-5748>)

Výkon trestu odnětí svobody

Hlavním cílem trestu odnětí svobody je výchovné působení na pachatele trestného činu, dosažení změny struktury v jeho chování žádoucím způsobem a jeho zdárná reintegrace do intaktní společnosti.

Realizace tohoto procesu, je v prostředí věznic prováděna obecnými výchovnými metodami, metodami zacházení s vězni, dále speciálními metodami zaměřenými na individuální i skupinovou formu práce s odsouzenými. Jedním z hlavních nástrojů realizace těchto speciálních metod jsou programy zacházení, které zahrnují souhrn pracovních, vzdělávacích, zájmových a speciálních aktivit.

V dřívějších dobách byl trest odnětí svobody vykonáván bez možnosti širší diferenciaci. Současná doba vyžaduje přizpůsobení výkonu trestu jednotlivým skupinám odsouzených z důvodu jejich individuálních zvláštností a s cílem dosažení opětovného zapojení se do života normální společnosti. Současná doba samozřejmě

vychází i ze skutečnosti, že skladba odsouzených se v posledních letech značně změnila. Tato skutečnost nevyplývá jen z toho, že trestnost některých dříve trestných činů zanikla (příživnictví, absence v zaměstnání aj.) a narostl počet trestných činů daňových, podvodů, ale nastaly i změny související nárůstem odsouzených s psychopatickými rysy osobnosti, osob závislých na omamných a psychoaktivních látkách, osob mladistvým či osob odsouzených k výjimečným trestům, zvýšil se rovněž počet cizinců či sexuálních deviantů.

Zákon č. 169/1999 Sb., O výkonu trestu odnětí svobody vymezuje okruh specifických skupin odsouzených, u nichž je výkon trestu realizován odlišně. Mezi takové skupiny odsouzených patří:

- mladiství odsouzení
- ženy
- prvotrestaní odsouzení
- odsouzení s duševními poruchami
- odsouzení s poruchami chování
- odsouzení trvale pracovně nezařaditelní
- odsouzení k výkonu doživotního trestu
- cizinci
- odsouzení s uloženým ochranným léčením.

O zařazení odsouzeného do typu věznice rozhoduje soud, který stanoví zařazení odsouzeného do čtyř typů věznic.

A - s dohledem,

B - s dozorem,

C - s ostrahou,

D - se zvýšenou ostrahou.

Ve věznici **s dohledem** mají odsouzení možnost neomezeného pohybu, zpravidla pracují mimo věznici, účastní se různých akcí mimo věznici, např. kulturních a sportovních akcí (za doprovodu zaměstnance Vězeňské služby ČR - vychovatele nebo jiného odborného pracovníka). Pokud plní všechny povinnosti, mohou požádat ředitele

věznice o povolení opuštění věznice v souvislosti s návštěvou až na 24 hodin 1krát za 14 dní. Ředitel věznice může odsouzenému tuto návštěvu mimo věznici povolit, a to formou kázeňské odměny.

Ve věznici typu **s dozorem** se odsouzení pohybují zpravidla pod dozorem zaměstnance Vězeňské služby ČR, zpravidla pracují mimo věznici, dohled nad jejich činností ale vykonává pověřený zaměstnanec, mají zpravidla možnost navštěvovat různé kulturní a jiné společenské akce mimo věznici, kterých se vždy účastní zaměstnanec vězeňské služby. Návštěvy odsouzených probíhají dvakrát v kalendářním měsíci ve věznici, odsouzení, kteří si řádně plní všechny povinnosti a mají dobré rodinné zázemí, mohou jako odsouzení zařazení v mírnějším typu věznice (dohled) požádat ředitele o povolení opuštění věznice v souvislosti s návštěvou 1krát za měsíc.

Odsouzení ve věznici **s ostrahou** se ve věznici pohybují organizovaně a většinou pod dohledem zaměstnance vězeňské služby. Odsouzení pracují na pracovištích uvnitř věznice. Návštěvy odsouzených se realizují za dohledu zaměstnance vězeňské služby v návštěvní místnosti věznice. I odsouzeným zařazeným do věznice s ostrahou může být ředitelem věznice udělena kázeňská odměna formou opuštění věznice v souvislosti s návštěvou až na 24 hodin (maximálně 1krát za dva měsíce).

Ve věznici **se zvýšenou ostrahou** se odsouzení pohybují organizovaně, vždy pod dohledem příslušníka vězeňské služby, vykonávají práci uvnitř věznice, kde jsou rovněž střeženi příslušníkem nebo vykonávají práci přímo na celách. Odsouzeným není povolen žádný pohyb a návštěvy probíhají rovněž za dohledu příslušníka vězeňské služby.

Spolupráce s občanským sektorem

Spolupráci s nevládními organizacemi a občanským sektorem organizují pověření pracovníci Vazební věznice Praha-Pankrác. Je nezbytně nutná spolupráce se státními orgány, ale i společenskými organizacemi, s církvemi a občanskými sdruženími.

Dále v rámci naplňování práv obviněných a odsouzených dochází ve vazební věznici ke spolupráci s těmito organizacemi:

- s orgány činnými v trestním řízení :
 - Policií České republiky
 - státními zastupitelstvími
 - soudy
 - sociálními kurátory

 - s neziskovými a charitativními organizacemi
 - Armáda spásy
 - Naděje
 - Sananim
 - Probační a mediační služba
 - PRAK

 - s civilními i soukromými podniky
 - bankami a spořitelny
 - různými ústavami
 - dětskými domovy
- (<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/vykon-trestu-odneti-svobody-5746>)

8. Věznice Příbram

Věznice Příbram je organizačním článkem Vězeňské služby ČR pro výkon trestu odnětí svobody. Tato věznice je určena pro muže. V typu věznice s ostrahou jsou ve Věznici Příbram zřízena oddělení pro výkon trestu, oddělení s dohledem, oddělení s dozorem, oddělení s ostrahou, oddělení specializované pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním psychotropních látek ve věznici s ostrahou.

Činnost oddělení výkonu trestu Věznice Příbram

Všichni speciální pedagogové, kteří vytváří programy zacházení, vychází z komplexní zprávy o odsouzeném, pohovorů s ním a přihlížejí k charakteru jeho trestné činnosti. Cíle programů zacházení jsou každému odsouzenému stanovovány individuálně. K naplnění těchto cílů přispívá velkou měrou nabídka vzdělávacích, speciálně výchovných, zájmových a pracovních aktivit.

Cílem programů zacházení je naučit se respektovat systém právních norem majoritní společnosti, upevňovat pracovní návyky a tím omezit možnost vzniku recidivy, naučit se trávit volný čas a udržováním kontaktů se sociálním zázemím snížit na minimum riziko rozpadu sociálních vazeb.

V rámci programu zacházení jsou nabízeny nejrůznější aktivity, ze kterých si může odsouzený vybrat. Mezi tyto aktivity jsou zahrnovány aktivity pracovní (pracovní zařazení, práce potřebné pro věznici a oddělení, pracovní terapie), vzdělávací (poradensko-vzdělávací cyklus nástupního oddělení, jazykové kurzy (čeština, angličtina, němčina), kurz právního vědomí, občanská výchova, základy psaní na stroji, zeměpis a další), speciálně výchovné (skupinová terapie, psychosociální výcvik, sociálně právní poradenství, kurz komunikace, fyzioterapie, arteterapie, relaxace, aktivity poradny drogové prevence, základy křesťanství), zájmové aktivity a utváření vnějších vztahů, kdy jsou odsouzení podporováni při kontaktování blízkých osob a sociálního zázemí.

Odsouzení mají ve výkonu trestu možnost se vzdělávat. Nevyšší důraz je kladem na rekvalifikační kurzy, které probíhají ve spolupráci se školskými a odbornými institucemi. Rekvalifikační kurzy jsou přednostně nabízeny odsouzeným, kteří jsou mladí nebo těm, kterým do konce trestu zbývá méně než půl roku. V současné době mají odsouzení na výběr ze dvou rekvalifikačních kurzů - kurz „Jednoduché obsluhy restauračního typu“ a kurz „Základů obsluhy PC“. Absolvování kurzu může zvýšit uplatnění na trhu práce.

Ve Věznici Příbram jsou zřizována oddělení, kde se cíleně uplatňují způsoby zacházení pro danou cílovou skupinu odsouzených. Jedná se o oddělení: nástupní oddělení, mladí dospělí (18 - 26 let), výstupní oddělení, oddělení pro prvovězněné osoby, oddělení pro odsouzené zařazené v I. skupině vnitřní diferenciaci, specializované oddělení výkonu trestu.

Specializované oddělení Věznice Příbram se zabývá zacházením s odsouzenými, kterým byla diagnostikována porucha chování a osobnosti způsobená užíváním psychotropních látek, s kapacitou 40 míst. Odsouzeným je poskytován terapeuticko-vzdělávací program v minimálním rozsahu 21 hodin týdně.

Ve zdejší věznici jsou zřízeny dvě bezdrogové zóny. Do jedné z těchto bezdrogových zón se umísťují odsouzení, kteří v minulosti užívali drogu a nyní jsou motivováni k dobrovolné abstinenci a druhá bezdrogová zóna je určena pro odsouzené, kteří nebyli a nejsou uživateli drog, ale lze je považovat za jedince drogou ohrožené. I zde je uplatňován terapeuticko-vzdělávací program v rozsahu 21 hodin týdně.

Poradna drogové prevence působí na výkonu trestu a je zaměřena na skupinu mladých dospělých odsouzených, jejichž charakteristická specifika vyžadují zvýšenou péči. Hlavním úkolem poradny je preventivní činnost. Na aktivitách se podílí psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce a vychovatel-terapeut.

Ve Věznici Příbram je realizována také substituční léčba závislosti na opioidech u odsouzených zařazených do typu věznice s dozorem a ostrahou. Léčba odsouzených je zajišťována zdravotním střediskem věznice a v rámci reedukace zde působí pracovníci specializovaného oddělení.

V souvislosti s drogovou problematikou je ve věznici prováděn plošný i výběrový monitoring moče za účelem zjištění případů zneužití psychotropní látky. V roce 2008 se uskutečnilo celkem 10 výběrových a plošných odběrů, při kterých bylo vyšetřeno celkem 281 odsouzených. U 9 odsouzených byl zjištěn pozitivní nález (3x amfetamin, 4x benzodiazepin, 2x hydroxycanabiol). (Váchová, 2009)

9. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku substituční léčby ve výkonu trestu odnětí svobody, která je poskytována věznicemi, které se zapojily do pilotního projektu substituční léčby v roce 2006, neboť substituční léčba je nejvíce prozkoumanou složkou léčby drogově závislých a má velké úspěchy nejen u osob, které tuto službu vyhledaly v civilním životě, ale také u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody.

V diplomové práci je věnována pozornost drogové problematice všeobecně, protože situace drog je stále více a více prodiskutovávaným společenským tématem. Zařazení substituční léčby do výkonu trestu odnětí svobody je pro spoustu odsouzených tou nejlepší variantou léčby z drogové závislosti. Všichni odsouzení, kteří do léčby vstupují, jsou motivováni ke změně svého života a snaží se docílit abstinence. Z dotazníkového šetření vyplývá, že odsouzení jsou s poskytováním léčby velmi spokojeni a v budoucnu očekávají ve svém životě změnu – život bez drog.

Z tohoto důvodu kvalifikovaný personál věznic napomáhá motivovaným odsouzeným zvládat problémy spojené s léčbou drogových závislostí a další pracovníci pomáhají odsouzeným zlepšit a zajistit sociální zázemí po ukončení výkonu trestu, aby se odsouzení nemuseli potýkat s problémy, které by je opět zavedli k drogám a k páchání trestné činnosti.

Prevence drogových závislostí je velmi rozšířená, ale přesto počet uživatelů drog je stále velmi vysoký a drogová kriminalita také. Společnost a státní organizace o drogách neustále hovoří, neustále se hledají způsoby, jak vyřešit vzrůstající drogovou problematiku a minimalizovat následky užívání drog. Přímý kontakt však s uživateli nejvíce navazují pracovníci neziskových nestátních organizací, díky kterým se největší část drogově závislých osob rozhoduje o možné léčbě.

Z informací, které byly získány během psaní diplomové práce, lze vyvodit závěr, že v naší společnosti žije mnoho uživatelů drog, kteří by rádi vstoupili do léčby a chtěli by abstinovat, avšak i přes širokou nabídku služeb je kapacita stále nedostatečná.

Díky přístupu paní MUDr. Věry Kodešové k této problematice mohl vzniknout pilotní projekt substituční léčby zaměřený na odsouzené ve výkonu trestu svobody, kteří

mají nejen problémy s užíváním nelegálních látek, ale navíc páchají trestnou činností. Pokud by se podařilo docílit abstinence, nemusela by být páchána ani trestná činnost za účelem získání finančních prostředků. Pokud by tomu tak bylo, snížila by se kriminalita a zlepšila sociální situace společnosti.

10. Použitá literatura

DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7.

GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000 ISBN 80-85931-79-6.

HARTNOLL, R., *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe. Co jsme se naučili a co bychom se ještě naučit měli*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005. ISBN 80-86734-45-5.

CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 1.vyd. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 1.vyd. ISBN 80-86734-05-6.

LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J., *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002. Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-14-5.

MAREŠOVÁ, A., SOCHŮREK, J., VÁLKOVÁ, J. *Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2000. ISBN 80-86008-84-3.

MIOVSKÝ, M., SPIRIG, H., HAVLÍČKOVÁ, M., *Vězeňství a nelegální drogy. Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích*. Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-03-X.

MORÁVEK, J., ŠÍP, J., VEIS, Š. *Analýza potřeb kriminálních uživatelů v Praze*. Praha: Sananim, 2008.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., ŠŤASTNÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., BĚLÁČKOVÁ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., CHOMYNOVÁ, P., MIOVSKÁ, L., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Úřad vlády ČR, 2008. ISBN 978-80-87041-46-8.

NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3.akt. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Psychiatrické centrum Praha, 1996.

NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. KLP 1997. ISBN 80-85917-36-X.

ORLÍKOVÁ, B., GAJDOŠÍKOVÁ, H. *Zaostřeno na drogy. Uživatelé drog v konfliktu se zákonem. Právní problémy související s užíváním drog*. 2/2006. Úřad vlády ČR, 2005. ISSN 1214-1089.

PELIKÁN, J., *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7184-569-0.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno 2002.

Psychiatrie pro praxi. *Standardy substituční léčby závislosti na opioidech*. MZ ČR 2009, 10 (1), Suppl.(A). ISSN 1213-0508.

ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada 1999. ISBN 80-7169-836-9.

SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.

SOCHŮREK, J. *Negativní jevy ve vězení a jejich vliv na reintegraci vězňů*. Praha 2005. 218s. Dizertační práce na katedře speciální pedagogiky pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Školitelka dizertační práce Eva Šotolová, PhD.

ŠÍP, J. *Program ambulantních služeb pro uživatele drog v konfliktu se zákonem*. Praha 2007. 66 s. Diplomová práce na katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Eva Šotolová, PhD.

ŠKVAŘILOVÁ, O., NEPUSTIL, P., JARGUS, M., ZÁBRANSKÝ, T. *Zaostřeno na drogy. Drogové služby ve vězení. Možnosti drogových intervencí a spolupráce neziskových organizací a věznic*. 4/2006. Úřad vlády ČR, 2005. ISSN 1214-1089.

VERSTER, A., BUNNING, E. *Buprenorfin - rozbor kritických otázek*. Úřad vlády ČR, 2007. ISBN 978-80-87041-11-6.

VODÁKOVÁ, J., ČERNOCHOVÁ, M., RAMBOUSEK, V. *Metodické pokyny pro zpracování diplomových prací*. 3. vyd. Univerzita Karlova v Praze, září 2007.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážní České republiky

Zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

Zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích

Elektronické zdroje a dokumenty:

GAJDEČKOVÁ, O. *Role nestátních organizací v protidrogové politice ČR*. [online]. Praha: Fakulta sociálních věd, Karlova univerzita Praha, 2004. Dostupné na: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/e_publikace/role_nestatnich_organizaci_v_protidrogove_politice_cr>.

Oddělení výkonu trestu vazební věznice [online]. Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/oddeleni-vykonu-trestu-vazebni-veznice-5751>>.

Oddělení výkonu vazby [online]. Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/oddeleni-vykonu-vazby-6294>>.

Programy pro obviněné [online]. Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/programy-pro-obvinene-6297>>.

Suboxone – otázky a odpovědi [online]. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007. Dostupné na: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/suboxone_novy_preparat_pro_lecbu_zavislosti_na_opiatech>.

Substituční léčba [online]. Praha, Sananim. Dostupné na: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=49>>.

ŠKVAŘILOVÁ, O. *Závěrečná zpráva o činnosti Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. za rok 2005* [online]. Dostupné na: <<http://www.asociace.org/sekce-drogovych-sluzeb-ve-vezeni-informace.html>>.

Účel výkonu trestu [online]. Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/ucel-vykonu-trestu-5748>>.

VÁCHOVÁ, V., *Činnost oddělení výkonu trestu* [online]. Věznice Příbram, 2009. Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-pribram-91/vykon-vezenstvi-842/zachazeni-s-veznenymi-866/cinnost-oddeleni-vykonu-trestu-6099>>.

Vazební věznice Praha-Pankrác [online]. Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/zakladni-informace-160/vazebni-veznice-praha-pankrac-5475>>.

Výkon trestu odnětí svobody [online]. Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-pankrac-26/vykon-vezenstvi-652/vykon-trestu-odneti-svobody-5746>>.

www.asociace.org

www.drogy-info.cz

www.sananim.cz

www.substitucni-lecba.cz

www.vscr.cz

Příloha č. 1

STANDARD SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Úvod

Tento Standard je koncipován jako souhrn obecně platných pravidel substituční léčby závislosti na opioidech.

Substituční léčba závislosti na opioidech lege artis je léčba, která splňuje v tomto materiálu uvedené postupy a používá substituční látku, která je výslovně uvedena v kapitole 1.1 tohoto Standardu. Zacházení se substitučními látkami je upraveno zvláštními předpisy, a to zejména zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů a vyhláškou č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje vývozní povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekurzorů a o dokumentaci návykových látek.

1.1 Seznam látek, které jsou určeny k lege artis substituční léčbě závislosti na návykových látkách ze skupiny opiátů

(Seznam schválených látek pro substituční léčbu bude průběžně doplňován Ministerstvem zdravotnictví.)

GENERICKÝ NÁZEV	CHEMICKÝ NÁZEV	PŘÍSLUŠNÁ PŘÍLOHA TOHOTO MATERIÁLU S FARMAKOLOGICKÝMI ASPEKTY A DÁVKOVACÍMI SCHÉMATY
methadon (hydrochlorid)	4,4 difenyl-6-dimethylamino-3-heptan-hydrochlorid	11.1
<u>buprenorphin (hydrochlorid)</u>	<u>6,14-Ethenomorphinan-7-methanol,17-(cyclopropylmethyl)-alfa-(1,1-dimethyl)-4,5-epoxy-18,19-dihydro-3-hydroxy-6-methoxy-alfa-methyl-,hydrochloride</u>	11.2

2 Definice a charakteristika

2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

Podle MKN-10 patří závislost na opioidech do kategorie F 11: Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním opioidů. Diagnózami pro zvážení indikace substituční léčby jsou:

F11.2 syndrom závislosti

Seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav.

.22 v současnosti v klinicky kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém režimu.

.23 v současnosti abstinuje, ale je léčen averzivními nebo blokujícími látkami (např. naltrexon).

.24 v současnosti užívá látku.

.25 nepřetržitě užívání.

F11.3 Odvykáací stav

.31 s konvulzemi.

Souhrnně jde tedy o závislost na opioidech s vyjádřenou tělesnou závislostí, která se při pokusu o vysazení nebo podstatnou redukci dávek opioidu projevuje somatickými odvykáacími příznaky.

3 Poruchy způsobené užíváním opioidů

3.1 Psychické/behaviorální

- Užívání ve velkých dávkách a/nebo po delší než původně zamýšlené období.
- Přetrvávající touha a/nebo neúspěšné pokusy o ukončení užívání.
- Zvyšující se podíl času, věnovaný obstarávání prostředků, nutných pro získání návykových látek.
- Neschopnost plnit domácí, školní či pracovní povinnosti.
- Omezené sociální, profesionální či rekreační aktivity.
- Pokračující užívání navzdory potížím v jiných oblastech života.
- Zvyšující se tolerance, podmiňující potřebu vyšších dávek k dosažení téhož účinku.
- Charakteristické odvykáací příznaky.
- Vyhýbání se abstinenci.

3.2 Akutní somatické

Akutním poškozením z užití opioidů může být intoxikace, charakterizovaná obecnou sedací, nevolností a zvracením, miosou (při těžké otravě paradoxně mydriasou) snížením srdeční frekvence, systolického tlaku a tělesné teploty a při doteku studenou, lepkavou a namodralou kůží. Stav může vyústit v útlum dýchání, cyanózu, plicní edém, hypoxické křeče, zástavu dechu a smrt.

Nízké dávky opioidů snižují zejména dechovou frekvenci, vyšší dávky snižují i dechový objem.²

3.3 Chronické somatické

3.3.1 Reverzibilní

K reverzibilním chronickým somatickým poruchám, ustupujícím bezprostředně nebo krátce po vysazení opioidů, se řadí zejména chronická zácpa, soubor histaminových příznaků (svědění, pocení, zarudnutí, pocit horka), zhoršená pasáž moči, útlum kašlacího reflexu a miosa. Prokázán byl rovněž negativní vliv opioidů na imunitní systém.

3.3.2 Ireverzibilní

Nejčastější příčiny ireverzibilních chronických somatických poškození jsou:

- 1) *příměsí k účinné látce*; mohou zahrnovat široké spektrum látek farmakologické (fenacetin, paralen, soda bicarbonata) nebo jiné povahy (cukr, prací prášky, cyankáli);
- 2) *způsob aplikace zneužívané látky*;
 - *injekční* (nejčastější; zdravotní poškození zahrnují přenos infekčních nemocí, zejména přenosných krví, akutní poškození cévního systému, např. flebitis, tromboflebitis, endo- a myokarditis atd., související defekty kůže a poruchy oběhového systému včetně embolií všech typů,
 - *vdechováním zplodin a výparů* (z opioidů, obvykle heroinu v cigaretách nebo žhaveného na hliníkových apod. fóliích) a *šňupáním* (tzv. sniffing; poškozuje nosní sliznici a přepážku);
- 3) *socioekonomické životní podmínky zneužívatele návykových látek*; zahrnuje především ohrožení, vyplývající ze zhoršeného nutričního stavu, špatného dodržování základní hygieny atd.

4 Epidemiologické charakteristiky

Odhad celkového počtu uživatelů drog v ČR je odvozen od pravidelného sledování incidence. Průměrný počet uživatelů heroinu jako základní drogy je 5400 osob, pervitinu 9200 osob a ostatních drog 7600 osob. Celkový průměrný roční odhad prevalence je 22 200 uživatelů drog v rozmezí 15248-29112 osob. Průměrná čísla představují dolní hranici odhadovaných prevalencí, neboť ne všichni problémoví uživatelé jsou podchyceni v léčebně kontaktních centrech. Je pravděpodobné, že uvedená horní hranice je nejbližší skutečnosti.

(Hygienická stanice hl.m. Prahy, 2000: Epidemiologie drog a uživatelů drog, Česká republika – 1999)

5 Definice substituční léčby

Substituční léčba je standardním léčebným postupem, který svou charakteristikou patří do postupů harm reduction (minimalizace zdravotních a sociálních rizik). Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinencně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav.

Substituční léčba je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody, jejichž primárním cílem je abstinence od návykových látek.

Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života.

5.1 Dopady substituční léčby

- udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu,
- zastavení injekční aplikace,
- snížení užívání nezákonných návykových látek,
- snížení rizikového chování při užívání návykových látek,
- snížení kriminality,
- zlepšení rodinných a sociálních vztahů,
- příprava pro zavedení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci (viz příloha 11.1.5) a trvalé abstinenci.

6 Personální a technické předpoklady

Předpokladem diagnostiky a substituční terapie závislosti na opioidech je fungující síť léčebných a kontaktních zařízení, úzce spolupracujících se zařízeními/lékaři. Supervize substitučního programu je zajištěna odborníkem oprávněným k této činnosti na základě licence, který není k danému zařízení v pracovně právním vztahu. Do doby zavedení licenčního systému vydává seznam supervizorů substitučních programů Ministerstvo zdravotnictví.

Nutná laboratorní vyšetření se provádějí v příslušných specializovaných laboratořích (biochemických, toxikologických, mikrobiologických apod.), odpovídajících standardům příslušné odborné společnosti. Pro specializovaná vyšetření je možno si vyžádat konzilia příslušných specialistů.

6.1 Typy substituční léčby

Substituční léčba je prováděna ve specializovaných zařízeních akreditovaných pro substituční programy. Do doby zavedení akreditačního systému je tímto zařízením zdravotnické zařízení, které bylo smluvně pověřeno Ministerstvem zdravotnictví k realizaci substitučního programu.

Zařízení poskytující substituční léčbu mají do doby, než vejde v platnost akreditační systém, povinnost akceptovat kontroly Ministerstva zdravotnictví v rozsahu stanoveném smlouvou, zaměřené zejména na dodržování postupů lege artis.

6.1.1 Komplexní substituční léčba (ve specializovaných zařízeních s plným spektrem služeb pro závislé na návykových látkách)

Poskytování (podávání pod dozorem, vydávání a/nebo předepisování) substituční látky a služby podle „Základní substituční léčby“ (viz níže) jsou rozšířeny o další služby nebo na ně navazují služby, poskytované v rámci zařízení:

- terapie somatických a psychických poruch,
- skupinová psychoterapie,
- individuální psychoterapie,
- rodinná terapie,
- pracovní terapie,
- následná péče (after care),
- vzdělávání o aspektech užívání návykových látek,
- osobní poradenství,
- pracovní poradenství,
- profesní vzdělávání atd.,
- ústavní/rehabilitační pobyty.

Komplexní cílené programy péče o závislé na opioidech, kteří jsou schopni tyto služby efektivně využívat.

6.1.2 Základní substituční léčba (ve specializovaných zařízeních se standardním spektrem služeb pro závislé na návykových látkách)

Poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky je doplněno dalšími službami, zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií, psychosociálním servisem.

Nejčastější forma substituční léčby, a to především v případech, kdy pacient není schopen či ochoten využít služeb komplexní substituční léčby nebo není místně dostupná komplexní substituční léčba.

6.1.3 Minimální substituční léčba (ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací)

Omezuje se na poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky bez další terapie nebo poradenství.

6.1.3.1 Krátkodobá

Výjimečná forma substituční léčby, indikovaná především v emergentních stavech:

- akutní stavy pacientů jiných typů substituční léčby,
- plánované diagnostické nebo terapeutické výkony pacientů jiných typů substituční léčby,
- cesty mimo trvalé bydliště (rekreační, rehabilitační, pracovní).

6.1.3.2 Dlouhodobá (udržovací)

Spíše výjimečná forma terapie; následuje vždy až po komplexní nebo základní substituční léčbě. Indikuje ji specializované zařízení, které o pacienta dosud pečovalo, se souhlasem zařízení, které má dlouhodobou minimální substituční léčbu poskytovat, a se souhlasem pacienta. Podmínkou jsou pravidelná hodnocení pacientova stavu specializovaným zařízením.

7 Vstupní podmínky procesu péče

Diagnózu a indikaci k zařazení do typu substitučního programu stanovuje lékař s atestací v oboru psychiatrie nebo s nástavbovou AT atestací a dále s osvědčením o úspěšném absolvování výcviku v substituční terapii, vydaným organizací k tomuto účelu pověřenou Ministerstvem zdravotnictví. Diagnóza závislosti na opioidech je stanovena podle platné verze mezinárodní klasifikace nemocí.

Před započítáním substituční léčby je předepisující lékař povinen ověřit, zda pacientovi není poskytována substituční terapie v jiném zdravotnickém zařízení. Tuto skutečnost si ověří na kontaktním místě „Registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek“ (dále registr),

který zřizuje Ministerstvo zdravotnictví a spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (dále ÚZIS). Toto opatření zabrání vícečetné preskripci a úniku substituční látky na nelegální trh.

Pokud pacientovi není poskytována substituční terapie na jiném akreditovaném pracovišti, je lékař povinen oznámit zařazení pacienta do substitučního programu formou „Hlášení substituční léčby“ (viz Obecné přílohy 10.2.2). Toto hlášení je třeba z důvodu ověřování pacientů neprodleně odeslat na adresu kontaktního místa Registru v ÚZIS ČR.

Vstupní vyšetření zahrnuje:

- anamnézu,
- současný somatický a psychický stav,
- laboratorní vyšetření (biochemické, serologické, hematologické, toxikologické),
- pomocná vyšetření,
- podle potřeby konziliární vyšetření,
- zhodnocení sociální situace, závěry.

Obligátně se provádí toxikologické vyšetření moči na přítomnost opioidů a jejich metabolitů.

Indikace pro léčbu methadonem:

- těžká a dlouhodobá závislost na vysokých dávkách látek opioidového typu,
- opakované, neúspěšné pokusy o léčbu orientovanou k abstinenci,

Faktory podporující zařazení pacientů do programu:

- pozitivní zkušenost se substitucí v anamnéze,
- závislost opioidového typu u HIV pozitivních nebo u těch, kdo se dopouštějí trestné činnosti v souvislosti s návykovými látkami, jestliže není možná léčba orientovaná k abstinenci,
- závislost opioidového typu u těhotných, jestliže není možná šetrná detoxifikace a léčba orientovaná k abstinenci.

Indikace pro léčbu buprenorfinem:

- závislost na látkách opioidního typu, kde denní ekvivalent dávky nepřesahuje 60 mg methadonu a není možná léčba orientovaná k abstinenci

Faktory podporující zařazení pacientů do programu:

- závislost opiátového typu v kombinaci se zneužíváním jiné látky (kokain, pervitin).

7.1 Kontraindikace substituční léčby závislosti na opioidech

7.1.1.1 Absolutní kontraindikace methadonové léčby

- pokud je možná a vhodná léčba orientovaná k abstinenci,
- převažující závislost jiného než opioidového typu,
- nepřítomnost tělesné (somatické) závislosti (po vysazení drogy se neobjevují tělesné odvykací obtíže),
- věk nižší 16 let.

7.1.1.2 Absolutní kontraindikace buprenorfinové léčby

- převažující závislost jiného než opioidového typu
- věk nižší než 15 let
- akutní intoxikace alkoholem
- závažná jaterní onemocnění
- léčba inhibitory MAO a období 14ti dnů po jejím ukončení
- závažná respirační insuficience

7.1.2 Relativní kontraindikace substituční léčby

- zneužívání substitučního programu v anamnéze (např. prodej substituční látky na nelegálním trhu, distribuce návykových látek klientům substitučního programu v jeho prostorách nebo blízkém okolí).
- kombinované závislosti (např. heroin a benzodiazepiny). Zde může být podávání metadonu (neplatí pro buprenorfin) riskantní; jeho interakce s jinými návykovými látkami (především tlumícími CNS, a to včetně alkoholu) zvyšuje riziko letální intoxikace,
- neschopnost přestat užívat návykové látky navzdory dostatečně vysoké dávce substituční látky,
- blízké uvěznění (není-li ve vězení dostupný substituční program, ve kterém by mohl klient pokračovat), těžší jaterní poškození ¹.

7.2 Terapeutická smlouva

Smlouva se uzavírá písemně mezi pacientem a vedoucím lékařem programu substituční léčby specializovaného zařízení. Nezbytnou součástí terapeutické smlouvy je i souhlas pacienta s poskytnutím osobních údajů pro účely provozování informačního systému nakládajícího s informacemi o průběhu metadonové substituční a detoxikační léčby, a to v následujícím znění: Souhlasím s poskytnutím ve formuláři uvedených údajů pro účely provozování informačního systému nakládajícího s informacemi o průběhu metadonové substituční a detoxikační léčby, jehož provozovatelem je ÚZIS. S těmito údaji bude nakládáno v souladu se zákonem č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Údaje z informačního systému mohou být poskytnuty pouze předepisujícímu lékaři předepisujícího zařízení, které je pověřeno Ministerstvem zdravotnictví k provozování programu metadonové substituční a detoxikační léčby. Tento souhlas poskytuji ze své svobodné vůle s tím, že souhlas zaniká doručením písemného odvolání k souhlasu předepisujícímu lékaři.

Lékař (vedoucí programu substituční léčby) zajistí:

- pravidelné podávání, vydávání, ve zvláštních případech předepsání substituční látky,
- poskytnutí konzultací v dohodnutých intervalech,
- po předchozí domluvě konzultaci mimo interval, bude-li pacientem požadována,
- revizi průběhu programu v dohodnutých intervalech.

Pacient souhlasí a potvrzuje, že:

- byl plně poučen o průběhu léčby a všech jejích rizicích,
- bude dodržovat režim substituční léčby, se kterým byl předem seznámen,
- souhlasí s poskytnutím svých osobních údajů pro účely hlášení substituční léčby při zachování důvěrnosti těchto dat,
- byl poučen o rizicích interakce substituční látky s jinými látkami (typu alkoholu, sedativ, anxiolytik apod.),
- byl informován o rizicích provádění některých činností, jako např. řízení dopravních prostředků, manipulace se stroji, zbraněmi apod.,
- bude jiné lékaře, kteří mu poskytují či budou poskytovat terapii, informovat o skutečnosti, že prodělává substituční léčbu,
- bude lékaře, který mu poskytuje substituční látku, informovat o terapii, již mu poskytují nebo poskytli jiní lékaři,
- substituční látku bude užívat sám a nebude ji distribuovat ani se o ni dělit.

¹ hepatotoxicita a další rizika ilegálně podávaného (pouličního) heroinu jsou však vyšší než při podávání lege artis připravených substitučních látek (metadon, LAAM, buprenorfin, farmaceutický kodein či heroin)

Obě smluvní strany souhlasí, že:

- nebudou uplatňovat urážlivé ani výhrůžné způsoby chování,
- každé porušení smlouvy bude mít za následek revizi programu,
- vážné porušení smlouvy může mít za následek ukončení substituční léčby.

8 Terapie

8.1 Nastavení optimální dávky substituční látky

Předepisující lékař stanoví počáteční dávku na základě předchozího komplexního vyšetření a následujících zásad:

- úvodní dávka substituční látky musí být nižší než minimální letální dávka,
- nastavení dávky začíná nejmenším funkčním množstvím substituční látky, které se případně zvyšuje proti odvykacím příznakům (viz Speciální přílohy 11.1 , 11.2),
- při riziku požívání jiných látek tlumících CNS (alkohol, sedativa, anxiolytika atp.) se minimální letální dávka snižuje,
- při podání první dávky a každém dalším zvýšení je pacienta (klienta) nutno sledovat 2-6 hodin po podání (podle typu látky) a v případě negativní reakce (např. známky předávkování, alergická reakce, toxická reakce) zahájit adekvátní terapii,
- nastavení optimální dávky probíhá ve shodě s aktuálními vědeckými poznatky.

8.2 Nefarmakologické složky substituční terapie

Zahrnují:

- poradenství,
- psychoterapii nejrůznějších forem,
- psychosociální poradenství,
- poradenství, týkající se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod.,
- ošetrovatelské služby,
- terapii somatických onemocnění,
- fyzioterapii, arteterapii, pracovní terapii apod.,
- a další.

Indikace jejich typu a frekvence je předmětem vstupního a průběžného hodnocení pacienta a součástí terapeutické smlouvy.

8.3 Průběžné hodnocení pacienta

Průběžné hodnocení pacienta probíhá po celou dobu substituční léčby. Zahrnuje pravidelné i nepravidelné testy na ověření přítomnosti substituční látky a jejích metabolitů a na ověření přítomnosti jiných návykových látek včetně alkoholu. Dále je nutné průběžně hodnotit somatický i psychický stav pacienta.

Úpravu preskripčního schématu provádí ošetřující lékař.

Revize pacientova stavu a léčebného plánu jsou zaznamenávány do dokumentace.

Průběžné hodnocení klienta umožňuje flexibilně reagovat na měnící se potřeby pacienta včetně převedení do jiného typu substituční léčby nebo do abstinčně orientované terapie.

9 Standardy

Standard substituční léčby závislosti na opioidech navazuje na ostatní platné standardy.

10 Obecné přílohy

10.1 Formuláře a dotazníky substituční léčby

10.1.1 Vyjádření o vhodnosti k substituční terapii (vyplní lékař)

10.1.1.1 Obecné údaje

Jméno a příjmení:	
Rodné číslo:	
Počet dovršených let věku:	
Bydliště:	
Telefon:	
Zaměstnavatel nebo škola:	
Pracovní zařazení	
Ošetřující lékař	
Kdo pacienta doporučil	
Ostatní instituce zapojené do případu ²	
Současná právní situace ³	

10.1.1.2 Vývoj užívání návykových látek

Nyní užívaná návyková/é látka/y	
Nyní užívané/á množství	
Základní návyková látka	
Ostatní návykové látky	
Pití alkoholu (v gramech 100% alkoholu za den a týden)	
Způsoby užívání	
Výskyt injekční aplikace	
Věk prvního užití	
Užívané návykové látky	
Vývoj a způsoby užívání	
Periody abstinence / příčiny relapsu	

² tj. sociální služby, probace atd.

³ nevykonané uložené tresty atd.

10.1.1.3 Závislost na opioidech⁴

Silná touha nebo puzení užívat opioid	Ano	Ne
Zhoršená kontrola ve vztahu k opioidu	Ano	Ne
Somatický odvykací syndrom po opioidu	Ano	Ne
Růst tolerance k opioidům	Ano	Ne
Zúžené zaměření na opioid, zanedbávání jiných zájmů a potěšení	Ano	Ne
Užívání opioidů trvá vzdor škodlivým následkům, které jsou pacientovi známé	Ano	Ne
Přibližné trvání závislosti v měsících nebo letech:		

10.1.1.4 Tělesná závislost na opioidech

Denní dávka opioidu	
Frekvence užívání ⁵	
Odvykací stav v minulosti ⁶	Ano Ne
Pokud se odvykací stav objevil, kolikrát a kdy naposledy	
Byl odvykací stav verifikován kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem?	Ano Ne

10.1.1.5 Toxikologické vyšetření

Bylo provedeno	Ano	Ne
a prokázalo přítomnost opioidů (uveďte datum vyšetření)		
a neprokázalo přítomnost opioidů (uveďte datum vyšetření)		

10.1.1.6 Zdravotní stav

Uveďte další psychiatrické a somatické diagnózy:

10.1.1.7 Předchozí léčba

U pacienta proběhl pokus o léčbu orientovanou k abstinenci	Ano	Ne
Pokud ano, jakou formou ⁷ a kolikrát		
Stručně zhodnoťte výsledky léčby orientované k abstinenci:		
Pokud ne, z jakého důvodu (např. pacient odmítá nebo nedostatek volných míst ve vhodném zařízení)		
Pacient byl v minulosti léčen substitucí	Ano	Ne
Pokud ano, stručně zhodnoťte průběh SL		

⁴ trvání příznaků nejméně měsíc nebo opakování v nejdéle 12měsíčním časovém úseku. Tři nebo více z uvedených šesti znaků ve stejné době svědčí pro závislost.

⁵ tj. kolikrát za 24 hodin a kolik dní v týdnu; pro tělesnou závislost na heroinu svědčí užívání 3x nebo vícekrát za den, jinak se objevují odvykací obtíže

⁶ dle MKN-10

⁷ ambulantní, ústavní, terapeutická komunita apod.

Události předcházející doporučení:

Motivace k návštěvě zařízení:

Současná rodinná situace:

Pacientovo shrnutí problémů:

Pacientova hypotéza o důvodech užívání drog/alkoholu a žádosti o pomoc:

Další důležité informace⁸:

Celkový stav:

Zařazení do substitučního programu	doporučuji / nedoporučuji
Indikovaná substituční látka	
Typ programu	

Datum:

Vyplnil:

Podpis a razítko vedoucího substitučního programu:
lékaře:

Podpis a razítko předepisujícího

10.1.2 Hlášení substituční léčby (vyplní lékař)⁹

- jméno
- adresa
- pohlaví
- státní příslušnost / národnost
- rodné číslo
- číslo pojištěnce
- číslo pojišťovny
- datum první návštěvy u hlásícího lékaře
- odbornost hlásícího lékaře
- vyšetření HIV, výsledek vyšetření – pokud pacient s vyšetřením souhlasí
- návykové látky, o nichž se hlásící lékař domnívá, že je pacient zneužívá/al (dle MKN-10)
- zda klient užívá návykové látky injekčně
- typ indikované substituční léčby
- předepsaná substituční látka

⁸ např. HIV pozitivita, riziko blízkého uvěznění, suicidální tendence, v anamnéze opakovaná předávkování, tendence kombinovat opioidy s jinými látkami, nedodržování dohodnutého režimu v minulosti apod.

10.2. Průkazka (ID karta) pacienta substituční léčby

Obsahuje tyto údaje:

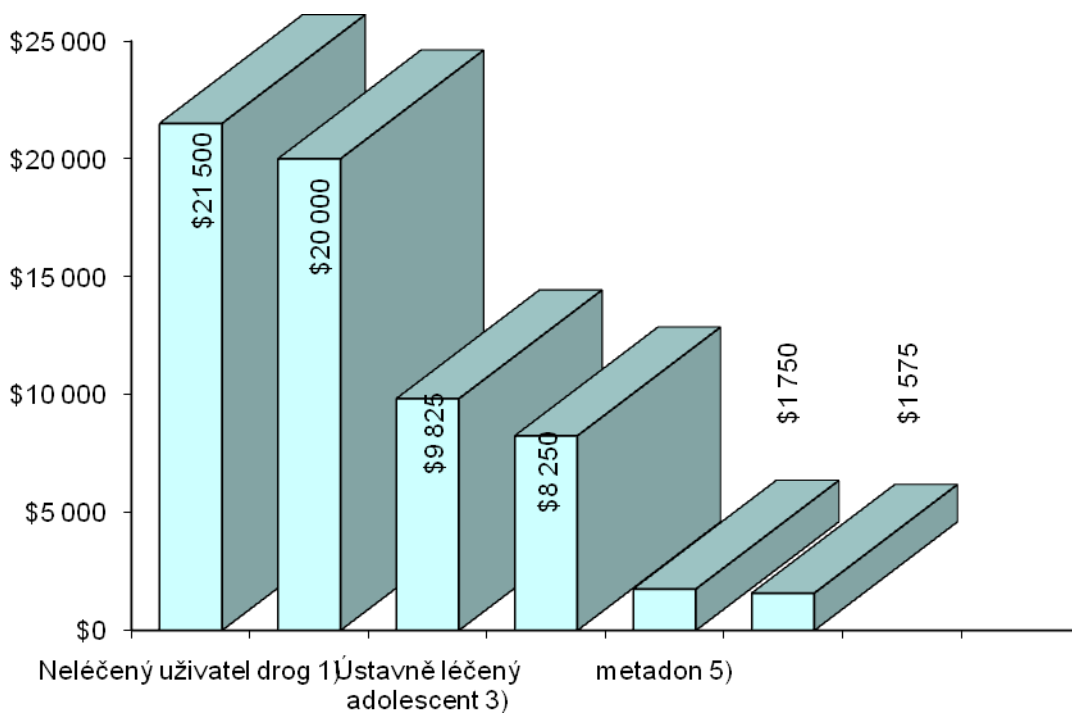
Licová strana

- výrazný nápis: „Identifikační karta pacienta substituční léčby“
- výrazný nápis: „Pozor! Při nálezů této karty ji předejte níže uvedenému zdravotnickému zařízení nebo vložte do obálky a nevyplaceně poštou zašlete tamtéž.“
- ochranný prvek (hologram, vodotisk apod.)
- jméno pacienta
- fotografie
- rodné číslo
- pojišťovna
- typ substituční látky
- ošetřující lékař/pracoviště včetně uvedení adresy a kontaktních telefonních čísel

Rubová strana

– „Upozornění: Majiteli této karty nevznikají jejím držením žádná práva ani povinnosti. Identifikační karta pacienta substituční léčby má pouze informační význam, a to zejména s ohledem na ochranu zdravotního stavu držitele. Neslouží jako identifikační doklad ve smyslu zákona ani jako oprávnění k držení jiných než lékařem vydaných či předepsaných omamných a psychotropních látek. Na základě této průkazky nelze také žádat vydávání či předepisování jakýchkoliv návykových látek v jiném zařízení než v tom, které provádí substituční léčbu nebo do něhož byla tato léčba po předchozí dohodě dočasně převedena.“

10.2 Srovnání společenských výdajů u různých forem léčby zneužívání opioidů a u neléčených / vězněných závislých



Všechny výdaje jsou uváděny za 6 měsíců na 1 osobu

10.3 Substituční léčba v zemích EU v roce 1998 (podle⁸)

Země	Počet substituční opioidové závislosti	pacientů léčby	Poznámka (není-li uvedeno jinak, byl substituční látkou metadon)
Belgie	6 617		
Dánsko	2 400		
Německo	60 000		40 000 metadon / 20 000 kodein
Řecko	400		
Španělsko	51 000		
Francie	46 700 - 56 700		41 000 - 51 000 buprenorfin / 5 700 metadon
Irsko	3 000		
Itálie	40 864		
Luxemburg	158		
Nizozemí	11 676		
Rakousko	2 966		
Portugalsko	2 324		2 007 metadon / 317 LAAM
Finsko	200		
Švédsko	600		
Velká Británie	28 776		všichni závislí, jejichž substituční léčba byla oznámena (bez rozlišení látky)

11 Speciální přílohy

11.1 Farmakologické aspekty metadonu a jeho doporučená dávkovací schémata pro udržovací léčbu závislosti na opioidech a detoxifikaci

11.1.1 Minimální letální dávka

50 mg (při interakci s alkoholem, anxiolytiky a dalšími látkami, tlumícími CNS, může být nižší – viz „Interakce s léky“)

11.1.2 Interakce s léky

Lék	stupeň interakce	účinek	Mechanismus
alkohol	střední	zvýšená sedace	prohloubený útlum CNS
barbituráty	střední	snížená hladina metadonu, zvýšená sedace	zvýšení jaterního metabolismu, prohloubený útlum CNS
benzodiazepiny		zvýšený sedativní efekt	prohloubený útlum CNS
buprenorfin		antagonismus	bezpečně může být během metadonové léčby používán jen v nízkých dávkách (20 mg denně nebo méně)
carbamazepin	střední	snížení hladiny metadonu	zvýšení jaterního metabolismu
chloralhydrát		zvýšená sedace	prohloubený útlum CNS
chlormethiazol		zvýšená sedace	prohloubený útlum CNS
cimetidin	střední	možné zvýšení hladiny	inhibice jaterních

			metadonu	enzymů, ovlivňujících metabolismus metadonu
cisaprid, domperidon, metoclopramid			morfin má při užití s těmito léky rychlejší nástup účinku a vyšší sedativní efekt	neznámý
cyclizin	vysoký		injekce s opioidy někdy vyvolává halucinace	neznámý
kodein			zvýšený sedativní efekt	prohloubený útlum CNS
desipramin	střední		zvýšení hladiny desipraminu (2x)	neznámý — tato interakce není u ostatních tricyklických antidepresiv známa
dextropropoxyphen			zvýšený sedativní efekt	prohloubený útlum CNS
disulfiram (Antabus)		v závislosti na typu metadonového preparátu	plná “antialkoholová terapeutická” reakce	některé metadonové přípravky obsahují alkohol
Inhibitory MAO, antidepresiva včetně moclobemidu a selegilinu		u pethidinu vysoký — přestože nastává u metadonu jen vzácně, je třeba se současněmu užívání vyhnout	excitace CNS — delirium, hyperpyrexie, křeče nebo respirační deprese	neznámý
naltrexon	vysoký		ruší účinky metadonu při předávkování (účinkuje dlouhodobě)	opioidový antagonist
naloxon	vysoký		ruší účinky metadonu při předávkování (účinkuje krátkodobě)	opioidový antagonist
fenobarbiton	střední		snižuje hladinu metadonu	zvýšený jaterní metabolismus — viz carbamazepin
fenytoin	střední		snížení hladiny metadonu, odvykací symptomy	zvýšený jaterní metabolismus — viz karnazemapin
rifampicin	vysoký		snížení hladiny metadonu, odvykací symptomy	zvýšený jaterní metabolismus — viz karnazemapin
tricyklická antidepresiva typu amitriptylinu	střední		zvýšená sedace	neznámý
acidifikátory moči, tj. chlorid amonný			snížení hladiny metadonu	zvýšené vylučování moči
alkalizátory moči, tj. bikarbonát sodný	střední		zvýšení hladiny metadonu	snížené vylučování moči
zidovudin			možné zvýšení hladiny zidovudinu	neznámý
zopiclon			zvýšená sedace	prohloubený útlum CNS

12.1.1 Podání úvodní dávky

Úvodní dávka substitučního preparátu se stanoví podle množství opioidů, které pacient přijímal před zařazením do programu, a to dávkou 5-10 mg u pacientů s nižší tolerancí až k dávce 20-40 mg u pacientů s vysokou tolerancí. Dávka se postupně zvyšuje o 5 až 10 mg na individuální udržovací dávku. Ta se může pohybovat kolem 20 - 50 mg, častěji se ale dostává nad 60 mg a někdy i nad 100 mg, neměla by však překročit 130 mg.

Uživatelé opioidů mohou mít velmi vysokou toleranci, která jim umožňuje přijímat bez známek intoxikace dávky nad 100 mg denně. Dávka by tudíž měla být titrována spíše proti odvykacím symptomům než proti známám intoxikace.

Úvodní dávka se podává buď jednorázově, nebo rozdělená na dvě poloviny v intervalu 12 hodin. V obou případech je žádoucí minimálně dvě hodiny po podání sledovat zdravotní stav pacienta. Při jakýchkoliv známkách intoxikace je třeba interval mezi dávkami prodloužit o 4 hodiny a zvážit snížení dávky.

V případech, kdy není možné odpovídající dávku odhadnout, začíná se dávkou 20 mg při sledování stavu pacienta. Pokud ještě po 2-4 hodinách od podání dávky přetrvávají odvykací příznaky, přidává se po 20 mg až do obvyklého maxima 50 mg během prvních 24 hodin. Celková dávka prvního dne je považována za východisko pro druhý den; jakákoliv další zvýšení jsou titrována proti odvykacím příznakům.

Pacienti, kteří přerušili pravidelné užívání opioidů (např. při detoxifikaci nebo uvěznění), mají nižší toleranci k metadonu, než se domnívají. Proto je u nich počáteční dávka nižší.

12.1.2 Základní pravidla pro nastavování dávky

Cílem je titrovat během prvních tří dnů léčby dávku metadonu proti jakýmkoliv známkám odvykacího stavu a silně touze užít opioidy. U pacienta jsou pravidelně zjišťovány odvykací příznaky. Při jejich výskytu je možno zvýšit denní dávku o 10-20 %. Dávka třetího dne by měla být základem pro dlouhodobé předepisování.

Následující tabulka poskytuje orientační korelaci mezi heroinem a metadonem. Při jejím použití je zohlednit regionální rozdíly v koncentraci heroinu (tabulka je koncipována pro 20% pouliční heroin, běžný v Praze).

Obrysový rámeček pro převod z ilegálního heroinu na metadonovou substituci

gramů pouličního heroinu denně	způsob užití	dávka metadonu pro stabilizaci
0,5	kouřením	20-50 mg
	i.v.	30-65 mg
0,75	kouřením	35-70 mg
	i.v.	35-75 mg
1,0	kouřením	35-85 mg
	i.v.	35-100 mg
1,5	kouřením	45-120 mg
	i.v.	45-130 mg
2,0	kouřením	50-130 mg
	i.v.	50-130 mg

12.1.3 Detoxifikace z metadonu

Vysazování metadonu se provádí postupně a obvykle mívá dlouhodobý charakter, může probíhat např. v průběhu 3 až 6 měsíců. Při detoxifikaci z metadonu nastává kritické stadium se zvýšením rizikem recidivy v době, kdy podávaná dávka klesne pod 25 mg a účinek látky nepokryje celých 24 hodin. Existují i relativně rychlá detoxifikační schémata, např. je možné snižovat dávku o 10 mg než se dosáhne dávky 40 mg, pak snižovat dávku o 5 mg, tu ponechat

2-3 dny a pak metadon vysadit úplně. Případně, zejména je-li pacient hospitalizován, je možné dávku 5 mg v závěru detoxifikace ještě rozdělit do dvou dílčích denních dávek. I při šetrné detoxifikaci je riziko přechodu k nezákonným návykovým látkám při vysazování metadonu vysoké. K detoxifikaci po metadonu lze použít i jiné postupy (např. buprenorfin), je ale třeba počítat s tím, že odvykací stav po metadonu bude většinou sice slabší než po vysokých dávkách heroinu, ale delší.

12.1.3.1 Nastavení adekvátní rychlosti detoxifikace

Téměř každý pacient metadonové detoxifikace projde odvykacím syndromem. Pro mnohé bude natolik závažný, že se stane hlavním z kofaktorů relapsu k užívání heroinu nebo žádosti o nasazení metadonové substituce — a to i tehdy, když jsou ostatní předpoklady úspěšné detoxifikace splněny. Rychlejší detoxifikace vykazuje nižší retenci než pomalejší detoxifikace. Detoxifikace probíhá postupným snižováním po 5 či 10 mg v denní dávce až na určenou úroveň (obvykle 20-30 mg v závislosti na počáteční dávce a pacientovi). Následuje pozvolnější režim, tzn. intervaly mezi jednotlivými sníženími se prodlužují a snižování denní dávky se zpomaluje.

12.1.3.2 Návrhy detoxifikačních režimů

Všechny uvedené režimy platí pro metadonové mixtury 1mg/1ml. Všechny detoxifikační režimy představují jen plán a měly by být pravidelně revidovány.

12.1.3.2.1 Dvoutýdenní detoxifikační režim:

- po 3 dny 20 mg
- po 4 dny 15 mg
- po 3 dny 10 mg
- po 4 dny 5 mg

Výhodou tohoto režimu je snadná preskripce; na konci každého týdne dochází ke snížení dávky.

Alternativa začínající na vyšší dávce:

- po 3 dny 25 mg
- po 3 dny 20 mg
- po 3 dny 15 mg
- po 3 dny 10 mg
- po 2 dny 5 mg

Pocitu kontroly a snížení anxiózy pacienta je možno docílit delším setrváním na určité dávce.

12.1.3.2.2 Jednoměsíční detoxifikační režim

Při počáteční dávce 40 mg:

- 4 dny 40 mg
- 3 dny 35 mg
- 4 dny 30 mg
- 3 dny 25 mg
- 4 dny 20 mg
- 3 dny 15 mg
- 4 dny 10 mg
- 3 dny 5 mg

Při počáteční dávce 25 mg:

- 4 dny 25 mg
- 3 dny 20 mg
- 4 dny 15 mg
- 3 dny 10 mg
- 4 dny 8 mg
- 3 dny 6 mg
- 4 dny 4 mg
- 3 dny 2 mg

12.1.3.2.3 Čtyřměsíční detoxifikační režim

Po úvodní stabilizaci a po období, kdy pacient neužívá žádný heroin, lze denní dávku snižovat každý 1-2 týdny o 5 nebo 10 mg, až na dávku 30 mg. Poté se denní dávka snižuje každý 1-2 týdny o 5 mg, až dosáhne 10-15 mg. Od tohoto okamžiku snižování postupuje již jen po 2-2,5 mg, a to každý týden až čtrnáct dní.

Typický čtyřměsíční režim při počáteční dávce 45 mg zní:

- 14 dní 45 mg
- 14 dní 35 mg
- 14 dní 30 mg
- 14 dní 25 mg
- 14 dní 20 mg
- 14 dní 15 mg
- 14 dní 10 mg
- 14 dní 7 mg

12.1.3.2.4 Šestiměsíční detoxifikační režim

Šestiměsíční detoxifikační režim vypadá při použití stejných principů a počáteční dávce 60 mg takto:

- 14 dní 60 mg
- 14 dní 50 mg
- 14 dní 40 mg
- 14 dní 30 mg
- 14 dní 25 mg
- 14 dní 20 mg
- 14 dní 15 mg
- 14 dní 10 mg
- 14 dní 8 mg
- 14 dní 6 mg
- 14 dní 4 mg
- 14 dní 2 mg

12.2 Doporučená dávkovací schémata buprenorfinu pro udržovací léčbu závislosti na opioidech a detoxifikaci (Uvedená schémata mají pouze orientační charakter, dávkování je nutno individuálně přizpůsobit.)

12.2.1 Zahájení léčby

den léčby	denní dávka buprenorfinu (mg)	
	Nízká až střední závislost	Střední až těžká závislost
1	2-4	4
2	8	8
3	8	16

12.2.2 Udržovací léčba

Doporučené dávkování buprenorfinu (v mg) při podávání denním, obden a 3x/týden podle stabilizované denní dávky:

denní dávka	dávka při podání obden	dávka při podávání 3x týdně	
		pondělí a středa	pátek
4	8	8	12
8	16	16	24
12	24	24	32
16	32	32	32
20	32	32	32
24	32	32	32

12.2.3 Detoxifikace z buprenorfinu

11.2.3.1 Doporučené dávkování při vysazování léčby (při denním podávání):

týden	denní dávka buprenorfinu (mg)					
	4	8	12	16	20	24
1	2	4	8	8	16	16
2	2	2	4	4	8	8
3	-	2	2	2	4	4
4	-	-	-	-	2	2

11.2.3.2 Doporučený postup přerušování léčby (postupném snižování) u pacientů, kteří dostávali buprenorfin obden:

týden	dávka buprenorfinu podávaná obden			
	8	16	24	32
1	4	8	12	16
2	2	4	4	8
3	-	2	2	4
4	-	-	-	2

11.2.3.3 Doporučený postup přerušování léčby (postupném snižování) u pacientů, kteří dostávali buprenorfin 3x týdně – dávka v pondělí a středu:

týden	dávka buprenorfinu podávaná v pondělí a ve středu			
	8	16	24	32
1	4	8	12	16
2	2	4	4	8
3	-	2	2	4
4	-	-	-	2

11.2.3.2.4 Doporučený postup přerušování léčby (postupného snižování) u pacientů, kteří dostávali buprenorfin 3x týdně – dávka v pátek:

týden	dávka buprenorfinu, podaná v pátek		
	12	24	32
1	6	12	24
2	2	6	12
3	-	2	6
4	-	-	2

Příloha č. 2

Dotazník pro poskytovatele substituční léčby ve vězení

1. Jak byste charakterizovali počátky substituční léčby? S jakými problémy jste se museli nejčastěji potýkat? Museli jste poupravit koncepci projektu, aby pilotní projekt vyhovoval Vašim podmínkám atd.?
2. Jaké nejčastější potíže v dnešní době řešíte?
3. Poskytujete (nabízíte) substituční léčbu s dalšími navazujícími službami, jako např. terapie, poradenství, následná péče? Pokud ano, jsou tyto služby vězni využívány?
4. Domníváte se, že do budoucna bude rozšíření substituční léčby reálné ve všech věznicích ČR?
5. Myslíte si, že substituční léčba splňuje očekávané výsledky? Prosím, vyjádřete svůj vlastní názor.
6. Co byste chtěli na projektu substituční léčby pozměnit, o jaké prvky byste rozšířili substituční léčbu ve VTOS? Proč?
7. Kolik klientů prošlo od počátku projektu substituční léčbou ve Vaší věznici? (muži/ženy)
8. Kolik klientů podstupuje v této době substituční léčbu ve VTOS? (muži/ženy)
9. Jakou ze substitučních látek používáte?
10. Pokud byste chtěli předkládaný dotazník doplnit o další informace, které považujete za důležité, prosím, zmiňte se.

Příloha č. 3

Dotazník pro klienty (respondenty)

Tento dotazník je anonymní. Jeho výsledky budou využity výhradně pro účely mé diplomové práce. Vyplňte jej, prosím, pravdivě. Žádná z odpovědí není považována za správnou či špatnou. Důkladně si přečtěte otázky a na každou vyberte pouze jednu z možných odpovědí. U otázek, kde budete moct označit více možností, budete informováni v jejich zadání. Předem Vám děkuji za Váš čas. Michaela Talířová

1. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 20
- b) 21 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 35
- e) 36 – 40
- f) Více

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? Prosím, označte, zda-li je dokončeno nebo není.

- a) povinná školní docházka – nedokončena / dokončen
- b) odborné učiliště – nedokončeno / dokončeno (výuční list)
- c) střední škola – nedokončena / dokončena (maturita)
- d) vyšší odborná škola – nedokončena / dokončena titulem DiS.
- e) vysoká škola – nedokončena / dokončena titulem

3. Jste poprvé uvězněn(a)?

- a) ano
- b) ne, byl(a) jsem ve vězení již ____krát.

4. Jste (od)souzen(a) za trestnou činnost páchanou kvůli drogám?

- a) ano
- b) ne

5. Substituční léčbu podstupujete:

- a) dobrovolně
- b) soudně nařízená léčba

6. Které nelegální drogy jste užíval(a) nejčastěji? (Můžete zakroužkovat více možností.)

- a) marihuana
- b) pervitin
- c) heroin
- d) Subutex (injekčně)
- e) léky
- f) extáze, LSD
- g) těkavé látky (toluen, rajský plyn...)

7. Návykové látky jste užíval(a):

- a) injekčně
- b) šňupání
- c) kouření
- d) jinak. Jak? _____

8. Substituční léčbu podstupujete:

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) již vícekrát.

9. Pokoušel(a) jste se již dříve ze závislosti léčit?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud jste v otázce č. 9 odpověděl(a) ano, uveďte, kde jste hledal(a) pomoc.

- a) kontaktní centrum
- b) ambulantní léčba
- c) stacionář
- d) substituce
- e) terapeutická komunita
- f) detoxifikace
- g) Jinde. Kde? _____

11. V kolika letech jste prvně užil(a) drogu? Napište věk. _____

12. Jak byste ohodnotil(a) první zkušenost? (Ohodnoťte jako ve škole: 1- nejlepší, 5- nejhorší)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

13. Kolik let jste užíval(a) drogy, než jste se začal(a) léčit? _____

14. Jste spokojen(a) s průběhem substituční léčby?

- a) ano
- b) ne

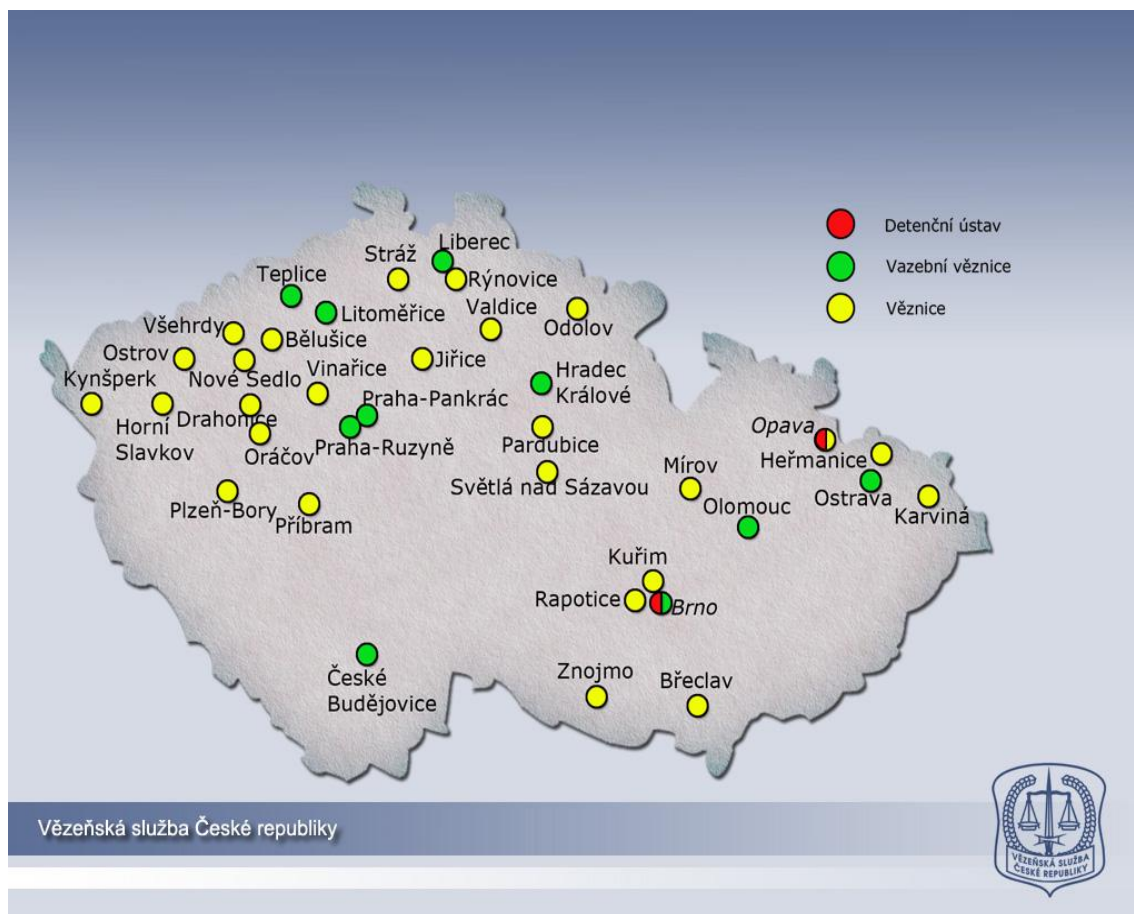
15. Máte pocit, že léčbu úspěšně dokončíte a budete abstinovat?

- a) ano
- b) ne
- c) doufám, že ano

Pokud máte pocit, že byste chtěli dotazník doplnit o některé další informace, máte možnost se vyjádřit sem:

Příloha č. 4

Mapa věznic v ČR



11. Přílohy

1. Standard substituční léčby
2. Dotazník pro poskytovatele substituční léčby
3. Dotazník pro klienty (respondenty)
4. Mapa věznic v ČR