

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

Substituční léčba závislosti na opiátech ve věznicích ČR



Bakalářská práce

Autor: Jitka Matějková

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Grohmannová

Datum obhajoby: 21. září 2009

Praha

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Grohmannové za odborné vedení bakalářské práce, MUDr. Věře Kodešové za spolupráci a cenné připomínky, které přispěly k vypracování mé bakalářské práce a MUDr. Bořku Benešovi za odborné konzultace a podporu v průběhu psaní.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Praze 17. srpna 2009

.....

(Podpis předkladatele práce)

Obsah		
1	Úvod	8
2	System věznic v ČR	10
2.1	Vězeňská populace	14
2.2	Užívání drog ve vězení	16
3	Problematika drogové závislosti na opiátech	19
3.1	Definice a charakteristika	19
3.2	Epidemiologie	21
3.3	Problémy způsobené užíváním opiátů	23
4	Substituční léčba	24
4.1	Standard substituční léčby	24
4.2	Cíle substituční léčby	25
4.3	Typy substituční léčby	26
4.4	Substituční přípravky	27
4.5	Efektivita substituční terapie	29
4.6	Legislativní rámec substituční léčby v ČR	30
5	Substituční terapie ve vězení/ve vazební věznici	33
5.1	Vývoj substituční léčby ve vězení v EU	33
5.2	Vývoj substituční léčby ve vězení v ČR	34
5.3	Význam substitučních programů	35
5.3.1	Rizikové chování	36
5.3.2	Infekční onemocnění	37
5.4	Program substituční terapie	38
5.4.1	Cíle substituční léčby	39
5.4.2	Kritéria pro poskytování	39
5.4.3	Výdej metadonu	40
5.4.5	Ostatní péče	41
5.5	Poskytování substituce	41
5.5.1	Pracovníci poskytující substituční léčbu	42
5.5.2	Kontrola vězňů	42
5.5.3	Ukončení substituční léčby	43
6	Další programy ve vězení	44
6.1	Programy pro uživatele drog v zahraničí	44

6.2	Situace v ČR	45
7	Kazuistika	48
8	Diskuze a závěry	51
	Seznam literatury	53

Vysoká škola: **Univerzita Karlova v Praze**
Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Fakulta: **1. lékařská fakulta**
Školní rok: **2008/2009**

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Jitka Matějková

Obor: Adiktologie

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Grogmannová

Oponent: MUDr. Jakub Minařík

Název bakalářské práce:

Substituční léčba závislosti na opiátech ve věznicích ČR

Abstrakt bakalářské práce:

Cílem bakalářské práce je poskytnutí teoretického povědomí o substituční léčbě ve věznicích České republiky. V úvodních kapitolách jsou popsány systém vězeňství, užívání drog ve vězení a substituční léčba. Stěžejní kapitolou je průběh substituční terapie ve vězení. Pro dokreslení dané problematiky je součástí bakalářské práce kazuistika z vězeňského prostředí.

Klíčová slova:

Substituční léčba

Závislost na opiátech

Infekční onemocnění (AIDS, hepatitidy)

Systém věznic v ČR

Programy NNO ve vězení

ABSTRACT OF THE BACHELOR WORK

Name: Jitka Matějková

Specialization: Addictology

Head of the bachelor work: Mgr. Kateřina Grogmannová

Opponent: MUDr. Jakub Minařík

The name of the bachelor work:

Substitution treatment of opioid dependence in prisons in the Czech Republic

Abstract:

The aim of the bachelor work is to provide theoretical awareness of the substitution treatment in prisons in the Czech Republic. In the introductory chapter there the penitentiary system, drug use in prison and substitution treatment is described. The central chapter is the course of substitution treatment in prison. The case reports from the prison environment are part of the bachelor work.

Key words:

Substitution treatment

Opioid Dependence

Infectious diseases (AIDS, hepatitis)
Republic

Prison system in the Czech

Programmes NGOs in prison

Úvod

*„Good prison health is good public health!“
(Dr. Andrew Fraser)*

V průběhu mého studia bylo přednášek na téma, kterým se zabývám ve své bakalářské práci, celkem málo, alespoň z mého pohledu. Zaujaly mne však natolik, že jsem se začala o danou problematiku více zajímat. Chtěla jsem se přesvědčit, zda to, co říká teorie, je možné i v praxi, zda substituce ve vězení opravdu funguje nebo zda je to jen zbožné přání některých pracovníků vězeňství a závislých vězňů. Když mi byla nabídnuta spolupráce se zdravotním odborem Vězeňské služby České republiky a odborné konzultace s pracovníky vazební věznice Praha-Pankrác, rozhodla jsem se nabídku přijmout a napsat práci, která by měla být určitým přínosem pro obě strany.

V prostředí věznic je dost často možné setkat se s osobami odsouzenými za kriminální chování spojené se zneužíváním drog. Tato skupina lidí představuje pro společnost určité riziko, které je hlavně spojené s přenosem infekčních onemocnění. Ve věznicích by měly být dostupné služby, s ohledem na dané prostředí a možné riziko s ním souvisejícím, které mohou spočívat nejen v nabídce služeb protidrogového charakteru, ale i v nabídce různých alternativ (přístup harm reduction).

Ve své práci jsem se zabývala problematikou substituční léčby drogové závislosti na opiátech ve věznicích ČR. V úvodních kapitolách jsem charakterizovala systém vězeňství, užívání drog ve vězení, substituční léčbu, stručně jsem popsala drogovou závislost na opiátech. Stěžejní kapitolou je substituční terapie ve vězení, kde jsem se zaměřila na její vývoj v Evropské unii a České republice a na význam substitučních programů. Snažila jsem se zmapovat, jak vypadá program poskytování substituce ve vězení, jaká jsou kritéria pro zařazení do programu, podmínky vyloučení z programu, jak jsou vězni kontrolováni a jaká další péče je jim poskytována. Další kapitola je věnována popisu spolupráce Vězeňské služby s nestátními neziskovými organizacemi, jak v Evropské unii, tak v České republice a její význam.

Pro ilustraci dané problematiky je součástí práce kasuistika, která byla vytvořena z podkladů získaných od lékaře poskytujícího substituční léčbu ve vazební věznici Praha-Pankrác.

Tato práce by měla objasnit, jaké místo zaujímá substituční léčba ve vězení a v čem tato léčba spočívá, co je jejím přínosem. Informace, které tato práce poskytuje, jsou přínosné pro laickou veřejnost.

System věznic v České republice

Od roku 1989 prochází naše vězeňství etapou změn, které souvisí s přeměnou totalitního státu ve stát demokratický.

Základem transformace vězeňství po roce 1989 byla Konceptce českého vězeňství přijatá v roce 1991 (VS ČR, 2005). Pro její naplňování byl vytvořen legislativní rámec, organizační a částečně i materiální podmínky. Změny v systému vězeňství se měly týkat především humanizace, depolitizace, decentralizace a demilitarizace vězeňství a dále pak vytvoření vhodných materiálních podmínek pro řádnou správu vězeňství.

Podle této konceptce (VS ČR, 2005) je třeba nejen změnit filozofii trestu odnětí svobody, ale změnit samotné základy systému vězeňství. Bylo tedy třeba zaměřit se na dvě významné oblasti rozvoje vězeňství, a to oblasti materiální a personální.

V roce 2005 vydalo Generální ředitelství Vězeňské služby ČR po více než deseti letech novou Konceptci rozvoje českého vězeňství do roku 2015. Podle ní byla původní konceptce naplněna zejména pokud se týče cílů a obsahu programů zacházení s vězni v souladu s požadavkem humanizace vězeňství. Určitými východisky pro rozvoj českého vězeňského systému jsou mimo jiné doporučení Rady Evropy, náš legislativní rámec, penologický výzkum i současná úroveň systému vězeňství a prognózy o jejím rozvoji. Pro budoucí desetiletí lze předpokládat zvyšování důrazu na bezpečnost pro společnost, personál i vězně a prohlubování liberalizace trestu. Bohužel se ale také nezabrání dalšímu nárůstu vězňených osob, jehož důsledkem bude i nadále přeplněnost věznic a to se všemi negativními důsledky na zacházení s vězni.

Vězení je specifické sociální prostředí, v němž jsou lidé na čas izolováni od běžné společnosti a postupně se u nich rozvíjí proces zvýšené adaptace na život ve vězeňských podmínkách (tzv. prisonizace). Tento proces má dvě složky, institucionalizaci (adaptace na vysoce organizovaný vězeňský život spojený se ztrátou aktivity a iniciativity) a ideologizaci (méně viditelné aspekty přizpůsobování se na život v instituci, přijetí subkulturní vězeňské ideologie včetně přijetí vězeňských norem života a vězeňského jazyka) (Karabec, Blatníková, 2004).

Než se občan stane vězněm, prochází několika stádii. Nejprve je podezřelý – policie vyšetřuje zda byla naplněna skutková podstata trestného činu. Pokud je zahájeno trestní stíhání, policie podezřelého zadrží a umístí do policejní cely (rozhodnutí soudce o vzetí do vazby), kde musí být vyslechnut. Poté je mu sděleno obvinění, případně rozhodnutí o vazbě, a občan se tak stává obviněným. Důvody obžaloby, vznesené státním zástupcem, posuzuje soud. Po vynesení pravomocného rozsudku soudem se stává obžalovaný odsouzeným.

Vězeňství spadá do kompetence ministerstva spravedlnosti České republiky. Samotný výkon vězeňství zajišťuje Vězeňská služba České republiky, která byla zřízena zákonem č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážní České republiky s účinností od 1. ledna 1993.

Vězeňská služba je bezpečnostní ozbrojený sbor, který zajišťuje výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody. Má celou řadu úkolů jako např. spravuje a střeží vazební věznice a věznice, prostřednictvím programů zacházení soustavně působí na osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a obdobně i na některé skupiny osob ve výkonu vazby s cílem vytvořit předpoklady pro jejich nekonfliktní způsob života po propuštění, vytváří pracovní podmínky pro vězněné, provádí výzkum v oboru penologie atd. Organizačními jednotkami jsou generální ředitelství, vazební věznice, vězení a Institut vzdělávání (VS ČR, 2007).

V současné době je v České republice zřízeno třicet pět věznic, z toho jedenáct věznic vazebních a pět věznic, kde se současně vykonává trest odnětí svobody i vazba.

Podmínky výkonu vazby v trestním řízení upravuje zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby a vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 377/2004 Sb., kterou se vydává řád výkonu vazby. Vazba je opatření v trestním řízení, která slouží k zajištění osoby obviněného pro účely trestního řízení a výkonu trestu. Její podstatou je dočasné omezení osobní svobody obviněného rozhodnutím soudu ve vazební věznici nebo zvláštním oddělení věznice. Dle § 67 Trestního řádu (zákon č. 141/1961 Sb.) může být osoba vzata do vazby, existuje-li důvodné podezření, že:

- a) se bude vyhýbat trestnímu řízení nebo trestu (vazba útěková),
- b) bude působit na nevyslechnuté svědky či spoluobviněné nebo jinak mařit vyšetřování (vazba koluzní),
- c) případně bude pokračovat v páčání trestné činnosti (vazba předstižná).

Výkon vazby je vykonáván jak v klasickém celkovém, tak ve zmírněném režimu. Ve zmírněném režimu se obvinění mohou v určeném čase volně pohybovat a stýkat se s ostatními obviněnými umístěnými v tomto oddělení.

Výkon trestu odnětí svobody ve věznicích a zvláštních odděleních vazebních věznic upravuje zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů a vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 378/2004 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody. Účelem výkonu trestu odnětí svobody je zabránit odsouzenému v dalším páčání trestné činnosti a vychovávat ho, aby vedl řádný život. Věznice jsou zařízení, ve kterých se vykonává trest odnětí svobody. Zřizuje a zrušuje je ministr spravedlnosti. V České republice se člení podle míry vnějšího střežení a zajištění bezpečnosti do čtyř základních typů, a to s dohledem, s dozorem, s ostrahou a se zvýšenou ostrahou.

Vedle základních typů věznic se zřizují zvláštní věznice pro mladistvé, pro ženy a matky s dětmi.

Odděleně se umisťují odsouzení muži od odsouzených žen, mladiství od dospělých, recidivisté od odsouzených, kteří jsou ve výkonu trestu poprvé (prvotrestaní), pachatelé úmyslných trestných činů (TČ) od pachatelů nedbalostních TČ, trvale pracovně nezařaditelní, s poruchami duševními a poruchami chování a s uloženým ochranným léčením.

Během výkonu trestu je odsouzený povinen podrobit se vnitřnímu řádu věznice. Na základě komplexní zprávy o odsouzeném, s ohledem na délku trestu, charakteristiku osobnosti a příčiny trestné činnosti, se zpracovává program zacházení. Obsahuje jasně formulovaný cíl působení na odsouzeného, metody zacházení a způsob a četnost hodnocení. Jeho součástí je určení způsobu zaměstnávání, účasti na pracovní terapii, vzdělávání odsouzeného, speciálních výchovných aktivit, zájmových aktivit a oblasti utváření vnějších vztahů. Skladba programu samozřejmě závisí na možnostech věznic a složení týmu.

Ve všech typech věznice jsou odsouzení rozlišováni podle zásad vnitřní diferenciaci, která je nedílnou součástí ovlivňování a podle způsobu jednání, postojů ke spáchanému trestnému činu a k výkonu trestu jsou zařazováni do jednotlivých prostupných skupin. Do první skupiny jsou zařazeni odsouzení, kteří aktivně plní své povinnosti, program a řád. Ve druhé skupině jsou odsouzení, kteří mají nevyjasněný a kolísavý postoj a přístup k plnění svých povinností

a do třetí skupiny jsou zařazováni odsouzení, kteří své povinnosti neplní, mají odmítavý přístup a porušují pravidla uvedená v řádu.

Z důvodu potřeby oddělit odlišné typy odsouzených mohou být ve věznicích zřízena různá oddělení (Mravčík et.al., 2008). Jedná se např. o:

- poradny protidrogové prevence – jsou ve všech věznicích, poskytují uživatelům drog odborné poradenství, individuální a skupinovou terapii a další zdravotní péči s cílem minimalizovat zdravotní a sociální rizika a motivovat vězněné osoby k léčbě během trestu odnětí svobody,
- bezdrogové zóny – v r. 2007 je provozovalo 35 vazebních věznic a věznic, jedná se o samostatné oddělení, kde jsou ubytováni odsouzení, kteří nebyli a nejsou uživateli drog, ale lze je považovat za jedince, kteří jsou vlivem drog nejvíce ohroženi, cílem je zamezit odsouzeným v kontaktu s omamnými a psychotropními látkami,
- oddělení pro detoxifikaci – v případě neodkladné péče je odsouzený převezen na interní oddělení vazební věznice Praha-Pankrác nebo na psychiatrické oddělení vazební věznice Brno, detoxifikaci stanovuje lékař příslušné věznice na základě diagnózy odsouzeného, používá se preparát Subutex,
- specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu – fungují v 6 věznicích (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram a Všehrady), probíhá zde léčebně-výchovný program na bázi terapeutické komunity,
- specializované oddělení ústavní léčby protitoxikomanické – do těchto oddělení jsou zařazováni odsouzení, kteří mají soudem uložené ochranné léčení protitoxikomanické v ústavní formě; odsouzení mají jasně strukturovaný program, který je založen na komunitním systému a skupinové práci; tato speciální oddělení jsou ve věznici Rýnovice, ve vazební věznici Znojmo a ve věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Opava,
- oddělení substituční léčby – v šesti věznicích a čtyřech vazebních věznicích (Břeclav, Kuřim, Opava, Ostrava, Příbram, Rýnovice, Brno, Litoměřice, Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně), léčbu mohou využít obvinění a odsouzení, kteří byli léčeni v substitučních centrech v mimovězeňských zařízeních.

Vězeňská populace

Při popisu a charakterizování trestné činnosti páchané uživateli drog se často hovoří o tzv. primární a sekundární drogové kriminalitě (např. Gajdošíková, 2009).

Primární drogová kriminalita zahrnuje páchaní trestné činnosti v oblasti tzv. drogových trestných činů. Jedná se o trestné činy spočívající ve výrobě, držení, jakékoliv formě distribuce drog až po tzv. šíření toxikomanie: „nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek (OPL) a jedů pro jiného“ (§ 187 Trestního zákona), „nedovolená výroba a držení OPL a jedů pro vlastní potřebu“ (§ 187a Trestního zákona), „předmět k nedovolené výrobě OPL“ (§ 188 Trestního zákona) a „šíření toxikomanie“ (§ 188a Trestního zákona).

S užíváním drog může být spojena řada dalších trestných činů, tzv. sekundární drogová kriminalita, jejichž pachatelé si majetkovou trestnou činností (drobné krádeže v obchodech, krádeže vloupáním do sklepních kójí, neoprávněné užívání cizí věci, podvody atd.), násilnou trestnou činností (např. loupeže), opatřují prostředky k získání návykové látky. Mimo majetkové a násilné trestné činnosti může sekundární drogová kriminalita zahrnovat také trestné činy mravnostní povahy, výtržnictví, útok na veřejného činitele apod. Je páchána ale i za účelem získání prostředků pro zabezpečení dalších, jiných potřeb uživatelů drog (jídlo, oblečení atd.).

Pachatelům primární drogové kriminality často hrozí vyšší trestní sazba než pachatelům sekundární drogové kriminality.

Jedním z problémů, se kterým se současné vězeňství potýká je změna vězeňské populace. Dochází k nárůstu počtu recidivistů, mladších lidí s výraznějšími dispozicemi pro agresivní řešení konfliktních situací, zvyšuje se podíl osob závislých na nelegálních látkách a sexuálních deviantů. V některých věznicích proto vznikají specializovaná oddělení pro oddělení různých typů odsouzených (Skloblová, 2000).

Česká republika se stejně jako ostatní státy Evropy snaží omezit nejen užívání drog v populaci, ale i navazující problémy, zj. drogovou kriminalitu (DK). K interpretaci statistických dat o drogové trestné činnosti je třeba přistupovat opatrně. Při pohledu na statistiky drogových trestných činů, registrovaných policií,

či osob za drogové trestné činy stíhaných, obžalovaných a odsouzených, lze nabýt dojmu, že DK svým rozsahem nepředstavuje v ČR v kontextu celkové míry trestné činnosti významnější problém. Drogové trestné činy představují dlouhodobě mírně přes 1 % všech u nás policií registrovaných TČ. Podíl osob, odsouzených v ČR za DK, na celkovém počtu odsouzených osob, činí posledních pět let cca 2 %. Přesto nelze problematiku DK bagatelizovat. Charakteristickým rysem DK je vysoká latence. Lze předpokládat, že drogové TČ evidované v oficiálních statistikách jsou pouze malou částí skutečně páchané DK (Trávníčková, Zeman, 2009).

V České republice existuje několik zdrojů informací o tzv. drogových trestných činech. Jedná se především o statistiky Policie ČR (P ČR - ESKK), statistiky Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), statistiky Ministerstva spravedlnosti ČR (státní zastupitelství a soudy). Další informace evidují Probační a mediační služba ČR a Vězeňská služba ČR¹ (Mravčík et al., 2008).

V roce 2007 bylo podle Národní protidrogové centrály (NPC) stíháno pro primární drogovou kriminalitu 2 031 osob, podle statistiky Policie ČR bylo ve stejném období evidováno 2 023 osob obviněných ze spáchání primární drogové kriminality a podle statistiky státních zastupitelství a soudů zpracované Ministerstvem spravedlnosti ČR (MS) 2 282 osob².

Pro porovnání bylo, podle policejních statistik, v roce 2006 v ČR obviněno z drogových trestných činů 2 344 osob, podle statistik MS, obžalováno 2 314 osob a podle statistik NPC stíháno 2 165 osob. Klesající trend počtu trestně stíhaných osob za drogové trestné činy, dle statistik NPC, ESKK a MS, zachycuje tabulka č. 1 (Mravčík et al., 2008).

Tab. 1: Počet trestně stíhaných osob za drogové TČ v letech 2002 - 2007

Statistiky:	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NPC	2 000	2 357	2 157	2 168	2 198	2 031
PČR (ESK)	2 204	2 295	2 149	2 209	2 344	2 023
MS	2 504	3 088	2 944	2 429	2 630	2 282

¹ Tyto instituce používají specifické, navzájem často špatně slučitelné, způsoby sběru dat, což komplikuje analýzu a popis aktuálního stavu drogové kriminality.

² MS eviduje pouze osoby trestně odpovědné.

Podle statistik MS bylo obžalováno za drogové TČ 2 042³ osob. To představuje pokles o 12 % oproti roku 2006 a celkově nejnižší počet obžalovaných osob od r. 2000. Soudy bylo roku 2007 pravomocně odsouzeno 1 382 osob. Počet obžalovaných a odsouzených za drogové TČ v letech 2002 – 2007 ukazuje tabulka č. 2 (Mravčík et al., 2008).

**Tab. 2: Počet obžalovaných a odsouzených za drogové TČ
v letech 2002-2007**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Obžalovaní	2 247	2 737	2 589	2 157	2 314	2 042
Odsouzení	1 216	1 304	1 376	1 326	1 444	1 382

Podíl osob obžalovaných z TČ související s obchodem, distribucí a výrobou drog se od r. 2005 pohybuje stabilně kolem 85 % osob obžalovaných ze všech drogových TČ. Podíl osob obžalovaných v souvislosti s přechováním drog pro vlastní potřebu se v r. 2007 zvýšil na 13 %. Počet obžalovaných za šíření toxikomanie se dlouhodobě výrazně snižuje (Mravčík et al., 2008).

Užívání drog ve vězení

Stejně jako ve společnosti nelze „absolutně vyřešit“ problém užívání nelegálních návykových látek (NL), nelze totéž čekat ani u věznic. Je naivní se domnívat, že ukládáním trestů za užívání nelegálních NL, vynaložením nemalých finančních a personálních zdrojů ve vězeňství, se zabrání pronikání drog do věznic. Nelegální drogy jsou ve věznicích přítomné a vězni je užívají. (Lines et al., 2006). Existuje pro ně trh a na jejich prodeji se dají vydělávat peníze.

Údaje dostupné z mnohých studií poukazují na nadměrné zastoupení uživatelů drog v evropských věznicích v porovnání s běžnou populací. Nejčastější nezákonnou drogou u vězňů je konopí, jehož celoživotní prevalence se odhaduje až 78 %. Některé studie uvádí celoživotní prevalenci heroinu, amfetaminů nebo kokainu mezi vězni v rozmezí 50 -60 % (Statistical Bulletin, 2008).

Odhaduje se, že přibližně 50 % vězňů v EU mělo v anamnéze užívání drog.

³ dle evidenčního systému MS jsou obžalované osoby zaznamenávány do statistik podle jediného typu TČ a to v souvislosti s nejzávažnějším TČ

Alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou (celoživotní prevalence) má 56 % vězňů (Marešová et. al., 2003). Je také známo, že velký podíl problémových uživatelů drog bylo ve vězení. Problémovým uživatelem drog je každá 50. osoba s minimálně jednou zkušeností (Mravčík et. al., 2007). V německé studii (Stark et. al., 2006) bylo zjištěno, že 75 % uvězněných přijímá drogu intravenózně.

Monitoring užití nelegálních psychoaktivních látek ve věznicích v ČR probíhá od října r. 2005 prostřednictvím tzv. rychlých testů⁴. Testování se provádí následujícími způsoby: vstupní testování při nástupu do výkonu vazby či výkonu trestu odnětí svobody na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře, náhodné testování u 5 % obviněných, kteří vykonávají vazbu déle než 4 měsíce, čtvrtletní průběžné náhodné testování 10 % odsouzených, testování v rámci substituční léčby a cílené testování osob, které jsou podezřelé z užití drog (obvinění, odsouzení, zaměstnanci vězeňské služby). V r. 2007 bylo provedeno ve všech věznicích 10 257 testů, z toho 2 191 (21,4 %) bylo pozitivních. V moči obviněných a odsouzených osob byl nejčastěji detekován pervitin (33,6 % pozitivních nálezů), následovaly THC (27,7 %) a benzodiazepiny (23,9 %). Benzodiazepiny však mohou být součástí medikace předepisované lékařem (Mravčík et. al., 2008).

Do věznic se drogy dostávají různými cestami – návštěvy, poštovní zásilky, personál, návrat z práce, přehození přes zeď apod. Mimo nelegálních drog zneužívají vězni nejrůznější těkavé látky a zvláště léky s psychotropními účinky, se kterými se dá i výhodně obchodovat (Marešová et. al., 2000).

Subkultura drogově závislých vězňů si oblíbila všechny skupiny léčiv, které slouží převážně jako náhražky za nedostatkové „klasické“ drogy. Časté je užívání antiastmatik a stimulancií, které slouží ke zvýšení pracovního výkonu, ale i halucinogenů braných za účelem vyvolání neobvyklých zážitků a pocitů. Oblíbená jsou i léčiva, která dodávají vězňům pocit klidu.

Mimo léčiv je ve vězení stále populární náhražkovou drogou „magorák“ - silný odvar čaje kombinovaný s dýmkovým tabákem (vězni musí často vystačit se zbytky z vajglů). Tzv. řezaný magorák obsahuje všemožná léčiva, zj. analgetika. Podle zjištění nemá magorák výraznější psychotropní účinky, vězňům spíše slouží jako rituál vaření i pití a zpříjemňuje a krátí čas.

Další skupinu tvoří tzv. kvašáky, alkoholické nápoje pochybné kvality i chuti,

⁴ orientační vyšetření moči testovacími proužky

připravované zkvašením často z nakradeného cukru, chleba a brambor z kuchyně. Nejsou však mezi vězni příliš oblíbeny, neboť jsou příslušníky vězeňské služby odhaleni dříve než je mohou použít.

Ve vězení je možno setkat se i s tzv. kulery, s rozmanitými nápoji, připravovanými např. s přídavkem Ironu. Mohou vznikat i vařením pasty na parkety či linolea a následnou kondenzací par (Marešová et. al., 2003).

Užívání drog ve vězení představuje riziko nejen pro samotné vězně, ale i pro veřejné zdraví a pro bezpečnost věznice. Zneužívání drog je považováno za jeden ze tří hlavních zdravotních problémů v současné době, se kterým se potýkají vězeňské systémy po celé Evropě. Zvýšené riziko přenosu HIV/AIDS a virových hepatitid ve vězení bylo zaznamenáno v mnoha zemích, např. v USA, Kanadě, Řecku, Německu, Belgii atd.

Užívání drog ve vězení je spojeno se šikanou, útoky, korupcí vězeňského personálu a dalšími hrozbami pro bezpečnost, jako je např. přítomnost mobilních telefonů. Telefony mohou být pašovány do vězení pro usnadnění obchodování s drogami, ale pak mohou být použity také pro plánování útěků a dalších kriminálních aktivit.

Problematika drogové závislosti na opiátech

Základní terminologie rozlišuje úzus psychoaktivní látky⁵ (prosté jednorázové užití nebo i opakované užití, které nevede k žádnému signifikantnímu poškození uživatele), dále její škodlivé užívání (synonyma abúzus, užívání dysfunkční, rizikové, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a syndrom závislosti na ní (Jeřábek, 2008).

Závislost a syndrom závislosti je definován, podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, jako soubor behaviorálních (týkajících se chování), kognitivních (týkajících se rozpoznávání) a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky. Ústřední charakteristikou závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. U závislého je typické pokračovat v užívání za všech okolností a zvyšovat dávku.

Diagnóza syndromu závislosti se, dle MKN-10, stanovuje, pokud po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně v kratších obdobích během posledních dvanácti měsíců, došlo nejméně ke třem z následujících jevů:

- silná touha nebo puzení užívat látku (craving),
- potíže v kontrole užívání látky,
- tělesný odvykací stav (užívání látky s úmyslem zmenšit jeho příznaky),
- průkaz tolerance k účinku látky (vyžadování vyšších dávek),
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Nešpor, 2003).

Závislost na opiátech je stav, způsobený změnou neurochemického prostředí a receptorů v mozku. V důsledku této změny jsou opiáty pro organismus stejnou biologickou nutností jako potřeba jíst nebo dýchat (Verster, Bunning, 2003).

Definice a charakteristika

Opioidy jsou tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti nebo jako léky proti kašli (tlumí kašlací

⁵ psychoaktivní látka je návyková psychotropní látka, která je u člověka schopna vyvolat syndrom závislosti, a to uplatněním svého návykového potenciálu.

reflex). Přírodními zástupci jsou alkaloidy morfin a kodein, z polosyntetických a syntetických látek pak heroin, metadon, buprenorfin a v ČR také braun.

Mechanismus účinku je zprostředkován vazbou na specifické receptory pro endogenní opioidy. Typický efekt je spojen s receptorem μ (mí-receptor) – působí analgeticky, způsobuje euforii, sedaci, útlum dechového centra a je nejdůležitější pro vznik závislosti.

Podle poměru síly vazby k receptoru (afinity) a efektivity vazby na receptor (vnitřní aktivita) se opioidy dělí do následujících skupin:

- agonisté (váží se na receptor a plně jej aktivují – morfin, heroin, metadon),
- částeční antagonisté (váží se na receptor, aktivují jej jen částečně – buprenorfin),
- antagonisté (váží se, ale neaktivují, blokují receptor, tj. zabrání účinku jiného opioidu, užívají se jako antidotum – naloxon) (Minařík, 2003).

Možná aplikace opioidů je intranazální, inhalace po zahřátí na alobalu, kouření v cigaretách nebo požití per os či sublingválně u buprenorfinu, kde je perorální aplikace neúčinná, ale nejtypičtěji se aplikují intravenózně (nejrizikovější aplikace).

Uživatel od opioidů očekává zklidnění a příjemnou euforii, jenž může být doprovázena pocitem tepla a snížením vnímání tělesných pocitů. Ke většině činností je intoxikovaný buď lhostejný nebo je vnímá příjemně. Mohou však vyvolat i dysforii, jenž je, hlavně u žen, spojena s nevolností, zvracením a neschopností koncentrace (Minařík, 2008).

Mezi krátkodobé účinky je možno zařadit např. povšechný útlum nervového systému, rozšíření cév (vasodilatace), zpomalení frekvence srdeční činnosti, pokles krevního tlaku, zpomalení dechové frekvence a snížení dechového objemu, pokles tělesné teploty, zúžení zornic (mióza), zácpa, pokles plodnosti u žen. Vondráček (1971) udává typické poškrabování se po celém těle, a to dokonce i při ztrátě vědomí.

K dlouhodobých účinkům patří vznik psychické i somatické závislosti, která se rozvíjí již po několika týdnech nebo nejpozději do několika měsíců užívání, a poškození organismu v souvislosti s nežádoucími účinky a poklesem citlivosti k bolesti.

Psychická složka závislosti je charakterizována ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným dychtěním pro droze, somatickou součástí je vzestup tolerance a tím i potřeba stále vyšších dávek.

Odvykací stav se objevuje v rozmezí hodin až dní. Jeho hlavními příznaky jsou, v lehčích případech, bolest břicha, průjmy, neklid, nespavost, a v těžších případech pocení, zvýšení teploty, slzení, mydriáza, pokles krevního tlaku, úporná nespavost, poruchy řeči, třesy, nechutenství a dehydratace. Může však dojít i ke kolapsu a úmrtí. Pro odvykací stav je podstatná dávka a pravidelnost užívání.

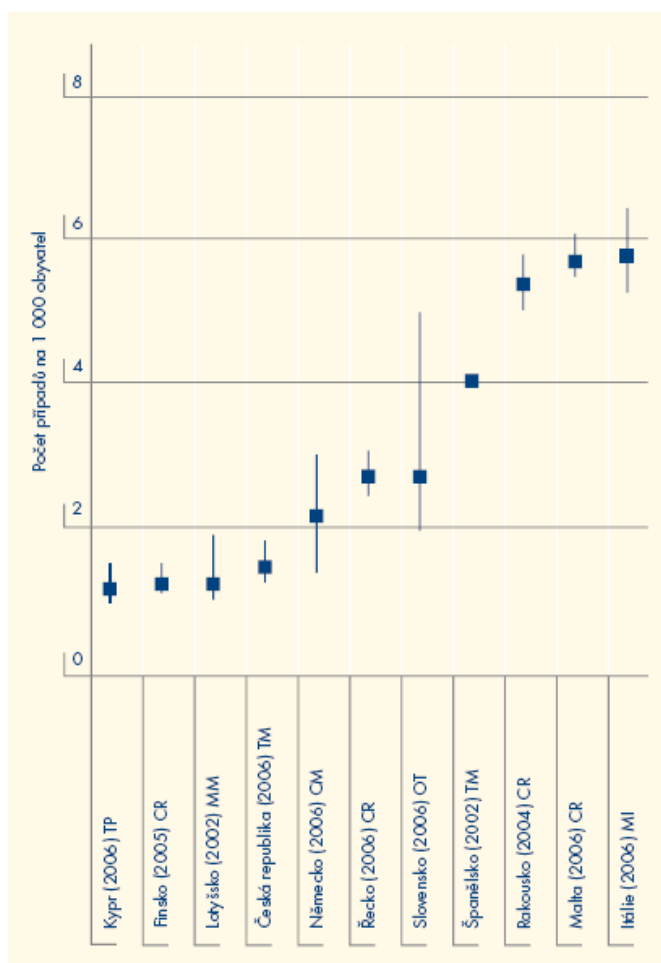
Je pro ně charakteristická malá terapeutická šíře. Častou příčinou předávkování bývá malý rozdíl mezi dávkou účinnou a smrtelnou. Jeho příčinou však může být, po dobrovolné či vynucené detoxifikaci, i pokles tolerance (Dvořáček, 2008).

Epidemiologie

Většina opiátů patří mezi nelegální drogy, proto je jejich užívání často skryté a odhad počtu uživatelů opiátů nebo osob závislých na opiátech je obtížné stanovit. Každoročně jsou zveřejňovány Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) odhady počtu uživatelů opiátů v jednotlivých členských zemích Evropské unie.

Nejnižší, dobře zdokumentované, odhady problémového užívání opiátů pochází z Kypru, Lotyšska, České republiky a Finska (v ČR a ve Finsku je vysoký počet problémových uživatelů amfetaminů), zatímco nejvyšší odhady pochází z Malty, Rakouska a Itálie. Podrobně v obrázku č. 1 (EMCDDA, 2008).

**Obr. 1: Odhady roční prevalence problémového užívání opiátů
(počet případů na 1 000 obyvatel ve věku 15-64 let)**



Problémovým užíváním drog je injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. V ČR se jedná především o heroin, Subutex[®] a metamfetamin (pervitin), sezónně dochází k užívání opia. Užívání kokainu je stále na velmi nízké úrovni.

Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2007 mírně stoupl ze 30,2 tisíc na cca 30,9 tisíce (z toho je 20,9 tisíce uživatelů pervitinu a cca 10 tisíc uživatelů opiátů). Injekčně drogy užívá cca 29,5 tisíce osob, což je většina uživatelů pervitinu i opiátů.

Prevalenční odhady⁶ problémových uživatel drog v letech 2002 – 2007 zachycuje tabulka č. 1. Oblasti, kde je nejvyšší počet problémových uživatelů, jsou

⁶ Prevalenční odhady jsou provedené pomocí multiplikační metody s využitím dat z nízkoprahových zařízení.

Praha a Ústecký kraj, zároveň se jedná o oblasti s nejvyšším výskytem užívání opiátů – heroinu a Subutexu® (Mravčík et. al., 2008).

Tab. 3: Prevalenční odhady problémového užívání drog v letech 2002 – 2007

Rok	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů	Počet uživatelů pervitinu	Počet injekčních uživatelů
2002	35 100	13 300	21 800	31 700
2003	29 000	10 200	18 800	27 800
2004	30 000	9 700	20 300	27 000
2005	31 800	11 300	20 500	29 800
2006	30 200	10 500	19 700	29 000
2007	30 900	10 000	20 900	29 500

Problémy způsobené užíváním opiátů

Drogová závislost je komplexní stav zahrnující sociální, psychologické a biologické komponenty. Uživatelé se liší nejen rozdíly mezi užívanou drogou a mírou jejího užívání, ale také podle způsobu užívání. S nejrizikovějším stylem užívání drog se setkáme u závislých uživatelů opiátů, kteří denně po mnoho let užívají drogy injekčně. U dané skupiny se objevuje vysoká úmrtnost v důsledku HIV/AIDS nebo hepatitidy, předávkování, sebevražd či úrazů.

Závislost na opiátech může působit sociální, zdravotní a ekonomické problémy, velkou měrou přispívá k chudobě, kriminalitě a rozpadu rodin. Uživatelé opiátů vykazují vyšší míru nezaměstnanosti a nižší dosažené vzdělání.

K nejzávažnějším zdravotním následkům užívání drog patří infekční nemoci jako např. HIV, hepatitida typu B a C. Infekce se může mezi uživateli dále šířit kontaminovanými jehlami a materiálem a do obecné populace prostřednictvím sexuálních partnerů uživatelů drog a přenosem z matky-uživatelky na dítě.

I v zemích s nízkou prevalencí HIV mohou být injekční uživatelé postiženi jinými infekčními nemocemi jako např. hepatitidou typu A, B a C, sexuálně přenosnými nemocemi, tuberkulózou, tetanem apod. (NMS, 2005).

Substituční léčba

Základním principem substituce je náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované nelegální látky (drogy) s krátkodobým účinkem, často s toxickými příměsemi a neznámou koncentrací účinné látky, jinou látkou s výhodnějším profilem - dlouhodobým účinkem v organismu, s definovanou koncentrací, bez toxických účinků a příměsí, užívanou perorálně (výjimečně jiným způsobem) a podávanou pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně).

Jedná se o udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude klient objektivně i subjektivně schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce co nejdůsledněji a nejúspěšněji udržet a zlepšit klientův somatický a psychický stav.

Nástrojem této léčby je podávání (předepisování nebo podávání ke konzumaci pod dozorem či bez něj) substituční látky v množstvích, která efektivně potlačují klientovy abstinenci příznaky a umožňují mu vést všestranně plnohodnotný stabilní život (Popov, 2003).

Standard substituční léčby

Standard substituční léčby byl zveřejněn ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR v dubnu 2001, částka 4. Vzhledem ke změnám právních norem v dané oblasti (platnost zákona č. 379/2005 Sb. a zákona č. 223/2003 Sb.), byla nutná jeho aktualizace, na které se podíleli MUDr. Petr Popov, MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D. a další členové SNN ČLS JEP⁷. Aktualizace vyšla ve Věstníku MZ ČR v květnu 2008, částka 3 a zohlednily se v ní poznatky z praxe a nejmodernější poznatky lékařské vědy v dané problematice.

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

Substituční léčba závislosti na opioidech lege artis je léčba, která splňuje postupy uvedené v tomto standardu a používá výhradně substituční látky – methadone a buprenorphine. Při zahájení substituční léčby (s výjimkou minimální substituční léčby), ať methadonem nebo buprenorphinem, je lékař povinen sdělit

⁷ Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně

tuto skutečnost neprodleně (tj. nejpozději do dvou pracovních dnů) Národnímu registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, ve smyslu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2008, str. 14).

Cíle substituční léčby

Cílem každé protidrogové léčby je pomoci lidem znovu dosáhnout kontroly nad svým životem.

Primárním, nebo lépe řečeno, dlouhodobým cílem substituční léčby je omezit a později, až je klient připraven, ukončit užívání nelegální opiátové drogy, velmi často aplikované intravenózně (postup směřující k abstinenci) a tím redukovat kriminální chování. Sekundárním (nikoliv však méně významným) cílem, který vychází z koncepce veřejného zdraví a filosofie „harm reduction“, je snížení zdravotních a sociálních rizik spojených s abusem původní drogy. V neposlední řadě je substituční léčba také součástí komplexní léčby infekčních onemocnění.

Verster a Bunning (2003) shrnují cíle substituční léčby následovně:

- pomoci pacientům, aby zůstali zdraví až do doby, než budou díky vhodné léčbě a podpoře schopni začít žít bez nelegálních drog,
- omezit pacientovo užívání nelegálních nebo nepředepsaných drog a řešit problémy s tím spojené,
- omezit nebezpečí související se zneužíváním nelegálních drog – zvláště riziko úmrtí předávkováním a riziko infekce HIV, hepatitidy typu B a C a jiných krevně přenosných infekcí prostřednictvím injekčního užívání a sdílení injekčního vybavení,
- zkrátit trvání období zneužívání nelegálních drog,
- snížit pravděpodobnost budoucí recidivy zneužívání drog,
- snížit potřebu páchat trestnou činnost v rámci obstarávání prostředků na zneužívání drog,
- pokud je to vhodné, stabilizovat pacienta na substituční látce a zmírnit tak abstinenci příznaky,
- zlepšit zapojení do jiného typu léčby,

- zlepšit celkové fungování člověka samotného, jeho sociální integraci a rodinný život.

Typy substituční léčby

Typy substituční léčby můžeme, dle Standardu substituční léčby (2008), rozdělit na minimální, základní, rozšířenou a komplexní substituční léčbu.

Minimální substituční léčba

Omezuje se na poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky bez další specifické terapie nebo poradenství. Využívá se hlavně ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací. Lze ji rozdělit podle délky trvání na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou (udržovací).

1. Krátkodobá substituční léčba (dny až týdny)

Je realizována nejčastěji během hospitalizace a bývá indikována především v emergentních stavech jakou jsou např. akutní stavy pacientů jiných typů substituční léčby, plánované diagnostické nebo terapeutické výkony pacientů jiných typů substituční léčby, cesty mimo místo trvalého bydliště (pracovní, rehabilitační, rekreační).

2. Střednědobá substituční léčba (týdny až měsíce)

Je prováděna během ústavní léčby, někdy ambulantně. Jejím cílem je stabilizace účastníka před další léčbou, zj. abstinčně orientovanou.

3. Dlouhodobá (udržovací) substituční léčba (měsíce až roky)

Většinou je realizována ambulantní formou, např. metadonová či buprenorfinová substituce u klientů, závislých na opioidech. Cílem je dlouhodobá stabilizace, buď doživotní záležitost nebo abstinence až v horizontu let.

Základní substituční léčba

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

a psychosociálním servisem.

Jedná se o nejčastější formu substituční léčby, poskytovanou především v případech, kdy pacient není schopen či ochoten využít služeb komplexní substituční léčby nebo není tato služba místně dostupná.

Typicky je poskytována v ambulancích všeobecných lékařů, resp. lékařů jiných specializací než psychiatrie/adiktologie. Poskytuje ji např. Drop-in. Zároveň je nejnižším možným standardem pro poskytování substituční léčby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody.

Rozšířená substituční léčba

Poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky, jenž je doplněné zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím, které může být, v případě interní nedostupnosti, zajištěno externě. Poskytuje se pod supervizí specializovaného pracoviště pro substituční léčby.

Komplexní substituční léčba

Poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky a služby podle „Základní substituční léčby“ jsou rozšířeny o nabídku dalších služeb poskytované v rámci zařízení. Jedná se např. o:

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

Substituční přípravky

K substituční léčbě se v České republice používají metadon a buprenorfin.

Metadon

Metadon je syntetický opioidový agonista, jenž je schopen nahradit i vysoké dávky heroinu (jiného opiátu). Narozdíl od buprenorfinu, který je vhodný spíše pro pacienty na nižších dávkách. Byl objeven v roce 1937 (Německo). V roce 1942 bylo zjištěno, že má analgetické a spasmolytické⁸ účinky. Poté byl předán armádě, aby zjistila jeho další účinky. Po druhé světové válce ho objevila americká špionážní služba při průzkumu objevů německého průmyslu. Zprvu byl využíván jako součást léků proti kašli, v 60. letech jej američtí lékaři Vincent Dole a Marie Nyswanderová začali používat při substituční léčbě závislosti na opioidech. V následujících letech se metadon rozšířil po celém světě a od roku 1997 je u nás regulérně k dostání (NMS, 2005).

Je vhodný pro dlouhodobou substituční léčbu. Jako ostatní opiáty je relativně jednoduchou sloučeninou a na svého uživatele působí komplexně. Jeho biologický poločas je okolo 25 hodin, stačí ho proto užívat jedenkrát denně (Rodgers et al., 1999).

Vyrábí se pouze pro lékařské účely a je tedy legální (Minařík, 2003). Existuje několik forem a typů předepisovaného metadonu jako např. tablety, injekce, ale nejčastěji se používá v roztoku o koncentraci 1mg/1ml. U nás se užívá ve formě roztoku určeného k vypití, což umožňuje snadnou kontrolu nad způsobem užívání a užívanou dávkou (v případě, že pacient dochází denně), proto je vhodnější pro hůře spolupracující pacienty. Pokud s ním však kombinují alkohol, hypnotika, jiné opiáty, je bezpečnější buprenorfin, kdy vhodným řešením může být Suboxone (Bečka, 2008a).

Metadon je pro pacienty zdarma, stejně jako s ním spojená péče (vyjma regulačních poplatků) (Bečka, 2008a).

Má mnoho účinků na centrální nervový systém jako např. euforie, utlumení bolesti, ospalost, nevolnost, respirační útlum, útlum kašlacího reflexu apod., velmi vysoké dávky mohou velmi vzácně vyvolat křeče.

Mohutně působí i na periferní nervový systém – sucho v ústech, očích a nose, zácpa, nevolnost, mióza (stažení zornic).

Dlouhodobí uživatelé metadonu si často stěžují na zvýšenou potivost. Možnými problémy při užívání metadonu v těhotenství zřejmě jsou nízká porodní

⁸ lék uvolňující křeče (Kraus, 2005)

váha a abstinenční syndrom novorozence.

Hlavní dlouhodobé problémy způsobené metadonem jsou kazivost zubů, zácpy a náhodná předávkování, což je, ve srovnání s mnoha jinými předepisovanými léky, relativně málo (Preston, 1999).

Buprenorfin

Buprenorfin je syntetický opioid, částečný agonista a částečný antagonist. Do praxe byl uveden jako analgetikum v 70. letech 20. století (USA), od 90. let 20. století byl zaregistrován pro léčbu závislostí na opioidech (USA, Francie). V České republice se užívá k substituční léčbě od roku 2001.

Je vhodný pro dlouhodobou substituční léčbu a navíc i pro detoxifikaci. Užívá se i pro krátkodobou substituci (týdny až měsíce), např. před zahájením jiné léčby. V tomto případě je vhodnější než metadon. Jeho biologický je okolo 20-25 hodin. U některých pacientů stačí užívat i jednu dávku za dva dny. U nás je dostupný v lékárnách ve dvou formách – Subutex 2mg a 8 mg tbl., musí být předepsán na zvláštním receptu a mohou ho předepsat lékaři všech odborností.

Podává se ve formě tablet určených k rozpuštění pod jazykem. V tomto případě je obtížnější kontrola nad způsobem užívání a užívanou látkou. Naprostě většině léčených pacientů u nás se vydávají recepty a oni užívají preparát sami.

Pacient si buprenorfin musí hradit sám, je relativně drahý (dávky 2-16mg stojí okolo 1300 až 8000 Kč měsíčně) (Bečka, 2008b).

U užívání buprenorfinu hrozí riziko, že ho pacienti budou užívat nitrožilně, čímž je nesplněno jedno z hlavních kritérií - bezpečný způsob užívání. Proto byl vyvinut preparát Suboxone (2/0,5 mg a 8/2mg), který kombinuje buprenorfin s naloxonem, jenž v případě i. v. užití vyvolá odvykací stav. Na trh byl uveden nejprve v USA a v Austrálii (červen 2005), u nás v roce 2008 (Verster, Bunning, 2007).

Efektivita substituční léčby

Substituční léčba je účinná pro jednotlivé pacienty i pro celou společnost. Přispívá ke zlepšování veřejného zdraví, zj. snižuje počet akutních lékařských

výkonů při předávkování drogami, snižuje počet hospitalizací a pomáhá zastavit šíření HIV, hepatitidy a jiných krevně přenosných virů. Dále snižuje kriminalitu spojenou s dovozem a výrobou nelegálních drog a výdaje na sociální péči o uživatele drog a jejich rodinné příslušníky.

Substituční léčba má prokázanou vysokou ekonomickou efektivitu. Národní výzkumná studie výsledků léčby (NTORS) ve Velké Británii zjistila, že návratnost 1 britské libry (1,5 euro) vydané na léčbu dosahuje více než 3 libry (4,5 euro). Zvýšení výdajů na léčebné intervence o 1,6 milionů liber (2,4 mil. euro) přineslo okamžitou úsporu 4,2 milionů liber (6,3 mil. euro) díky snížení škod způsobených trestnými činy a úsporu dalšího milionu liber (1,5 mil. euro) na nákladech trestněprávního systému. Celkové snížení společenských nákladů však může být ještě podstatně vyšší (Gossop et al., 1998).

Investice do substituční terapie závislosti na opiátech snižují negativní zdravotní a sociální důsledky jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost. Investované peníze do léčby se vrátí na úsporách nákladů trestněprávního systému i v sektoru veřejného zdraví.

Kvalitní substituční terapie tak může ušetřit mnoho jiných výdajů v oblasti zdravotní péče či sociálního zabezpečení.

Legislativní rámec substituční léčby v ČR

Právní dokumenty upravující substituční léčbu

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů,
- Vyhláška č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje vývozní povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekusorů a o dokumentaci návykových látek,

- Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků,
- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Tento zákon upravuje obecný rámec zajišťování léčebné a preventivní péče, druhy a úkoly zdravotnických zařízení apod. Obecně také upravuje spolupráci ministerstva zdravotnictví ČR s profesními organizacemi a NNO, zj. při tvorbě obecně závazných právních předpisů z oblasti zdravotnictví.

V příloze tohoto zákona je upraven Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, v němž jsou zpracovány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta, údaje související se zdravotním stavem uživatele substituční látky a údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení předávajícího údaje o substituční léčbě do NZIS a zdravotnického zařízení, do kterého byla předána zdravotnická dokumentace pacienta po ukončení substituční léčby. Data se vkládají se souhlasem pacienta. Po uplynutí 20 let od roku nahlášení jsou osobní údaje anonymizovány. (NMS, 2006).

Zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 223/2003 Sb., částka 79 Sb. – změna oproti předchozímu: flunitrazepam, buprenorfin se stávají dnem 30. 8. 2003 psychotropními látkami zařazenými do seznamu II podle Úmluvy o psychotropních látkách a vztahují se na ně všechny předpisy o zacházení s omamnými a psychotropními látkami (MVCR, 2003).

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

Tento zákon v § 20 garantuje osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol, nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým poskytování odborné péče, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví. Také upravuje zařízení, ve kterých je tato péče poskytována, a technické, organizační

a personální podmínky jejího poskytování. Paragraf také podává výčet a definice jednotlivých typů odborné péče včetně substituční léčby:

„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; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu“. (MVCR, 2005).

Vyhláška č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje vývozní povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekursorů a o dokumentaci návykových látek

Tato vyhláška stanovuje mimo jiné podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekursorů a o dokumentaci návykových látek. (MVCR, 1998).

Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků

Stanovuje mimo jiné podrobnosti o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků. (MVCR, 2006).

Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR

- částka 5/2000 – upravuje podmínky výdeje a hrazení substituční látky
- částka 6/2000 – upravuje podmínky pro dovoz a vývoz této látky pacienty
- částka 3/2008 – Standard substituční léčby

Substituční terapie ve vězení/ve vazební věznici

Léčba metadonem jako náhrada nelegálně užívaných opiátů byla přijata v řadě vězeňských systémů na celém světě. Je považována za preventivní strategii v boji proti šíření HIV/AIDS. Umožňuje lidem závislých na drogách návrat do běžného života.

Substituční udržovací terapie je jednou z nejefektivnějších možností léčby závislosti na opiátech. Snižuje vysoké náklady spojené se závislostí na opiátech a to nejen jednotlivcům, jejich rodinám, ale i celé společnosti (Jürgens, 1996).

Metadonové programy se v posledních letech rychle rozšířily v mnoha zemích a mnoho mezinárodních i národních organizací doporučuje zavedení nebo rozšíření metadonové udržovací terapie ve věznicích. Tyto organizace naznačily, že metadon je jednou z nejlepších dostupných možností k zabránění sdílení jehel ve věznicích, kvůli naléhavosti snížení HIV-pozitivity u drogově závislých vězňů (WHO, 2005).

Vývoj substituční léčby ve vězení v EU

Substituční léčba je poskytována, od roku 1998, ve věznicích v Dánsku, Německu, Španělsku, Francii, Irsku, Rakousku a Portugalsku. Od té doby se tato léčba rychle rozšiřovala, jak z hlediska počtu klientů, tak z hlediska používané látky. Léčba je samozřejmě doplňována sociálními službami, zdravotními službami a službami pro drogově závislé. I přes celkové rozšíření substituční léčby ve věznicích, se její dostupnost liší jak uvnitř, tak mezi členskými státy (EMCDDA, 1998 a 2000).

Většina věznic využívá tuto léčbu pro těhotné uživatelky drog, osoby s dlouhou kariérou závislosti nebo těžkými psychickými či fyzickými problémy. Vězni z metadonové substituce jsou většinou vyloučeni z bezdrogové zóny. Zahájení substituční léčby ve věznicích je vzácné, i když je to právně možné ve většině zemí. Hlavní výjimkou je Španělsko, kde počty klientů substituční léčby na svobodě odpovídají počtům klientů uvnitř věznice (EMCDDA, 2002).

Ve většině zemí není dostupnost substituční léčby ve věznicích stejná jako mimo ně. Pouze ve Španělsku je velmi rozšířená, účastní se jí 18 % všech vězňů,

což je 82 % problémových uživatelů drog ve vězení. Rozsah této léčby je také v Lucembursku. V Polsku byl zaveden první program metadonové léčby pro 14 klientů ve vyšetřovací vazbě (EMCDDA, 2005).

Substituční léčba ve věznicích je oficiálně dostupná ve všech zemích kromě Bulharska, Estonska, Lotyšska, Litvy, Kypru, Slovenska a Turecka. V mnoha zemích je však celková dostupnost této možnosti léčby omezená (EMCDDA, 2008).

Vývoj substituční léčby ve vězení v ČR

Substituční léčba ve vězení byla zahájena 1. dubna 2006 jako pilotní program ve Vazební věznici Praha Pankrác a Věznici Příbram. Pilotní projekt probíhal ve zmíněných věznicích od dubna 2006 do dubna 2007. Aby bylo zajištěno poskytování substituční léčby ve vězení, zřídilo se při Nemocnici s poliklinikou vazební věznice Centrum substituční terapie. Je zařazeno do center poskytujících substituční terapii evidovaných Ministerstvem zdravotnictví ČR a řídí se zákonem o výkonu trestu odnětí svobody, Standardem substituční léčby, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR a vnitřními předpisy vězeňské služby, které řeší zajištění poskytování léčby metadonem.

Celková kapacita pro tuto léčbu je ve vazební věznici maximálně 20 odsouzených. Od začátku pilotního projektu využilo tuto léčbu 39 lidí, z toho pouze jedna žena. Mimo jediného odsouzeného, který užíval Subutex a sám si ho hradil, byli všichni ostatní zařazeni do metadonového programu. Pouze ve dvou případech došlo k porušení Terapeutické smlouvy zneužíváním neordinovaných léků (oba byli vyřazeni z léčby) a jednou byla léčba ukončena na vlastní žádost.

České vězeňství se díky tomuto pilotnímu programu přiblížilo evropským vězeňským systémům, které s touto léčbou mají podstatně delší zkušenosti (Kodešová, Hájková, 2007).

V roce 2006 bylo do projektu substituční léčby zařazeno 11 odsouzených ze 167 vyšetřovaných, kteří přišli do psychiatrické ordinace s problematikou závislosti na drogách. Z toho 4 byli k léčbě přemístěni do Věznice Příbram. (Mravčík et al., 2007).

V roce 2007 prošlo substitučními programy ve věznicích 12 osob, z toho 9 osob ve vazební věznici Praha Pankrác a 3 ve Věznici Příbram.

Po vyhodnocení pilotního projektu substituční léčby problémových uživatelů opiátů, bylo v dubnu 2007 rozhodnuto o dalším pokračování a rozšíření tohoto druhu léčby. Byly vytipovány 3 nové vazební věznice (Praha Ruzyně, Litoměřice, Brno) a 5 věznic (Rýnovice, Ostrava, Opava, Kuřim, Břeclav), kde byla v r. 2008 substituční léčba zahájena. Pro léčbu mužů jsou určeny 4 programy, 6 programů bude sloužit i ženám. Substituční léčbu mohou využívat obvinění zařazení do výkonu vazby a odsouzení ve všech typech věznic (Mravčík et al., 2008).

Význam substitučních programů

Přístup vězňů ke zdravotnickým službám a práva vězňů jsou zakotvena v řadě mezinárodněprávních dokumentů (např. Všeobecná deklarace lidských práv Organizace spojených národů, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod atd.), které jsou významné v kontextu injekčního užívání drog a přenosu HIV/AIDS a VHC ve věznicích. Vězňům náleží veškerá občanská práva, která jim nejsou odňata výslovně nebo nutným následkem ztráty svobody vyplývajícím z uvěznění (Lines et. al., 2006).

Zlepšení zdraví vězňů a snížení výskytu přenosných chorob je přínosné nejen pro samotné vězně a jejich rodinné příslušníky, ale i pro pracovníky vězeňského personálu.

Vězni mají právo, v rámci jejich lidských práv, na bezplatnou zdravotní péči, která je alespoň rovnocenná s péčí, kterou má k dispozici běžná populace. Poskytování zdravotní péče není jen základním lidským právem, ale také efektivní a bezpečnou intervencí, v rámci HIV/AIDS a virových hepatitid.

Harm reduction přístup v žádném případě neomlouvá užívání nelegálních drog, ale vychází z předpokladu, že dosažitelnějším cílem je omezení šíření krví přenášených nemocí a snížení počtu úmrtí z předávkování než zamezení užívání nelegálních drog.

Substituční metadonová léčba představuje důležitou alternativu pro injekční uživatele drog ve věznicích, kteří chtějí přestat injekčně užívat heroin. Umožňuje

uživatelům drog udržovat a zlepšovat svůj celkový stav.

Existuje dostatek důkazů na podporu účinnosti metadonové udržovací léčby (MMT), která snižuje riziko šíření nákazy HIV/AIDS a virové hepatitidy. Vědecké poznatky ukazují, že substituční léčba je účinná při snižování nedovoleného užívání opiátů, snižování trestné činnosti spojené s užíváním opiátů, přecházení úmrtí v důsledku předávkování a prevenci HIV infekce. Další důkazy rovněž svědčí o tom, že MMT zlepšuje celkový zdravotní stav uživatelů drog, kteří jsou HIV-pozitivní (Stöver et. al., 2008).

Substituční léčba má řadu dalších výhod, včetně stabilizace uživatelů drog a zlepšení sociálního fungování.

Existují pádné důvody pro vězeňské systémy, aby zvážily zavedení substituční terapie. Význam využití substituční terapie je velmi velký, WHO uvádí:

- snížení míry sebevraždy a sebepoškozování během doby odvykání závislosti na droze mezi uvězněnými problematickým uživateli drog a závislými osobami,
- snižuje riziko smrtelného předávkování po propuštění z vězení,
- snížení násilí vůči zaměstnancům a ostatním vězňům,
- přináší možnost snáze poskytnout klinické služby na standardní rovnocenné mezinárodně dohodnuté úrovni (WHO, 2005).

Rizikové chování

Riziko nákazy HIV a VHC ve vězení zvyšuje sdílení jehel mezi intravenózními uživateli drog. Jedná se o vysoce rizikovou činnost, z důvodu přítomnosti krve v jehlách po vpichu.

Sdílení jehel a opakované používání injekčních stříkaček se děje v důsledku jejich nedostatku, neboť bývá velmi obtížné je do věznice propašovat.

Někdy je náčiní používané k injekční aplikaci drog vyrobené z běžně dostupného materiálu, což vede k poškození cév, vzniku jizev a k infekcím v místě vpichu a jinde (Lines et. al., 2006).

Infekční onemocnění

Mezi infekční onemocnění, nejčastěji spojená s injekčním užíváním drog, patří HIV/AIDS a virová hepatitida typu C.

Odhaduje se, že 13,2 milionů lidí na celém světě užívá injekčně drogy, včetně 3,3 – 5,4 milionů v Evropě a střední Asii. Nejvíce šokujícím rysem epidemie je věk infikovaných lidí, více jak 80 % jsou lidé mladší 30 let (EURO, 2004).

Význam injekčního užívání drog, které přispívá k šíření epidemie HIV, je dobře zdokumentován. Věznice jsou velmi vysoce riziková prostředí pro přenos HIV kvůli přelidnění, špatné výživě, omezenému přístupu ke zdravotní péči, užívání nelegálních drog, nebezpečným způsobům injekční aplikace, nechráněnému pohlavnímu styku a tetování. Mnoho lidí ve vězeních pochází z okrajových skupin obyvatelstva, jakou jsou např. injekční uživatelé drog. Ve většině případů je vysoká míra infekce HIV ve vězení spojena se sdílením injekčního náčiní, jenž je vždy vyšší ve věznicích než mezi uživateli drog mimo vězení, a s nechráněným pohlavním stykem (WHO, 2005).

Ve většině zemí v Evropě a střední Asii je míra infekce HIV/AIDS mnohem vyšší mezi vězni než mezi obyvateli mimo vězení. Prevalence HIV má ve věznicích úzkou souvislost jednak s počtem vězňů, kteří injekčně užívali drogy už před svým nástupem do věznice a jednak s výskytem HIV mezi lidmi, kteří injekčně užívají drogy v prostředí mimo věznici. Výskyt HIV ve vězeňské populaci byl zaznamenán v mnoha zemích. Ve Španělsku podle odhadů dosahuje celkové procento vězňů infikovaných virem HIV 16,6 %, v Itálii byl hlášen výskyt 17 %, v Portugalsku 11 %. Oproti tomu některé evropské země, jako např. Belgie, Finsko, Island, Irsko a některé spolkové země Německa, vykazují nižší prevalenci HIV. Např. v Anglii, díky včasným preventivním opatřením v počátcích epidemie, je míra prevalence HIV mezi vězni pod 1 %. V zemích středí a východní Evropy a bývalého Sovětského svazu narůstají obavy z vysokého počtu případů nákazy virem HIV mezi lidmi, kteří injekčně užívají drogy a mezi vězni. Na Ukrajině se odhaduje, že 7 % vězeňské populace je HIV pozitivní, v Estonku 12 %. V Lotyšsku se odhaduje, že jedna čtvrtina všech HIV pozitivních osob se nakazila během svého pobytu ve věznicích. V Litvě je HIV pozitivních 15 % celkové vězeňské populace (WHO, 2005).

Již tak dost těžkou situaci zhoršuje vysoký podíl osob nakažených tuberkulózou (často mnohočetně rezistentní), pohlavně přenosnými infekcemi a virovými hepatitidami B a C. Tuberkulózu má 30 % injekčních uživatelů v západní Evropě, 25 % ve střední Evropě a více než 50 % ve východní Evropě (EMCDDA, 2003).

Infekce virem hepatitidy typu C (VHC), další krví přenosná virová infekce, jenž se může přenášet sdílenými injekčními jehlami, má ve vězeňské populaci na celém světě endemický výskyt. V mnoha zemích zastiňují vyšší počty případů VHC vysoký výskyt případů HIV ve vězeňské populaci.

V publikovaných studiích se uvádí, že „20 % až 40 % vězňů žije s VHC a že v rámci sledovaných vzorků je prevalence VHC mezi vězni pravidelně injekčně užívajícími drogy dvakrát až třikrát vyšší než u vězňů, kteří nemají žádnou historii injekčního užívání drog“ (WHO, 2005, str. 3).

Program substituční terapie

Odsouzení se zařazují do programu na základě psychiatrického vyšetření. Mezi pacientem a zdravotnickým zařízením Vězeňské služby (VS) je před započítím substituční terapie uzavřena písemná Terapeutická smlouva, která se vyhotoví ve dvou výtiscích (jeden je nedílnou součástí zdravotní dokumentace substituční léčby, druhý je odsouzeného). Ve smlouvě se pevně stanoví kontroly, které se konají po dohodě lékaře a pacienta.

Zdravotní dokumentace obsahuje: vstupní a kontrolní psychiatrické vyšetření, formulář Registru uživatelů drog, terapeutickou smlouvu, výsledky laboratorních vyšetření a toxikologických kontrol, hlášení lékaře substituční léčby, informace o metadonu a o psychoterapeutických a socioterapeutických aktivitách.

Vedoucí lékař musí každé započítí a ukončení substituční léčby ve svém zařízení (i v případě, že je pacient přeložen do jiného zařízení, kde bude nadále v léčbě pokračovat) neprodleně nahlásit Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku.

Lékař je povinen, ve smyslu zákona č. 379/2005 Sb., o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů a zákona č. 156/2004, o péči o zdraví

lidu, kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů zadat údaje o pacientovi do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, a to nejpozději do dvou pracovních dnů.

Lékař Vězeňské služby ČR je povinen se neprodleně (v průběhu dne, kdy byl s touto skutečností seznámen), po zjištění skutečnosti, že osoba nastupující vazbu nebo výkon trestu odnětí svobody (VTOS) splňuje indikaci substituční léčby, spojit s dosavadním ošetřujícím lékařem, vyžádat si od něj předávací zprávu a zkonzultovat s ním další postup v poskytování substituční léčby. Předmětem konzultace je i léčebný plán a formulace léčebných cílů v terapeutické smlouvě.

Odsouzení zařazení do substituční léčby se řídí všemi platnými zákonnými předpisy, pravidly a nařízením, která upravují VTOS a jejich zacházení zabezpečují příslušní vychovatelé a odborní zaměstnanci na jednotlivých odděleních výkonu trestu. Stanovuje se jim specifický program zacházení s cílem naplňování substituční léčby (Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, 2008).

Cíle substituční léčby

Cíle substituční léčby dle Standardů substituční léčby (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2008, str. 13) jsou následující:

- udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu,
- ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek (NL),
- snížení nebo ukončení užívání nezákonných NL,
- snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání NL,
- omezení nebo ukončení kriminálního chování,
- zlepšení sociálních vztahů,
- příp. příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a abstinenci bez užívání substitučních látek.

Kritéria pro poskytování

Substituční léčba se může poskytnout osobě nastupující vazbu nebo VTOS v případě, pokud byla pacientem substitučního programu na svobodě nebo byla

léčena substituční léčbou závislosti na opiátech psychiatrem, lékařem AT nebo lékařem jiné odbornosti.

Dále může být poskytnuta v případě, kdy osoba při nástupu do vazby nebo do VTOS udává závislost na ilegálních opiátech (heroin, kodein, hydrokonon atd.) nebo jejich problémové užívání.

Podpůrnými faktory pro indikaci substituční léčby jsou zj. následující faktory: předchozí VTOS s následným relapsem v užívání drog(y) opioidového typu, HIV pozitivita, akutní nebo chronická forma některého typu virové hepatitidy, především VHC, akutní či chronická TBC, neléčená nebo chronická pohlavní nemoc, gravidita. Oproti tomu kontraindikacemi substituční léčby jsou akutní intoxikace alkoholem a léčba inhibitory MAO a období 14 dnů po jejím ukončení. Relativními kontraindikacemi mohou být např. i převažující závislost jiného než opioidového typu, zneužívání substitučního programu v anamnéze, závažná ledvinová onemocnění apod. (OZS GŘVS ČR, 2005).

Výdej metadonu (Subutex®)

Lék se ukládá do trezoru v místnosti, která je určena pro výdej metadonu, načaté balení v uzamčené chladničce.

Substituční látka se vydává na základě vypracovaného předpisu, který je odsouhlasen ředitelem příslušné organizační jednotky. Lék se vydává jednou denně, většinou v ranních hodinách, přesná doba se stanoví vývěskou.

Výdej substitučních látek v podmínkách vězeňství probíhá výhradně pověřenými osobami – zdravotníky, kteří jsou prokazatelně proškoleni o manipulaci se substitučními látkami. Pracovník je povinen zajistit, aby pacient obdržel předepsané množství a za kontrolovaných podmínek jej požil a to z důvodu zabránění jakékoliv nezákonné manipulace s lékem. O výdeji se provede záznam do Substituční karty u každého odsouzeného a výdej potvrdí svým podpisem vydávající pracovník.

Převážná většina vězňů je nastavena na léčbu metadonem. Subutex je podáván těm, jež ho užívali před uvalením vazby nebo nástupem VTOS, nebo v případě, že metadon nelze podávat z medicínských či z organizačních důvodů (Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, 2008).

Ostatní péče

Doprovodné psychosociální služby jsou poskytovány za využití interních zdrojů. V případě, že není možné je poskytnout za využití interní kapacity zdravotnických zařízení VS ČR, budou tyto služby poskytovány externími pracovníky na podkladě smluvního vztahu s některou z nestátních organizací.

Kromě vlastního podávání substituční látky poskytují zdravotnická zařízení VS ČR také adekvátní somatickou léčbu přidružených komplikací a další spektrum doplňkových služeb jako např. terapie somatických a psychických poruch, skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie, následná péče (after care), vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, osobní poradenství, sociální poradenství, profesní vzdělávání.

Doplňkem ke službám je pacientům substituční léčby v prostředí VS ČR poskytnuto podrobné poradenství před propuštěním na svobodu a v případě pacientova souhlasu i kontaktování lékaře nebo substitučního centra v civilním prostředí, které závazně potvrdí převzetí péče o pacienta.

Odsouzení, kterým je poskytována substituční léčba, mohou pracovat pouze s výjimkou prací vyžadujících mimořádnou pozornost – řízení motorových vozidel, práce na rychlořezných strojích apod. (OZS GŘVS ČR, 2005).

Poskytování substituce

Nastavení dávky začíná od nejnižší terapeutické hladiny bez ohledu na dávku, uváděnou pacientem, a postupně se titruje proti pacientovým odvykacím příznakům, až je dosaženo rovnováhy.

Dle Standardů substituční léčby (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2008, str. 16) stanoví ošetřující lékař počáteční dávku na základě předchozího komplexního vyšetření a následujících zásad:

- úvodní dávka substituční látky musí být nižší než minimální letální dávka,
- při riziku požívání jiných látek tlumících CNS (alkohol, sedativa, anxiolytika atp.) se úvodní dávka snižuje vzhledem k interakci mezi těmito látkami a substituční látkou, jež snižuje minimální letální dávku,
- nastavení dávky začíná nejmenším funkčním množstvím substituční látky,

- při podání první dávky a každém dalším zvýšení je pacienta (klienta) nutno sledovat 1-3 hodiny po podání 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.

Obvyklou praxí je úvodní dávka metadonu maximálně 40 mg a pro buprenorfin pak maximálně 4 mg. Buď se podává jednorázově nebo se rozdělí na dvě poloviny v intervalu 12 hodin.

Postup při zvyšování a snižování dávky se řídí příslušnými přílohami Standardů substituční léčby.

Pracovníci poskytující substituční léčbu

Zařazení do substituční léčby a diagnózu závislosti na opioidech (dle platné verze mezinárodní klasifikace nemocí) stanovuje lékař s atestací v oboru léčby návykových nemocí nebo psychiatrie. V případě, že je atestován pouze v oboru psychiatrie, musí být navíc držitelem osvědčení o úspěšném absolvování výcviku v substituční terapii.

Vlastní výdej metadonu (Subutexu®) zajišťují výhradně pověřeni zdravotničtí pracovníci (Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, 2008).

Kontrola vězňů

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 NL včetně alkoholu.

Pravidelný monitoring požití nelegálních substancí probíhá minimálně 1x měsíčně, v případě potřeby častěji. Namátkově, nejméně však jednou za tři měsíce, je ověřována i přítomnost metabolitů lege artis podané substituční látky.

Testování moči na přítomnost substituované látky se provádí dle metodického listu ředitele odboru zdravotnické služby č. 8/2006, o poskytování substituční a detoxifikační léčby závislosti na opiátech ve Vězeňské službě ČR.

Průběžně se hodnotí i psychický a somatický stav pacienta. Toto průběžné hodnocení umožňuje flexibilně reagovat na měnící se potřeby pacienta včetně převedení do jiného typu substituční léčby nebo do abstinenčně orientované terapie (OZS GŘVS ČR, 2005).

Ukončení substituční léčby

Substituční léčbu je možno ukončit z rozhodnutí ošetřujícího lékaře nebo z rozhodnutí pacienta.

Z rozhodnutí ošetřujícího lékaře se substituční léčba ukončuje, dochází-li ze strany pacienta k opakovanému a vážnému porušování terapeutické smlouvy, jež je doloženo standardní zdravotnickou dokumentací.

V případě ukončení substituční léčby z rozhodnutí pacienta musí lékař pacienta seznámit se svým hodnocením jeho zdravotního stavu a prognózou úspěšnosti pacienta v jiném typu léčby než v léčbě substituční. Zohledňuje mj. pacientovu anamnézu, trvání jeho trestu odnětí svobody a dostupnost jiných forem léčby v prostředí výkonu trestu odnětí svobody.

Substituční léčba je zásadně ukončena řízenou detoxifikací, jež se řídí příslušnými ustanoveními platných Standardů.

Ukončení substituční léčby je lékař tuto skutečnost povinen ohlásit Národnímu registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (OZS GŘVS ČR, 2005).

Další programy ve vězení

Uživatelé drog v konfliktu se zákonem jsou nuceni komunikovat s řadou institucí jako např. s policií, vězeňskou službou, probační a mediační službou, léčebnými zařízeními, sociálním kurátorem apod.

Jak se ukazuje, drogově závislý vězeň projevuje větší důvěru k osobám, které nejsou přímo spojeny s věznicí (WHO, 1990). Na počátku spolupráce je obtížné získat důvěru vedení věznice. Nevládní organizace potřebují k překonání tohoto období prokázat hodnotu svých zásahů tím, že poskytují služby s vysokou kvalitou. Často ale přicházejí s novými pohledy a přístupy, které zlepšují kvalitu služeb poskytovaných uživatelům drog.

Programy pro uživatele drog v zahraničí

Za zdravotní péči ve vězení je ve většině států odpovědné ministerstvo spravedlnosti. V rostoucím počtu zemí se ale odpovědnost přenáší na systém zdravotnictví (Francie, Itálie, Anglie, Norsko...). Ve Španělsku byly na základě akčního plánu národní protidrogové strategie a na základě protokolu o spolupráci mezi ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem vnitra podepsány v roce 2005 vyvinuty ve všech věznicích komplexní služby pro uživatele drog. V ostatních zemích věznice za účelem uspokojení potřeb rostoucího počtu uživatelů drog ve VTOS navázaly spolupráci s veřejnými zdravotnickými službami a specializovanými nevládními protidrogovými agenturami v dané lokalitě.

V EU došlo k rozšíření intervencí zaměřených na vězně, kteří užívají drogy. Převážně se jedná o aktivity v následujících oblastech: informace a prevence související s drogami, screening infekčních nemocí, očkování a léčba drogové závislosti, včetně substituční léčby. Tyto intervence jsou ve všech zemích dostupnější než před pěti lety. Španělsko je v současnosti jedinou evropskou zemí, která poskytuje širokou řadu opatření na minimalizaci škod ve věznicích (EMCDDA, 2008).

Úspěchy programů výměny jehel v obecné populaci se staly inspirací pro zajištění sterilních jehel i pro vězně. Pouze několik málo zemí tuto vizi převedlo do praxe. V roce 1992 se Švýcarsko stalo první zemí, která zavedla

program výměny jehel ve věznicích. V roce 1996 byly zavedeny programy ve třech německých věznicích, o rok později ve Španělsku. V roce 1999 následovala Moldávie, o dva roky později (2002) Kyrgystán a v roce 2003 Bělorusko. Mnoho zjištění dokazuje, že poskytování sterilních jehel vězňům nevede k nárůstu spotřeby drog ani k nárůstu injekčního užívání drog ve věznicích (Lines et al., 2006).

Situace v ČR

Vývoj služeb, které jsou určeny uživatelům drog, ve vězení a spolupráce mezi nevládními organizacemi a Vězeňskou službou ČR, odráží vývoj v zemích západní Evropy i s několikaletých zpožděním. Využití zkušenosti západoevropských zemí je důležité, ale ne dostačující, neboť mnohé přístupy jsou v naší zemi obtížně proveditelné. Na druhé straně, epidemiologické údaje ukazují řadu podobností s šířením problémového užívání drog v několika zemích Evropské Unie a bylo by chybou nevyužít zkušeností, poznatků, úspěchů i neúspěchů a intervencí, které již byly v Evropě provedeny (Škvařilová, 2006).

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 (Škvařilová et.al., 2006).

Škvařilová (Škvařilová, 2006) uvádí, že existují tři hlavní důvody, které jsou obzvláště důležité, pro rozvoj spolupráce mezi nevládními organizacemi a Vězeňskou službou:

- je-li uživatel drog zatčen, je náhle vytažen ze svého „drogového života“, a pak může začít přemýšlet o možnostech změny svého životního stylu; nastává tedy vhodný okamžik pro externí poradce najít pro uživatele drog motivaci ke změně,
- české věznice jsou přeplněné, chybí dostatek odborných pracovníků a pracovních míst pro vězně po opuštění věznice,
- zkušenosti z jiných zemí EU jasně ukazují pozitivní efekty vyplývající z toho druhu spolupráce.

Možnosti pro spolupráci mezi nevládními organizacemi a vězeňskou službou se pomalu vyvíjely od roku 1997 a stále nejsou celonárodní praxí. První samostatné projekty Sdružení Podané ruce, o. s. Sananim, o. s. Laxus vznikaly v letech 1997 – 2000.

V rámci pracovní skupiny „Vězeňství“ došlo k navázání spolupráce mezi NNO a Generálním ředitelstvím Vězeňské služby České republiky (GRVS ČR), v rámci projektu Phare Twinning Project „Posílení národní protidrogové politiky“ (2001-2003).

Oficiální dialog o spolupráci na drogových službách ve vězení mezi VS ČR a A.N.O. byl zahájen v roce 2002. O rok později (2003) byla založena pracovní skupina „Klient v konfliktu se zákonem“, sdružující poskytovatele drogových služeb z řad NNO, která se zaměřila na služby pro (problémové) uživatele drog ve vězení.

V tom samém roce došlo k založení odborné sekce Drogové služby ve vězení A.N.O., jejímž cílem je zj. vytvoření koncepce a metodiky služeb ve vězení, vzdělávání, výměna zkušeností a garance kvality služeb.

V letech 2004-2006 došlo k rozvoji dalších programů NNO zabývajících se programy pro drogově závislé ve věznicích.

Nejdéle existujícím a nejrozsáhlejším projektem zaměřeným na práci s klienty v konfliktu se zákonem je projekt Drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce Brno, jehož oficiální začátek se datuje do roku 1997 (Škvařilová et. al., 2006).

Péči o vězněné uživatele doplňují služby poskytované NNO. V roce 2007 spolupracovalo s VS ČR v rámci různých programů, nejen v oblasti drog, 49 NNO (GŘ VS ČR, 2008).

Výhradně drogovou problematikou, v roce 2007, se zabývalo 6 projektů (SANANIM Praha, Sdružení Podané ruce Brno, Sdružení Podané ruce Olomouc, Laxus Hradec Králové, Semiramis Nymburk, CPPT Plzeň), které byly realizovány v 15 věznicích, v 6 vazebních (Brno, Hradec Králové, Plzeň-Bory, Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně, Olomouc) a v 9 věznicích pro VTOS (Hradec Králové-Pouchov, Břeclav, Jiřice, Kuřim, Mírov, Odolov, Pardubice, Světlá nad Sázavou, Valdice).

Nejvíce klientů využilo programy realizované o. s. SANANIM (334 klientů), Sdružení Podané ruce (223) a o. s. Laxus (165). Nejvíce využívanou službou bylo individuální poradenství/terapie (2 458 výkonů), následovala sociální práce

(1 144 výkonů). Ve věznicích proběhlo 150 terapeutických skupin a 62 vzdělávacích seminářů pro 740 osob. Na práci přímo ve věznicích se podílelo 14 pracovníků NNO (Mravčík et al., 2008).

Škvařilová O. (Škvařilová., 2006) považuje za problematické oblasti následující:

- zákon umožňuje spolupráci, ale nspecifikuje podobu,
- chybějí normy pro drogové služby ve vězení,
- nízké právní postavení nevládních organizací a drogových služeb obecně,
- postavení pracovníků nevládních organizací ve vězení.

Kazuistika

Kasuistika byla vytvořena z podkladů získaných od lékaře (psychiatra) poskytujícího substituční léčbu ve vazební věznici Praha-Pankrác. Jméno klienta je pro účely této kasuistiky smyšlené a jakákoliv spojitost obsahu a osoby s tímto jménem je čistě náhodná.

Vybraná kazuistika má za cíl ukázat, jak je klient substituční terapie doveden k respektování režimu této léčby v prostředí výkonu trestu, když mu je dáno najevo, že maření léčby zneužitím jiných drog ho ohrožuje vyřazením ze substituční terapie.

Jedná se o jedince s opakovanými pobyty ve vězení, vždy s diagnostikovaním závislosti na psychoaktivních látkách.

Klient Pavel K. je muž, české národnosti, narozený v roce 1963 (46 let). V současné době nastoupil do vazby, naposledy byl ve stejné věznici před 7 lety. Je abstinujícím alkoholikem, 29 let užívá drogy, hlavně opiáty.

Narodil se v malém městě, střídavě bydlí u rodičů a na ulici (nebo pobyt ve vězení). Po základní škole se vyučil jako malíř pokojů. Dodělal si maturitu a dostal se na VŠ chemicko technologickou, kterou po šesti semestrech opustil. Velmi krátce (cca tři měsíce) pracoval jako malíř a údržbář v jedné větší nemocnici. Je svobodný a bez partnerky. V současné době o žádný vztah nestojí.

Pavel vyrůstal s oběma rodiči. Matka je lékařka, v důchodu, otec letecký inženýr, zemřel před 3 roky. Je jedináček. V rodině nikdo neměl, kromě něj, problémy s nelegálními drogami. Občas, vzhledem ke snadnému přístupu k lékům, řešila matka, dle slov Pavla, své osobní problémy či neshody a hádky s manželem vlastní sebemedikací. Je zde tedy možný převzatý vzorec chování od matky, kdy Pavel zvolil k řešení svým problémů jednoduché řešení „sebemedikací“ heroinem. Ve dvaceti letech ho rodiče vyhodili z domu, zjistili, že užívá drogy. Po půl roce ho vzali zpět, mysleli si, že už je „čistý“. I když užíval dál, nikdy úplně nepoznal, zejména díky snahám nejspíše hyperprotektivní matky, co je samostatnost, dlouhý a těžký život na ulici, vždy měl doma dveře otevřené.

Legální návykové látky užívá od 14 let – alkohol a cigarety. Prvním kontaktem s nelegální drogou pro něj byla zkušenost s čicháním toulenu, který zneužíval přibližně 6 měsíců. V 17-ti letech začal s aplikací heroinu (i.v.užívání, 0,5 gramu denně). Občas k němu užil i pervitin. Kouří okolo 15 cigaret denně.

V době, kdy udělal maturitu a začal studovat vysokou školu, chodil po škole s několika spolužáky po vyučování do hospody na dvě až tři piva. Občas přijel v pátek domů v podnapilém stavu, ale jeho rodiče mu to tolerovali. Vzpomíná, jak se každý víkend, spolu s ostatními kamarády, jezdili bavit k nějakému spolužákovi na chatu a pili celý víkend. Po dvou letech, kdy pil 2-3 piva každý den, vyměnil pivo za tvrdý alkohol. Byl schopný vypít litr rumu denně. V tomto období už do školy moc nechodil a když neudělal zkoušku z chemie životního prostředí, tak ze školy odešel. Rum pil denně skoro celý rok a až když ho potřetí vyzvedávala matka ze záchytky a domlouvala mu, aby se šel léčit, tak začal o léčbě přemýšlet. Po čtyřech měsících nastoupil léčbu v psychiatrické léčebně v Želivě, kterou úspěšně dokončil. Od roku 2005 zcela abstinguje.

Od roku 2002 chodil na substituci (Methadon), ta byla ale ukončena kvůli závislosti na alkoholu. Po absolvování protialkoholní léčby začal opět dojednávat substituční léčbu. Bohužel ho v té době „dohnala minulost“, falšoval razítka na lékařských receptech, a byl pravomocně odsouzen na 2 roky. Po výkonu trestu bydlel u rodičů, nepracoval, nahlásil se na úřad práce a zajistil si léčebně substituci Methadonem. Centru donesl potvrzení o užívání benzodiazepinů, proto byl akceptován nález těchto léků v moči v průběhu substituční léčby. V lednu 2009 byl opět pravomocně odsouzen na 5 let pro různorodou trestnou činnost včetně distribuce drog.

Tvrdí o sobě, že je pouhý epileptik. Užívá pravidelně, bez upravování dávek Apo-carbamazepine (3x 1) a 2 mg Rivotril (2x 1). Záchvaty epilepsie měl naposledy před dvěma měsíci, mívá je většinou 5x – 6x za rok. Co se týče infekčních onemocnění, prodělal všechny typy virových hepatitid. Má zničený žilní systém na všech končetinách. Drogu si aplikuje si do třísla.

Při přijetí si stěžoval na abstinenci potíže, požadoval Diolan⁹, který v minulosti s úspěchem bral, dále také užívá antiepileptika. Nikdy se však neprojevoval agresivně, ať už verbálně či fyzicky. Po nástupu do věznice bylo

⁹ může se užívat při léčbě závislosti na opioidech

nutno ověřit všechny údaje a kontaktovat zařízení, ve kterých se údajně léčil pro epilepsii Rivotriem. Bylo zjištěno, že epilepsie nikdy nebyla zcela prokázána, obvykle se na zařízení obracel s tím, že je epileptik a došly mu léky, takže mu v rámci první pomoci byl požadovaný lék předepsán. S touto skutečností byl seznámen a v rámci psychoterapeutických sezení se dospělo k tomu, že se jedná o polymorfní závislost na více drogách, která Pavla vede ke zneužívání substituční léčby a k rizikové kombinaci Methadonu s Rivotriem. Udávaná epilepsie tak byla jen „zástěrkou“ pro jeho potřebu získat návykové látky. Záchvatovitým onemocněním nikdy netrpěl.

Pavel dal přednost substituční léčbě bez zneužívání dalších drog. Léčba benzodiazepiny byla postupně ukončena, aniž by došlo k epileptickým záchvatům. Toxikologické kontroly moči byly nadále negativní a jako spolupracující pacient byl eskortován k výkonu trestu a substituční léčby do jiné věznice. Tam bude nadále kontrolován, zda se nevrací k praktikám své závislosti na více drogách.

V průběhu výkonu trestu by mohl využívat služeb NNO¹⁰, které i ojediněle nabízejí drogové služby pro propuštění z vězení (pomoc při vyřizování záležitostí na úřadech, osobní asistence při nástupu do léčby).

Pokud by substituční terapie ve vězení nevedla k abstinenci, doporučila bych Pavlovi po propuštění z výkonu trestu využít služeb některého substitučního centra. Vzhledem k jeho krátkodobému zaměstnání, bych navrhovala využít služeb pracovníků, kteří se zabývají praktickou pomocí a konstruktivním poradenstvím v oblasti hledání zaměstnání.

Vzhledem k tomu, že nemá vlastní bydlení a po propuštění se nejspíše vrátí zpět domů, bude nutné řešit soužití s hyperprotektivní matkou. Jako problém spatřuji užívání léků matky. Na druhou stranu se mi jeví spolupráce s rodinou vhodná, matka o Pavla jeví zájem, zajímá se i o jeho léčbu. Chodí ho pravidelně do vězení navštěvovat. Pokud se podaří řešit i související témata, a ne jen ta kolem Pavla, mohla by tato spolupráce být účinná. Na spolupráci bych tedy přistoupila, zapojení rodiny či přátel může přispět ke zvýšení kvality Pavlova života i samotné matky za relativně nízké finanční náklady. Bylo by ale nutné pečlivě sledovat její prospěšnost pro Pavla i pro matku, zj. její přístup k Pavlovi.

¹⁰ Nestátní neziskové organizace

Diskuze a závěry

Cílem mé bakalářské práce bylo teoreticky zmapovat, jak vypadá substituční léčba ve vězení. Abych si vytvořila ucelenější přehled, chtěla jsem absolvovat stáže ve věznici Příbram a ve vazební věznici Praha-Pankrác, kde byla, pilotním projektem, substituční léčba ve vězení zahájena. Bohužel mi, z věznice Příbram, vůbec na zaslanoou žádost o stáž neodpověděli a po telefonickém rozhovoru mi mou žádost zamítli s odůvodněním, že by se mi nemělo, v době dovolených, kdo věnovat. Ve vazební věznici Praha-Pankrác jsem měla možnost, údajně v rámci mé bezpečnosti, pouze se seznámit s dostupnými materiály a diskutovat s pracovníky (speciálním pedagogem, sociální pracovníci, lékařem a zdravotními sestrami) a získat tak teoretický přehled o dané problematice. To je hlavní důvod, proč je má bakalářská práce pouze teoretická.

Pro prostředí vězeňství navrhuje Světová zdravotnická organizace širší definici harm reduction: „Termín harm reduction ve vztahu k ochraně veřejného zdraví ve věznicích označuje přístup, jehož cílem je předcházet negativním zdravotním dopadům, souvisejícím s určitým typem chování (např. injekční aplikací drog), s pobytem ve vězení a s přeplněností věznic, jakož i negativním dopadům na duševní zdraví, popřípadě tyto dopady snižovat“ (WHO, 2005, str. 6). Zohledníme-li tuto specifickou definici, je jasné, že substituční léčba ve věznicích ČR je „první vlaštovkou“ k jejímu naplnění.

Substituční léčba ve vězení je v řadě zemí kontroverzním tématem. Někteří lidé se domnívají, že uživatelé závislí na heroinu po celou dobu závislosti zažívají jen příjemné pocity. Substituce jim tyto příjemné pocity prodlužuje a nakonec tedy dosáhneme jen toho, že „nahradíme jednu drogu druhou“. To samozřejmě není pravda, neboť uživatel je, postupem času, donucen brát heroin dál, aby se nedostavily abstinenční příznaky. Klientům substituční léčby se jejich užívání nemění, nezažívají žádná období euforie ani období abstinenčních příznaků. Umožňuje jim tedy normální sociální fungování.

Já osobně souhlasím se zásadami WHO, že ve vězení a ve vazbě má být pacientovi dostupná léčba ve stejném rozsahu a kvalitě jako na svobodě a že „... vězni, kteří byli pacienty metadonové léčby v období před uvězněním, by měli mít metadonovou léčbu přístupnou i ve vězeních. V zemích, kde je

metadonová léčba závislým na opiátech poskytována na svobodě, měla by být poskytována i ve vězeních..." (WHO, 1993, str. 26).

V období od května 2006 do května 2007 probíhal ve vazební věznici Praha-Pankrác a ve věznici Příbram pilotní projekt substituční léčby. Výsledky hodnotila Vězeňská služba ČR jako pozitivní a přínosné pro práci s uživateli drog ve vězení. V důsledku toho se očekávalo pokračování a zvýšení dostupnosti programů substituční léčby ve věznicích. Došlo sice k určitému vývoji, ale přesto není dostupná v takové míře jako mimo věznice.

I experti z vězeňské služby nejsou k zavádění substituční léčby ve vězení jednotní. Výrazná většina z nich (66 %) se domnívá, že substituční léčba by měla být vykonávána pouze ve specializovaných zdravotnických zařízeních. Dalších 16 % souhlasí s tím, že by mohla být realizována při výkonu trestu odnětí svobody ve vytypovaných věznicích a za určených podmínek. Setkáváme se ale i s názorem, „že by měla být realizována jen velmi zřídka, neboť závislost na metadonu je horší než na drogách“ (Trávníčková, Zeman, 2008, str. 71-72).

Co tedy brání zavádění substituce do vězení? Možná strach, že rozšíření substituční léčby povede k nárůstu spotřeby drog nebo že zavedení léčby bude moc drahé. Věznice se také často potýkají s nedostatkem kvalifikovaného personálu nebo s neochotou pracovníků „dělat něco navíc“.

Tím, že obžalovaní a odsouzení budou mít přístup ke stejným službám jako osoby na svobodě, může dojít ke zlepšení jejich zdraví a snížení výskytu přenosných chorob nejen mezi nimi, jejich rodinnými příslušníky, ale i mezi vězeňským personálem a celou společností, neboť většina vězňů se po skončení trestu vrací zpět na svobodu. Což má za následek nejen prospěch pacientů, ale i prospěch celé společnosti.

I když je substituční léčba jen částečným řešením problému poškozování zdraví u injekčních uživatelů drog, mají substituční programy v systému léčby drogových závislostí své nezastupitelné místo. Pokud bych měla vyslovit nějaké doporučení, měla by se substituční léčba ve vězení rozvíjet i v dalších věznicích a spolu s ní i ostatní drogové služby.

Seznam literatury

Bečka, J. (2008a). Látky užívané k substituční léčbě. Metadon. Studijní texty k předmětu Systém léčebné péče II.

Bečka, J. (2008b). Látky užívané k substituční léčbě. Buprenorfin. Studijní texty k předmětu Systém léčebné péče II.

Dvořáček, J. (2008). Zvládnutí akutní intoxikace a odvykacích stavů. Kapitola 10. In Kalina, K. et al.: Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (1998). Výroční zpráva za rok 1998. Stav drogové problematiky v Evropě. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/1998>.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2000). Výroční zpráva za rok 2000. Stav drogové problematiky v Evropě. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2000>.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2002). Výroční zpráva za rok 2002. Stav drogové problematiky v Evropě. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2002>.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2003). Výroční zpráva za rok 2003. Stav drogové problematiky v Evropě. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2003>.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2005). Výroční zpráva za rok 2005. Stav drogové problematiky v Evropě. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2005>.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2008). Výroční zpráva za rok 2008. Stav drogové problematiky v Evropě. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.

Gajdošíková, H. (2009). Klient v konfliktu se zákonem. Otevřený mezioborový seminář konaný. Praha.

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2008). Statistická ročenka VS ČR za rok 2007 [Electronic version], cit. 15. května 2009. Dostupná z http://www.vscr.cz/clanky/?cl_id=25;

Gossop et al. (1998). In: Verster A., Buning E.: Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR.

Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. et al.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 4. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.

Jürgens, R. (1996). HIV/AIDS in Prisons: Final Report: Project on Legal and Ethical Issues Raised by HIV/AIDS. Montreal.

Karabec, Z., Blatníková, Š. (2004). K problematice dlouhodobých trestů odnětí svobody. *Kriminalistika*, 3 [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2004/0403/karabec_info.html

Kodešová, V., Hájková, M. (2007). Substituční léčba ve vazební věznici. [Electronic version], cit. 15. dubna 2009. Dostupná z http://pankrac.vscr.cz/clanky/?cl_id=99.

Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevski, D., Nelles J. (2006). Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. [Electronic version], cit. 15. května 2009. Dostupná z <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173>.

Marešová, A., Nečada, V., Sluková, K., Sochůrek, J., Zeman, P. (2003). Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy. 1. vydání. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Marešová, A., Sochůrek, J., Válková, J. (2000). Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích. 1. vydání. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. et al.: Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup. Kapitola 3/2. 1. vydání. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Minařík, J. (2008). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. et al.: Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.

Ministerstvo vnitra České republiky (1998). Vyhláška č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje vývozní povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekusorů a o dokumentaci návykových látek [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?getALL=1998,zakon>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2000a). Věstník Ministerstva zdravotnictví. Částka 5. [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z <http://www.mzcr.cz>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2000b). Věstník Ministerstva zdravotnictví. Částka 6. [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z <http://www.mzcr.cz>.

Ministerstvo vnitra České republiky (2003). Zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2003&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=9>.

Ministerstvo vnitra České republiky (2005). Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících předpisů [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2005&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=6>.

Ministerstvo vnitra České republiky (2006). Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=16>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2008). Věstník Ministerstva zdravotnictví. Částka 3. Standard substituční léčby [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z <http://www.mzcr.cz>.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orliková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O. et al. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orliková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E. et al. (2008). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR (2005). Opiáty podrobně. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR (2005). Opiáty a substituční léčba [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_a_substitucni_lecba.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky (2006). Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů [Electronic version], cit. 18. dubna 2009. Dostupná z http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/prevence_lecba_a_souvisejici_predpisy/zakon_o_peci_o_zdravi_lidu_zak_c_20_1966_sb.

Nešpor, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In Kalina, K. et al.: Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup. Kapitola 4/2. 1. vydání. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Odbor zdravotnické služby GŘ VS ČR (2005). Manuál poskytování substituční léčby ve Vězeňské službě – pilotní fáze 2005-2006.

Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce. In Kalina, K. et al.: Drogy a drogové závislosti 2 - mezioborový přístup. Kapitola 8/11. 1. vydání. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Preston, A. (1999). Drogy na předpis II. Vše o metadonu. 1. vydání. Olomouc: Votobia.

Rotgers, F. et al. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing.

Skoblová, J. (2000). Vězeňský systém. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://trestni.juristic.cz/35610/clanek>.

Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., Bienzle, U. (2006). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiology and Infection*. 134 (4), 814-819.

Statistical bulletin (2008). Drug users in prison. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/dup>.

Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C., Thane, K. (2008). Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners. [Electronic version], cit. 15. května 2009. Dostupná z http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_call_en.htm#obj.

Škvařilová, O. (2006). Cooperation between prison services and non-governmental organisations. 9th European Conference on Drugs and Infections Prevention in Prison. From the Principle of Equivalence to the Practice of Care: Bridging the Gap, ENDIPP.

Škvařilová, O., Nepustil, P., Jargus, M., Záborský, T. (2006). Zaostřeno na drogy 4/2006. Praha: Úřad vlády České republiky.

Tisková zpráva EURO 19 (2004). Injizierender Drogengebrauch fördert HIV/Aids-Epidemie in Osteuropa und Zentralasien. Über 80% der Infizierten sind unter 30 Jahre alt. [Electronic version], cit. 15. května 2009. Dostupná z http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2004/20041130_1?language=German.

Trávníčková, I. Zeman, P. (2008). Možnosti trestní justice v protidrogové politice II. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Trávníčková, I., Zeman, P. (2009). Vybrané výsledky výzkumu IKSP v letech 2004 – 2007. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://www.ok.cz/iksp/docs/361.pdf>.

Verster, A., Buning, E. (2003). Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR.

Verster, A., Buning, E. (2007). Buprenorfin – rozbor kritických otázek. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR.

Vězeňská služba České republiky (2005). Koncepce rozvoje českého vězeňství do roku 2015 [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z http://www.vscr.cz/clanky/?cl_id=650.

Vězeňská služba České republiky (2007). Základní údaje. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z http://www.vscr.cz/clanky/?cl_id=460.

Vondráček, V. (1971). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. et al.: Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup. Kapitola 3/2. 1. vydání. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

WHO (1990). Drug abusers in prison. Managing their health problems.

WHO (1993). Expert Committee on Drug Dependence.

WHO (2005). Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction.

Zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážní České republiky. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z <http://zakony.cz/?sekce=zakony&akce=prihlaseniSMS&odkaz=555/1992%20Sb>.

zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby. [Electronic version], cit. 25. dubna 2009. Dostupná z http://www.sagit.cz/pages/uz.asp?tema_id=29&cd=54&typ=r&det=&levelid=442907

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním. Ostrava: Sagit.

Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody. Ostrava: Sagit.

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Ostrava: Sagit.