

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Program řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Mgr. Elizabeth Nováková

**Adiktologická péče v prostředí českých věznic: Zkušenosti se zaváděním nové
adiktologické služby**

Diplomová práce

Praha 2021

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Mgr. Elizabeth Nováková

Adiktologická péče v prostředí českých věznic: Zkušenosti se zaváděním nové
adiktologické služby

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Mertl, Ph.D.

Praha 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 21. 07. 2021

Mgr. Elizabeth Nováková

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem inspirativním lidem, které jsem během studia měla možnost poznat. Kolegům, vyučujícím, klientům, přátelům.

Jmenovitě děkuji svému vedoucímu, panu doktoru Mertlovi, za jeho ochotu, vstřícnost, čas a zejména cenné a podnětné připomínky, které mě pokaždé přiměly hlouběji uvažovat, více hledat informace a propojovat je do celku, který zde předkládám. S myšlenkou, že poslouží nejen mně, ale také mým odvážným kolegům a budoucím pracovníkům v tomto nejednoduchém terénu.

Děkuji také svým blízkým za trpělivost a podporu během studia a zejména v době zpracování tohoto textu.

Abstrakt

VÝCHODISKA. Užívání návykových látek je ve věznicích rozšířeným fenoménem, s nímž se pojí řada přidružených problémů, například vysoký výskyt infekčních onemocnění, recidiva, horší fyzické a duševní zdraví či vysoké náklady na represivní opatření, která však stále nevedou k vymícení užívání drog. V roce 2016 byl do tuzemské věznice přijat první adiktolog a o dva roky později bylo zřízeno 14 dalších tabulkových míst. Práce přináší ohlédnutí za tímto uplynulým obdobím.

CÍLE. Cílem práce je poskytnout na základě získaných informací pohled na období zavádění a formování specializovaných adiktologických služeb a popsat zkušenosti adiktologů se zaváděním nové služby ve specifickém prostředí věznic. V teoretické části práce jsou dále prezentovány výsledky zahraničních výzkumů o účinnosti vybraných intervencí a strategií a doporučení pro dobrou praxi.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY. Výzkumné otázky se zabývají zkušenostmi adiktologů se zaváděním nových služeb a jsou orientovány na čtyři hlavní oblasti: formování pracoviště, klientela, zajišťování kvality a dopady Covid-19 na pracoviště.

METODY. K získání dat byla využita metoda polostrukturovaných rozhovorů s vybranými informanty, kteří nastoupili do věznic v roce 2018 a analýza dokumentů.

VÝSLEDKY. Zkušenosti adiktologů poukazují na některé problematické oblasti, jako například chybějící koncepce služeb, absence jednotících dokumentů, manuálů a postupů, neexistence systému zajištění kvality, omezené možnosti spolupráce s jinými službami, omezená dostupnost profesní podpory a možností rozvoje, diskrepance v pohledu na účel, možnosti a limity služby. Výpovědi dávají nahlédnout na způsoby práce a vývoj pracovišť od počátků k dnešním dnům, na zdroje podpory v počátcích pracovišť a vývoj do současné podoby.

ZÁVĚR. Vstup adiktologie do vězeňství je žádoucím krokem racionální protidrogové politiky. Je třeba provést další výzkum a evaluaci uplynulého období, tak aby bylo možné plánovat budoucí intervence a strategie na základě důkazů.

KLÍČOVÁ SLOVA: adiktologie – vězení – adiktologické služby – závislost – Covid-19 a vězení – drogy a vězni

Abstract

BACKGROUND. Substance use is a widespread phenomenon in prisons, with a number of associated problems, for instance high incidence of infectious diseases, recidivism, poor physical and mental health and high costs of repressive measures, which still do not eradicate drug use in prison facilities. In 2016, the first addictologist was admitted to the prison system in Czechia. Two years later, 14 more table places were established. The thesis brings an overview at this period (2018 – 2021).

AIMS. The aim of the thesis is to provide information about starting and forming of specialized addiction services in prison setting from the perspective of addictologists. The theoretical part of the thesis also presents the results of foreign research on the effectiveness of selected interventions and strategies and recommendations for good practice.

RESEARCH QUESTIONS. The research questions address the experience of addictologists and are focused on four main areas: workplace formation, clientele, quality assurance and the impact of Covid-19 on the workplace.

METHODS. To meet the aims, the method of semi-structured interviews with selected informants who entered prisons in 2018 was used along with document analysis.

RESULTS. The experience of addictologists point out some problematic areas, for instance lack of service concept, absence of unifying documents, manuals and procedures, unpresent quality assurance system, limited possibilities of cooperation with other services, limited availability of professional support and development opportunities, discrepancies in purpose, possibilities and service limits. The interviews also give an insight into the sources of support, ways of work with clients and development of services from the beginning to the nowadays form.

IMPLICATIONS. The entry of addiction services into prison setting is a desirable step in a rational drug policy. Therefore, further research and evaluation of the past period is needed to plan future evidence-based interventions and strategies.

KEYWORDS. addictology - prison – jail - addiction treatment services - addiction - Covid-19 and prison – drugs and inmates

Seznam vybraných zkratek

EMCDDA The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/ Evropské monitorovací centrum pro drogy a závislosti

WHO The World Health Organisation/ Světová zdravotnická organizace

NIDA The National Institute on Drug Abuse/ Národní institut pro otázky zneužívání drog

ÚV ČR Úřad vlády České republiky

RVKPP Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

NMS Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

VS ČR Vězeňská služba České republiky

GŘ VS Generální ředitelství Vězeňské služby

NNO Nestátní nezisková organizace

VTOS Výkon trestu odnětí svobody

VV Výkon vazby

PDP Poradna drogové prevence

HCV Hepatitida typu C

HVB Hepatitida typu B

Obsah

OBSAH	8
I. ÚVOD	11
II. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. PROBLEMATIKA DROG A ZÁVISLOSTÍ	13
1.1. DEFINICE A ROZDĚLENÍ DROG.....	13
1.1.1. AKUTNÍ INTOXIKACE A ODVYKACÍ STAV	15
1.1.1.1. ALKOHOL	15
1.1.1.2. TABÁK.....	16
1.1.1.3. KANABINOIDY	16
1.1.1.4. OPIOIDY	16
1.1.1.5. PSYCHOAKTIVNÍ LÉKY	17
1.1.1.6. STIMULANCIA	18
1.1.1.7. HALUCINOGENY	18
1.1.2. SYNDROM ZÁVISLOSTI.....	18
1.2. PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V POPULACI.....	20
1.3. PILÍŘE PROTIDROGOVÉ POLITIKY	21
2. ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY	22
2.1. LEGISLATIVA A TYPOLOGIE SLUŽEB	23
2.2. ZAJIŠTĚNÍ KVALITY SLUŽEB	26
2.2.1. STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB	27
3. VÝKON TRESTU ODNĚTÍ SVOBODY A VÝKON VAZBY	32
3.1. VĚZNICE V ČR.....	33
3.2. SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE DROG V TUZEMSKÝCH VĚZNICÍCH	35
3.3. SPECIALIZOVANÉ ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY	39
3.4. VÝZKUM ÚČINNOSTI ADIKTOLOGICKÝCH PROGRAMŮ	42
3.5. DOPORUČENÍ PRO DOBROU PRAXI.....	47
KVALITNÍ SLUŽBA OČIMA KLIENTŮ	50
3.5.1.	50
4. UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V PROSTŘEDÍ VĚZNICE	52
4.1. SITUACE V ČR.....	52
4.2. SITUACE V ZAHRANIČÍ A EVROPSKÝ KONTEXT	54
5. VĚZEŇSTVÍ A COVID-19	58

III. PRAKTICKÁ ČÁST	61
6. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	61
7. METODOLOGIE.....	63
7.1. VYTVÁŘENÍ A ANALÝZA DAT	65
7.2. ETICKÉ ASPEKTY	68
7.3. LIMITY PRÁCE	68
8.1. AMBULANCE ALFA	70
8.1.1. FORMOVÁNÍ PRACOVIŠTĚ	70
8.1.2. KLIENTI	73
8.1.2.1. KLIENTI V ČÍSLECH	75
8.1.3. ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY	77
8.1.4. DOPADY COVID-19.....	78
8.2. SOUHRN.....	79
8.3. ZKUŠENOSTI ADIKTOLOGŮ SE ZAVÁDĚNÍM NOVÉ SLUŽBY	82
8.3.1. FORMOVÁNÍ PRACOVIŠTĚ	82
8.3.2. KLIENTI	86
8.3.3. ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY	88
8.3.4. DOPADY COVID-19.....	90
8.4. SOUHRN.....	91
9. DISKUSE	93
IV. ZÁVĚR.....	102
BIBLIOGRAFIE.....	106
SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK.....	106
PROJEKT DP	106

I. Úvod

Tématem diplomové práce je prezentace zkušeností se zaváděním nové specializované adiktologické služby v prostředí tuzemského vězeňského systému. Užívání návykových látek a další formy závislostního chování jsou v prostředí věznic výrazným fenoménem, s nímž se pojí další problémy, jako šíření infekčních onemocnění včetně HIV/AIDS a virových hepatitid (EMCDDA, 2012; NMS, 2017; EMCDDA, 2021). Uživatelé drog tvoří velkou část celkové vězeňské populace, přičemž studie ukazují, že většina uvězněných osob během života nelegální látky užívala a u mnohých došlo k rozvoji problematických vzorců užívání a s nimi spojených chronických problémů. Nelegálnost drogových trhů a náklady na užívání drog, často financované z trestné činnosti, zvyšují navíc riziko uvěznění (EMCDDA, 2012; EMCDDA, 2021). Lidé páchající trestnou činností, kteří se dostávají do kontaktu s vězeňským systémem, vykazují vyšší míru užívání návykových látek, včetně intravenózní aplikace než obecná populace. Vzhledem ke skutečnosti, že v této cílové skupině trvá trest průměrně několik měsíců, jsou její členové poměrně dynamickou populací s pravidelným kontaktem se „svobodou“, což má nezanedbatelné dopady na veřejné zdraví (Úřad vlády ČR, 2020a). Prostor věznic lze ovšem považovat za kritické místo pro řešení problematiky vysoce rizikových uživatelů drog. Významným přínosem pro komunitu může být zhodnocení situace uživatelů a řešení jejich zdravotních a sociálních potřeb před propuštěním z výkonu trestu (EMCDDA, 2017). Pro mnohé osoby je věznice vůbec prvním místem, kde se dostávají do kontaktu se sociálními a zdravotnickými službami (EMCDDA, 2021). Detekce problémů spojených s duševním zdravím a s užíváním návykových látek v kombinaci s evidence-based léčbou a principy snižování rizik (harm reduction), mají potenciál zlepšovat stav uživatelů drog, ale také komunit, do nichž se po výkonu vazby či trestu vrací (Bukten et al., 2020). Výzkumy ukazují, že určité typy adiktologických programů mohou mít příznivý dopad na míru recidivy, ale také na snížení míry morbidity a mortality uživatelů či na ochranu veřejného zdraví (Fazel et al., 2006; EMCDDA, 2017; Haviv a Hasisi, 2019; Bukten et al., 2020). Zaváděné programy je třeba vyhodnocovat, aby bylo možné posoudit jejich účinnost a na základě výsledků je dále rozšiřovat, upravovat či nahrazovat jinými (Zeman et al., 2019).

Od roku 2016 jsou v tuzemských věznicích zřizována specializovaná adiktologická pracoviště. Jednotlivé věznice disponují svými specifiky, vstup adiktologů tedy nebyl

jednotný. V některých věznicích je adiktologická služba koncipována ve stacionárním modelu, v jiných spíše v modelu adiktologické ambulance. V některých věznicích se adiktolog stal aktivním členem poradny drogové prevence, jinde jsou tyto dvě služby propojeny minimálně. Taktéž podoba pracoviště či způsob práce s klienty nejsou standardizované. Služby resortně přísluší k Ministerstvu spravedlnosti a nepodléhají financování z RVKPP, tudíž nemusí splňovat nároky certifikace a tím pádem nepodléhají kontrolním mechanismům nadresortního orgánu.

Práce si klade za cíl prezentovat zkušenosti pracovníků těchto specializovaných jednotek se zaváděním nové služby ve specifickém prostředí a přinést tak obraz o uplynulém období počátků a fungování pracovišť. V teoretické části text představuje východiska oboru adiktologie, prezentuje kontext vězeňského prostředí a dostupné informace o užívání návykových látek v tomto prostředí, a předkládá tak argumenty podporující potřebnost specializované intenzivní adiktologické péče ve vězeňství. V druhé polovině teoretické části práce přináší poznatky o vězeňských adiktologických službách v zahraničí a věnuje se také dopadům Covid-19 na vězeňství. V praktické části práce kombinuje poznatky získané rozhovory s vybranými pracovníky a informace vycházející z praxe jednoho z pracovišť, jehož je autorka textu součástí. Kromě prezentace zkušeností z praxe poukazuje text rovněž na výzvy v systémovém ukotvení při vzniku nových služeb a reflektuje problémy, na které mohou tyto služby narážet (chybějící manuály a postupy, neexistence systému zajištění kvality, omezená spolupráce s jinými službami, chybějící systém předávání informací, nedostupnost profesní podpory a možností rozvoje).

Dostupnost kvalitní adiktologické péče ve vězeňství je důležitá nejen pro osoby závislé a závislostí ohrožené, ale má význam i z veřejnozdravotního hlediska. Práce může být jedním z prvních kroků evaluace nového typu služeb, tak aby mohly být v budoucnosti plánovány na základě důkazů, s ohledem na potřeby cílových skupin.

II. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část v první kapitole přináší stručný přehled o problematice drog a závislostí, poté se věnuje adiktologickým službám, jejich legislativnímu ukotvení, typologii a tématu zajišťování kvality v těchto zařízeních. Ve třetí kapitole se text dostává k tématu výkonu trestu odnětí svobody a výkonu vazby, věnuje se věznicím v ČR a tuzemskému systému péče o osoby závislé a závislostí ohrožené ve věznicích, představuje specializované adiktologické služby, reflektuje výsledky studií o účinnosti různých intervencí a doporučení pro dobrou praxi a v neposlední řadě zmiňuje pojetí kvality očima klientů služeb. V další kapitole se text věnuje problematice užívání drog a rizikovému chování ve věznicích, zmiňuje kromě tuzemského také evropský kontext a situaci v zahraničí. Závěrečná kapitola teoretické části je věnovaná dopadům Covid-19 na vězeňství.

1. Problematika drog a závislostí

Bylo by nad rozsah této práce uvádět ucelený přehled návykových látek a jejich účinků či dopadů na uživatele a jeho okolí či podrobně popsat systém adiktologické péče a charakteristiky jednotlivých přístupů. Pro kontext však autorka považuje za důležité představit stručně charakteristiky nejvíce užívaných drog, popsat syndrom závislosti a uvést principy tuzemské protidrogové politiky.

1.1. Definice a rozdělení drog

Drogu lze definovat jako látku, která má psychotropní efekt (mění prožívání) a závislostní potenciál související se ztrátou kontroly při dlouhodobém užívání. Dle účinku lze drogy rozdělit do tří kategorií: na psychomotorická stimulantia (pervitin, kokain, crack), urychlující myšlenkové tempo, zbavující únavy a aktivující motoriku. Dále na tlumivé látky (alkohol, benzodiazepiny, barbituráty, opiáty, těkavé látky), které naopak psychomotorické tempo zpomalují. Zatímco nižší dávky mohou vyvolat zklidnění, vyšší vyvolávají spánek, kóma a mohou vygradovat v zástavu životních funkcí. Halucinogeny (kanabinoidy, psylocibin, LSD) jsou třetí kategorií, která má za následek vyvolání změn ve vnímání (Kalina, 2015).

Na drogové scéně se ovšem objevují stále nové substance, které bývají označovány jako nové syntetické drogy (*legal highs, designer drugs, research chemicals, party drugs, dance drugs*), zejména jde o syntetické kanabinoidy a katinony. Snahou výrobců je obejít stávající legislativní úpravu a vyrobit psychoaktivní látku, která zatím nefiguruje na seznamu ilegálních substancí. Jejich nebezpečí tkví zejména v nejasném složení a koncentraci. Dostupnost a nálepka legality navíc dává pocit, že jde o neškodné látky bez rizika (Prev-centrum, 2017).

V souvislosti s drogami často zaznívá dělení na „tvrdé“ (nelegální substance) a „měkké“ (alkohol, tabák). Toto dělení také odráží společenskou přijatelnost užívání těchto drog. Dle výzkumů škodlivosti však toto dělení neodpovídá reálným dopadům. Tým profesora Nutta (2010) publikoval v odborném časopise *Lancet* studii o míře nebezpečnosti u vybraných drog. Posuzováno bylo 20 látek podle 16 kritérií, kdy se 9 vztahovalo ke škodám pro uživatele a 7 k jeho okolí. Škody byly řazeny do 5 podskupin obsahujících fyzické, psychologické a sociální aspekty. Nejvíce nebezpečí pro uživatele dle výzkumu představuje heroin, crack kokain (volná báze kokainu užívaná kouřením) a metamfetamin, pro okolí je nejvíce nebezpečný alkohol, heroin a crack kokain. Celkově první příčku však zaujal alkohol, na druhém místě byl heroin následovaný crack kokainem. Autoři poukazují na skutečnost, že reálný obraz o škodlivosti užívaných látek může informovat autory drogové politiky, veřejnozdravotní intervence a sociální péči (Nutt et al., 2010).

V souvislosti s adiktologickou tematikou se zejména v posledních letech hovoří také o takzvaných nelátkových či behaviorálních závislostech (*nechemické závislosti, nedrogové závislosti, závislosti na procesech*), jež postrádají komponentu užívané substance, která je v tomto případě nahrazená určitou činností. Ta zprávu vyvolává příjemné pocity, ale postupem času se zvyšuje touha po její realizaci až do bodu, kdy je její vykonávání pro člověka žádoucí i přes pokračující negativní důsledky na jeho život. Nelátkové závislosti lze rozdělit na aktuálně uznávané již klasifikované diagnózy a dosud nezařazené poruchy. Do první z nich spadá skupina v MKN-10 označená jako návykové a impulzivní poruchy: patologické hráčství (gambling), kleptomanie (chorobné kradení), pyromanie (chorobné zakládání ohně) a trichotilomanie (chorobné vytrhávání vlastního ochlupení a vlasů). Znaky závislostního chování vykazuje také hypersexualita a některé formy poruch příjmu potravy (mentální bulimie a přejídání spojené s psychickými poruchami). Závislost si lze vypěstovat téměř na každé činnosti, tudíž se mluví také o závislosti na nakupování (oniomanie), či na práci (workoholismus) a fenoménem moderní

doby je netolismus, tedy závislost na internetu a jeho službách (Vacek a Vondráčková, 2014).

1.1.1. Akutní intoxikace a odvykací stav

Intoxikace drogou je přechodný stav po její aplikaci, který vede k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, poznávání, emotivity, chování či jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Průběh akutní intoxikace se liší dle množství užití látky, osobních charakteristik, vlivu prostředí a dle mnoha dalších faktorů. Odvykací stavy jsou subjektivně velmi nepříjemné, ale s výjimkou v případě psychoaktivních léků a alkoholu nejsou život ohrožující.

1.1.1.1. Alkohol

Psychoaktivní účinky alkoholu jsou závislé na požití dávce a mají komplexní charakter. Výsledný efekt závisí na vlivech biologických (zdravotní stav), psychologických (očekávaný efekt) a sociálních (prostředí, ve kterém je alkohol konzumován) (Popov in Raboch et al., 2014). Většinou se akutní intoxikace projevuje jako prostá opilost (ebrietas simplex, prostá ebrieta). Při nižších dávkách má alkohol stimulační účinek. Dochází k povznesení nálady, zvýšení sebevědomí, mnohomluvnosti. Při další konzumaci následuje snížení zábrán a sebekritičnosti, může dojít k agresi. Při dlouhotrvající nepřerušené konzumaci nebo rychlé konzumaci dochází k útlumu, což je hlavní účinek alkoholu na centrální nervovou soustavu. Objevuje se únava, spavost, v extrémních případech k bezvědomí až úmrtí. Patologická intoxikace, rovněž známá pod pojmy patická opilost či patická ebrieta je zvláštní stav následující po vypití relativně malého množství alkoholu, které by běžně intoxikaci nezpůsobilo. Tento stav se projevuje jako kvalitativní porucha vědomí s nepochopitelným jednáním, poruchami emocí, vnímání a myšlení. Můžou se objevovat halucinace, úzkost, paranoidně perzekuční bludy, jedinec je agresivní vůči okolí. Porucha trvá v řádu minut či hodin a je na nečástečná nebo úplná amnézie (Kalina et al., 2003). Diagnostikování patické ebriety má význam v soudní psychiatrii. Pokud totiž došlo v průběhu tohoto stavu ke spáchání trestného činu, je pachateli mnohdy přiznána nepřičetnost (Pavlovský, 2012).

Odvykací stav se objevuje u osob s dlouhou anamnézou užívání a rozvíjí se během hodin až dnů po vysazení či redukcí dávek s maximem během druhého dne, a odezněním zhruba do týdne. Projevuje se třesem, úzkostí, pocením, nauzeou až zvracením,

tachykardií, poruchou spánku, slabostí, či psychomotorickým neklidem. Komplikací může být odvykací stav s deliriem. V organismu dochází k poruše rovnováhy elektrolytů a k hypoglykémii, což může vyústit v metabolický rozvrat, a vyžaduje intenzivní léčbu (Popov in Raboch, 2014). Jedná se o nejtěžší formu odvykacího stavu s poměrně vysokou mortalitou (Kalina, 2015). Mezi další poruchy patří poruchy psychotické (alkoholické psychózy), jako následek dlouhodobého abúzu, alkoholické halucinózy a amnestický syndrom projevující se zhoršením paměti krátkodobé, při současném zachování dlouhodobé (Popov in Raboch, 2014).

1.1.1.2. Tabák

Návykovou látkou v tabáku je nikotin, vyvolávající silnou závislost fyzickou i psychosociální. Jedná se o jednu z nejrozšířenějších závislostí v ČR, která nepoškozuje pouze uživatele, ale i jeho okolí ve formě pasivního kouření (Vavrinčíková, 2012). Při vysazení se objevuje silný craving, neklid, pocity nepohody, nevolnost. Ke zmírnění odvykacího stavu lze užít některou z forem náhradní terapie nikotinem (náplast, žvýkačka, spray), či vybraná léčiva (Wellbutrin, Zyban, Champix).

1.1.1.3. Kanabinoidy

Nejčastěji užívané nelegální látky, mezi něž jsou řazeny marihuana, hašiš a hašišový olej. Aplikovány jsou nejčastěji kouřením či jako součást nápoje či pokrmu. Po intoxikaci dochází k deformaci vnímání času, mohou se objevit poruchy vnímání prostoru, a také zrakové, hmatové či sluchové halucinace. Může se objevit lehká euforie, uvolnění a smích, ale také narušení kontaktu s realitou (depersonalizace, derealizace), úzkost, paranoia a neklid. Historicky panoval názor, že na kanabinoidy nevzniká závislost, avšak ukazuje se, že u části dlouhodobých uživatelů může dojít k rozvoji psychické závislosti. Při vysazení se může objevit podrážděnost, psychomotorický neklid, úzkost či deprese. Objevují se také klinické a epidemiologické důkazy o souvislosti mezi užíváním konopí a schizofrenií, poukazující na možnost, že užívání konopí může být spouštěčem tohoto onemocnění, či může zhoršovat jeho průběh (Vyskočilová a Práško, 2015).

1.1.1.4. Opioidy

Mezi ilegálně užívané opioidy patří heroin a buprenorfin, odvar z makovic či opiová šťáva. Z legálně dostupných je to tramadol, kodein, volně prodejný dextrometorfan (Stopex, Robitussin), oxykodon (Oxycontin), morfin (Sevredol, MST), metadon, a

v devadesátých letech rozšířený braun (hydrokodon). Nejčastější, ale také nejrizikovější způsob aplikace je intravenózní podání drogy.

V případě opioidů patří mezi příznaky intoxikace lehká ospalost, pocity klidu, euforie, mióza či obštipace. Může se objevit nevolnost, zvracení, pocit tepla, svědění či povrchní dýchání. Komplikace akutní intoxikace vyžadují lékařskou pomoc k zajištění vitálních funkcí. Při předávkování je intravenózně podáván opiátový antagonist na loxon, který zároveň vyvolává okamžité vypuknutí odvykacího syndromu. Snaha rychle aplikovat další dávku drogy by mohla vést k otravě. Abstinenci příznaky po vysazení opioidů bývají dramatické, ale nejsou zdraví ohrožující. Charakteristické jsou projevem chřipkových stavů a opakem příznaků akutní intoxikace (průjem, zimnice...). Mírnit příznaky z vysazení lze podáváním substituční látky, kdy je substituční opioid snižován až k vysazení. Dlouhodobá substituční terapie staví na nahrazení opiátu neznámé čistoty a síly farmakologicky definovaným opioidem, který je aplikovaný pod lékařským dohledem s očekávaným výsledkem harm reduction, tedy snížení poškození plynoucích z užívání nelegálních opioidů. Nejde tedy v první řadě o směřování k abstinenci, ale o snížení zdravotních rizik (hepatitidy, předávkování), zlepšení psychosociálního fungování a snížení kriminálního chování (Švarc, 2008).

1.1.1.5. Psychoaktivní léky

Mezi léky s potenciálem vyvolávat závislost patří analgetika (léky opiátového typu jako morfin, tramadol, kodein, buprenorfin), anxiolytika (benzodiazepiny), hypnotika a stimulantia (anorektika, antitusika). Společné prvním třem skupinám je útlum centrální nervové soustavy, doprovázený ospalostí a otupělostí. Právě náhlé vysazení léku nebo výrazné snížené užívané dávky může vést k nepříjemným stavům jako je podrážděnost až agresivita, nespavost, neklid, křeče. Při náhlém vysazení vyšších dávek benzodiazepinů může dojít k rozvinu život ohrožujících stavů zahrnujících epileptické záchvaty a delirantní stavy.

Nadužívání psychoaktivních léků je v ČR dlouhodobým problémem. Dle dostupných údajů nadužívá především hypnotika a sedativa asi 900 tisíc osob, ve vyšší míře jsou ohroženy ženy a senioři (Úřad vlády ČR, 2020b).

1.1.1.6. Stimulancia

Vedle legálního kofeinu se do této skupiny řadí pervitin (metamfetamin) a amfetamin, kokain, crack, mefedron a také syntetické látky se stimulačním účinkem, například MDMA.

Jejich účinkem je zvýšení psychomotorického tempa, snížení únavy, vyvolání lehké euforie, pocitu síly a energie. Mohou však také vyvolávat úzkost a vést k přecenění vlastních sil. Po odeznění intoxikace se objevuje subjektivně nepříjemný stav podobný alkoholové kocovině. Dlouhodobé užívání může vést k rozvoji toxické psychózy. Odvykáací stav zahrnuje únavu, spavost, větší pocit hladu, úbytek energie a zhoršení nálady až depresivitu, avšak není život ohrožující. V případě rozvoje toxické psychózy se však doporučuje pozorování na lůžku a nasazení vhodné medikace (risperidon, kvetiapin, aripiprazol).

1.1.1.7. Halucinogeny

Do skupiny halucinogenů patří velké množství látek, které lze rozdělit do tří podskupin dle původu na přírodní látky rostlinného původu a z hub (psylocybin, meskalin, ibogain, atropin), živočišného původu (jed ropuch z rodu Bufo) a semisyntetické a syntetické látky (LSD, PCP, ketamin). Jejich účinek závisí na individuální citlivosti, množství a čistotě látky. V menších dávkách způsobuje iluze a pseudohalucinace a mírnou euforii. Může se však objevit nepohoda, úzkost a deprese. Vyšší dávky mohou způsobit halucinatorní stavy, derealizaci a depersonalizaci. Komplikací je tak zvaný „bad trip“, během kterého může docházet k panickým záchvatům, silným úzkostem a depresi či k rozvoji paranoidního stavu. Odeznění intoxikace je většinou bez odvykáacího stavu, ale mohou se objevit flashbaky, krátké přechodné pocity opětovné intoxikace.

1.1.2. Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je v Mezinárodní klasifikaci nemocí definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, jež se vyvíjí po opakovaném užití látky a typicky zahrnuje silné přání až nutkavou potřebu užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání a ztrátu volní kontroly, přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory somatickým i duševním komplikacím, upřednostňování drogy nebo objektu závislostního chování před všemi ostatními aktivitami

a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku, změnu tolerance (zvýšení či naopak pokles) a odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy (MKN-10, 2021).

Závislost někdy bývá rozdělována na psychickou a fyzickou.¹ První z jmenovaných se vyznačuje obtížně potlačitelnou, nutkavou touhou užívat drogu i přes zřejmé negativní dopady na život uživatele. Fyzická závislost značí, že organismus uživatele navykl na užívanou látku, takže pokud se mu jí nedostává, dochází k silným abstinenčním příznakům, jež mají často obraz opačný tomu, pro jaké účinky je droga vyhledávaná (například velký útlum v případě „dojezdu“ po stimulanciích). Ačkoliv se může zdát, že fyzická závislost je „horší“, zejména kvůli manifestaci abstinenčních příznaků (nevolnost, třes, zvracení a podobně), nemusí tomu být tak. Abstinenční příznaky jsou pro uživatele velmi nepříjemné a mnohdy mají poměrně děsivý průběh, ale s výjimkou v případě alkoholu a psychoaktivních léků nejsou život ohrožující. Zatímco fyzické stavy mohou odejít během několika dnů až týdnů, psychická závislost může přetrvávat velmi dlouho, dokonce i když člověk nějakou dobu abstínuje, ať již na základě svého dobrovolného rozhodnutí či „nuceně“ po nástupu do výkonu trestu. Psychická závislost souvisí s pozitivními aspekty, které drogy poskytují, například zvýšení sebevědomí, uvolnění stresu, bdělost a podobně.² Pro abstinujícího člověka mohou některé okamžiky, některá místa či lidé představovat „spouštěče“, které mohou vést k relapsu. Rozpoznat tato nebezpečí a umět s nimi pracovat jsou technikami přístupu prevence relapsu a jsou nutnou výbavou do života lidí, kteří se snaží o abstinenci či snížení užívání. Relaps po propuštění nemusí nutně ukazovat na selhání jedince či adiktologického programu, ale může poukázat na oblasti, jimž je třeba v další terapeutické práci věnovat zvýšenou pozornost.

V souvislosti s návykovými látkami se také objevuje pojem problémové užívání drog, což je koncept, který vznikl s rozvojem heroinové epidemie v 60. a 70. letech minulého století a později v 80. letech v souvislosti s šířením infekce HIV mezi intravenózními uživateli drog. Z veřejnozdravotní a epidemiologické perspektiv jde o označení pro intenzivní užívání nelegálních látek (opioidů a centrálních stimulancií), které

¹ V případě tabáku se mluví také o tzv. závislosti psychosociální. Její podstatou je potřeba kouřit cigarety v určitých opakujících se situacích, které jsou obvykle spojené s psychickou tenzí nebo emocí, pozitivní či negativní. Později dochází u většiny uživatelů také k rozvoji psychické a fyzické závislosti.

² Teorii závislosti je mnoho a je nad rámec této práce o nich pojednávat. Některé hovoří o užívání drog jako o formě sebemedikace, či například způsobu léčby traumatu. Vzhledem k anamnézám a příběhům lidí ve výkonu trestu je možné předpokládat, že droga u nich plní nějakou důležitou funkci a bez terapeutické práce, jež umožní poznat tuto funkci a nahradit drogu zdravější alternativou, nelze očekávat, že nebudou zažívat velmi náročné chvíle i pokud se jim podaří abstínovat.

je spojené s nejvýznamnějšími zdravotními, sociálními a společenskými negativními dopady. Problémoví uživatelé jsou konzumenti vysokého množství a/nebo vysoce rizikovým způsobem, typicky s rozvinutou závislostí, jež negativně působí na samotného uživatele, další jednotlivce v jeho okolí, komunitu i společnost jako celek (Mravčík, 2017). V odborných kruzích však dochází ke snahám o užívání nestigmatizujícího jazyka, a tak se místo termínu problémoví uživatelé objevuje výraz *lidé užívající drogy rizikově* (LDR) a místo injekční uživatelé drog je používán výraz *lidé užívající drogy injekčně* (LDI) (NMS, 2020).

Někdy se také objevuje termín škodlivé užívání či abúzus, zejména ve spojení s alkoholem. MKN-10 definuje škodlivé užívání jako způsob užívání, který způsobuje fyzické nebo psychické zdraví. Škodlivé užívání vede k poškození tělesného i duševního zdraví a většinou předchází samotné závislosti. Termín rizikové pití označuje způsob konzumace, která může vést k rozvoji poškození, pokud v ní bude konzument pokračovat. Neexistuje žádná bezpečná dávka alkoholu, za rizikové užívání je považováno užití více než dvaceti gramů alkoholu denně, což se rovná jednomu standardnímu alkoholickému nápoji.

1.2. Prevalence užívání návykových látek v populaci

V české dospělé populaci je podle dostupných dat celkem 24,9 % současných kuřáků, z nichž 18,1 % kouří denně. Trend v posledních sedmi letech vykazuje mírný pokles. Mírný nárůst se objevuje v případě spotřeby e-cigaret. Alkohol pilo dle poslední Výroční zprávy o stavu ve věcech drog celkem 8,5 % populace. Častou konzumaci nadměrných dávek uvedlo 15,9 % dotázaných. Spotřeba alkoholu v posledních letech roste, a to u žen i mužů. Riziková konzumace se objevuje až u 1,5 mil. osob, z nichž asi 800 tisíc osob vykazuje znaky škodlivého užívání. Nejčastější užitou nelegální látkou jsou konopné drogy, které někdy během života vyzkoušelo 26–39 % osob. Zkušenosti s jinými nelegálními drogami jsou méně časté, v případě MDMA někdy užilo 4–6 % osob, halucinogenní houby 6 %, ostatní nelegální drogy 2–3 % dospělých lidí.

V případě psychoaktivních léků (hypnotika, sedativa, opiátové léky) má zkušenost s užitím látky v rozporu s doporučením či získané bez předpisu 18–27 %, v posledních 12 měsících 8,5–12,5 % a v posledních 30 dnech 2,5–3,9 % dospělých lidí, což je prevalence vyšší než u konopí.

Uživatelů pervitinu je dle odhadu 34,6 tisíc. Uživatelů opioidů pak 10,5 tisíc, z toho 5,7 tis. uživatelů buprenorfinu, 3,2 tis. uživatelů heroinu a 1,5 tis. uživatelů jiných opioidů. Lidí užívajících drogy injekčním způsobem je asi 40,8 tisíc. Největší výskyt uživatelů je dlouhodobě v Praze a na území Ústeckého kraje (NMS, 2020).

1.3. Pilíře protidrogové politiky

Tuzemská protidrogová politika je komplexním koordinovaným souborem opatření zaměřeným na snížení negativních společenských dopadů užívání legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství, zahrnujícím opatření preventivní, vzdělávací, léčebná, sociální, regulační, kontrolní a další, včetně vymáhání práva. Co do uplatňování prevence a pomoci na jedné straně a represe a vymáhání práva na straně druhé se snaží o vyvážený přístup. Tvoří ji čtyři základní pilíře, a to primární prevence, snižování rizik, léčba a sociální začleňování a kontrola dostupnosti drog a staví na koordinovaném mezisektorovém a mezioborovém přístupu k užívání legálních a nelegálních návykových látek a k patologickému hráčství, tudíž integruje problematiku nelegálních drog, alkoholu, tabáku a gamblingu (Úřad vlády České republiky, 2016).

2. Adiktologické služby

Pod pojmem adiktologie se rozumí samostatný interdisciplinární obor, zaměřený na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci rizik, která souvisí s užíváním návykových látek a závislostním chováním, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti (Miovský, 2013). Odborná péče v sobě propojuje preventivní aktivity, včasnou identifikaci a intervenci, léčbu a poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob s adiktologickou poruchou. Součástí je také výzkum užívání návykových látek a dalších forem chování, které mohou vést k závislosti a přinášet negativní dopady na život jedince, jeho blízkých, okolí i celé společnosti. Problematika závislostí je komplexní a zasahuje do struktur kulturních, historických, sociálních, zdravotnických i environmentálních (Kalina, 2015).

Z historického hlediska neměl obor jednoduchou cestu a ani jednoznačnou podobu. Odborná obec proto dlouhodobě zdůrazňuje nutnost vyjasňovat si vzájemné porozumění pojmům, pokud probíhá diskuse o adiktologii (například Libra, 2014, Miovský, 2016). Tradice výzkumu závislostí v České republice sahá do bohaté klinické praxe budované od padesátých let dvacátého století, avšak kořeny oboru lze dohledat ještě před milníkem, jakým byl v roce 1948 otevřený Apolinář Jaroslava Skály (Gabrhelík a Miovský, 2014). Silné postavení si vybudoval abstinенčně orientovaný přístup, aplikovaný zejména v oblasti alkoholové závislosti. Před rokem 1990 byla léčba uživatelů všech typů látek zajišťována v prostředí státních zdravotnických zařízení. Porevoluční vývoj posléze umožnil vstup konceptu minimalizace rizik, spojeného zejména s oblastí nelegálních drog. Na tomto pozadí v podstatě došlo k formování neziskového sektoru v oblasti závislostí a k položení základů tuzemské drogové politiky.

Současné adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární. Specializovaná adiktologická péče je poskytována uživatelům všech typů psychoaktivních látek, lidem majícím problémy s patologickým hraním a dalšími formami závislostního chování. Zprostředkovávaná je kromě adiktologů také pracovníky jiných odborností, zejména lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, psychology, pedagogy a podobně. Je poskytována ve službách registrovaných zejména jako zdravotní a/nebo sociální, avšak kromě těchto dvou typů lze mezi adiktologické služby řadit také služby či programy v pobytových zařízeních speciálního školství, ve věznicích a případně církevní programy (Miovský, 2013).

Adiktologické služby v ČR fungují v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu, zachycujícího podstatné aspekty vzniku a vývoje závislosti a závislostního chování. Služby zejména pracují s klienty na snížení míry závislostního chování a na zvýšení motivace k udržitelnějšímu životnímu stylu. Díky tomu dochází ke snižování četnosti výskytu a přenosu infekčních onemocnění a předávkování a také dalších somatických či psychiatrických komorbidit, ke snížení míry nezaměstnanosti či zlepšení dluhové problematiky a celkového sociálního postavení cílové skupiny. Tím jsou služby užitečné nejen pro své klienty, ale také pro společnost (Úřad vlády ČR, 2020a).

Služba je základní registrovanou jednotkou. Adiktologická služba má definováno své poslání, cíle, postupy, koncepci, pravidla, typy poskytovaných intervencí, cílovou skupinu, tým a vedení, místo poskytování a podobně (Miovský, 2013). Jádro specializované adiktologické péče je aktuálně tvořeno dle Standardů odborné způsobilosti, které jsou v současné době platné pro deset typů služeb (Libra et al., 2015).

2.1. Legislativa a typologie služeb

Adiktolog je nelékařská zdravotnická odbornost dle zákona 96/2004 Sb., zabývající se prevencí, léčbou a minimalizací rizik a poruch souvisejících s užíváním alkoholu, tabákových výrobků a psychoaktivních látek, včetně poruch způsobených patologickým hráčstvím. Odbornost má transdisciplinární charakter a k péči o klienty využívá specifické léčebné, edukativní a preventivní postupy včetně sociální práce či psychosociální rehabilitace (Miovský, 2013). Konkrétní činnosti jsou stejně jako v případě jiných zdravotnických pracovníků upraveny ve vyhlášce MZČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která stanovuje, že adiktolog obdobně jako ostatní odbornosti zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti především poskytuje zdravotní péči, poskytuje informace pacientovi, vede zdravotnickou dokumentaci a vykonává další činnosti směřující k ochraně veřejného zdraví a k rozvoji vzdělávání a zvýšení kvality péče. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může adiktolog provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta, dělat neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění, provádět depistáž k identifikaci osob ohrožených zdraví škodlivými návyky a u těchto provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravějšího způsobu života a snižování škodlivosti užívání drog, stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence,

provádět individuální, skupinovou a rodinnou podpůrnou psychoterapii, instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby závislé a závislostí ohrožené, provádět poradenství v oblasti závislostí na návykových substancích a dalších (nelátkových) závislostí (Fidesová, 2013). S indikací lékaře, který disponuje specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie či lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru návykových nemocí může adiktolog zpracovávat komplexní léčebné plány a koordinovat jejich realizaci. Pod odborným dohledem lékaře s jednou z uvedených způsobilostí může také spolupracovat při poskytování systematické individuální, skupinové a rodinné psychoterapie či při psychiatrických a psychologických vyšetřeních (Fidesová, 2013).

Odbornost byla postupně promítnuta i do dalších souvisejících právních předpisů, tvořících nezbytný právní základ pro výkon profese (Fidesová, 2013). V rámci reformy zdravotnictví je od dubna roku 2012 účinný balíček nových zdravotních předpisů. Jde zejména o Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Pro oblast péče o uživatele návykových látek je ze zdravotnického legislativního rámce nejvýznamnějším Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který uzákoňuje zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií od devadesátých let minulého století. Pro účely zákona se „protidrogovou politikou“ rozumí i práce nejen v oblasti nelegálních látek, ale i v oblasti alkoholu a tabákových výrobků. Tento zákon poprvé definoval typy služeb určené uživatelům drog. V současné době probíhá jeho novelizace, aby došlo k souladu s rámcem zdravotní péče, který je nově vymezen zákonem o zdravotních službách. V době vzniku textu jsou však adiktologické služby v paragrafu č. 20 Zákona č. 379/2005 Sb. definovány takto:

- akutní lůžková péče, určená lidem, kteří se požitím drog či alkoholu uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí
- detoxifikace, poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními pro předejití rozvoje abstinčního syndromu
- terénní programy, určené osobám závislým nebo problémově užívajícím
- kontaktní a poradenské služby

- ambulantní léčba
- stacionární programy, poskytující nelůžkovou denní péči problémovým uživatelům a závislým osobám, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenění z přirozeného prostředí
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů, určená problémovým uživatelům a závislým
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, tedy program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6–15 měsíců
- programy následné péče zajištěné zdravotnickým zařízením a jinými zařízeními, obsahující soubor služeb, které po ukončení základní léčby pomáhají vytvářet a udržovat podmínky pro udržení abstinence či zdravějšího způsobu života
- substituční léčba, krátkodobá nebo dlouhodobá forma léčby spočívající v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, probíhající ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

K oblasti služeb pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené se také vztahuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přijatý v roce 2006, stanovující typy sociálních služeb, systém jejich financování, zajištění dostupnosti a kvality. Sociální služby definuje jako terénní, ambulantní či pobytové. Definuje celkem 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na služby sociální péče, sociální prevence a sociální poradenství. Uživatelé návykových látek jsou v zákoně zohledněni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence. Pro oblast péče jsou relevantní následující typy služeb:

- terénní programy
- kontaktní centra
- terapeutické komunity
- služby následné péče a chráněné bydlení
- domovy se zvláštním režimem (zahrnující zejména pobytovou péči pro starší klienty závislé na alkoholu)
- sociální rehabilitace

Z důvodu mezioborového charakteru adiktologických služeb je třeba brát v úvahu zdravotnické i sociální normy, které však v některých oblastech vykazují diskrepance, zejména v definování služeb. Oba resorty navíc kladou na služby odlišné nároky v oblasti

financování, dostupnosti, kvality i vykazování práce s cílovými skupinami, což zvyšuje nároky na poskytovatele služeb (Projekt RAS, 2018).

2.2. Zajištění kvality služeb

Adiktologie je silně propojená s národním i mezinárodním výzkumem a praxí. V moderní historii byla ovlivněna zejména vlnou pragmatické protidrogové politiky, která se formovala během devadesátých let minulého století. Po roce 1989 se na našem území vytvořila otevřená drogová scéna, s níž přišla také epidemie viru HIV a VHC mezi nitrožilními uživateli drog. V reakci na novou situaci vznikla na základě mezinárodních evidence-based poznatků síť potřebných preventivních a léčebných programů a také programů zaměřených na snižování rizik. Tyto racionální kroky napomohly mimo jiné ke zvládnutí epidemie v ČR, přičemž míra infekce dosahovala jedné z vůbec nejnižších hodnot na území Evropy. Po roce 2002 docházelo k rychlému rozvoji substituční léčby, díky které bylo dosaženo významného snížení počtu úmrtí v souvislosti s užíváním návykových látek. Celý tento proces vyústil do vzniku světově unikátního vzdělávacího systému a postupně rozvíjeného systému organizace školní prevence a sociální a léčebné péče o uživatele drog (Miovský, 2013).

S rozvojem služeb rostly nároky na zajištění a kontrolu jejich kvality. Nezastupitelnou roli v jejím ověřování i rozvoji sehrál v českém prostředí systém Certifikací odborné způsobilosti adiktologických služeb se svými Standardy odborné způsobilosti budovaný díky společné iniciativě odborné obce, poskytovatelů služeb a veřejné správy již už od roku 1995. Certifikát odborné způsobilosti udělený po naplnění kritérií určených Standardy je zárukou státu, že služby jsou odborně způsobilé k práci s cílovými skupinami. Takové služby jsou zajišťovány kvalifikovanými pracovníky, řídí se platnými právními normami, jednají s ohledem na práva a bezpečí klientů a pracovníků a také zajišťují dodržování etických pravidel. Standardy vznikaly s cílem zvyšovat odbornou způsobilost a kvalitu adiktologických služeb a systém certifikací tak významně přispěl k profesionalizaci služeb. Je nutné také zmínit, že certifikát odborné způsobilosti je vstupenkou do dotačního řízení RVKPP. V současné době se však v tomto ohledu realizují změny. Od roku 2016 do roku 2021 je Odborem protidrogové politiky Úřadu vlády ČR realizován projekt *Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky* (dále Projekt RAS), v rámci kterého dochází k úpravě stávajících

procesů v oblasti financování, legislativního ukotvení, zajišťování kvality či vykazování práce s cílovými skupinami (Úřad vlády ČR, nd).

Kromě certifikací se oblasti adiktologických služeb dotýká několik dalších systémů. Tuzemské služby podléhají poměrně rozvinutému externímu systému zajišťování a kontroly kvality, ve kterém jsou zainteresovány především resorty, odborné společnosti a instituce. Koordinačním orgánem pro protidrogovou politiku je na národní úrovni Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), jejíž hlavní činností je tvorba národní strategie protidrogové politiky, akčních plánů a koordinace aktivit v nich obsažených na mezioborové a meziresortní úrovni. I přes působení nadresortního orgánu však služby podléhají požadavkům a podmínkám svých příslušných resortů, zejména zdravotnického, sociálního a školského. Služby zřízené podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mohou být neohlášeně podrobeny inspekci prováděné inspektory Ministerstva práce a sociálních věcí. Služby registrované jako zdravotní spadající pod Ministerstvo zdravotnictví, mají stanovenou povinnost zavést interní systém zajištění kvality a bezpečí dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. K zajištění kvality programů primární prevence slouží Certifikace odborné způsobilosti pod gescí Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Tyto externí systémy se zaměřují na ověřování a hodnocení dle stanovených kritérií. V současné době tedy vedle sebe existují čtyři systémy, které přes dlouhodobé snahy především ze strany sekretariátu RVKPP nejsou zatím navzájem propojené a uznatelné (Projekt RAS, 2018).

2.2.1. Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb

Adiktologické služby zahrnující oblasti primární prevence rizikového chování, léčby, resocializace a snižování rizik spojených s užíváním návykových látek (harm reduction), mají splňovat nároky dobré praxe podložené výzkumem, tedy uplatňovat individuální přístup k pacientům a klientům v kontextu bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti s ohledem na jejich potřeby, a to dle definovaných a měřitelných kritérií kvality. Kvalita adiktologických služeb jakožto specifických platforem propojujících zdravotní a sociální péči (a další, například školskou, či penitenciární, aj.) přitom není jednoduše definovatelnou oblastí. Nejvýznamnějším nástrojem pro ověřování a kontrolu kvality je proces certifikace s využitím referenčních Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby uživatelům návykových látek, spravovaných RVKPP. Systém certifikace je budován od roku 1995, v činnosti od roku 2006 a od roku

2007 je certifikace nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace ze státního rozpočtu. Existence standardů v ČR je klíčová pro definování toho, co je profesionálně poskytovaná adiktologická služba a jakým způsobem, kým, jak dlouho a kde má být realizovaná (Kalina, 2015).

Před rokem 1989 byla péče o závislé realizována převážně v síti AT poraden a bohaté spektrum současných služeb neexistovalo. Rychlost, se kterou vznikaly, nesla riziko nesystémovosti a tlak na vznik referenčních standardů se tedy dá považovat za oprávněný. Standardy nízkoprahových a léčebných služeb byly poté doplněny také o standardy primárně preventivních programů. Nespornou výhodou standardů je facilitace rozvoje služeb a stanovení nepodkročitelné úrovně kvality. Jistou nevýhodou představuje menší potenciál pro inovace, rigidita a nemožnost rychle reagovat na proměny v potřebách cílových skupin (Kalina, 2015). Od svého vzniku byly standardy revidovány pouze jednou, v roce 2015. Nově vznikajícím službám a novým druhům provozů nemusí současná podoba stačit.

Standardy reflektují požadavky na odbornou způsobilost ve dvou částech, a to v části obecné, platné pro všechny typy služeb a v části specifických standardů pro jednotlivé typy služeb. Těch je deset: detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba, ambulantní stacionární péče, krátkodobá a střednědobá lůžková péče, rezidenční péče v terapeutických komunitách, doléčovací programy (chráněné bydlení a chráněné pracovní programy, substituční léčba a adiktologické služby ve vězení (a následná povýstupní péče) (RVKPP, 2015).

Standard adiktologických služeb ve vězení je vytvořen pouze pro externí poskytovatelé adiktologických služeb ve vězeňském prostředí, tedy zpravidla nestátní neziskové organizace. Poslední, desátý ze standardů vznikl později než zbytek standardů a reagoval právě na poskytovatelé služeb, kteří do věznic docházejí. Tyto služby doplňují spektrum péče o uživatele návykových látek v prostředí věznic, kterou zajišťuje Vězeňská služba ČR. Služby využívají „efektu externisty“, kdy uživatelé, vězni, více důvěřují osobám, jež nejsou součástí vězeňského systému. Adiktologické služby se tak stávají důležitým mezičlánkem mezi věznicemi a návaznými civilními službami. Jejich využití je dobrovolné a případné odmítnutí není sankcionováno (RVKPP, 2015).

2.2.2. Nástroje pro podporu kvality

Implementace mechanismů pro podporu kvality se liší dle druhů a typů služeb. Nejvýraznější postavení mají Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Pro zdravotní segment adiktologie, především rezidenční služby, je významný také systém rozvoje a ověřování kvality Spojené akreditační komise (SAK). SAK provádí akreditace zdravotnických zařízení od roku 1998. Zdravotnické pracoviště musí naplňovat podmínky akreditačních standardů, které jsou dostupné na oficiálních webových stránkách. Po získání akreditace získává zařízení certifikát platný tři roky.

Ověřování na základě standardů či norem je jedním ze dvou hlavních proudů managementu kvality. Kvalita je v tomto případě tvořena shodou charakteristik konkrétní služby s normou nebo standardem. Pojem standard představuje soubor kritérií, dle kterých lze posoudit, zda a do jaké míry je služba poskytovaná v souladu se stanovenou úrovní kvality. Nejde přitom pouze o kvalitu výkonů, ale například i organizační a manažerské zajištění, dostupnost a podobně. Tato multidimenzionální kritéria proto obvykle nejsou shrnuta do jediného kodexu. V oboru tak existuje více typů standardů zaměřujících se na různé „oblasti kvality“. Podle WHO (WHO, 1997; Kalina, 2001 in Mravčík et al., 2010) se standardy dělí na standardy vzdělání, standardy pracovišť, zařízení a programů, standardy postupů odvozených od případu či diagnózy, standardy metod a etické standardy. Standardy postupů a metod někdy bývají označovány jako „standardy dobré praxe“ (Mravčík et al., 2010).

Kvalitě tuzemských služeb nahrává fakt, že pracovníci ve službách mají zpravidla bohaté formální vzdělání a k tomu množství kurzů, stáží a výcviků. Vzdělávací systém v oblasti závislostí je v českém prostředí poměrně dobře rozvinutý. Odborníci mají možnost potkávat se na pravidelných konferencích i jiných platformách. Kromě formálního vzdělávání přispívá k rozvoji znalostí a dovedností také vzdělávání neformální. Multidisciplinarita týmů navíc umožňuje vzájemné obohacování mezi jednotlivými profesemi.

Obor má zpracovaný také svůj etický kodex. Etika je nedílnou součástí dobré praxe (Richterová Těmínová, Kalina in Kalina, 2015). Etický kodex slouží k ochraně klientů před poškozením, k zajištění bezpečí a ochraně jeho integrity, k podpoře etického chování mezi kolegy a ke spolupráci a komunikaci různých odborníků v oboru. Dále je základem při řešení etických problémů a dilemat a při stížnostech na etická pochybení a také oporou i inspirací k profesionálnímu jednání pracovníků (Richterová Těmínová, Adameček, 2013).

Nástrojem, který je spojen s poskytováním služeb, je také supervize. Nestátní neziskové organizace poskytující adiktologické služby byly v počátcích supervize v našem prostředí právě těmi, které supervizní kulturu přijaly a dále rozvíjely, což bylo částečně dáno také faktem, že šlo o jednu z podmínek při žádosti o státní dotace. Pojem supervize se vyskytuje v mnoha oblastech a nenabývá vždy téhož významu. V tomto kontextu mluvíme o supervizi jako o nástroji dobré podpory, vedení a posilování pracovníků k dosažení jejich určitých profesionálních, organizačních a osobních cílů. Konkrétní cíle jsou předmětem kontraktu mezi zadavatelem supervize, supervizorem, zaměstnavatelem a pracovníky. Obecnými cíli supervize jsou zejména podpora profesionálního růstu a zvýšení kvality práce (Broža in Kalina, 2015). V případě, že supervize zcela chybí nebo neplní své funkce, přichází služba o několik úrovní ovlivňujících kvalitu. Jsou to úrovně, které bývají popisovány jako tři funkce supervize, a to vzdělávací, podpůrná a řídicí (Kadushin in Hawkins, Shoet, 2004). Supervize v adiktologii je specifická šíří záběru, která vychází ze samotné podstaty závislosti jako bio-psycho-socio-spirituální záležitosti. Nároky na znalosti a dovednosti pracovníků i supervizora se tím zvyšují a přinášejí do supervizních setkání veliké množství témat, ve kterých není vždy snadná orientace. Setkání navíc probíhají zpravidla formou skupinovou, což napomáhá vzniku množství pohledů a názorů (Broža in Kalina, 2015). Autor uvádí, že supervize adiktologických pracovišť je specifická také osobní angažovaností a zájmem pracovníků nejen o problematiku, s níž pracují, ale i o klienty, což se v supervizi projevuje velkou poctivostí při poskytování služby, zvýšeným emocionálním nasazením a prožíváním neúspěchu klientů (Broža in Kalina, 2015).

Dalším užitečným nástrojem pro rozvoj kapacity pracovníků a jejich spolupráce je intervize. Ta je způsobem sdílení případové práce, zkušeností, vzájemné podpory a reflexe mezi kolegy. Na rozdíl od supervize je pokrytá z interních zdrojů. Pokud je přípravou a vedením intervizních setkání přímo pověřen některý z pracovníků služby, jedná se o její formalizovanou podobu.

Mezi další nástroje, které bývají využity k podpoře dobré kvality, patří například sebehodnocení (například podle Standardů odborné způsobilosti, standardů SAK či Standardů kvality sociálních služeb), mapování spokojenosti klientů a pracovníků, strategické plánování či evaluace. Evaluace znamená systematické zkoumání hodnoty, efektivity a užitečnosti programů, opatření a zákonů, intervencí a organizačních změn. Formou evaluace je více a každá má svou podobu a účel. Formativní evaluace usiluje o zlepšení stávajícího programu a sumativní evaluace hodnotí, jak byl program efektivní a zda v něm dále pokračovat (Hendl, 2005 in Malík Holasová 2014). Autoevaluace vnímá

zapojené pracovníky jako aktivní účastníky utvářející hodnocení kvality a disponující nástroji k jejímu rozvoji. Autoevaluace je nástrojem managementu kvality, odrážejícím konstruktivní charakter pojmu kvality, kdy představy o kvalitě jsou konstruovány společnými silami týmu a rozvoj kvality je vytvářen v komunikativní formě. Pracovníci jsou jako aktivními účastníky, utvářející hodnocení kvality a disponující nástroji k jejímu zlepšování. Autoevaluace využívá metodické prvky jako například definici cílů a kritérií kvality, systematické plánování a kontrolu, reflexi výsledků pro korekci dalšího jednání aj. (Malík Holasová, 2014).

3. Výkon trestu odnětí svobody a výkon vazby

Celosvětově se vězeňská populace blíží 11 milionům osob, přičemž nejvíce jich je ve Spojených státech, a to více než 2,2 milionu. Seychely mají nejvyšší míru vězeňské populace na světě, a to 799 osob na 100 000 celkové populace. Poté následují USA (698), Svatý Kryštof a Nevis (607), Turkmenistán (583) a Americké Panenské ostrovy (542) (Walmsley, 2016). Tuzemské věznice mají za sebou z hlediska počtu vězněných osob za poslední tři dekády turbulentní vývoj. Po rozsáhlé amnestii v roce 1990 poklesl meziroční počet vězněných téměř o dvě třetiny, ale každoročně opět rostl až do roku 1999, v němž bylo ve věznicích rekordních 23 tisíc osob. V roce 2019 bylo na našem území uvězněno 21 048 osob, což při přepočtu na 100 tisíc obyvatel znamená, že je zde druhá největší vězeňská populace v zemích Evropské unie. Ubytovací kapacita v daném roce navíc dosáhla 103,4 % (Wichová, 2020). V loňském roce se počet snížil na 19 286 osob a obsazenost klesla k 97 % (ke dni 24.2.2021) (WPB, 2021), což je dáno opatřeními v souvislosti s pandemií Covid-19. Mnohé státy zavedly procesy ke snížení počtu vězněných osob, viz kapitola 5.

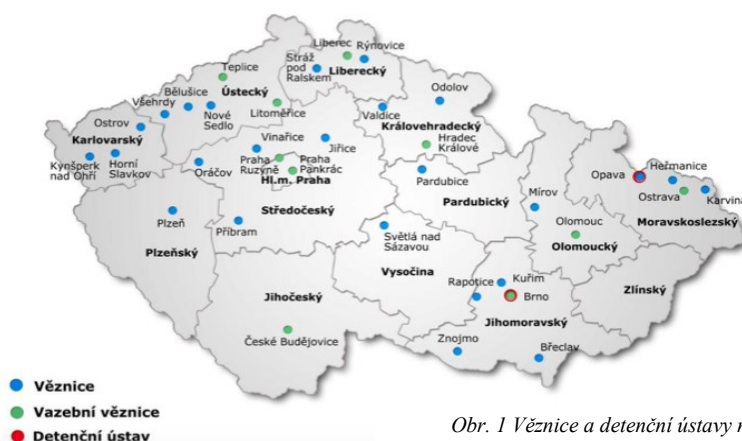
Česká republika je zemí, ve které je ve srovnání s jinými, ve výkonu trestu či ve vazbě výraznější množství žen. V absolutních číslech převažují muži, avšak nárůst počtu vězněných žen je výraznější, v uplynulé dekádě se počet navýšil o polovinu, z 1 158 v roce 2009 na 1 746 žen v roce 2019 (Wichová, 2020). Česká republika je dle dostupných údajů mezi státy EU zemí s nejvyšším počtem uvězněných žen v přepočtu na 100 tisíc obyvatel. Celosvětový počet žen ve věznicích se mezi lety 2000 a 2017 zvýšil o více než 50 %, zatímco počet mužů narostl asi o 20 % (Walmsley, 2017 in EMCDDA, 2021).

Právě ženy jsou extrémně citlivou skupinou ve vězeňství. Evropský parlament dlouhodobě vyzývá členské státy k přijetí náležitých opatření k řešení neúměrně vysoké úrovně užívání drog v řadách vězněných žen a k zohlednění jejich potřeb v oblasti hygieny a zdravotní problematiky, včetně gynekologického, sexuálního a reprodukčního zdraví a péče před i po porodu včetně přístupu k potřebám intimní hygieny. Parlament vyzývá ke zvýšení dostupnosti psychosociální podpory, prevence, monitoringu a náležité a dostatečné léčby obtíží spojených se somatickým a duševním zdravím a k investici do personálu poskytujícího kvalifikovanou podporu. Členské státy jsou také vyzývány k účinnějšímu způsobu boje proti fenoménu obchodování se zakázanými látkami a drogami ve věznicích (Evropský parlament, 2017).

Jednou z dalších rizikových skupin ve výkonu jsou právě uživatelé návykových látek a osoby s nelátkovou závislostí. Uživatelé ve věznici mívají celé spektrum obtíží ve zdravotní i sociální oblasti, zahrnující nižší úroveň vzdělanosti, vyšší míru zkušenosti s nezaměstnaností, obtíže s bydlením, horší úroveň zdraví a vyšší výskyt poruch v oblasti duševního zdraví v porovnání s jinými vězňenými (Dolan et al., 2018; Kinner et al., 2018 in Bukten et al., 2020). Zvyšuje se také riziko suicidálního chování, jehož spouštěčem může být právě rozvoj odvykacího syndromu v době po uvěznění. Rizikové je také období po propuštění, obzvláště kvůli možnému předávkování. Pro osoby, které užívaly opioidy, může být toto období obzvláště nebezpečné (Úřad vlády České republiky, 2020; Merrall et al., 2010).

3.1. Věznice v ČR

Na území ČR zřizuje Vězeňská služba celkem 35 věznic, z toho 10 vazebních věznic a 2 detenční ústavy (Mäsiarová, 2019).



Obr. 1 Věznice a detenční ústavy na území ČR.

Trestná činnost páchaná v souvislosti s návykovými látkami má různé podoby. Užívání nebo přechovávání omamných a psychotropních látek naplňuje skutkovou podstatu některých drogových zákonů³, důvodem k páchaní může být také snaha obstatat

³ Samotné užívání v ČR není považováno za nelegální, tudíž nejde o přestupek ani trestný čin. Právní postih může užívání způsobit pouze v zákonem zakázaných situacích, například při výkonu zaměstnání nebo v souvislosti s řízením motorových vozidel. Držení, a to i pro vlastní potřebu, naopak nelegální je v případě jakéhokoli množství. V množství malém jde o přestupek, při větším než malém o trestný čin. Množství větší než malé však není v současnosti výslovně upraveno žádnou právní normou. Držení pro jiného je vždy trestným činem bez ohledu na množství (Právní poradna A.N.O., n.d.)

drogy nebo finanční prostředky k jejich pořízení. Trestné činy mohou být spáchány pod vlivem drog a existují také zločiny související s obchodováním s drogami, například násilí mezi různými skupinami na drogovém trhu. Převládající část evidovaných drogových deliktů ve většině zemí EU souvisí s užíváním či držením konopných drog. Problémoví uživatelé se do kontaktu se systémem trestní justice dostávají většinou kvůli majetkové trestné činnosti (krádeže, loupeže), které jsou páčány za účelem obstarávání prostředků na drogy. Tito uživatelé jsou často recidivisté a mohou představovat významné procento vězeňské populace (Úřad vlády ČR, 2020a). V roce 2020 bylo ve věznicích celkem 19 286 osob, z toho 8 % cizinců (ke dni 31. 1. 2021) a 8,2 % žen (ke dni 24. 2. 2021). Ke stejnému dni bylo ve věznicích přítomno 0,4 % mladistvých a 8 % osob bylo ve vazbě (WPB, 2021).

Podle deklarace Vězeňské služby ČR je hlavním cílem výkonu trestu odnětí svobody (dále „VTOS“) výchovné působení na pachatele trestného činu, jenž by mělo vést k dosažení změny struktury v jeho chování směrem k žádoucímu způsobu a zdárná reintegrace do společnosti. VTOS je upraven Zákonem č. 169/1999 Sb., O výkonu trestu odnětí svobody a Vyhláškou Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody. Trestní sazba a výše trestu je určována zákonem č. 40/2009 Sb., Trestního zákoníka.

Zákon č. 169/1999 Sb. vymezuje okruh specifických skupin odsouzených osob, u nichž je výkon trestu realizován odlišným způsobem. Tyto skupiny tvoří mladiství odsouzení, ženy, osoby prvotrestané, odsouzení s duševními poruchami, odsouzení s poruchami chování, odsouzení trvale pracovně nezařaditelní, odsouzení s uloženým ochranným léčením, odsouzení k výkonu doživotního trestu a cizinci (VS ČR, 2021a). Paragraf 70 zákona stanovuje, že u odsouzených s poruchami duševními a s poruchami chování způsobenou užíváním návykových látek přihlíží při volbě obsahu a forem programu zacházení⁴ k výsledkům odborného lékařského posouzení a k nutnosti individuálního či skupinového terapeutického působení. Dle zákona je odsouzeným osobám kromě dalších záležitostí zakázáno vyrábět, přechovávat a konzumovat alkohol a další návykové látky, podrobit se opatřením nezbytným k potlačení výroby, držení anebo zneužívání návykových látek a jedů, podrobit se vyšetření ke zjištění případného užití

⁴ Zacházením je míněn veškerý kontakt personálu s vězňenými lidmi. Program zacházení Program zacházení je způsobem dosažení účelu VTOS u a je dle zákona o výkonu trestu odnětí svobody č. 169/1999 Sb. souhrnem konkrétních činností, které odsouzená osoba může nebo musí absolvovat. Patří mezi ně například pracovní, zájmové a vzdělávací aktivity, speciálně výchovné aktivity či oblast utváření vnějších vztahů (VS ČR, 2021b).

drogy, a v případě, že se přítomnost návykové látky prokáže, uhradit také náklady na vyšetření (Zákon č. 169/1999 Sb., O výkonu trestu odnětí svobody).

Výkon vazby je upraven zejména Zákonem č. 293/1993 Sb. Zákon o výkonu vazby a Vyhláškou č. 109/1994 Sb., kterou se vydává Řád výkonu vazby. Obviněné osoby rovněž nesmí vyrábět, přechovávat a konzumovat alkoholické nápoje a jiné návykové látky (dle § 130 TZ) a musí se podrobit se opatřením nezbytným k zamezení výroby, držení či zneužívání drog a jedů, včetně vyšetření na přítomnost návykové látky, které v případě průkaznosti musí uhradit. Rada Evropy upozorňuje, že vzhledem k míře narušení života jedince a s ohledem na zásadu presumpce nevinny, by vazba měla být ze zásady užívána jako krajní opatření s uložením na co nejkratší dobu. V případě osob nově nastupujících do vazby, u nichž je přítomná závislost na návykových látkách, je třeba věnovat pozornost obzvlášť abstinčním příznakům, které se mohou objevit při vysazení substance. V případě substituční léčby započaté před nástupem je vhodné v terapii pokračovat (CPT, 2017).

Realizaci výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody a zabezpečovací detence zajišťuje Vězeňská služba České republiky. Ta také zajišťuje eskorty vězňů, provádí justiční stráž v budovách soudů a podílí se na výzkumech v oblasti penologie. Vězeňská služba je příslušná resortu Ministerstva spravedlnosti ČR a je upravena Zákonem č. 555/1992 Sb., o vězeňské a justiční strážní České republiky. Organizačními jednotkami Vězeňské služby jsou Generální ředitelství Vězeňské služby, vazební věznice, věznice, ústavy pro výkon zabezpečovací detence, Střední odborné učiliště a Akademie Vězeňské služby (Mäsiarová, 2019).

3.2. Systém péče o uživatele drog v tuzemských věznicích

Problematika práce s uživateli drog ve věznicích je specifická tím, že se děje na pozadí dvou odlišných oborů, a to adiktologie a trestní justice, což v praxi značně komplikuje nalezení komplexního a systémového řešení (Gabrhelíková in Kalina, 2015).

Prevence, léčba i snižování rizik spojených s užíváním drog jsou ve vězeňském prostředí realizovány zejména prostřednictvím poraden drogové prevence (PDP), bezdrogových zón, specializovaných oddělení věznic a programů adiktologických služeb (NMS, 2020). Rozvojem prevence a léčby v prostředí věznic se zabývá Koncepce vězeňství do roku 2025 s navazujícími akčními plány (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2015).

Poradny drogové prevence, jejichž zřízení, činnost a povinnosti vymezuje NGR č. 36/2010, poskytují informační servis a individuální i skupinové poradenství. Jsou zřízeny s cílem minimalizovat zdravotní a sociální rizika a motivovat vězněné osoby k léčbě během výkonu. PDP jsou součástí všech věznic a v roce 2019 zaznamenaly 11 027 klientů. Z většiny šlo o uživatele nealkoholových drog (81 %), uživatelů alkoholu bylo 12 % a 45 % kontaktů uvedlo injekční aplikaci drog (NMS, 2020). Dále jsou zřizovány bezdrogové zóny, upravené v části třetí NGR č. 26/2010, se standardním či terapeutickým zacházením. Cílem zón se standardním zacházením je motivovat klienty k abstinenci. Program zón s terapeutickým zacházením je zaměřen na budování a prohlubování motivace k nástupu do léčby buď v průběhu pobytu ve vězení, nebo po výstupu. Cílovou skupinou jsou tedy výhradně uživatelé návykových látek. V roce 2019 byly ve třech věznicích (Bělušice, Oráčov a Vinařice) pilotně zřízeny nekuřácké zóny, tedy samostatné oddíly vyčleněné osobám, které požádaly o možnost ubytování odděleně od kuřáků. V daném roce bylo do těchto zón zařazeno celkem 108 osob, nekuřáci (41 %) či bývalí kuřáci (45 %) (NMS, 2020).

Specializované oddíly k dobrovolnému léčení závislosti byly v roce 2019 zřízeny v 11 věznicích z 35, s celkovou kapacitou 349 míst. Možnost pobytu využilo v roce 2019 celkem 618 osob. Největší podíl nově zařazených tvořili uživatelé nealkoholových drog (87 %), uživatelů alkoholu bylo 11 %. Celkem 59 % nově zařazených uvedlo injekční aplikaci drog (NMS, 2020). Soudem nařízené ochranné léčení bylo možné absolvovat ve třech věznicích (Opava, Znojmo a Rýnovice). Taktéž v tomto případě tvořili uživatelé nealkoholových drog většinový podíl, uživatelé alkoholu představovali 17 %. Více než polovina, 58 %, uvedla injekční aplikaci drog (NMS, 2020). Na specializované oddíly pro dobrovolnou léčbu jsou přijímány osoby na základě vlastní žádosti. Oddíly pro ochranné léčení jsou určeny pro osoby, kterým soud nařídil trestní sankci v podobě ochranného léčení s výkonem během výkonu trestu odnětí svobody. Specializované oddíly jsou součástí oddělení výkonu trestu a oproti běžnému výkonu je v nich méně odsouzených a na jednoho odsouzeného připadá mnohem více fyzického prostoru. Oddíly jsou také vybaveny nadstandardním zařízením. Terapeutický tým je tvořen odbornými zaměstnanci oddělení výkonu trestu (obvykle psycholog, speciální pedagog, vychovatel-terapeut, vychovatel a sociální pracovník). Terapeutické programy se liší v závislosti na podmínkách

jednotlivých věznic, ale společné je jim využívání prvků terapeutické komunity.⁵ Program zahrnuje 21 hodin strukturovaných řízených aktivit během týdne, z nichž stěžejní a obligatorní skupinovou aktivitou je skupinová psychoterapie, na kterou připadá minimálně 1,5 hodiny týdně. Dále jsou přítomna témata prevence relapsu a podpůrné aktivity (pracovní, sportovní, zájmové činnosti). Způsob práce s klienty zahrnuje zejména posouzení stavu, individuální a skupinovou psychoterapii, individuální a skupinové poradenství a socioterapii. Léčebný program specializovaných oddílů pro ochranné léčení má dvě složky, a to zdravotní péči zajištěnou zdravotním střediskem věznice či externím lékařem a pak psychosociální část programu zajištěnou odbornými zaměstnanci či adiktologem, pokud ve věznici působí (Zeman et al., 2019).

K poskytování substituční terapie mělo v roce 2019 povolení 10 věznic, z nichž léčbu provádělo pouze 5 zařízení, která dohromady evidovala 86 léčebných osob. Substituce je poskytována pouze osobám, které ji zahájily v civilním zařízení před nástupem do vazby či výkonu trestu. V dubnu 2019 byl ve dvou věznicích (Praha-Pankrác a Brno) zahájen pilotní projekt podávání substituce v indikovaných případech se zahájením po nástupu, avšak do tohoto projektu byly ve sledovaném čase zapojeny pouze dvě osoby. Substituční látkou je metadon, který je podáván bezplatně. Pokud nastupující do věznice přichází se substituční léčbou buprenorfinem, je možné v léčbě pokračovat, avšak pouze za předpokladu, že dotyčný uhradí náklady za léčiva sám⁶ (zpravidla se podává Subutex nebo Suboxone) (NMS, 2020). Substituční centra od svého zavedení v roce 2008 stagnují, ročně je do programů zapojeno v celé republice několik desítek vězňených osob, přičemž potenciálně vhodných k zařazení do substitučního programu je asi 1200 (NMS, 2017).

Detoxifikace byla v roce 2019 možná ve dvou věznicích, disponujících nemocnicí, a to v Praze-Pankrác a v Brně. Dle dostupných údajů ji podstoupilo 25 osob, z toho 22 mužů. Ke zklidnění osob, které se dostaly do krizového psychického stavu v souvislosti

⁵ Terapeutickou komunitou (TK) se rozumí rezidenční služba poskytovaná v neformálním prostředí, zaměřená na abstinenci a sociální rehabilitaci, ale také léčebná metoda. Hlavním cílem je dopomoci osobnímu růstu prostřednictvím změny životního stylu díky společenství lidí, kteří spolupracují na vzájemné pomoci. TK je vysoce strukturovaným prostředím s definovanými etickými a morálními hranicemi a množstvím pravidel. Lidé v TK jsou spíše členy rodiny než pacienti instituce. Společně je budován náhled a dochází ke konfrontacím rozdílných názorů i vzájemné inspiraci a učení se. Významným faktorem je pocit, že je člověk součástí celku, který jej přesahuje, protože společenství pečuje o sebe navzájem i o prostor kolem sebe a každý má svou roli. Mezi aktivity TK patří skupinová terapie, individuální terapie, práce s rodinou, pracovní terapie, vzdělávání, sociální práce a také volnočasové, sportovní a zátežové aktivity a setkávání komunity (Kalina, 2015).

⁶ Substituční terapie metadonem je pro věznici logisticky náročnější a kromě smaotného poskytování musí klientům zajistit také návaznou péči po propuštění, což je vzhledem k vytíženosti substitučních center velmi náročné.

s drogami, jsou využívány individuální cely, jež jsou součástí krizových oddílů věznic. V roce 2019 bylo na těchto celách umístěno 24 osob (NMS, 2020).

Podstatnou složku péče o osoby závislé nebo závislostí ohrožené tvoří nestátními neziskové organizace (NNO). Celkem 33 věznic vykazalo v roce 2019 s NNO intenzivní spolupráci, tedy 10 a více návštěv za rok. Celkem 9954 osob bylo s některou z nich v kontaktu (NMS, 2020). NNO poskytují zejména individuální poradenské služby a case management.⁷ Jejich poskytovatelé jsou obvykle součástí sítě adiktologických služeb a podléhají požadavkům příslušných resortů, zejména sociálního a/či zdravotního.

Harm reduction materiál (kondomy) je od roku 2016 bezplatně dostupný v místnostech pro realizaci návštěv bez zrakové a sluchové kontroly. V roce 2019 tyto návštěvy umožňovalo 16 věznic, ve kterých proběhlo 1424 návštěv a bylo distribuováno 499 kondomů. Od roku 2018 je dostupná bezplatná distribuce kondomů ve věznici Praha-Pankrác pomocí 4 instalovaných automatů a od dubna 2019 ve věznici Praha-Ruzyně, kde je umístěno 5 automatů. Tato forma distribuce byla iniciována projektem *Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction (HA-REACT)*, (NMS, 2020). Výměnný injekční program v tuzemských věznicích zavedený není. V roce 2013 provedla Vězeňská služba *Analýzu možnosti pilotního zavedení distribuce harm reduction materiálu ve věznicích*. Výsledkem analýzy je nemožnost distribuce sterilního injekčního materiálu vzhledem k současně platnému zákonnému rámci (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2016). Evropské vězeňské systémy se k zavádění injekčních výměnných programů zpravidla staví odmítavě, neboť se objevuje obava z nárůstu konfliktů, násilí a možnosti ohrožení personálu. Z poznatků získaných ve vybraných věznicích se zavedenými programy však nevyplývá, že by k podobným jevům docházelo (Lines et al., 2004; Stöver a Nelles, 2003 in Úřad vlády České republiky, 2006).

V rámci Programu protidrogové politiky disponovala Vězeňská služba ČR v roce 2019 schváleným rozpočtem ve výši 6 000 tis. Kč, z něhož bylo čerpáno 5 996,2 tis. Kč. Prostředky byly použity k zajištění provozu specializovaných oddílů pro soudně nařízené ochranné léčení protitoxikomanické, protialkoholní a patologického hráčství, k zajištění činnosti specializovaných oddílů pro dobrovolné léčení, k zabezpečení činnosti PDP a bezdrogových zón se standardním a s terapeutickým zacházením, k zajištění jednotek pro detoxifikaci a k zajištění substituční léčby. Dále byly z rozpočtu čerpány prostředky na

⁷ Case management je metodou (sociální) práce, spočívající v proaktivním provázení klienta napříč sociálními, zdravotními a dalšími službami/institucemi s ohledem na potřeby daného jedince. Jedná se o intenzivní práci s omezeným počtem klientů, s cílem zachovat co nejvyšší míru individualizované péče a podpory v přirozeném prostředí (Nepustil et al., 2013).

supervizi pro zaměstnance poskytující protidrogové služby, k zajištění vzdělávání pracovníků, k provozu zvláštní krizové cely, k zajištění adiktologické péče prostřednictvím adiktologů (včetně zřizování a vybavování ordinací adiktologů), k zajištění rekvalifikačních kurzů pro vězněné uživatele drog v rámci specializovaných oddílů nebo bezdrogových zón a ke zřízení a vybavení poradenských místností pro poskytování certifikovaných drogových služeb ve vězení prostřednictvím NNO (Ministerstvo spravedlnosti, 2020).

3.3. Specializované adiktologické služby

Poměrně nově je ve vězeňství zřízena profese adiktologa. Od roku 2016 je adiktolog členem oddílu pro ochranné léčení ve věznici Rýnovice. O dva roky později bylo rozhodnuto o zavedení pozice adiktologa do dalších věznic (Mravčík et al., 2018). V roce 2018 bylo tedy zřízeno 14 tabulkových míst ve 12 věznicích a zdravotní služby v oboru adiktologie začaly být dostupné ve 13 věznicích (VS ČR, 2019a).

Dle posledních oficiálních dostupných údajů je nyní adiktologů celkem 15 ve 13 věznicích (Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně, Bělušice, Teplice, Litoměřice, Rýnovice, Pardubice, Světlá nad Sázavou, Brno, Kuřim, Znojmo, Opava, Heřmanice) (NMS, 2020; VS, 2021). Údaje o počtu kontaktů dostupné za druhé pololetí roku 2019 ukazují, že v daném období bylo v kontaktu s adiktology 1176 osob, z nichž bylo 951 mužů (81 %). Více než polovina, a to 55 % kontaktů⁸, uvedlo zkušenost s injekčním užitím drog někdy v životě (NMS, 2020). Nejčastěji užívanou látkou byla stimulancia (60 %), alkohol (14 %), opioidy (11 %) a kanabinoidy (8 %). Do péče se klienti dostávali nejčastěji na základě vlastní žádosti, na základě doporučení jiného zaměstnance věznice, či v souvislosti s pozitivitou na přítomnost drog v moči při vstupní prohlídce do VTOS (VS ČR, 2020).

Výroční zpráva VS za rok 2020 uvádí, že v péči adiktologů bylo téměř 2600 osob, z nichž 31 % tvořily ženy a téměř 60 % kontaktů byly identifikovány jako injekční uživatelé drog. Nejčastěji užívanou látkou byly konopné drogy (52 %), stimulancia a opioidy (19 %), tabák (18 %), alkohol (17 %) a halucinogeny (7 %). Hazardní hráčství uvedlo 6 % kontaktů. Do péče se klienti dostávali na základě doporučení jiného

⁸ Údaje se liší. Výroční zpráva VS za rok 2019 uvádí 30 %, výroční zpráva za rok 2020 uvádí, že v roce 2019 šlo o cca 50 %.

zaměstnance věznice, dle výsledků v SARPO⁹ či v souvislosti s pozitivitou na přítomnost drog v moči při vstupní prohlídce do VTOS (VS ČR, 2021a).

Zájemce o pozici adiktologa ve věznici musí dosahovat minimálně bakalářského stupně vysokoškolského vzdělání ve studijním programu Adiktologie na 1. LF UK a disponovat odbornou způsobilostí k výkonu povolání adiktologa. Mezi činnosti, které pracovník provádí, patří včasná diagnostika, adiktologická terapie a poradenství individuálního či skupinového typu, poskytování intervencí z oblasti minimalizace rizik, koordinace spolupráce s NNO, podíl na činnosti PDP, prevence relapsu, motivační rozhovory a podpora při navazování kontaktu s návaznými službami po propuštění. V počátcích zavádění pracovišť se spekovalo o roli adiktologů v testování moči na přítomnost drog. Zejména ve věznicích, kde nebyl dostupný psychiatr a adiktologové nemohli formálně vykonávat činnost, byla snaha pověřit je touto činností. Mnozí nastupující adiktologové se však vyhrážovali, že by se neměli podílet na represivním testování, protože je tím ještě více ztížená možnost navazovat s klienty důvěrný terapeutický vztah. Plošně tedy vykonávání této činnosti nastaveno nebylo. K problematice se vyjadřovala také například Česká asociace adiktologů se závěrem, že úloha adiktologa je jiná a na přímém testování by se podílet neměl.

Analyzovat podmínky a zřídit specializované pozice odborné adiktologické péče, která bude poskytována odborníky s patřičným vzděláním a motivací, byl jeden z kroků *Koncepce vězeňství do roku 2025* (Ministerstvo spravedlnosti, 2016). V tomto případě je adiktolog zaměstnancem Vězeňské služby, poskytujícím ambulantní nebo stacionární formu péče cílové skupině, způsobilý k samostatnému výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle vyhlášky MZ č.99/2012 Sb. Vyhláška upravuje rovněž požadavky na provozní zabezpečení ordinace a její minimální personální zajištění. Pracovní pozice adiktologa je podmíněná dostupností psychiatra nebo lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech. Ačkoliv adiktolog vykonává praxi pod zdravotním střediskem věznice, metodicky je veden oddělením výkonu vazby a trestu. Pracovník je podřízený vedoucímu lékaři zdravotního střediska a spolupracuje s psychiatrem. Specializovaná adiktologická péče ve věznicích je tedy specifická tím, že se děje na pozadí dvou odlišných oborů, a to adiktologie a trestní justice (Gabrhelíková in Kalina, 2015). K tomu je ovšem třeba zohlednit skutečnost, že samotná adiktologie stojí na

⁹ SARPO je součástí Vězeňského informačního systému (VIS) a je to prediktivní nástroj používaný k hodnocení rizik a kriminogenních potřeb odsouzených. Mapuje několik oblastí, včetně užívání návykových látek a závislostního chování.

pomezí zejména dvou resortů, zdravotnictví a sociální práce, což přináší odlišná paradigmatata, pohledy na problematiku závislosti, metody práce a podobně. Před rokem 1990 probíhala léčba uživatelů drog zejména ve státních zdravotnických zařízeních. Po revoluci došlo v reakci na zvýšenou četnost výskytu hepatitid a HIV v souvislosti s nárůstem dostupnosti drog a jejich injekčním užíváním, ke vstupu konceptu minimalizace rizik, spojeného zejména s neziskovým sektorem. V současné době je volbou zájemce o péči, jaký druh služby zvolí. Velmi zjednodušeně lze říct, že služby sociálního charakteru jsou více nízkoprahové a s klienty pracují multidisciplinární týmy ve větší míře v jejich přirozeném prostředí, zatímco zdravotnická sekce adiktologie je většinou realizovaná v ústavních zařízeních s převážným zastoupením zdravotnických pracovníků. Nízkoprahové služby¹⁰ jsou více atraktivní pro lidi, kteří v danou chvíli nemohou či nechtějí přestat užívat drogy, protože kromě léčebných a terapeutických intervencí pracují s konceptem minimalizace rizik (výměna injekčního materiálu, poradenství o méně škodlivém způsobu aplikace drogy, kontrolované užívání a podobně). Služby s vyšším prahem obvykle vyžadují, aby byli klienti více stabilizovaní a ve fázi větší motivace ke změně svého životního stylu. Ke vstupu do služby musí zájemce vyvinout jistou míru úsilí a splnit podmínky službou určené, čímž prokazují svůj zájem vstoupit do programu. Ačkoliv to v některých ohledech působí komplikace, je zároveň velkou výhodou služeb jejich provázanost a transdisciplinarita. Klient může v podstatě přecházet mezi různými druhy služeb, které se vzájemně doplňují.¹¹

Adiktologické služby ve věznici se v mnoha ohledech liší od běžných zařízení, která jsou zpravidla registrována jako zdravotnická nebo sociální služba. Z formálního hlediska je civilní specializovaná adiktologická péče vymezena certifikačními standardy a za specializovanou je považována taková služba, která prošla řádným procesem Certifikace odborné způsobilosti (Mioviský, 2013). Certifikát odborné způsobilosti je v současné době podmínkou pro udělování dotací Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a slouží zároveň jako potvrzení, že služba má odpovídající úroveň kvality.

¹⁰ Nízkoprahovost spočívá ve snadné dostupnosti a obvyklé bezplatnosti služeb, které mohou být v některých případech poskytovány v anonymní podobě, a/nebo nevytvářejí administrativní či jiné překážky, naopak se snaží učinit jejich užívání pro klienty co nejjednodušší.

¹¹ Například aktivní uživatel pervitinu pravidelně dochází do K-centra, kde si mění injekční materiál a občas využije poradenství. Také čerpá přidružené služby jako potravinový servis či možnost vyprat si oblečení. Občas u něj dojde k výměně injekčního materiálu v rámci terénního programu. Po určitém čase projeví zájem o změnu životního stylu a ve spolupráci s pracovníky K-centra začne připravovat žádost o zařazení do terapeutické komunity. Podmínkou přijetí je absolvování detoxifikace. Terapeutická komunita má pro zájemce místo až za tři měsíce. Po detoxifikaci tedy klient zůstává v ústavním zařízení na oddělení závislostí a připravuje se na nástup do komunity. Po absolvování komunity vyhledá doléčovací program.

Služby ve věznici však resortně přísluší k Ministerstvu spravedlnosti a nepodléhají financování z RVKPP, tudíž nemusí splňovat nároky certifikace.

Služby jsou poměrně izolované a nemohou flexibilně navazovat spolupráci s jinými službami. Dle dostupných údajů působí v současné době celkem 15 ve 13 věznicích (NMS, 2020). Vzhledem k vysokému podílu osob závislých nebo závislostí ohrožených ve vězeňství lze tento počet považovat za nedostatečný, protože adiktologové jsou jedinými zaměstnanci specializovanými na poskytování péče osobám s adiktologickou poruchou. Vedle toho věznice zřizují poradny drogové prevence, které však nejsou zacíleny na odbornou adiktologickou terapii (poskytují informační servis a individuální i skupinové poradenství). Specializovaná adiktologická péče je tedy poměrně málo dostupná, vezmeme-li v úvahu počet adiktologů a odhadované počty osob, které teoreticky spadají do cílové skupiny osob závislých nebo závislostí ohrožených. Specializovaná adiktologická pracoviště jsou zřizována v rámci zdravotních úseků a profilují se tak jako poměrně vysokoprahové služby. Přihlédneme-li však ke specifickým vězeňské populace, je otázkou, zda takové služby dokážou naplňovat potřeby cílové skupiny, v níž existuje podstatná část aktivně užívajících osob, které jsou ohroženy přenosem infekčních onemocnění a dalšími komorbiditami a komplikacemi, ke kterým by bylo vhodné přistupovat komplexně. Takoví klienti by mohli těžit z přístupu minimalizace rizik, který však v současném tuzemském systému funguje ve velmi omezené míře, zejména v podobě distribuce kondomů ve dvou věznicích.

3.4. Výzkum účinnosti adiktologických programů

Věznice jsou důležitým článkem systému prevence a léčby uživatelů drog a osob s nelátkovou závislostí. Mnoho lidí ve výkonu má v anamnéze závislost, nebo problémové užívání a pobyt ve vězení představuje možnost, jak tyto uživatele oslovit a pracovat s nimi po určitý časový úsek (Bukten et al., 2020). Pro mnoho osob je vězení vůbec prvním místem, kde se setkávají se zdravotnickými a sociálními službami (EMCDDA, 2021). Aby bylo možné adekvátně a efektivně reagovat na zdravotní a sociální potřeby, je nezbytně nutné porozumět vzorcům užívání a prevalenci užívání ve vězeňské populaci a poznat, jaké intervence fungují nejlépe v prostředí věznic a které jsou vůbec dostupné. Podle EMCDDA mají adiktologické intervence ve vězeňství signifikantní dopad na morbiditu, mortalitu a veřejné zdraví (EMCDDA, 2017). Výzkum intervencí v oblasti drogových služeb ve vězeňství je však poměrně omezený a není zcela jasné, jaká je účinnost jednotlivých

intervencí. Zatímco důkazy o účinnosti v „komunitě“, tedy v civilním prostředí, mohou být průkazné a je možné z nich částečně vytvářet analogie, v budoucích studiích je třeba zohledňovat specifika vězeňského prostředí (EMCDDA, 2021). Podobně jako v civilním prostředí, jsou uživatelé drog ve věznicích značně heterogenní skupinou, co do různých charakteristik či vzorců užívání. Situace se liší napříč regiony, státy, i mezi jednotlivými věznicemi. Nelze proto plošně aplikovat jeden způsob práce, ale je třeba zohlednit vědecké poznatky, praktickou zkušenost a místní podmínky. Zaváděné programy je potřeba průběžně hodnotit, aby mohla být posouzena jejich účinnost a na základě těchto výsledků byly rozšiřovány, upravovány či nahrazovány jinými (Zeman et al., 2019).

Zahraniční studie upozorňují na značné rozdíly v kvalitě nezřídka finančně a personálně nákladných intervencí v oblasti adiktologie. Zdaleka ne pokaždé se v rámci evidence-based přístupu podaří prokázat měřitelný kladný efekt na osoby v léčebných a preventivních programech. Zásadní úlohu tak mají evaluační studie, jež mohou dopomoci k rozlišení dobrých a užitečných intervenčních programů od těch, které jsou průměrné či dokonce škodlivé a tím negativně působí na cílovou skupinu, či její stav dokonce zhoršuje (Zeman et al., 2019).

Část odborné obce projevuje jistou skepsi vůči klientům, kteří se léčí v průběhu výkonu trestu a také k těm, jež vyhledají léčbu či následnou péči krátce po propuštění. Jedním z důvodů obav bývá jev označovaný jako *prisonizace*, tedy proces, během něhož se vězněná osoba adaptuje na vězeňský způsob života. Ten se mimo jiné vyznačuje ztrátou aktivity, minimem vlastní iniciativy, formálním dodržováním pravidel a vysokou mírou organizace života „z vnějšku“. S tím souvisí přijetí vězeňské ideologie a norem života, tedy například plnění povinností pravidel „navenek“, ale fungování po svém, bez důvěry v ostatní a podobně. Efekt *prisonizace* se v léčbě může projevovat v mnoha podobách, například také rozdílem mezi proklamovanými a reálnými postoji a cíli léčby. Možnost *prisonizace* by však neměla být důvodem nepřijetí do léčby a taktéž není podloženo tvrdit, že léčba ve věznicích nemá účinek (Gabrhelíková in Kalina, 2015). S možností projevení rysů *prisonizace* je však vhodné počítat a orientovat se na budování důvěry v pracovníky i skupinu a také s klientem porovnávat jeho proklamace a reálné chování. Výzkum účinnosti a úspěšnosti jednotlivých programů je náročný i v civilním prostředí, natož ve specifickém prostředí vězeňství. Je otázkou, co lze považovat za úspěch adiktologické terapie. Pohled na „správný výsledek“ léčby se mění a doživotní abstinence přestává být jediným žádoucím cílem. Obdobně se proměňuje také pohled na poslání a možnosti služeb pro závislé a závislostí ohrožené ve vězeňství a efektivita léčby se stává více komplexní a

realistickou záležitostí, kdy už nejde pouze o dosažení stavu abstinence, ale o snížení negativních dopadů v souvislosti s návykovými látkami pro jedince i jeho okolí (Arseneault et al., 2015). Účinnost programů lze nicméně hodnotit dle řady různých kritérií, například dle míry relapsů a návratů k pravidelnému užívání, dle úrovně kriminální recidivy po propuštění, podle dopadů na vnímání, prožívání, hodnoty a postoje, dle úrovně re/integrace do společnosti po propuštění, dle nákladové efektivity a podobně. Volba kritéria hodnocení může ovlivnit to, zda se daný program bude jevit jako účinný, či nikoliv (Zeman et al., 2019).

Výzkumy ukazují, že některé typy adiktologických programů mohou mít příznivý dopad na míru recidivy, ale také na snížení míry morbidity a mortality uživatelů či ochranu veřejného zdraví (Fazel et al., 2006; EMCDDA, 2017; Haviv a Hasisi, 2019; Bukten et al., 2020; EMCDDA, 2021).

EMCDDA (2021) publikovala tabulku se silou důkazů o jednotlivých intervencích a jejich účinnosti dle metodiky hodnocení GRADE. Na základě současného poznání a výsledků systematických review vyplývá, že příznivý efekt může mít farmakologická léčba (substituce metadonem) a to například na udržení klienta v léčbě, na snížení rizikového chování, snížení množství užívané látky či jako způsob, jak předcházet užívání nelegálních látek po propuštění. Příznivý efekt může mít pokračování v substituci i po výstupu. Jako pravděpodobně prospěšné se ukazuje pokračovat v návazné péči po propuštění, poskytovat výměnný injekční program, k redukci výskytu HIV, HBV a HCV, poskytovat kondomy a lubrikant ke snížení dopadů rizikového sexuálního chování, administrace naloxonu a péče poskytovaná s využitím prvků terapeutické komunity. Příznivý efekt má také testování na infekční nemoci, podpora peer vzdělávání v oblasti přenosu infekčních onemocnění a testování a očkování na HBV během VTOS (EMCDDA, 2021),

Přes potřebnost a data o účinnosti některých intervencí je adiktologických programů pro cílovou skupinu stále značný nedostatek a už samotný vstup do léčby může být problematický. Kratší uložené tresty znamenají méně času na profilaci potenciálních klientů služeb (posouzení stavu, výběr vhodných intervencí) a jejich přístup do intenzivního programu. Brzké propuštění může mít negativní vliv na motivaci vězňených osob, které v nástupu do programu nevidí smysl. Také je třeba zmínit, že ani v intenzivních programech není veškerý čas věnován léčbě závislosti, ale také jiným aktivitám, a odborníci navíc nebývají přítomni během večerních hodin a víkendů. Může se proto stát, že čas strávený v terapii není dostatečný k dosažení žádoucí změny směrem k udržitelnějšímu životnímu stylu (Arseneault et al., 2015). Americká NIDA (*The National*

Institute on Drug Abuse) upozorňuje, že mnohdy specifictí klienti ve věznicích potřebují více epizod léčby a že větší míra vstupů do různých léceb je v této skupině spíše standardem než výjimkou. K dosažení udržitelné abstinence je zapotřebí obvykle tří až čtyř léčebných epizod během několika let. V takových případech je náročné až nemožné posoudit, která služba měla na dosažení změny největší vliv a která nejlépe naplnila potřeby klienta (NIDA, 2006).

Na našem území prováděl výzkum tým Institutu pro kriminologii a sociální prevenci (Zeman et al., 2019). Výzkumný projekt *Zacházení s uživateli drog ve vězení* probíhal v letech 2016 až 2019 ve třech částech a zaměřoval se zejména na terapeutické programy zacházení realizované ve specializovaných oddílech. Výzkumníci provedli analýzu kriminální recidivy spočívající v detekci míry a struktury kriminální recidivy u absolventů programu po propuštění ve srovnání se dvěma kontrolními skupinami odsouzených osob, které programem neprošli (intenzivní uživatelé drog a neuživatelé/příležitostní uživatelé). Z řad absolventů programu bylo během prvního roku po výkonu znovu odsouzeno 40 %, během dvou let necelých 60 % a za celé sledované období 70 %. Ačkoliv ve srovnání s kontrolní skupinou intenzivních uživatelů bez průchodu programem byla míra recidivy u absolventů nižší, při srovnání se skupinou neuživatelů/příležitostných uživatelů byla míra recidivy vyšší.

Druhá z analýz byla zaměřená na zmapování vývoje kriminálních stylů myšlení účastníků terapeutického programu ve srovnání s odsouzenými, kteří programem neprošli, opět se dvěma kontrolními skupinami. Všechny skupiny na počátku vykazovaly poměrně vysokou míru kriminálního myšlení (dle Inventáře kriminálních stylů myšlení). U absolventů programu se ukázala statisticky významná redukce míry kriminogenních postojů a vzorců myšlení, v kontrolních skupinách naopak došlo ve sledovaném období k výraznému progresu ve smyslu posílení kriminálního myšlení. Data byla shromážděna celkem od 255 odsouzených.

Třetí část byla věnována fungování specializovaných léčebných oddílů a byla realizovaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky. Jako hlavní překážka účinnějšího fungování oddílů se ukázal nedostatek odborného personálu, dále šlo o velký objem administrativy a vedlejší agendy na úkor přímé práce, tlak na naplňování kapacity oddílů, nedostatečné zajištění psychiatrické péče či příliš přísná pravidla pro schvalování aktivit mimo věznici.

Studie tedy přináší zjištění, že terapeutické programy ve specializovaných oddílech skutečně přispívají k naplňování cílů a poslání těchto zařízení. Na základě výsledků

výzkumu lze tak přínosy specializovaných oddílů rozdělit do čtyř oblastí, na intrapersonální (pozitivní rozvoj osobnosti), interpersonální (zvýšení kvality mezilidských vztahů), penitenciární (zvýšení kvality života během pobytu ve vězení) a postpenitenciární (zajištění následné péče a příprava na život po propuštění (Zeman et al., 2019; NMS, 2020). Autoři poukazují na nutnost zvýšit dostupnost této léčebné péče a zvýšit udržitelnost dosažených výsledků po ukončení programu pomocí návazné postpenitenciární péče. Dále doporučují investici do odborného personálu a zajištění jejich supervize. Pokud by docházelo k rozvoji péče pomocí specializovaných oddílů, je třeba zavést systém kontinuálního hodnocení výsledků, systém jednotné evidence osob v programu a jasně stanovit kritéria účinnosti léčby (Zeman et al., 2019).

Také v případě výsledků analýzy týmu Institutu (Zeman et al., 2019) je však třeba vzít v potaz, že autoři dali do souvislosti recidivu a (ne)úspěšnost programu. Je ovšem třeba reflektovat, že recidiva nemusí být vždy ve spojitosti s drogami. A pokud by byla, nemusí jít o stejnou substanci, která byla preferovaná a se kterou byl klient v péči, případně může dojít ke snížení objemu a četnosti aplikace drogy, či k páchání méně závažné trestné činnosti. To vše může vypovídat o pozitivních změnách díky absolvování některého z adiktologických programů. Pokud tuto myšlenku ovšem rozvineme, lze připustit fakt, že pozitivní proměny nemusí mít s programem vůbec nic společného. Jestliže závislost nabývá bio-psycho-socio-spirituálních rozměrů v době vzniku, jsou tyto „komponenty“ činné i při jejím zániku či změně. Je tedy velmi obtížné vystopovat faktory, které vedly k pozitivním změnám v oblasti závislosti a rizikového chování a takové poznatky by vyžadovaly hloubkové rozhovory s konkrétními jednotlivci, jež by museli navíc vykázat poměrně výraznou schopnost sebereflexe a pojmenovat, co konkrétně v jejich případě vedlo k pozitivní změně.

Stanovit způsob hodnocení účinnosti programů je tedy velmi náročné. Zahraniční výzkumy ukazují, že některé intervence a způsoby práce jsou vhodnější než jiné. Kupříkladu substituční léčba po čas uvěznění je asociována s mnoha pozitivními změnami, například s redukcí injekčního užívání drog, snížením počtu úmrtí po propuštění či snížením počtu opětovného uvěznění (Bukten et al., 2020). Vedle substituční léčby se jako účinné jeví intervence založené na principu terapeutické komunity, kognitivně-behaviorální principy v terapii, motivační rozhovory a návaznost péče po propuštění (Arseneault et al., 2015; Bahr et al., 2012). Efektivní léčebné programy se zaměřují na osoby ve vysokém riziku, výrazně je motivují ke vstupu do terapie, poskytují různé typy intervencí včetně intenzivního léčebného programu a zahrnují komponentu návazné péče

po propuštění (Bahr et al., 2012). Lidé z věznic a komunit se propojují, a je proto klíčové zajistit kontinuitu péče při přesunu osob mezi vězením a komunitou, tak aby mohlo být dosaženo udržitelných a účinných výsledků léčby, a tím bylo dosažení pozitivních dopadů na veřejné zdraví (EMCDDA, 2021).

Někteří autoři upozorňují, že klíčovým prvkem může být dokončení programů a je tak žádoucí klienty motivovat tak, aby nedocházelo k jejich vypadávání, a zvýšila se šance na absolvování celého programu (Haviv a Hasisi, 2019).

3.5. Doporučení pro dobrou praxi

Existuje množství manuálů a principů dobré praxe pro oblast adiktologické léčby ve věznicích. Například americká NIDA (2006) publikovala 13 principů pro adiktologickou léčbu ve vězeňství, které jsou založeny na výzkumech a zahrnují následující oblasti:

- (1) závislost je onemocnění ovlivňující chování, a pokračuje i přes negativní důsledky. Chronická závislost způsobuje změny v mozkové struktuře, které mohou přetrvávat i měsíce či roky po zanechání užívání drog. Toto vysvětlení může pomoci k pochopení, proč závislí lidé nemohou či nechtějí přestat, jsou ve vysokém riziku relapsu i po dlouhé periodě abstinence a proč vyhledávají zdroj závislosti i přes všechny negativní důsledky.
- (2) efektivní léčba zapojuje účastníky do terapeutického procesu, udržuje je v léčbě po přiměřenou dobu a pomáhá jim naučit se udržovat abstinenci v průběhu času. Může být zapotřebí více epizod léčby.
- (3) léčba musí trvat dostatečně dlouhou dobu k navození změny, k rozpoznání destruktivních vzorců a k navození zdravějších způsobů zvládnání. Po fázi léčby závislosti je žádoucí pokračovat v managementu přidružených problémů.
- (4) důkladné posouzení a zhodnocení je začátkem všeho. Pro naplánování vhodné terapie je vhodné zhodnotit anamnézu a také přidružené obtíže či případné komorbidity, tak aby bylo možné sestavit léčebný plán na základě skutečných potřeb.
- (5) péči je třeba individualizovat na základě charakteristik a potřeb klientů, avšak společné by mělo být řešení otázky motivace, řešení problémů, budování dovedností v oblasti odolávání užívání drog a kriminálnímu chování, nahrazení užívání drog a kriminální činnosti konstruktivními aktivitami, zlepšení v oblasti řešení problémů a pochopení důsledků chování. Léčebné intervence mohou

usnadnit rozvoj zdravých mezilidských vztahů a zlepšit schopnost účastníka komunikovat s rodinou, vrstevníky a ostatními v komunitě.

- (6) užívání drog během léčby by mělo být pečlivě sledováno. Klienti, kteří se snaží zotavit ze závislosti, mohou prožít relaps nebo se vrátit k užívání drog. Spouštěče relapsu jsou různé, běžné mezi ně patří duševní stres a vztahy s vrstevníky a sociální situace spojené s užíváním drog. Nejistý relaps může progredovat v excesivní užívání, ale zjištěný může vytvořit příležitost k terapeutické intervenci a zpracování události tak, aby mohla být zdrojem poučení v budoucnu.
- (7) léčba by se měla zaměřovat na faktory spojené s kriminálním chováním a myšlením, jenž je kombinací postojů a přesvědčení, které podporují kriminální životní styl a kriminální chování (nezodpovědnost, neschopnost domyslet důsledky, impulzivní rozhodování...). Žádoucí je podporovat změny v myšlení a chování.
- (8) posílení spolupráce trestního soudnictví, poskytovatelů služeb a probační služby a budování sítě služeb, které lze využít po propuštění.
- (9) návaznost péče po výstupu je klíčová pro udržení dosažených změn. Věznice může být začátkem terapeutického procesu, který povede k redukci užívání návykových látek.
- (10) rovnováha odměn a sankcí podporuje prosociální chování a účast v léčbě
- (11) účinné mohou být nepeněžní „sociální posilovače“, jako je uznání pokroku a úsilí, stejně jako odstupňované sankce, které jsou konzistentní, předvídatelné a jasné reakce na chování, které není v souladu s pravidly.
- (12) efektivní užívání léků (metadon, buprenorphin, psychiatrické léky) je žádoucí.
- (13) léčba přidružených somatických obtíží jako HIV/AIDS, hepatitida B a C a tuberkulóza je nutná.

Úřad OSN pro drogy a kriminalitu vydal *Praktického průvodce substituční léčbou opioidy ve věznicích*, který vyšel v českém jazyce v roce 2010. Text přináší celou řadu argumentů pro realizaci substitučního programu, zabývá se širšími souvislostmi a etickou stránkou, podrobně vysvětluje principy a cíle a prezentuje informace o léčbě. Navazuje na pokyny a doporučení několika mezinárodních publikací, například *Zdraví ve věznicích* (Regionální úřad WHO pro Evropu), *Rámec UNODC / UNAIDS / WHO pro prevenci HIV, péči, léčbu a podporu ve věznicích*, a dále také na technický dokument WHO / UNAIDS / UNODC – *Důkazy pro opatření: Intervence zaměřené na HIV ve věznicích – léčba drogové závislosti* (Kastelic et al., 2008).

Již v roce 2006 vyšel v českém jazyce text Světové zdravotnické organizace s názvem *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*, shrnující vědecké poznatky a odůvodnění pro zavádění přístupů snižování rizik (harm reduction) do vězeňství. Dle dostupných odborných zdrojů je jednoznačně dokázáno, že komplexní soubor intervencí umožňuje předejít epidemii HIV/AIDS a zvrátit její průběh, podobně jako v případě epidemií jiných infekčních chorob mezi injekčními uživateli drog (NMS, 2006).

EMCDDA (2017) ve svém *Evropském průvodci zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému* uvádí, že dvěma zásadními principy intervencí ve věznicích je rovnocennost ve srovnání s péčí poskytovanou v civilu a návaznost péče poskytované na svobodě. To znamená, že v rámci výkonu trestu musí být zajištěny služby prevence, minimalizace rizik a léčby. Zvýšená pozornost by měla být věnovaná období po nástupu výkonu trestu odnětí svobody a po jeho ukončení.

Stejně jako není jednoduché hodnotit úspěšnost adiktologické léčby v civilu, je také velmi náročné posuzovat účinnost a úspěšnost v prostředí vězeňských služeb. Monitoring problémů spojených s užíváním návykových látek u lidí vstupujících do věznic, doprovázený léčbou založenou na důkazech a opatřeními ke snižování škod, má však potenciál zlepšit zdraví uvězněných lidí, a také zdraví komunit, do nichž se vracejí (Bukten et al., 2020). Pokud nejsou intervence a programy hodnoceny a plánovány na základě výsledků, může se stát, že jsou finanční i personální prostředky napnuty nesprávným směrem a práce se závislými se stává bojem s větrnými mlýny. Ačkoliv se výsledky studií liší, a zdaleka ne vždy přicházejí odborníci s jasnými závěry, ukazuje se, že některé způsoby práce mají větší pozitivní dopad než jiné. Kromě způsobu práce s klienty jsou však klíčovými determinanty úspěšné terapie také dostupnost služeb, přítomnost odborného personálu a návazné služby pro udržení dosažených změn. Žádoucí je rovněž zaměřit se nejen na léčbu závislosti, ale na širší spektrum života klientů.

EMCDDA dále v roce 2021 vydala publikaci poskytující komplexní přehled o současných znalostech a nejnovějším vývoji v oblasti užívání drog a vězení ve 30 zemích, 27 členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království. Publikace se pokouší identifikovat důležité mezery ve znalostech, výzvy pro lepší poskytování intervencí a důsledky pro politiku a praxi. Zpráva poskytuje přehled současné situace v oblasti prevalence užívání, dostupnosti služeb, dostupných důkazů pro intervence a detekuje budoucí výzvy. Jednou z nich je například roustoucí spotřeba nových psychoaktivních látek, zejména syntetických kanabionidů. Počáteční nedetekovatelnost těchto látek při

rutinním testování moči je považována za hlavní přispívající faktor. Výzvou je také reakce na nové technologie, které přispívají k možnosti distribuovat drogy do věznice, například pomocí dronů (EMCDDA, 2021).

3.5.1. Kvalitní služba očima klientů

Pro plánování podoby péče je užitečné mimo jiné přihlídnout k potřebám a očekáváním cílových skupin. V tomto ohledu je však ve výzkumu poměrně velký, zatím nevyužitý prostor. Inspirovat se lze ze studií o potřebách klientů se závislostí v jiných kontextech, protože dle Rady Evropy mají vězněné osoby nárok na stejnou úroveň zdravotní péče, jaká je poskytovaná ostatním občanům dané země (CPT, 1993). Ovšem ani tady zatím není výzkum v příliš pokročilé fázi. Několik studií však přináší zajímavé poznatky: například Liu et al. (2018) publikovali práci o klíčových dimenzích kvality služeb pro uživatele drog a osoby s duševním onemocněním z jejich pohledu. Klienti identifikovali sedm klíčových oblastí: přístup do služby, humánní péče, vzdělaný a kompetentní personál, zapojení do chodu služby (*engagement*), komunikace, individualizovaná péče, návaznost péče. Další autoři (COSLA, 2014) se věnovali principům kvality a zaměřovali se na standardní očekávání, která mají lidé vstupující do služeb v oblasti adiktologie. Standardy reflektují myšlenku přístupu *recovery*¹² a popisují praxi, kterou by měl zájemce o službu požadovat. Jako klíčové zásady autoři uvádějí rychlý přístup ke službě, dostupnost kvalitní, evidence-based péče snižující poškození a zvyšující účinnost klienta na cestě v úzdavě, přítomnost přijímajícího, reflektujícího personálu, který je kompetentní a podléhá supervizi, dále také zapojení do rozhodování o podobě péče, která by měla být orientovaná na silné stránky klienta. Dále standardy uvádějí potřebu individualizovaného plánu, orientovaného na potřeby klienta a zabírajícího širší životní oblast (zdraví, sociální situace, bezpečí), průběžného hodnocení plnění plánu a

¹² Do českého jazyka se *recovery* překládá obvykle jako úzdava nebo zotavení. *Recovery* je považováno za přirozenou cestu růstu a rozvoje následující období závislosti, jež přestává být v centru pozornosti. Za indikátory pozitivních změn je považováno fungování člověka, jeho životní spokojenost, pocit sebeurčení a usilování o plné využití jeho potenciálu. Nutně přitom nemuselo dojít k vymizení závislostního chování, ale o jeho změnu směrem k méně destruktivní podobě, například užívání v nižší míře, anebo s větším zapojením ve společnosti (SAMHSA, 2012; Witkiewitz et al., 2019 in Společnost Podané ruce o.p.s., 2019; Hlobilová, 2018). „*Recovery movement*“ původně ze Spojených států a západní Evropy přináší poměrně velký obrat ve službách pro závislé. Abstinence přestává být jediným žádoucím cílem, naopak je důležitá větší spokojenost člověka a schopnost žít více udržitelným životním stylem.

zapojení klienta do něj. Klient by měl mít možnost podílet se na celkové evaluaci služby a samozřejmě by mělo být zapojení celého rodinného systému, pokud je to možné.

4. Užívání návykových látek a rizikové chování v prostředí věznice

Důvody pro užívání drog ve věznici jsou různé. Patří mezi ně nuda, pokus o mentální únik ze situace, snaha uvolnit se a zbavit stresu, zlepšit spánek, předcházet projevům odvykacího syndromu, nebo prostá dostupnost drog (Penfold et al., 2005). Věznice jsou rizikovým prostředím z mnoha důvodů, mezi něž patří nevyhovující hygienické podmínky, přeplněnost, omezené či nedostupné zdravotní a sociální služby, hostilita, stres či násilí (NMS, 2017). Užívání drog ve věznici je nelegální a přináší množství problémů. Kromě vymahatelnosti práva jsou to také zdravotní důsledky pro uživatele, společenské náklady spojené s problematickým užíváním drog a z něj plynoucích škod a v neposlední řadě zvýšená recidiva. Uvězněné osoby užívající drogy intravenózně zejména čelí vysokému riziku přenosu HIV a hepatitidy typu C v důsledku vysoké prevalence těchto onemocnění v prostředí věznic a absenci harm reduction programů, což může uživatele přimět ke sdílení injekčního vybavení častěji a mezi více lidmi (UNODC, 2019). Kromě problémů plynoucích z intravenózního způsobu aplikace představuje riziko také tetování, jež může rovněž přispět k šíření infekčních onemocnění. Dle údajů NMS (2020) se téměř polovina klientů nízkoprahových zařízení, kteří byli někdy v životě uvězněni, nechala tetovat.

4.1. Situace v ČR

Údaje o užívání drog a rizikovém chování ve věznicích jsou zjišťovány v pravidelných dvouletých intervalech od roku 2010 pomocí reprezentativní dotazníkové studie, kterou zajišťuje Národní monitorovací středisko ve spolupráci s Vězeňskou službou ČR a agenturou ppm factum research. Do studie nejsou kvůli náročným organizačním podmínkám a poměrně vysoké fluktuaci zařazeny osoby vazebně stíhané. Dle údajů NMS má zkušenost s užitím drog včetně alkoholu v tuzemské vězeňské populaci 71,4 % dotázaných. S jakoukoliv nelegální látkou pak 52,3 %. Injekční užití drogy někdy v životě uvedlo 31,4 %, během pobytu ve věznici pak 8,5 % (NMS, 2016). Více než třetinu osob nastupujících do výkonu trestu odnětí svobody lze označit za problémové uživatele. Z nich většina (až 94 %) užívá návykové látky injekčně (NMS, 2017). Míra užívání návykových látek je ve vězeňském prostředí vyšší než v obecné populaci. Odsouzení mají častější zkušenost s nelegálními látkami, zejména s pervitinem a heroinem. Zejména v případě heroínu je rozdíl značný. Při standardizaci výsledků na pohlaví a věk obecné populace lze

dojít ke srovnání, že zatímco v obecné populaci užilo heroin někdy v životě necelé 1 % (z toho 1,4 % mužů a 0,2 % žen), v populaci odsouzených jde o téměř 13 %, čili šestnácti násobek (z toho 10 % mužů a 13 % žen) (NMS, 2017). Zkušenost s užitím konopných látek vykazalo 45 % osob, s pervitinem 42 % a extází 26 % dotázaných. Nejnižší prevalence byla v případě těkavých látek, které vyzkoušelo 7 % dotázaných. Aktuální zkušenost, tedy užití v posledních 12 měsících, deklarovalo více než 25 % dotázaných, výrazně převažovaly zkušenosti s konopnými látkami a pervitinem. Tyto látky byly také nejčastěji uváděny v horizontu posledních 30 dnů. V případě tabáku je prevalence uživatelů ve vězeňské populaci třikrát vyšší ve srovnání s obecnou populací (Urbanová a Mravčík, 2019). Zkušenost s hraním hazardních her s výjimkou loterií alespoň jednou v životě uvedla více než polovina respondentů, 56 % (NMS, 2017). Míra zkušeností s užitím návykové látky během výkonu trestu je s ohledem na citlivost problematiky zjišťována pouze celoživotně. Dle výzkumu někdy v životě užilo ve výkonu nelegální látku 21 % odsouzených.

Jako nejvíce dostupné hodnotí vězněné osoby léky na uklidnění nebo nespavost, alkohol vyrobený ve věznici, pervitin a konopné látky. Na opačném spektru žebříčku stojí alkohol donesený do věznice, heroin a extáze (NMS, 2017).

Respondenti mají možnost se vyjádřit také k dostupnosti adiktologických služeb ve vězení. Jako nejdostupnější intervence bylo hodnoceno odsouzení testování na hepatitidu typu C, naopak nejméně dostupnou byla substituční léčba a distribuce kondomů (NMS, 2017).

I přes poměrně přísná kontrolní opatření dochází ve věznicích k užívání drog včetně intravenózní aplikace (NMS, 2017). Od října roku 2005 probíhá monitoring užívání návykových látek ve věznici pomocí tzv. rychlých testů (orientační vyšetření moči testovacími proužky). Vzorky jsou při pozitivním výsledku zasílány do laboratoře k provedení konfirmačního testu k potvrzení či vyvrácení přítomnosti drogy. Test zjišťuje přítomnost metamfetaminu (pervitinu), benzodiazepinů, konopných látek (THC), buprenorfinu a opiátů (morfinu). Testování na drogy provádí Vězeňská služba několika způsoby, například při nástupu na základě rozhodnutí lékaře, náhodné (systematické) testování u 5 % obviněných, kteří jsou ve vazbě déle než čtyři měsíce (provádí se tedy pouze ve věznicích, kde je výkon vazby), průběžné náhodné testování 10 % osob čtvrtletně, testování v rámci substitučního programu a cílené testování podezřelých osob (GŘ VS, 2008).

4.2. Situace v zahraničí a evropský kontext

V evropských věznicích je k roku 2019 asi 856 000 osob. Celosvětová vězeňská populace čítá více než 11 milionů osob (EMCDDA, 2021). Užívání drog, včetně problémového, je častým jevem v celosvětové vězeňské populaci. Lidé ve vězení uvádějí vysokou úroveň celoživotní prevalence užívání návykových látek před uvězněním a zvýšenou úroveň spotřeby, zejména heroinu, kokainu a amfetaminů, ve srovnání s běžnou populací. Ačkoli mnoho lidí přestane injekčně užívat drogy, jakmile vstoupí do vězení, pro ty, kteří pokračují, není používání a opětovné použití kontaminovaného injekčního vybavení neobvyklé, což přispívá ke zvýšenému riziku přenosu infekčních chorob v těchto podmínkách (EMCDDA, 2021). Ve státech Evropské unie vykazuje zkušenost s užitím nějaké drogy v životě kolem poloviny uvězněných osob. Systematická review ukazují, že 10–48 % mužů a 30–60 % žen problémově užívalo drogy nebo vykazovali kritéria závislosti 30 dnů před uvězněním (EMCDDA, 2012). Prevalence užívání drog je ve světové vězeňské populaci rovněž vyšší ve srovnání s populací obecnou. Dle údajů ze sedmnácti evropských států, které tyto údaje monitorují, tvoří uživatelé od 16 % v Rumunsku po 79 % v Anglii, Walesu a Nizozemsku, a devět z nich uvádí více než 50 % podíl uživatelů drog. Rozdíly mezi zeměmi reflektují drogovou situaci na národní úrovni, ale také odlišné způsoby získávání a vedení dat. Nejvíce rozšířené je užívání konopných látek, pohybující se mezi 12 % až 70 %, což reflektuje také situaci v obecné populaci, avšak v této skupině je procentuální podíl nižší (jde o 1,6 % - 33 % populace v produktivním věku). Druhou nejvíce rozšířenou látkou v Evropě je kokain, a to v civilním i vězeňském prostředí, kde je však užívání opět výraznější (6–53 % oproti 0,3–10 % v obecné populaci). Zkušenost s látkami amfetaminového typu se pohybuje mezi 1 % a 45 %, kdežto v obecné populaci je mezi téměř nulou a 12 % (EMCDDA, 2012). V tomto je ČR rozdílná, protože historicky je na našem území rozšířeno užívání pervitinu, zatímco užívání kokainu je stále spíše okrajovou záležitostí, i když v posledních letech lze pozorovat nárůst dostupnosti i čistoty této látky (NMS, 2020). Výrazný rozdíl oproti obecné populaci je v prevalenci užití heroinu, obdobně jako v tuzemských věznicích. Zatímco méně než 1 % obecné populace užilo někdy v životě heroin, prevalence v evropské vězeňské populaci je mezi 15 % a 39 % (dle údajů z osmi zemí, které získávaly tyto informace) (EMCDDA, 2012). V evropských věznicích dochází také k užívání syntetických drog, zejména syntetických kanabinoidů, které jsou atraktivní kvůli své nízké

ceně a zároveň poměrně výrazné intoxikaci. Jejich detekce je navíc pomocí běžných testů téměř nemožná (EMCDD, 2017).

Evropské věznice se taktéž jako tuzemské potýkají s přeplněností, která se pojí se zvýšenou tenzí a stresem, jež vězni zažívají a rovněž s nedostatečným počtem služeb pro osoby závislé nebo závislosti ohrožené. Ve většině evropských zemí je protidrogová léčba ve věznicích poskytována zaměstnanci vězeňské správy. Je však také běžné, že vězeňské správy spolupracují s řadou komunitních poskytovatelů, veřejných zdravotnických služeb nebo nevládních organizací. Například v Řecku jsou NNO jediným poskytovatelem služeb ve věznicích. Ve většině zemí jsou nově nastupující vězni pravidelně hodnoceni z hlediska užívání drog a problémů souvisejících s drogami. Liší se způsoby posouzení. Zatímco někde převládá testování moči za účelem zjištění přítomnosti nelegálních látek, v jiných zemích je důraz kladen na zhodnocení lékařem, či výsledky standardizovaných testů a dotazníků. Konzultace se zdravotnickým personálem při vstupu do vězení je také vnímaná jako první příležitost informovat vězně o léčbě a prevenci, jako možnost zvyšovat povědomí o rizicích a distribuovat harm reduction materiál (kondomy či jiné pomůcky) (EMCDDA, 2012).

Léčba drogové závislosti je zaměřena jak na zlepšení zdraví zadržených, tak na snížení často vysoké úrovně užívání nelegálních drog ve věznicích. Možnosti léčby uživatelů v evropských věznicích lze obecně rozdělit do tří typů: programy s nižší intenzitou, zahrnující poradenské intervence i krátkodobou léčbu prováděnou ambulantně v prostředí věznice, programy se střední a vysokou intenzitou, zahrnující pobytová oddělení a prvky terapeutických komunit a středně dlouhé či dlouhodobé substituční programy metadonem nebo buprenorfinem. EMCDDA (2021) rozděluje péči dle fáze uvěznění, přičemž jednotlivé intervence na sebe mohou navazovat:

Fáze	Vstup	VTOS	Propuštění
Intervence	Posouzení zdravotního stavu - Drogová problematika - Mentální zdraví - Sociální situace - Riziko suicidia - Screening infekčních onemocnění - Nabídka testování infekčních onemocnění Detoxifikace	Typ léčby - Terapeutická komunita - Ambulantní léčba Léčebná modalita - Psychologické poradenství (individuální/skupinové/peer svépomoc) - Substituční léčba opioidy - Informace, edukace a nácvik HR intervence - Prevence, testování a léčba infekčních onemocnění - Výměnný injekční program - Distribuce kondomů	Prevence předávkování - Distribuce naloxonu Sociální reintegrace - Edukace, informace a nácvik Nové pouzení zdravotního stavu Vazba na adiktologickou péči Vazba na léčbu infekčních onemocnění

Tab. 1. Intervence dle fáze uvěznění dle EMCDDA (2021).

Substituční léčba je v ČR ve srovnání s evropskými zeměmi spíše nedostupnou. V jiných státech je možné zahájit terapii i po nástupu do výkonu bez předchozí participace v civilním substitučním programu. Právě ČR, spolu s Lotyšskem, Polskem a Spojeným královstvím, je zemí, která takový postup neumožňuje a substituce je dostupná pouze osobám přicházejícím s nasazenou substitucí (EMCDDA, 2012). V Norsku, Turecku, Spojeném království a ve všech zemích Evropské unie s výjimkou Slovenska je substituční léčba ve věznicích dostupná, avšak pokrytí a tím pádem faktická dostupnost zůstává stále dost nízká (EMCDDA, 2021). Ve většině zemí je ve věznicích k dispozici testování na infekční onemocnění, ovšem léčba hepatitidy typu C se nabízí jen zřídka (v ČR ano). Očkování proti hepatitidě typu B hlásí 16 evropských zemí (EMCDDA, 2017).

V letech 2006 až 2007 některé evropské země revidovaly svůj právní rámec a předpisy v oblasti práv vězňů na léčbu drogové závislosti. V Belgii směrnice ministra spravedlnosti stanovuje, že vězni mají právo na stejný rozsah možností léčby, jaké jsou dostupné mimo věznice. V Irsku nové předpisy vězeňské služby zdůrazňují nutnost udržovat úroveň zdravotní péče srovnatelnou se službami dostupnými v běžné společnosti, ovšem s přizpůsobením vězeňskému prostředí. V Dánsku změna zákona od ledna 2007 poskytuje uživatelům drog nárok na bezplatnou léčbu ve vězení. Ta by měla obvykle začít do 14 dnů ode dne, kdy o ni osoba požádá, s výjimkou, pokud má být pachatel propuštěn do 3 měsíců nebo pokud je shledán nezpůsobilým či nemotivovaným k léčbě. V Rumunsku byl v květnu roku 2006 vytvořen nový právní základ pro zavedení substituční léčby ve věznicích, který se týká také návaznosti programů integrované lékařské, psychologické a sociální podpory. V Norsku došlo k posílení spolupráce mezi ministerstvem spravedlnosti a ministerstvem zdravotnictví a sociálních věcí, zaměřenou na poskytování lepší návaznosti v průběhu výkonu trestu a po výstupu. Na Slovensku zákon z roku 2006 povolil poskytování psychologických služeb uživatelům drog ve vyšetřovací vazbě, pokud se u nich rozvíjejí abstinenní příznaky, tak aby mohly být služby poskytnuty v nejvíce kritickém období nucené abstinence. Byl také vytvořen legislativní rámec na podporu stávajících léčebných zařízení pro odsouzené uživatele drog (EMCDDA, 2008).

Ačkoliv mezinárodní organizace podporují výměnné programy (UNODC, 2012), praktická realizace rozšířená není, zejména kvůli silné opozici, která vidí přítomnost výměnného programu jako kontraproduktivní vzhledem k žádoucímu nulovému výskytu drog ve vězeňství. Výměnný program je tak poskytován pouze ve čtyřech členských státech EU, a to s velmi rozdílnou dostupností. Konkrétní čísla v souvislosti s distribucí

stříkaček poskytují pouze tři země. Některé státy zprostředkovávají jako alternativu k výměně distribuci dezinfekčních přípravků (EMCDDA, 2012).

Období po propuštění je pro uživatele drog vysoce nebezpečné a představuje riziko předávkování a úmrtí (EMCDDA, 2018). Při pobytu ve věznici může dojít k poklesu tolerance, drogy jsou navíc méně dostupné a mají nižší čistotu. Po výstupu se navíc může objevit touha „oslat“ ukončen pobytu ve věznici (Merrall et al., 2010). V Anglii, Skotsku a Walesu je dostupná distribuce naloxonu jako způsob předcházení předávkováním. V této oblasti se jako dobrá praxe po výstupu ukázal být model asertivního přístupu s „vyzvednutím“ u brány věznice a propojením na komunitní návazné služby (EMCDDA, 2012). Program poskytování naloxonu pro domácí aplikaci je dostupný také v Estonsku, Francii a Norsku (EMCDDA, 2018).

5. Vězeňství a Covid-19

Pandemie Covid-19 a s ní spojená opatření se vězeňství dotkla znatelně. O dopadech lze uvažovat minimálně v rovině individuální, komunitní a společenské. Přeplněné věznice představují potenciální ohniska šíření nákazy. V takových podmínkách se nemoci mohou šířit velice rychle, a navíc nelze počítat s možností sociálního distancování či izolace. Podle výzkumu zveřejněného v časopise *Journal of the American Medical Association* v červenci 2020 je vězněný člověk infikován koronavirem rychlostí více než pětikrát vyšší, než je celková míra v zemi a vyšší je také úmrtnost ve vězeňské populaci. Za zmínku také stojí fakt, že lidé ve věznici mají obecně horší zdravotní stav, z důvodů obvykle nižší aktivity a málo kvalitní stravy. Nedostatečný přístup ke kvalitní lékařské péči znamená, že starší lidé ve vězení trpí častěji chronickými zdravotními problémy, jako je hypertenze, astma a cukrovka, které zvyšují riziko závažných komplikací způsobených koronavirem (Equal Justice Initiative, 2021).

Kromě fyzického zdraví dochází k negativním dopadům na zdraví duševní (Shiple et al., 2021). Obavy způsobují nárůst frustrace, tenze a úzkosti. Na rozdíl od lidí, kteří nejsou uvězněni, nemohou lidé ve vězení tlumit tyto negativní jevy například dodržováním doporučených opatření. Taktéž omezení návštěv, strach o blízké a snížený přístup k informacím představují výraznou zátěž na psychiku vězněných osob a stejně tak dopadají negativně na blízké uvězněných osob (Shiple et al., 2021).

Osoby opouštějící výkon trestu odnětí svobody se taktéž musely vypořádat s nově nastalou situací. Omezená dostupnost služeb, snižující se stavy pracovníků a činnost institucí ještě více ztížily návrat do života. Ten je těžký i v případě, že je plánovaný, a plošné propouštění vězněných osob s méně závažnými tresty ještě výrazněji poukázalo na problémy, s nimiž se lidé i systém potýkají. První rok propuštění je pro lidi opouštějící vězení velmi obtížný, protože se učí plnit požadavky svého nového života. Nově propuštění lidé čelí řadě překážek v oblasti stabilního bydlení, dostupnosti potravin, zaměstnání a zdravotní péče. Bez naplnění potřeb v těchto základních oblastech je recidiva bohužel pravděpodobnou. Další komplikací je chudoba. Dle výzkumu lidé se záznamem v trestním rejstříku vydělávají méně než jejich vrstevníci, a to nejen v období po propuštění, ale celoživotně, což je vystavuje zvýšenému riziku pádu do chudoby (Craigie a Grawet, 2021). Stabilní bydlení a práce s dostatečným výdělkem jsou klíčové pro návrat do života, ale v době pandemie se ukázaly jako velmi obtížně dosažitelné mety. Nalezení a udržení zaměstnání v době krize je těžké pro kohokoliv, natož pro osoby se stigmatem

pobytu ve výkonu trestu. Tito lidé jsou znevýhodnění také menší mírou pracovních zkušeností. Rychlé návraty do civilního prostředí znemožnily naplánovat vše potřebné, včetně registrací do zdravotnických a sociálních systémů. Vzhledem k nakažlivosti se rodiny mohly bát ubytovat u sebe propuštěné příbuzné, kteří se tak mohli ocitnout ze dne na den bez přístřeší (Craigie a Grawet, 2021).

Kromě přímých dopadů, které pandemie vězeňské populaci způsobila, je třeba uvažovat také o těch nepřímých a dlouhodobých. Z pohledu adiktologie můžeme předpokládat proměny vzorců užívání. Zatímco zvýšená frustrace může vést k nárůstu četnosti či množství užívané drogy, či k relapsu u abstinujících, zvýšená uzavřenost věznic mohla způsobit změny v dostupnosti návykových látek, ale například také čistých injekčních stříkaček k aplikaci drogy. Budoucí výzkum v této oblasti přinese jistě zajímavé závěry.

5.1. Přijímaná opatření

Vězeňská služba ČR v souladu s opatřeními Ministerstva zdravotnictví ze dne 6. 4. 2021 realizovala celoplošné opatření s účinností ode dne 12. dubna 2021 od 00:00 hod. do odvolání, kterým se výrazně omezily návštěvy ve věznicích a ve vazebních věznicích (VS ČR, 2021a). Návštěvy byly částečně nahrazeny komunikací prostřednictvím Skype a delšími časovými úseky na telefonáty. Zmírnění tohoto opatření mělo představovat kromě možnosti online komunikace také možnost přijetí jednoho balíku s věcmi osobní potřeby a s potravinami do hmotnosti pěti kilogramů všem vězněným nad rámec stanovený zákonem. Kromě omezení návštěv bylo vydáno celkem 172 různých opatření (Doubek, 2020).

Omezení dopadla také na pracující odsouzené. V některých případech došlo k omezení ze strany zaměstnavajících firem, jinde o omezeních rozhodly dané věznice. Ve vězeňských nemocnicích bylo zřízeno 21 míst pro izolaci nemocných. Omezené bylo setkávání vězněných osob během společných aktivit a také během vycházek. V některých věznicích došlo k pozastavení činnosti externích adiktologických služeb. Ministerstvo spravedlnosti během loňského jara také pozastavilo nástup některých odsouzených do výkonu trestu odnětí svobody. V ČR se situací ve věznicích zabýval mimo jiné například Výbor proti mučení Rady vlády ČR pro lidská práva. Ten zformuloval tři základní doporučení pro generálního ředitele Vězeňské služby ČR: aby předával jednou měsíčně Výboru zprávy o situaci ve věznicích v souvislosti s Covid-19 a s dalšími infekčními

onemocněními a o opatřeních realizovaných za účelem snížení rizik nákazy. Dále aby sledoval a vyhodnocoval aktivitu ředitelů věznic v oblasti podaných žádostí o podmíněné propuštění od 1. 4. 2020 do konce roku a aby rozšířil ve věznicích možnosti využívání platformy Skype, videokonferencí a moderních technologií ke komunikaci s rodinami a vnějším světem, včetně podpory studia a vzdělávání. Výbor také vyzval ministryni spravedlnosti, aby průběžně sledovala uplatňování alternativních sankcí a postupů, tak aby v souladu s doporučeními mezinárodních institucí docházelo ke snižování přeplněnosti českých věznic.

Dle informací dostupných na portálu *justice.cz* dne 1. 1. 2021 nabyl účinnosti zákon č. 602/2020 Sb., kterým se mění zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážní České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Cílem zákona je reakce na šíření nákazy mezi příslušníky VS ČR, v jejímž důsledku pracovníci nemohou plnit své úkoly z důvodu nařízené karantény či onemocnění. Aby se předešlo nedostatku zaměstnanců, který by vedl k ohrožení bezpečnosti občanů ČR, umožňuje se na nezbytnou dobu povolát (formou nařízení vlády) příslušníky Policie ČR, kteří by plnili po stanovenou dobu výkon strážní služby. Zákon nemyslí pouze na stávající epidemii, ale také na případy živelných pohrom, hromadné havárie či jiného onemocnění.

WHO (2020) připravilo materiál, který do českého jazyka přeložilo Centrum protidrogové prevence a terapie (2020). Text s názvem *Covid-19 ve věznicích a dalších detenčních zařízeních. Přípravenost, prevence a kontrola*. se zabývá charakteristikou viru, komunikací rizik, preventivními opatřeními, vyhodnocováním případů při podezření na nákazu, managementem případů a v neposlední řadě odkazuje na zdroje informací.

Ve světě docházelo napříč věznicemi k přijímání různých opatření k jejímu zmírnění. V USA bylo několik desítek tisíc odsouzených propuštěno a například ve státě Kalifornie došlo ke změně systému kaucí, tak aby se na svobodu mohlo dostat více osob bez jejího zaplacení. Obdobně postupovaly i další státy a někde došlo ke snížení počtu vězněných až o třetinu či polovinu. Také v sousedním Německu došlo k propouštění. Uvolněné cely měly sloužit jako místa pro karanténu nakažených vězňů. Polsko přijalo loni během března zákon, dle kterého může být nástup do vězení odložen kvůli veřejnému zdravotnímu riziku, pokud není osoba zvláště nebezpečná svému okolí a je odsouzena na méně než tři roky. Mezi březnem a květnem bylo propuštěno asi dva tisíce osob (Ly Nguyen, 2020).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Součástí diplomové práce je kvalitativní výzkum, který navazuje na souhrn poznatků o péči o uživatele návykových látek a osoby s behaviorální závislostí v prostředí vězeňského systému. Teoretická část zahrnuje mimo jiné informace o prevalenci užívání návykových látek ve věznicích, o nejčastěji užívaných látkách, o typech poskytovaných intervencí a způsobech jejich hodnocení. Praktická část reflektuje proces a výsledky výzkumu a je zakončena diskusí a závěrečným shrnutím. Kvalitativní metody odpovídají cíli výzkumu, tedy popsat zkušenosti se zaváděním a fungováním nové adiktologické služby ve specifickém prostředí věznice.

6. Cíle a výzkumné otázky

Míra užívání návykových látek je ve věznicích vyšší než v obecné populaci. Kapacita pro léčbu a prevenci dlouhodobě neodpovídá prevalenci uživatelů návykových látek (NMS, 2020). Zřizování specializovaných adiktologických pracovišť je tedy racionálním krokem, avšak vzhledem k velikosti cílové skupiny je stávající počet adiktologů stále nedostatečný. Popis zkušeností se zaváděním nové služby poskytuje sondu do počátku fungování a současné podoby specializované adiktologické péče ve specifickém prostředí věznic. Práce představuje zkušenost konkrétního pracoviště (nastavování procesů, definování a oslovení cílové skupiny, řízení změn, nastavení interního systému zajištění kvality, spolupráce s NNO poskytujícími drogové služby ve věznicích a civilními službami, reakce na Covid-19) a také poznatky dalších vybraných pracovišť. Tímto způsobem došlo ke zmapování uplynulého období (2018–2020), což může být užitečné při budoucím rozšiřování sítě adiktologických služeb ve vězeňském prostředí. Podobné výzkumy by v budoucnu mohly přinést poznatek o nejvhodnějším typu pracoviště a nastavení služeb tak, aby naplňovaly potřeby cílové skupiny.

Adiktologové ve věznicích jsou specifickou skupinou, a proto nepůjde o plošně zobecnitelné výsledky. Vstup oboru na pole vězeňství je však významným a je třeba mu věnovat pozornost. Na mikroúrovni mohou výsledky poskytnout užitečné sdílení a tím vést ke zlepšení procesů, vzájemné inspiraci, sdílení dobré praxe a tím v konečném důsledku ke zvýšení kvality služeb poskytovaných klientům. Na makroúrovni může být práce sondou do zavádění nové služby ve specifickém prostředí reflektující některé z důležitých výzev, s nimiž se služba musela vypořádávat.

Cílem výzkumu je přinést poznatky o tom, jaké jsou zkušenosti adiktologů se zaváděním nové adiktologické služby ve vězeňském prostředí. Výzkumnou otázkou je tedy:

Jaké jsou zkušenosti se zaváděním a fungováním nové adiktologické služby ve specifickém prostředí věznice?

K zodpovězení výzkumné otázky posloužily zejména polostrukturované rozhovory s adiktology a také analýza dokumentů. Zejména šlo o výkaznictví, evidovaná statistická data a zápisy autorky ze sezení s klienty, emailové korespondence s kolegy, poznámky a zprávy o činnosti ambulance.

Tento výzkum je specifický pozicí autorky práce uvnitř systému péče, kdy od roku 2018 působí na částečný úvazek jako adiktoložka v jedné z věznic. Výhodou je přímá zkušenost se zaváděním nové služby a jejím dalším vývojem, přístup k datům a znalost zkoumaného terénu, možnost pozorování služby v kontextu, snadnější navázání spolupráce s informanty a bližší vztah s nimi. Nevýhodou je určitá míra zkreslení daná absencí odstupu od žité praxe. V rozhovorech s informanty lze v podobných případech sáhnout vyšší míry důvěry a sdílení, avšak zároveň je na autorku kladen větší nárok na dodržení všech formálních náležitostí a procesů tak, aby byl naplněn cíl a nešlo pouze o neformální rozhovor bez obsahu klíčových dat. K tomu mohou sloužit techniky jako reflektivní naslouchání a shrnování. V případě interpretace dat rovněž může docházet ke zkreslení objektivit vlivem osobní zkušenosti a aktivní pozice v systému, proto je třeba s omezením vědomě pracovat.

7. Metodologie

Pro naplnění cílů výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní zkoumání se zabývá obtížně kvantifikovatelnými vlastnostmi a jevy a zaměřuje se na jedinečnost a neopakovatelnost různých fenoménů a jevů, čímž je možné získávat větší vhled a porozumění zkoumané oblasti, objevovat nové souvislosti, specifické pohledy na realitu a zkušenost a integrovat tyto jevy do celku (Miovský, 2006).

Součástí kvalitativního výzkumu může být případová studie. Podle sledovaného případu lze rozlišit několik typů případové studie. V této práci jde o studium organizací a institucí, v jehož rámci lze zkoumat mimo jiné také například implementaci intervencí a programů, organizační kulturu, procesy změn a adaptací. Data pro případovou studii mohou být poskytována přes rozhovory, dokumenty, či záznamy pozorování. Mohou být využity všechny typy v jednom výzkumu (Hendl, 2005). Případem je v této práci konkrétní pracoviště, které je specifické kontextem, v němž vznikalo, a taktéž relativní unikátností poskytovaných služeb. Ty sice vycházejí ze zavedeného oboru, ale vstupem do oblasti vězeňství získávají mnoho odlišností od služeb stávajících.

Primárním cílem práce je popsat zkušenosti pracovníků se zaváděním nové služby ve specifickém prostředí. Práce může být jedním z prvních kroků budoucí evaluace specializovaných adiktologických pracovišť ve vězeňství. Pro naplnění cílů práce byla provedena analýza dat pracoviště, ve kterém autorka působí a proběhly polostrukturované rozhovory s vybranými informanty.

Analýza dokumentů je technikou tvorby dat v empirickém výzkumu, která umožňuje získat data a informace z dokumentů nesoucích záznam o realitě (Buriánek, 2018). V tomto případě šlo zejména o analýzu výkaznictví, statistických dat a zápisů autorky ze sezení s klienty, emailové korespondence s kolegy, poznámky a zprávy o činnosti ambulance pro vedení či kolegy. Ambulance vede od roku poloviny 2019 výkaz činnosti o každém pracovním dni, v níž je záznam o klientech a intervencích. V měsíčních intervalech je zpracovávána statistika, reflektující činnost ambulance a charakteristiky cílové skupiny. Zpracovávána byla zejména data za rok 2019 (částečně) a 2020, protože během roku 2018 docházelo k nastavování procesů a zavádění ambulance do chodu a tato data nebyla pořizována.¹³ Analýzou zmíněných dat byl získán obraz o počtu klientů

¹³ Během první poloviny roku 2019 navíc nebylo možné poskytovat služby kvůli nedostatečnému personálnímu zajištění ambulance, protože nebyl dostupný lékař s nutnou specializací.

v programu, o typech a četnosti jednotlivých výkonů a charakteristikách cílové skupiny. V případě konkrétní ambulance, jíž je autorka součástí, je vstup do programu na dobrovolné bázi. Získaná data tak poskytují informaci o tom, jací klienti péči vyhledávají, což může napomáhat při koncipování programu takovým způsobem, aby naplňoval potřeby cílové skupiny a byl atraktivní pro zájemce o službu.

Druhá etapa sestávala z polostrukturovaných rozhovorů s adiktology ve věznicích, kde je pozice zřízená. Osloveni byli adiktologové působící ve věznicích v daném čase, tedy absolventi minimálně bakalářského stupně oboru Adiktologie, případně adiktologové uznáni na základě délky praxe během přechodného období. Kritériem vstupu do výzkumu byla přítomnost na pracovišti od roku 2018, tedy v „první vlně“ obsazování pracovišť adiktology. Tento výběr zaručuje anonymitu informantů¹⁴ a zároveň přivádí do výzkumu ty pracovníky, kteří skutečně stáli u zrodu vězeňských adiktologických pracovišť. Pokud v některé věznici došlo k odchodu „původního“ adiktologa, nový pracovník pro rozhovor osloven nebyl. Ačkoliv by jistě tito informanti poskytli zajímavé informace, práce cílí na samotné počátky pracovišť a průvodní jevy v tomto období.

Výhodou polostrukturovaných rozhovorů je částečná míra formalizace sloužící při analýze získaných dat, a přitom poměrně velká volnost umožňující pokládat doplňující otázky a pružně tak reagovat na nově přicházející informace. Nevýhodou je mimo jiné například určitá míra zkreslení, kterého se výzkumník dopouští už při formulaci otázek k rozhovoru (Miovský, 2006; Hendl, 2005).

Hendl (2005) doporučuje při přípravě interview navrhnout obecné téma a poté pokračovat detekcí podtémat a zajímavých okruhů, uspořádat témata dle důležitosti. Obecným tématem jsou v případě tohoto výzkumu zkušenosti pracovišť se zaváděním adiktologické služby ve specifickém prostředí. Okruhy otázek směřují na roli v systému péče o cílovou skupinu v dané věznici, na typ pracoviště (stacionární/ambulantní forma), na překážky a příležitosti při zavádění služby, na spolupráci s dalšími službami, na způsob definování a navazování kontaktu s cílovou skupinou, na způsob managementu kvality poskytovaných služeb či na charakteristiky klientů.

Mezi zásady pro vedení rozhovoru patří vytvoření vzájemné důvěry a citlivosti k odlišnostem dotazovaného, vytvoření rámce, v němž se dotazovaný může vyjadřovat svým vlastním stylem, formulace jasných otázek s kladením vždy pouze jednoho dotazu. Výzkumník si musí uvědomovat, že kladené otázky nejsou totožné s otázkou výzkumnou

¹⁴ Do roku 2018 byl v rámci Vězeňské služby zaměstnán pouze jeden adiktolog, a nebylo by proto možné rozhovor anonymizovat.

(Hendl, 2005). Dotazování je vhodné obohatit otázkami doplňujícími, díky kterým je možné eliminovat zkreslení odpovědi a upřesňovat do té doby získaná data. Tyto otázky bývají tematicky seskupeny kolem tak zvaného jádra interview, tvořeného otázkami klíčovými k naplnění cíle výzkumu (Miovský, 2006). Dotazovaná osoba musí dostat jasné instrukce, jaké informace jsou žádoucí a je třeba dopřát informantovi dostatek času na formulaci odpovědi. Před samotným rozhovorem musí výzkumník zajistit důkladnou přípravu, během rozhovoru je třeba dbát na sebereflexi a monitoring svého vystupování a po rozhovoru dopracovat a kontrolovat své poznámky (Hendl, 2005).

7.1. Vytváření a analýza dat

Před samotným výzkumem se autorka během vykonávání praxe setkávala s mnoha tématy, která se jí zdála hodná hlubšího zkoumání. Vzhledem k omezením ve spojitosti s pandemií Covid-19 nedošlo k realizaci společného setkání s ostatními adiktology, které bylo plánované na květen 2020. Autorka čím dál častěji pociťovala potřebu ohlédnout se za uplynulým obdobím a zhodnotit, jak se služba zavedla a jak si stojí. Nejčastěji byla tato potřeba naplňována prostřednictvím rozhovorů s nejbližší kolegyní, která s autorkou práce nastupovala taktéž v „první vlně“ v roce 2018. Postupem času se však objevovala touha podívat se „za plot“ i jiným pracovištěm a zjistit více o jejich realitě. Diplomová práce se zdála být jako vhodná příležitost pro tento účel.

V první etapě se autorka rozhodla shromáždit všechna dostupná data o průběhu služby, ve které působí. Šlo zejména o výkaznictví, které je vyplňováno v přibližně měsíčních intervalech a také vlastní poznámky a zápisy. V této fázi byl formulován cíl výzkumu a způsob jeho naplnění. Autorka se rozhodla oslovit pouze adiktology, kteří nastupovali během letních a podzimních měsíců v roce 2018. Je to způsob, jak zachovat co největší míru anonymity, protože v daném období byla místa plošně obsazována. Také to koresponduje s cílem výzkumu, tedy popsat zkušenosti pracovníků se zaváděním nové služby. Autorka se rozhodla vyčlenit z výběru informantů svou nejbližší kolegyni, ač také nastupovala v tomto období. Rozhovor by v tomto případě byl zatížen společně žitou praxí, což by mohlo vést k eliminaci relevantních informací. Autorka nedokázala přijít na nástroj, pomocí kterého by bylo možné situaci řešit a rozhodla se proto rozhovor neuskutečnit.

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru vznikly na základě praxe a také vykrytalizovaly díky studiu odborné literatury pro teoretickou část práce. Tematické okruhy částečně kopírovaly „kritické“ oblasti, s nimiž se autorka potýkala ve vlastní praxi

a zahrnovaly oblasti, které se v odborné literatuře ukázaly být jako klíčové pro dobré fungování služeb. Tyto tematické okruhy pro rozhovory byly čtyři:

- formování pracoviště (typ pracoviště, spolupráce s jinými službami uvnitř i vně věznice, tým, personál, předávání informací, výzvy v začátcích)
- klientela (reakce na novou službu, oslovování zájemců, cesta zájemce v současnosti, „typický klient“ a vypadávající klienti)
- zajišťování kvality (hodnocení odváděné práce, spolupráce, evaluace poskytovaných intervencí, formování dobré praxe, přístup k supervizi, intervizi, poradám, vzdělávání, možnosti osobního a profesního rozvoje)
- dopady Covid-19 na pracoviště.

Po konzultaci s vedoucím práce byla doplněna cílená otázka na dostupnost supervize. Autorka zvažovala, zda do výzkumu zahrnout také statistické údaje jiných oslovených pracovišť, avšak již v počátcích analýzy vlastních dokumentů došla k názoru, že ne zcela věrně kopírují realitu a mohou tedy poskytovat značně zkreslená data. Proto jsou v kapitole *Výsledky* prezentována s komentářem. Dle dostupných zdrojů, které autorka nashromáždila v první fázi výzkumu, došlo sice ke společnému semináři, který se mimo jiné věnoval způsobu vykazování dat, ale od té doby nebývá zvykem dostávat zpětnou vazbu k vykazovaným datům, pouze dojde jednou za rok k jejich kompilaci pro účely statistik a výročních zpráv. K vykazování není přiřazen kontrolní mechanismus a je otázkou, zda všichni vykazují stejným způsobem. Autorka vycházela z praxe svého zařízení, ve které během vytváření dat pro statistiku viděla několik problematických oblastí. K prvotnímu zkreslení dochází už při samotné cestě klienta do ambulance. Do statistiky se dostávají ti, kteří jsou navedeni. Statistika tedy neposkytuje úplný obraz toho, kdo jeví o adiktologickou péči zájem, ale spíše obraz toho, kdo zvládl poměrně náročnou cestu od zájemce ke klientovi. Z vykazovaných dat je těžké vyčíst informace o tom, kteří klienti chodí pravidelně a dlouhodobě. Kvůli vytíženosti pracoviště je statistika zpravidla zpracovávána zpětně a „na poslední chvíli“, na základě provedených zápisů z konzultací, které mnohdy neposkytují všechna potřebná data. V některých kategoriích tedy doplňujeme spíše odhad než reálná čísla. Znamená to také, že pokud chybí zápis z konzultace, dojde k vypadnutí ze statistiky, což vede k dalším zkreslením. Autorka došla k názoru, že samotné rozhovory poskytnou více relevantních dat pro naplnění cílů výzkumu.

V druhé etapě docházelo k analýze dokumentů a k realizaci polostrukturovaných interviews, jimž předchází vytvoření schématu a struktury rozhovoru. Tak je specifikován okruh otázek, jejichž pořadí lze měnit dle potřeb rozhovoru (Miovský, 2006). Pro naplnění cíle výzkumu byli k rozhovorům vybráni účastníci, kteří splňovali předem stanovená kritéria (n=5). Samozřejmostí bylo dobrovolné vstoupení do výzkumu. Jednalo se tedy o záměrný účelový výběr (Miovský, 2006). Tato metoda spočívá v cíleném vyhledání informantů dle jejich určitých vlastností a charakteristik. Kritériem výběru je právě vybraná vlastnost či stav (Miovský, 2006). V případě tohoto výzkumu je to práce na pozici adiktologa ve věznici s nástupem v roce 2018. Vybraní informanti obdrželi informovaný souhlas, jehož součástí byly informace o účelu a způsobu zpracování nahrávky rozhovoru. Před podpisem informovaného souhlasu bylo možné seznámit se s východisky výzkumu, cíli, metodami vytváření a analýzy dat a návrhem možného využití získaných poznatků.

Rozhovory trvaly od 29 do 47 minut. Po prvním z nich byl do seznamu otázek doplněn dotaz na to, zda si klienty do ambulance adiktolog musí navádět sám, či se o to starají příslušníci VS ČR.

Audiozáznam rozhovoru byl v následující fázi přepsán. Podle Miovského (2006) při transkripci dat není možné zaznamenávat všechno a dochází tak k prvotní redukci dat. Proto je důležité, aby prvotní redukce probíhala plánovaně a systematicky, tak aby bylo možné odhalit a minimalizovat vlivy výzkumníka. Toho je možné docílit například opakovaným poslechem nahrávky při transkripci. V další fázi docházelo ke kódování dat, jejich archivaci, propojování a komentování. Miles a Huberman (1994; in Miovský 2006) popisují analýzu kvalitativních dat pomocí rozdělení do několika bodů: kódování dat, archivace kódovaných dat, propojování dat, komentování a doplňování dat, vyvozování závěru a verifikace, budování teorie a grafické mapování. Data tedy byla po rozhovoru přepsána, byl jim přidělen kód a byla archivována. S dalšími rozhovory byla data propojována navzájem, doplňována o komentáře a docházelo k vyvozování závěrů. Ve výzkumu byly použity tyto postupy analýzy kvalitativních dat:

- metoda vytváření trsů, sloužící ke seskupování a konceptualizaci výroků do skupin (trsů), jenž by měly vznikat na základě vzájemného překryvu mezi identifikovanými jednotkami. Tak dochází ke vzniku všeobecnějších kategorií (Miovský, 2006)
- metoda zachycení vzorců, sestávající z vyhledávání všeobecnějších principů vázaných na určitý kontext nebo osobu (Miovský, 2006)

- metoda kontrastů a porovnávání, která je důležitou technikou při odlišování identifikovaných kategorií, když je třeba poukázat na rozdíly mezi nimi (Miovský, 2006).

7.2. Etické aspekty

Ve společenskovedním výzkumu mají etické otázky svou podstatnou roli. V případě této práce jsou účastníci seznámeni s informovaným souhlasem, mají svobodu odmítnutí účasti ve výzkumu v kterékoliv jeho fázi a také je jim zaručena anonymita (Hendl, 2005). Před uskutečněním rozhovoru je s informanty uzavřen ústní informovaný souhlas, obsahující informace o výzkumu a jeho účelu, o způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně.

Vzhledem k citlivosti a míře stigmatizace tématu jsou veškeré údaje anonymizovány v nejvyšší možné míře. Autorka se ve výzkumu nezabývá žádnými skutečnostmi o konkrétní věznici či konkrétním pracovníkovi nebo klientovi. Veškeré dotazy jsou směřovány k zavádění a fungování pracoviště. O této skutečnosti byli informanti poučeni během domlouvání rozhovorů i bezprostředně před jejich vlastní realizací.

V případě této konkrétní práce existuje riziko střetu zájmu výzkumnice, jako součásti populace pracovníků, kteří jsou k výzkumu přizváni. Proto je věnována zvýšená pozornost tomu, aby informantům nebyly podsouvány informace zkreslené optikou výzkumnice, a také aby nebyly otázky pokládány takovým způsobem a v takové podobě, které by vedly k biasu.

7.3. Limity práce

Limitem práce je do jisté míry osobní zkušenost autorky s výzkumnou problematikou. Výzkumné otázky vznikaly z velké části na základě vlastní praxe a mohly tak pominout jiné, důležité oblasti, se kterými se autorka v praxi nemusela vypořádávat. Autorka práce po každém z rozhovorů vyzvala účastníky ke sdílení dalších důležitých informací, na něž se nezeptala a nabídla jim možnost dalšího kontaktu prostřednictvím e-mailu nebo telefonu.

Informanti nedostali otázky předem a nemohli se na rozhovor připravit. Uváděné časové s numerické údaje tak mohou být poměrně zkreslené. To lze částečně říci také o dalších údajích, protože jejich interpretace závisí na schopnosti vzpomenout si na události

a vyhodnotit jejich význam. Sama autorka se mohla dopustit vynechání mnohdy zásadních témat, která nebyla zanesena do dokumentů a nevzpomněla si na ně.

Rozhovory neproběhly se všemi nastupujícími adiktology. Mnozí z nich již na pracovišti nepůsobí a bylo by jistě velmi přínosné zeptat se také právě jich. Rozhovory by jistě mohly být doplněny o další komponenty pro zvýšení přehlednosti, například o časovou osu.

8. Výsledky

Výsledky jsou rozdělené do dvou částí. V první z nich je prezentováno pracoviště, jehož je autorka součástí. V části druhé jsou zpracovány výsledky reflektující rozhovory s vybranými adiktology. Autorka se vzhledem k povaze informací rozhodla pro přehlednost uspořádat je do tabulek a doplnit komentářem a úryvky výpovědí informantů. Již během oslovování adiktologů bylo zjištěno, že uváděné počty pracovníků nejsou aktuální. Z nastupujících patnácti adiktologů v roce 2018 působí v současnosti sedm z nich. Patří mezi ně také autorka práce a její kolegyně, která se výzkumu neúčastnila. Pět oslovených pracovníků souhlasilo s účastí. První část výsledků je věnovaná popisu chodu ambulance alfa, ve které autorka působí. Druhá část navazuje zkušenostmi oslovených adiktologů. Jejich pracoviště jsou označena písmeny řecké abecedy a jednotliví informanti jsou označeni I1 až I5.

8.1. Ambulance alfa

Ambulance alfa je stejně jako ostatní pracoviště součástí zdravotnického střediska jedné z větších věznic. Činnost oficiálně zahájila během podzimu roku 2018, dostupná byla služba dvakrát týdně. V současné době v ní působí adiktologové celkem na 1,2 úvazku a pokrývají tak většinu dnů v týdnu. Za dobu působení adiktologů došlo ke značné obměně týmu PDP, k odchodu psychiatra a příchodu nových a ke změně vedoucího lékaře. Ambulance byla přestěhována do jiné budovy. Jako důvod bylo uváděno snadnější navádění klientů. Před přestěhováním byla ambulance sdílená s psychiatry, kteří byli přítomni ve dnech, kdy na pracovišti nepůsobili adiktologové. Nyní je ambulance sdílená s jinou zdravotnickou ambulancí a slouží také k různým dalším účelům (například očkování zaměstnanců), tudíž se stává, že adiktologové v ní nemohou poskytovat své služby.

8.1.1. Formování pracoviště

Adiktologové do ambulance alfa nastoupili během září a října roku 2018. Akreditace k poskytování služeb přišla během prvního listopadového týdne. Začátky se nesly v duchu hledání cest ke klientům, definování cílových skupin a monitoringu „terénu“. Po domluvě s vedoucí PDP, velkou podporou v začátcích nastavování služby, bylo zvoleno oslovování

na základě depistáže výsledků SARPO. Od začátku poskytování služeb do ledna bylo dle zápisů evidováno 18 klientů, jimž bylo poskytnuto zejména potestové poradenství (po tom, co byli testováni pozitivně na přítomnost drog v moči pracovníky věznice) a informační servis. Někteří z oslovených setrvali v delším kontaktu a docházeli dobrovolně. Již v začátcích se objevil problém s naváděním osob do čekárny ambulance. Pracoviště alfa je jednou z mnoha ambulančí, do které jsou pacienti/klienti naváděni příslušníky VS, přičemž existuje množství pravidel, podle kterých navádění funguje. Závislé je ale především na kapacitách příslušníků, což znamená, že pokud nejsou dostatečné, může se stát, že nemá kdo přivést zájemce o konzultaci do ambulance. Lidé bývají do čekárny umístěné vedle ambulance naváděni ve větším počtu, což snižuje diskretnost v tom ohledu, že ostatní vězni a příslušníci ví, kdo vyhledává adiktologickou péči. S postupujícím časem také klesá trpělivost, tudíž konzultace jsou spíše rychlé, a ačkoliv je klientům deklarováno, že mají až 45 minut, často je průběh rychlejší, aby ostatní moc dlouho nečekali.

Otevřeně jsou při navádění upřednostňovány somaticky zaměřené ambulance, protože u adiktologie se předpokládá, že nejde o žádný závažný a akutní problém. Od začátku se pracovníci ambulance snaží o navádění vyjednávat s vedením zdravotnického úseku i s vedením příslušníků, avšak dlouhodobě se nedaří nastavit fungující spolupráci, která by vyhovovala všem stranám. Nejvíce patrný byl problém během epidemie Covid-19, kdy řady příslušníků ještě více prořídly a už tak obtížně udržitelný systém se prakticky rozpadl a činnost ambulance byla pozastavena, přičemž zásadním důvodem byla nemožnost navádění.

Pracoviště alfa převážnou část uplynulého období fungovalo v ambulantním módu, tedy tak, že klienti docházejí v dohodnutých intervalech na individuální pohovory a pokud existuje kapacita, lze přibrat do péče další zájemce. Provoz započal až po několika měsících od nástupu, a to zejména kvůli nedostupnosti lékaře psychiatra, na jehož přítomnost je práce adiktologa navázaná (viz kapitola 3.3).

V začátcích ambulance nebyla formulována žádná kritéria toho, kdo by měl být klientem, nebo jakým způsobem má práce probíhat. Vše tedy bylo třeba nastavit od začátku. Model ambulance byl přijat z důvodu, že se zdál být jediným aplikovatelným v daný moment: disponovaly jsme vybavenou ambulancí, která byla jednou z mnoha ambulančí ve zdravotnickém objektu, dostaly jsme povinnost nosit bílé pláště a klienti měli být předváděni do čekárny příslušníky VS ČR. Adiktologická ambulance v civilu má ovšem řadu odlišností. Bývá místem, kam klienti docházejí dobrovolně. Je to pracoviště s vyšším prahem, než například terénní a kontaktní služby. Tým je multidisciplinární a k

potřebám klientů je přístupováno zpravidla velmi komplexně. Adiktologové běžně nemají bílé oblečení, ale jsou oblečeni ve svém civilním.

Klienti jsou do vězeňské ambulance, jak už je zmíněno výše v textu navádění, takže se může stát, že jsou upřednostněny jiné specializované ambulance zaměřené především na somatické obtíže, anebo není naveden nikdo, pokud nejsou kapacity příslušníků dostatečné. Zájemci o službu si mohou také podat žádanku, prostřednictvím které dají najevo, že by stáli o navedení do ambulance. Ačkoliv v počátku byla snaha nepřekročit 14 dnů jako čekací dobu na službu, nebyla tato možnost udržitelná. Pokud nebyli klienti navedeni, byli objednáni na další nejbližší termín, čímž se noví zájemci „posouvali“ na termín pozdější. Stávalo se tak, že nově příchozí lidé uváděli, že se snažili dostat do ambulance i několik týdnů.

Personál zdravotnického zařízení, jehož je ambulance součástí, nebyl v počátcích zcela nakloněn novému provozu. To se projevovalo zejména poznámkami o tom, že taková služba není potřeba, nemá smysl a nepovede k žádné pozitivní změně. Zdálo se, že zdravotníci nedostali před zaváděním nového pracoviště dost prostoru k ventilaci svých obav a nepochopení, tudíž často přicházely poznámky o (ne)potřebnosti adiktologie, o postrádání smyslu a o obavách z práce navíc, kterou může nové pracoviště zatížit zdravotnický personál. Adiktologie byla nečitelným pojmem, a tak se počáteční období neslo zejména v duchu snahy o komunikaci a diskusi. Při jedné z diskusí jsme se pokoušely vyzvat kolegy ke sdílení, jaká jsou očekávání od našeho pracoviště. Jako zásadní očekávání se ukázalo, že lidé ve věznici přestanou brát drogy.

Adiktologové, vedení a další pracovníci se lišili v názorech na to, kdo by měl péči dostávat. Byli jsme vyzváni například k vypracování vysvětlení toho, proč jsou někteří lidé klienty pracoviště. Šlo o osoby, u nichž byla opakovaná pozitivita na drogy v moči, měli vydatnou anamnézu a historii pobytů ve VTOS. Tito nároční klienti jsou ovšem z pohledu adiktologie právě ti, u kterých je možno docílit nejvýraznějších změn (Peters, 2019).

Na rozdíl od civilních ambulancí pracoviště alfa nedisponuje odborným vedením, ani multidisciplinárním týmem. Nejužší spolupráce probíhá s psychiatry a sestrami. Zajímavé je, že vedení zdravotnického úseku považuje adiktology za zdravotní sestry, tudíž je mnohdy formulovaná nepřímá žádost o vykonávání sesterské práce, například o pomoc psychiatrovi se zápisy. V počátcích pracoviště se objevovala snaha zapojit adiktology do testování moči na přítomnost drog či do přípravy léčiv.

Částečně je spolupráce navázaná s PDP a dalšími odbornými pracovníky, zejména ve smyslu doporučení zájemců o péči. Někdy jsou adiktologové přizváni na porady, ale

nastavený pravidelný systém není. V počátcích byla velkou pomocí snaha zapojit nové pracoviště ze strany vedoucí PDP. Ta byla zprostředkovatelem mnoha dalších důležitých kontaktů a katalyzátorem diskuse s ostatními pracovníky. Taktéž pomohla nastavit systém vyhledávání klientů.

8.1.2. Klienti

Z počátku nebylo jasné, kdo by měl být klientem nově vznikajícího pracoviště. Část osob s adiktologickou problematikou se do systému péče dostane po vstupním vyšetření, kde dochází k testování moči na přítomnost drog. Pozitivně testovaní jsou přiřazováni do tzv. AT skupin (alko-toxi), fungujících pod PDP, tedy formálně pod výkonem trestu. Část adiktologické klientely je v kontaktu se systémem prostřednictvím dalších odborných zaměstnanců, například psychologů či lékařů. Po konzultaci s vedoucí PDP jsme učinily rozhodnutí zvát do ambulance osoby, které dosáhly určité hodnoty v oblasti hodnocení závislosti v SARPO. Dále se do ambulance dostávaly osoby s pozitivním testem na drogy při nástupu a ti, u kterých došlo ke konfirmaci pozitivního testu na drogy během výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody. Tito lidé dostali informaci o tom, že je zavedená nová služba, jaké jsou její možnosti, limity a způsoby práce. Také byli poučeni o dobrovolnosti, tedy že docházení do ambulance není stanoveno v programu zacházení a není tedy nutné docházet, pokud dotyčná osoba nemá zájem.

Přes docházející se pomocí „sněhové koule“ o službě dozvídali další lidé a hlásili se do ambulance dobrovolně. Povědomí jsme se rozhodli během března roku 2019 umocnit vytvořením informačních letáků pro zájemce a pro kolegy. Informace směřující kolegům byly zaslány e-mailem na adresy všech pracovníků věznice. Deklarovaly provoz nové služby, způsoby práce, cílové skupiny a možnosti spolupráce. Několik letáků pro cílovou skupinu bylo vytištěno a vyvěšeno v prostorách věznice. Upozorňovaly na otevření nové služby, nabízející podporu a pomoc v náročných situacích v souvislosti s drogami, kouřením, alkoholem, hazardem, sázkami a podobně.

V roce 2018 nebyl ustanoven jednotný způsob vykazování dat z pracovišť. Veškeré zápisy tak byly v režii ambulance. Rozhodly jsme se data archivovat tak, že z každého setkání je vytvořen krátký zápis a s každým klientem je během spolupráce odebrána adiktologická anamnéza. Více systematicky jsou data vedena od roku 2019. Každý měsíc je třeba vyplnit statistické tabulky zasílané Generálnímu ředitelství VS ČR. Tento nástroj umožňuje sledovat celkový počet pacientů (muži/ženy), počet prvokontaktů, počet injekčních uživatelů, preferovanou primární drogu, způsob kontaktu s pracovištěm

(vyžádaný, doporučený, depistáž SARPO, pozitivně testování při nástupu a pozitivní konfirmace ve VV/VTOS). Dále jsou sledovány četnosti jednotlivých adiktologických výkonů (minimální kontakt adiktologa s pacientem, vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče, vyšetření adiktologem kontrolní, adiktologická terapie individuální a adiktologická terapie skupinová). Sledován je také počet realizovaných ostatních výkonů, mezi něž patří socioterapie, beseda a HR (distribuce kondomů).

V roce 2019 došlo k několika zásadním událostem a změnám v rámci pracoviště. Zájemci o péči se hlásili do ambulance dobrovolně a mnozí byli doporučováni jinými odbornými pracovníky, tudíž bylo upuštěno od aktivní depistáže prostřednictvím nástroje SARPO. V červenci proběhla beseda s odborníkem na téma kouření a odvykání. Setkání se účastnily dvě desítky osob a vedlo k přílivu nových klientů ambulance. Převažující zakázkou nově přichozích klientů bylo přestat s kouřením nebo jej omezit. V této fázi jsme narazili na zádrhel při doporučování náhradní nikotinové terapie, jejíž dostupnost ve věznici je velmi malá.

Zhruba rok po zavedení ambulance byl zahájen provoz terapeutické skupiny. Nápad poskytovat službu skupinovou formou se zrodil vlivem stále se zvyšující poptávky zájemců o službu. První skupina byla nazvána „terapeutická“ a tvořili ji lidé, kteří povětšinou měli zkušenost s adiktologickou péčí z civilu, docházeli do ambulance a byli motivováni ke změně. První skupinové setkání proběhlo 4.9. 2019 a účastnilo se jej 7 členů. Bylo domluveno, že půjde o polouzavřenou skupinu a případní noví zájemci budou muset být stávajícími členy schvalování. Maximální kapacita byla stanovena na 11 osob. Po třech měsících mělo dojít k vyhodnocení skupiny a rozhodnutí, zda takovou formou pokračovat. Dle zápisů proběhla skupina v době od září 2019 do 4. 3. 2020 celkem 11 x s frekvencí jednou za dva týdny. Již během prvního setkání se objevil problém s navedením lidí, což se dle zápisů opakovalo a několikrát tak došlo ke zkrácení vyčleněného času (90 minut). Dalším problémem byl nedostatek personálu a nemožnost dozorovat před dveřmi probíhající skupiny. Většina skupin byla „volných“, tedy nebylo žádné specifické téma nebo zaměření a prostor byl primárně věnován sdílení, často se objevovalo téma zkušeností s léčbou, zejména v terapeutických komunitách, téma vztahů, důvěry, frustrace, také kontrolovaného užívání či vnímání své role ve skupině. Některé ze skupin byly věnovány prevenci relapsu a tématu spouštěčů.

Vzhledem k tomu, že skupinová forma práce se osvědčila (pozitivní zpětná vazba, zájem klientů, asertivní žádosti o průběh skupin, dynamický průběh setkání...), byly navrženy další tři druhy skupinových setkání pro různé cílové skupiny: motivační pro

zájemce o služby, další pro osoby v substituci, skupina pro zájemce o odvykání kouření a skupina terapeutická. Povedlo se rozjet pouze „tabákovou“, jež proběhla 3x, než byla v souvislosti s Covid-19 přerušena možnost scházet se skupinově.

Dle výkaznictví prošlo ambulancí za rok 2019 celkem 162 klientů, z nichž bylo 126 intravenózních uživatelů. Bylo realizováno celkem 211 výkonů. Nejvíce osob uváděla jako svou primární drogu stimulancia, většinou pervitin. Údaj o počtu klientů nereflktuje zájem o péči, protože z kapacitních důvodů se stává, že nejsou lidé navedeni do čekárny, nebo jsou navedeni pouze někteří z objednaných. Navíc chybí data za měsíc únor, březen a květen, kdy zřejmě nedošlo k žádnému kontaktu s klienty. V dubnu a červnu je výkonů také málo, což souvisí s epidemiologickou situací v tomto období v souvislosti s Covid-19.

Vypadávání klientů není sledováno pomocí žádných dat, ale subjektivně je to problematická oblast a počet vypadnutí není zanedbatelný. Klienti vypadávají proto, že nejsou navedeni a pokud se tak stane vícekrát, některé to odradí od dalšího snažení. Pro část je čekací doba příliš dlouhá a vede ke ztrátě zájmu či počáteční motivace. Problém nastává, pokud je zájemce o službu zaměstnaný. V takovém případě je téměř nemožné dostat jej do ambulance v čase, kdy funguje navádění a zaměstnávání je výrazně a zcela otevřeně upřednostňováno před účastí na konzultacích, a to jak ze strany příslušníků, tak vězněných osob.

Na tento problém upozorňuje například Mertl (2021), který ve své studii na základě provedených rozhovorů poukazuje na konflikt mezi zaměstnáváním ve vězení a nabízenými terapeutickými či poradenskými programy. Autor uvádí, že ačkoliv VS opakovaně deklaruje zneužívání drog, psychická traumata a problémy s bydlením u vězněných osob jako závažné problémy, nedochází přesto k prioritizaci účasti v terapeutických programech před zaměstnáváním (Mertl, 2021).

8.1.2.1. Klienti v číslech

V roce 2020 bylo celkem 277 klientů, z nichž 206 užívalo drogy intravenózně. Realizováno bylo celkem 344 výkonů. Skupinová setkání probíhala pouze do března, poté byla v souvislosti s protiepidemickými opatřeními pozastavena. Velmi málo výkonů je dle výkazu za květen, červen a také za prosinec. Od prosince byla činnost pracoviště prakticky pozastavena a v následujících měsících roku 2021 docházelo pouze k ojedinělým kontaktům (6 klientů za leden, 5 za únor, 2 za březen). Skupiny nejsou obnoveny dosud (červenec 2021). Individuální konzultace už povoleny jsou, avšak ordinace adiktologů

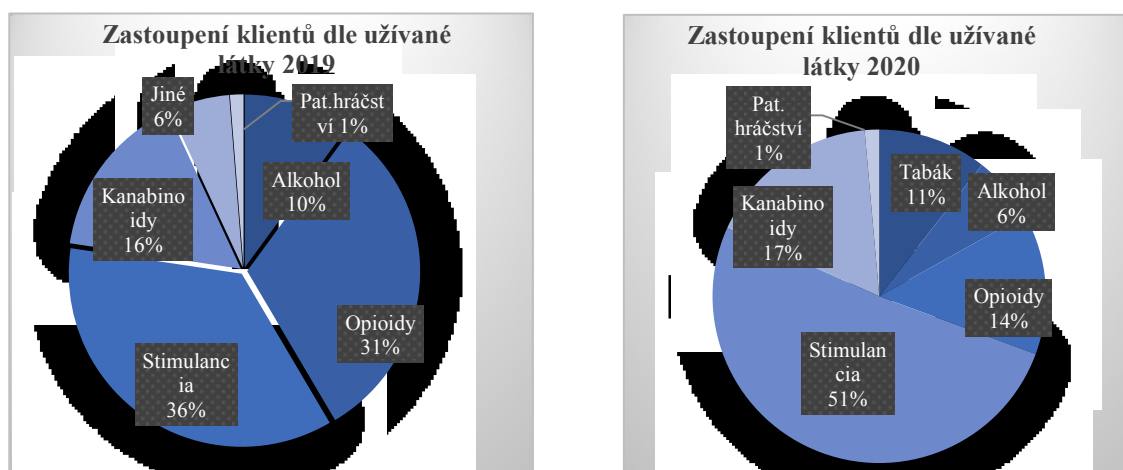
slouží jako místo pro očkování a také je sdílena s jinými zdravotníky. Kapacity příslušníků pro navádění jsou omezené a stává se tak, že do ambulance se dostane pouze zlomek zájemců.

Výkon	MKAsP	VApZAP	VAK	ATI	ATS
2019	51	31	52	46	36
Celkem	211				
2020	48	60	112	83	41
Celkem	344				

Tab. 1. Přehled adiktologických výkonů realizovaných během roku 2019 a 2020.

Legenda: MKAsP-Minimální kontakt adiktologa s pacientem, VApZAP-Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče, VAK-Vyšetření adiktologem kontrolní, ATI-Adiktologická terapie individuální, ATS-Adiktologická terapie skupinová

Během roku 2020 se zvýšil počet individuálních adiktologických terapií a kontrolních vyšetření. To je dáno především snahou pracovat s klienty dlouhodobě. Podle zastoupené primární drogy největší podíl klientů tvořili uživatelé stimulancií, zejména pervitinu. Zpravidla ovšem klienti užívali více typů látek. Obvyklé bylo také přání nejdříve řešit problémy s méně problematickou látkou, například kouření tabáku, které se během kontinuální spolupráce a navázání důvěry rozšířilo i na další oblasti a klienti přiznávali své problémy s nelegálními drogami, alkoholem či hazardem. Uživatelé opioidů jeví známky vůbec nejzávažnějších dopadů a poškození. V případě alfy šlo o somaticky i psychicky poškozené, dlouhodobé intravenózní uživatele s náročnou anamnézou, bez formálního bydlení a vztahů mimo uživatelskou komunitu. V roce 2019 se statistika nezabývala kuřáky, v následujícím roce již ano. V alfi šlo o poměrně výraznou klientelu. Ačkoliv graf ukazuje pouze 10 %, je to z důvodu, že tito lidé měli „závažnější“ drogovou diagnózu, nebo řešili v minulosti problémy s jinou látkou, ale zbavit se závislosti na tabáku či omezit kouření se stalo velmi frekventovanou zakázkou.



Graf 1 a 2. Zastoupení klientů pracoviště alfa dle primární drogy.

8.1.3. Zajišťování kvality

Zajišťování kvality je v rámci pracoviště alfa poměrně náročnou aktivitou. Běžně užívané nástroje, které se v oboru k udržování a zvyšování kvality uplatňují, jsou omezeně dostupné, anebo chybí zcela. Například multidisciplinární tým, umožňující vzájemné učení se a zpětnou vazbu mezi odbornostmi, prakticky chybí zcela, stejně jako odborné vedení. Supervize a intervize dostupná není. Porady s ostatními pracovníky probíhají spíše výjimečně, nárazově, bez ukotvení, nastavení a cílů. Nejsou zavedeny dotazníky spokojenosti (pro klienty a/či pracovníky). Vzdělávání, prohlubování specializace nebo účast na oborových seminářích a konferencích nejsou aktivně nabízeny, ani financovány. V případě zájmu o účast na vzdělávání či konferenci je třeba čerpat dovolenou. Ačkoliv byli pracovníci v roce 2019 osloveni k návrhu svého individuálního vzdělávacího plánu, ten nebyl realizován. Několikrát do roka je však e-mailem zaslána nabídka vzdělávání pro zdravotní sestry či obecně pro pracovníky ve zdravotnictví.¹⁵ V lednu 2019 však proběhlo metodické setkání s adiktology pořádané GŘ VS a v květnu 2019 poté proběhl odborně metodický seminář o zajištění adiktologické péče, na nějž byli přizváni zástupci NNO, vedoucí zdravotničtí pracovníci a další odborníci z oboru. Součástí programu setkání bylo například vzdělávání (na téma case management nebo zkušenosti z nekuřáckých nemocnic) a také čas vyčleněný na neformální setkání a sdílení.

Externí systémy zajištění kvality a jejich mechanismy nelze na pracoviště formálně vztahovat. Současné Standardy odborné způsobilosti jsou ustanoveny pouze pro externí poskytovatelé adiktologických služeb ve vězeňském prostředí. Vězeňská pracoviště jsou zřizována v módu ambulantních nebo stacionárních služeb, avšak mají tolik specifik a odlišností, které ve zmíněných standardech nejsou. Příležitostí je probíhající revize Standardů odborné způsobilosti, v níž jsou zástupci vězeňství zapojeni. Předpokladem je, že se služby budou moci v budoucnu certifikovat dle standardu pro ambulance.

Operační manuál již vznikl v roce 2019, adiktologům byl zaslán k připomínkám, avšak do současné doby nebyl zaveden.

Spolupráce probíhá s jednou z NNO, ve smyslu doporučování zájemců. Při nástupu v roce 2018 se objevovaly komplikace se vstupem NNO do věznice, k čemuž proběhlo několik schůzek jak s pracovníky služby, tak s odpovědnými pracovníky ve věznici. Vstup

¹⁵ Například byl nabízen za zvýhodněnou cenu pro pracovníky ve zdravotnictví online kurz snižování stresu a zvládání emocí pomocí všímavosti.

se podařil, avšak kvůli Covid-19 byl opět pozastaven. Během pandemie se NNO poskytovala konzultace prostřednictvím Skype.

Spolupráce se službami mimo věznici probíhá dle potřeby při práci s klienty. Nejčastěji probíhá komunikace se substitučními centry nebo s právní poradnou A.N.O. V ostatních případech jsou zprostředkovávány kontakty. Občas dochází v rámci zakázky klienta k domlouvání návazné adiktologické péče.

8.1.4. Dopady Covid-19

Omezení spojená s pandemií Covid-10 zasáhla pracoviště alfa výrazně. Od měsíce dubna 2020 došlo k pozastavení skupinových setkání. Obnovené nejsou ani v období vzniku této práce. Se zhoršující se epidemiologickou situací byly omezované také individuální konzultace, jež byly také pozastaveny s výjimkou krizových případů (bez bližší specifikace). Alfa byla jedna z mnoha ambulancí na zdravotním úseku, jejichž činnost byla výrazně omezena či pozastavena. Adiktologové dostali za úkol vykonávat pomocné práce pro zdravotní sestry.

Jako značný problém se ukázalo navádění klientů do ambulance, protože řady příslušníků vlivem pandemie Covid-19 ještě více prořídly. Během období, po které ambulance nemohla fungovat, byli kolegy doporučováni noví zájemci, tudíž za množství omezených měsíců vznikla rozsáhlá „čekací listina“. Pro mnoho klientů, kteří do ambulance docházeli, nebylo pochopitelné, proč adiktology vídají, ale nemohou přijít na konzultaci. Nejvýrazněji však volání zazívalo a stále zaznívá po skupinových setkáních. Účastníci skupin opakovaně vyjadřují lítost nad jejich překotným ukončením.

Období nedostupné ambulance bylo velmi dlouhé. Došlo k přerušení kontaktu s navázanými klienty, mnozí odešli z VTOS bez možnosti podpory při hledání návazných služeb, nebo byli přestěhováni do jiných zařízení. Někteří po opakovaných snahách o navedení do ambulance, které nevedly k úspěchu, vzdali svoje snažení. Rychlé omezení dostupnosti služby bez komunikace s klienty vedlo k vlně nepochopení a jistě bude mít za následek i ztrátu důvěry ze strany zájemců. Restrikce v souvislosti s Covid-19 v případě pracoviště alfa fakticky vedlo k rozpadu celého systému péče. Je otázkou, jak se tato skutečnost projeví v dlouhodobějším horizontu. Vzhledem k předběžným výsledkům monitoringu ukazujícím, že celková spotřeba návykových látek v době pandemie vzrostla, stejně jako míra úzkostí, depresí a jiných psychických obtíží, nelze očekávat, že podobné negativní změny nepostily už tak silně zatíženou vězeňskou populaci. Odborná obec

očekává nárůst poptávky po adiktologických službách (Mravčík et al., 2020). Je očekávatelné, že k podobnému jevu dojde i ve vězeňství.

8.2. Souhrn

Pro přehlednost je vytvořena SWOT analýza shrnující silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby, kterými si pracoviště alfa prošlo a prochází.

<p>S Silné stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nastavení systému péče • Zavedení skupinové formy péče • Přijetí dalšího adiktologa • Navázání spolupráce s kolegy • Spolupráce s NNO • Zájem o péči ze strany klientů • Angažovanost a zájem pracovníků ambulance 	<p>W Slabé stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dopady spojené s Covid-19 • Sdílená ordinace • Nejasná koncepce služby (cíle, poslání, role v systému) • Nedostatek zdravotnického personálu ve věznici • Nedostatečné kapacity příslušníků pro navádění klientů • Nedostatečná propojenost adiktologů mezi sebou
<p>O Příležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certifikace podle nových Standardů odborné způsobilosti • Komunikace s jinými adiktology, sdílení zkušeností • Účast na oborové konferenci, publikace článku • Zavedení supervize, intervize, porad • Vzdělávání pracovníků v tématech adiktologie • Vzdělávání adiktologů v relevantních tématech • Inspirace ze zahraničních zkušeností • Zavádění intervencí na základě současných důkazů o účinnosti • Implementace systému řízení kvality • Implementace některého z modelu pro podporu kvality 	<p>T Hrozby</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narůstající nepochopení mezi adiktologií a dalšími pracovníky • Nepochopení a nepodpora vedení • Odchod pracovníků • Příliš velké překážky při zájmu o péči pro cílovou skupinu • Vypadávání velkého počtu klientů • Nabídka není schopná reagovat na poptávku zájemců o péči • Omezená dostupnost NNO

Tab. 2. SWOT analýza pracoviště alfa.

Silnou stránkou pracoviště alfa je velký zájem o problematiku, o službu a o klienty na straně adiktologů. Za uplynulé období se povedlo nastavit a provozovat vyhledávanou službu. I přes určitou „izolaci“ pracoviště se dařilo nastavovat spolupráci s kolegy z věznice i s kolegy ze služeb mimo věznici. To zejména proto, aby byla budována návaznost péče o cílovou skupinu. Pracovníci věznice již mají povědomí o tom, co je adiktologie a aktivně doporučují klienty do péče. Drogová problematika se tak otevírá více směrem k racionálnímu a aktivnímu řešení.

Zvyšující se poptávka ze strany klientů vedla k přijetí dalšího pracovníka a k zavedení skupinové formy práce, jež umožnila doručit službu více osobám v relativně krátkém čase bez výraznějšího nárůstu administrativních výkonů.

Slabou stránkou je bez pochyby nedostatek personálu, a to jak zdravotnického, tak příslušníků. Nedostatek zdravotníků vede k tomu, že jsou adiktologové stavěni do role

zdravotních sester, které by měly pomáhat psychiatrům. Nedostatek příslušníků negativně ovlivňuje samotný chod služby. Málo je také samotných adiktologů. Stále nejsou pokryty všechny dny v týdnu a poptávka zájemců je dlouhodobě vyšší než stávající možnosti služby. V souvislosti s post-pandemickou situací lze zřejmě očekávat ještě výraznější zájem o adiktologickou léčbu. Chod služby je narušován skutečností, že ambulance adiktologů je sdílená s jinými zdravotníky. Důvod není zcela jasný, protože ambulancí a dalších místností ve věznici je dost. Je tedy otázkou, proč k tomuto problému opakovaně dochází. Zatím se nevedlo dohodnout se na optimální podobě vyhovující všem stranám.

Problematická a oslabující je nejasná koncepce služby, její cíle, poslání, směřování a vize. Je těžké tyto oblasti „tlumočit“ dál, když nejsou zcela jasné ani samotným pracovníkům alfy. Slabou stránkou je také nedostatečná propojenost adiktologů ve vězeňských ambulancích mezi sebou, chybějící možnost sdílení a vzájemné inspirace. Jednou z možností, jak služby více otevřít sobě navzájem a vnějšímu světu, je účast na oborových konferencích a seminářích, publikování článků o činnosti nebo kazuistik. Pro kvalitu pracoviště by bylo vhodné zavést některé z nástrojů pro udržování a zvyšování kvality, ať už sebehodnocení, strategické plánování, supervizi, porady a další. Příležitostí může být budoucí možnost certifikace. Certifikát odborné způsobilosti je formálním uznáním, že služba odpovídá stanoveným kritériím odbornosti a minimální úrovni kvality. Hlavním předpokladem procesu přípravy na certifikaci je porozumění principům a hodnotám, ze kterých standardy vycházejí a přijetí těchto hodnot. Jsou to například multidisciplinarita, odbornost, orientace na klienta nebo poskytování služeb dle aktuálních poznatků založených na důkazech. V rámci přípravy na certifikaci má služba možnost konfrontovat svou praxi s požadavky stanovenými ve standardech. Sebehodnocení je klíčovým prvkem procesu. Ten ve službě mimo jiné vede také k zavádění standardů na administrativní úrovni, tedy zpracování dokumentů s ohledem na legislativní, etické a praktické požadavky. Tato část vede službu k tvorbě metodik a manuálů, které by měly věrně zachycovat reálnou praxi v zařízení.

Shoda s normou a naplnění formálních požadavků by ovšem neměly být konečnou metou kvality, ale nutným základem a pomyslnou vstupní bránou k její dobré úrovni. Služby musí hledat vlastní způsoby, které jim umožní pružně reagovat na změny a na potřeby cílových skupin. Jednou z možností může být například řízení kvality s využitím některého ze systémů či jeho prvků (TQM, EFQM, ISO...) (Malík Holasová, 2014).

Vhodné je investovat čas a prostředky do vzdělávání pracovníků v adiktologických tématech a také do vzdělávání a rozvoje znalostí a dovedností adiktologů s ohledem na specifika pracoviště (krizová intervence, práce s agresí, motivační rozhovory).

Ačkoliv je hodnocení účinnosti intervencí a programů problematické, existují poznatky o tom, že některé jsou více vhodné, například harm reduction principy nebo prvky terapeutické komunity. Současná situace, kdy je systém péče v alťe budován prakticky od začátku, umožňuje aplikovat poznatky a orientovat se směrem evidence-based, tedy například pokračovat ve skupinové formě práce, která umožňuje právě vzájemné učení se, podporu, inspiraci i konfrontaci, tedy jedny z principů terapeutické komunity. Zároveň skupina „pojme“ více zájemců o péči.

Hrozbou je vzrůstající nepochopení možností a limitů adiktologie, prohlubující se rozdílné názory na podobu a cíle péče. To může mimo jiné vést k nárůstu frustrace pracovníků a k jejich odchodu. Chybějící supervize a další formy profesní podpory navíc neumožňují průběžné zpracovávání negativních emocí a situací. Oslabený tým není schopný reagovat na vysokou poptávku po péči. Nízká dostupnost služby po delší dobu může být pro případné zájemce odrazující. Hrozbou je také nedostupnost služeb externích poskytovatelů, protože představují jednu z linek propojujících vězeňskou a mimo-vězeňskou adiktologickou péči.

8.3. Zkušenosti adiktologů se zaváděním nové služby

Každé pracoviště je označeno písmenem řecké abecedy. Pracovníci jsou označeni číselně (I1 až I5), přičemž první z nich je pracovníkem bety a poslední z informantů působí v pracovišti omega.

8.3.1. Formování pracoviště

Pracoviště	Beta	Gama	Delta	Pí	Omega
Typ	Kombinace ambulantního a stacionárního režimu	Ambulance, ale vede i skupiny pod VT	Ambulance i stacionář (pod VT, ve věznici je specializovaný oddíl pro ochranné léčby	Ambulance, ale vede i skupiny, které zavedl sám	Ambulance, pouze individuální práce, skupiny dělá NNO
Spolupráce	Vedoucí PDP, vedoucí lékař, NNO, kurátoři, adiktologické civilní služby	Zejména členové PDP a další odborní zaměstnanci	Adiktolog je členem dvou týmů, pod zdravotním střediskem spolupráce se sestrami a lékařem, pod VT jako člen multidisciplinárního týmu	Částečně PDP, vrchní lékař a psychiatr, NNO, civilní adiktologické služby	Částečně s PDP na úrovni doporučení klientů a občasných společných porad, NNO

Tab. 3. Oslovená pracoviště dle typu adiktologické služby a přehled spolupracujících stran.

Všichni oslovení informanti uvedli, že jejich pracoviště je spíše ambulantního typu. Po prvním z rozhovorů bylo v dalších interviews uváděno, co se myslí stacionářem,¹⁶ protože informant se dotázal na dovysvětlení. Každé z pracovišť se v počátcích muselo vypořádat s nutností nastavit celý systém práce. Autorka práce se během rozhovorů dotazovala na faktory, které vedly k nastavení současné podoby a na největší výzvy v začátcích. Všichni informanti shodně uváděli, že nejvíc těžili ze svých vlastních zkušeností z předchozích pracovišť.

I1: „No my jsme velice dlouho neměli psychiatra. Zas ale jsme měli opravdu hodně času připravit se na to, tak jsme si třeba vytvořili manuál: co plníme vůči vazbě, co vůči trestu, jaké jsou naše cíle...Nejvíc pomohly teda určitě zkušenosti z civilu....“

I2: „...mravenčí práci jsem to dělal. Seznámil jsem se s lidma a komunikoval s nima. Psychiatři byli třeba přetížení, já jsem začal fungovat jako takovej filtr těch, co chtějí jen léky. A mohl jsem si to dělat hodně podle sebe, prakticky tomu nikdo nerozumí do teď.“

¹⁶Strukturovaný program realizovaný po určitý časový úsek pro uzavřenou skupinu klientů, zejména orientovaný na skupinovou formu práce.

I3: ...*“já jsem takový starý kozák, a to mi pomohlo, ty zkušenosti. Základal jsem několik služeb a tohle bylo něco nového, já to mám rád tyhle výzvy, tak jsem to nechal jiným a šel jsem do toho. Na začátku byly v týmu komplikované vztahy, ale ten tým se obměnil, a to hodně pomohlo. Dobrý tým. A taky pomohla supervize ...(...) Záleží kam koho hodili a jaké měl zkušenosti. A komunikace, jak to umí. Hrozně chyběly informace...”*

I4: *„...Já jsem ve službách od roku 2008 a tak hlavně zkušenosti. Bez nich nevím, jak bych to dával. Takže tak intuitivně jsem postupoval. Půl roku jsem nemohl pracovat (pozn.: z důvodu nedostupnosti psychiatra), takže jsem dělal pomocný práce a monitoring a pronikal jsem do struktury a komunikoval a oni viděli, že jsem normální a dělám i tu práci, o které si mysleli, že pro mě jako bude podřadná. A sestavil jsem si dotazník anamnestický a výkaznictví...”*

Jako největší výzvu informanti shodně označovali fakt, že začali působit v úplně nové službě, o jejímž účelu v začátcích mnozí pochybovali a dávali tyto pochyby jasně najevo. Informanti se shodovali, že adiktologie byla personálem vnímaná jako „velká neznámá“. Nejvíce pomohlo, pokud ambulance našla zastání u někoho z vedení, nebo výše postavených odborných pracovníků, například lékařů. Pro adiktology byla osobou, která je uvedla do systému, často vrchní sestra nebo někdo z členů PDP (vedoucí PDP, psycholog).

I4: *„...vůbec nevěděli, co si o tom myslet. Doted' jsme to nepotřebovali, tak proč to tu teď je?!“*

I5: *„Nebylo to jednoduchý.... Je to těžký někde začínat, říkali třeba, že je to fraška... Je to těžký začínat, a ještě v tak zakonzervovaném prostředí, je to instituce, je tam těžká změna, nepřijímaná...”*

Všichni informanti uvedli, že došlo ke změně vnímání směrem k více pozitivnímu, anebo alespoň méně konfrontačnímu.

I1: *„Adiktologie je pořád taková podivná funkce, ale přijali nás. Ředitel nám hodně vychází vstříc, i co se týče třeba pracovních cest...”*

I2: *„...pochopili, že to má smysl. Myslím, že je to pozitivně vnímáno, jako i že je to přínos pro věznic, že třeba šetřím čas, peníze a energii ostatním, a hlavně ti psychiatři třeba to můžou ocenit...”*

I3: „...úplně se změnila atmosféra o sto procent, je to, jak má být, hodně pomohla výměna lékaře, který je teď fakt znalý věci...“

I5: „Zvykli si a už to neříkají, ale občas jsou i tak poznámky...“

Všechna pracoviště více či méně intenzivně pracují se službami mimo věznice a s dalšími odbornými zaměstnanci. Zejména jde o členy PDP. Většinou jde o doporučení klientů do ambulance ze strany PDP a případně spolupráci s NNO. V mnohých věznicích má právě PDP na starosti spolupráci s NNO docházejícími do věznice a také s civilními službami nejen v oblasti adiktologie, ale například také s kurátory a službami orientujícími se na osoby po propuštění z výkonu vazby nebo VTOS. Z civilních služeb zaznívala nejčastěji spolupráce s terapeutickými komunitami, detoxem a léčebnami. V žádném pracovišti však tato spolupráce systémově nastavená není.

I2: „...já je spíš motivuju, aby si to zařizovali sami. Takže vytisknu info, předám kontakt na službu a podpořím je v tom, aby se posnažili sami.“

Všichni oslovení také více či méně intenzivně spolupracují s externími poskytovateli adiktologických služeb, kteří do věznic docházejí. Tyto externí služby, zpravidla NNO, poskytují skupinovou terapii a poradenství. V době omezení v souvislosti s pandemií Covid-19 některé NNO poskytovaly poradenství prostřednictvím Skype.

I2:... “u nás to má na starosti hlavně psycholožka, neřekl bych, že spolupracujem úzce, ale je to tak, že jsme si řekli, že lidi ať chodí buď k nim nebo ke mně.“

I3: „U nás to řeší sociální pracovnice všechny ty další služby. Ale ta neziskovka, co k nám dochází, tam se mi povedlo zavést, aby nám jednou za rok vždycky připravili zprávu, to se dařilo a co dělali, ale Covid to docela zastavil všechno...“

I4: „Už se to povedlo nastartovat, měli jsme spolu dělat skupiny, přišli jednou a teď je tam vůbec nechtějí pouštět kvůli Covidu...“

I5: ... “spolupracovali jsme se dvěma neziskovkami, pracovali se skupinami a teď nedochází, je to pozastavené. Je to blbý, jsem na to sama. Loni chodili do pátého měsíce pravidelně a teď to ještě nejde a je to znát...“

PDP je ustanovena pod výkonem trestu, zatímco adiktologie je součástí zdravotního střediska. Tento fakt s sebou nese několik výzev, například předávání informací. Adiktolog podle zákona sice může dostávat informace od ostatních pracovníků, ale dále je nesmí postupovat. Informanti uvedli, že tento fakt zpravidla řeší pomocí informovaných souhlasů od klientů. Zároveň uváděli, že postupují zpravidla nezbytné minimum informací, jak institucím (soudy), tak ostatním pracovníkům.

I1: „...moc nepředáváme. Do Medicusu¹⁷ zapisuju automaticky, do VIS¹⁸ na vlastní žádost a taky chceme ten informovaný souhlas. Na žádost soudu je to samozřejmě jinak, tam to píšeme automaticky.“

I3 „...podepisujeme s nimi informovaný souhlas a taky se sdílí jenom v mezích a to, co není pod mlčenlivostí.“

I4: „(...) ten informovaný souhlas tam je vždycky a já ho s nima podepisuju vždycky jednorázově na tu jednu danou událost. A když píšu zprávu pro někoho o klientovi, tak on je vždycky prvním čtenářem té zprávy.“

Při dotazu na skutečnost, že vězeňská adiktologie je poměrně výrazně medicínsky orientovaná, se reakce informantů lišily.

I1: „...jako nevýhodu to určitě nevidím a právě naopak, bych řekl, že je to dobře, pod výkonem trestu by byla větší snaha nám nějak výrazněji velet.“

I2: ...“nevím, ideální model asi neexistuje. Má to pro a proti. Blbě je to s dokumentací, to je absurdní byrokracie a právní moloch. Jako říká se, že adiktologie patří spíš pod psychiatrii, výkon trestu by měl svá negativa...“

I3: „...jako medicínská úplně není. Specko (pozn. specializovaný oddíl) je spíš jako terapeutická komunita. Tam bych v plášti fakt nešel. Ale nevěděl jsem, jak říkat těm pacientům. Pacient? Klient? Odsouzený?“ To mi trvalo chvíli se v tom zorientovat.“

¹⁷ Systém, do kterého zapisují zdravotničtí pracovníci. Nezdravotničtí do něj nemají přístup a ani mezi jednotlivými věznicemi nelze nahlížet do zápisů jiných zdravotníků.

¹⁸ Systém, do kterého zapisují nezdravotničtí pracovníci (psychologové, vychovatelé...). Adiktologové, i jiné zdravotníci, do něj mohou nahlížet.

I4: „*Já to teda vnímám pozitivně a podle mě je to jediný způsob, jak se tam adiktologie mohla dostat...*“

I5: „*...nepřijde mi to prostě jako dobrý nápad. Už jen to zapisování třeba do Medicusu. Nemám na to zpětnou vazbu, sestry to moc nezajímá a ti, co by měli něco vědět, se do toho podívat nemůžou.*“

Zajímavé je, že nikdo z adiktologů není povinen nosit bílé oblečení a v mnohých informantech dotaz na povinnost oblékat se do bílé vyvolal úsměvnou reakci a překvapení. Všichni si mohou dobrovolně zvolit, zda oblečou „lékařskou“ bílou, anebo zůstanou v civilním oblečení. Někteří využili možnost převlečení v dobách pandemie, někdo obléká třeba jen část oblečení. Jeden z informantů uvedl, že chodí dobrovolně v bílém celý.

I5: „*...“mám takové bílé kalhoty, je to zvlášť, ale už mi to moc nepřijde po té době. Už v tom vidím asi i trochu ty praktické důvody, pořád si někde sedám i na celách třeba, tak je to praktické.*“

8.3.2. Zajišťování kvality

Pracoviště	Beta	Gama	Delta	Pí	Omega
Charakteristiky klientů z pohledu adiktologie	Uživatelé pervitinu, druhý nebo třetí VTOS, uživatelé tabáku, polymorfní uživatelé, intravenózní uživatelé, duální diagnózy	Uživatelé pervitinu či heroínu, intravenózní aplikace, opakované tresty, duální diagnózy a komorbidity	Uživatelé pervitinu, intravenózní aplikace, opakované tresty	Uživatelé pervitinu, intravenózní aplikace, poprvé či podruhé ve VTOS/ řízení pod vlivem alkoholu	Polymorfní uživatelé, intravenózní aplikace, většinou nejde o prvotrest, mají uvalený „drogový paragraf“
Vypadávající klienti	Zájemci o léky a o potvrzení o kontaktu s pracovištěm pro účely soudu	Nezbývá prostor pro prvotrestané s menším poškozením	Malá věznice, je přehled, takže se většina podchytí	Výrazná vypadávání klientů nepozorují	Mladí do 25 let, intravenózní uživatelé, vyhledávající péči spíše ze zvědavosti
Počet klientů	40-60/měsíc	6/den	60/rok (pouze ambulance bez specializovaného oddílu)	200/rok	20-30/měsíc

Tab. 4. Charakteristiky "typických" a vypadávajících klientů a jejich počet u oslovených pracovišť.

Charakteristiky klientů se podobají. Zpravidla jde o osoby, které užívají nelegální drogy intravenózně a nejsou ve VTOS poprvé, většinou jsou ve středním věku. Dle výpovědi informantů převládá u romských klientů heroin a u klientů bílé pleti pervitin. Přítomny jsou duální diagnózy a spektrum dalších komorbidit.

Adiktologové pracují individuální a/nebo skupinovou formou. Někteří vedou skupiny pro specifické cílové skupiny, anebo zavedli časově omezený program, například pro klienty před výstupem. Jeden z informantů uvedl, že se podílí na testování moči na přítomnost drog.

I4: „...ty skupiny jsem si prosadil já. Mám třeba prevenci relapsu a skupinu pro mladistvé. Teď se mi sešlo i víc lidí s gamblingem, tak přemýšlím, že to nějak spojím i pro ně...“

I5: „...dělám základní adi poradenství před propuštěním, aby to měli i k soudu a taky soudy to chtěj, aby se s těma lidma něco dělalo...“

Z počátku se k adiktologům dostávali zejména klienti, kteří byli testováni pozitivně na přítomnost drog v moči, anebo vykazovali adiktologickou problematiku při nástupu. V současnosti se většina zájemců hlásí dobrovolně, případně jsou doporučováni jinými pracovníky věznice. Pracoviště beta od začátku svého působení pořádá pravidelně besedy, na kterých představuje svou činnost a věnuje se tématům z oblasti adiktologie. Tak se daří dostávat do kontaktu s dalšími potenciálními klienty. Pracoviště omega zvolilo cestu vyvěšení informačních letáků o nově dostupné službě ve věznici.

I1: „Od začátku v podstatě děláme ty besedy, o ně je zájem pořád. Je tam třeba šest až dvanáct lidí, jak kdy, někdy víc. Tam jim říkáme o adiktologii.“

Každé z oslovených pracovišť má odlišný systém, kterým se obvinění a odsouzení dostávají do přímého kontaktu s adiktologem. Navádění klientů příslušníky VS do čekárny ambulance, pokud je zavedeno, funguje dle výpovědí dobře.

I2: „...mně navádějí dozorci teda. A musím říct, že se dá domluvit, s těma je dobrá spolupráce.“

I4: „...já dávám seznam, koho chci navést a většinou to funguje docela dobře, navádějí se do čekárny...“

V betě si klienty navádějí sami. Pracovník omegy má nařizeno využívat konzultačních místností a někdy dělá pohovory přímo na celách. Ačkoliv v začátcích bylo deklarováno, že každé pracoviště bude mít svou vlastní ambulanci a lékařský pokoj, stává

se, že ambulance jsou sdílené s jinými pracovníky. V případě omegy je místnost sdílená s psychiatrem a adiktolog byl ředitelem věznice ústně upozorněn, že má využívat jiných prostor. V případě delty adiktolog vypověděl, že to ani nejde, aby místnost nesdílel, že je málo místa na konzultace.

Výkony s klienty jsou evidovány ve všech případech prostřednictvím statistických tabulek pro GRĚ VS. Každý z informantů si k tomu vytvořil také vlastní způsob evidence, ať již ve fyzické či digitální podobě (další tabulka výkaznictví, zavedený blok se jmény, vlastní excelové tabulky, fyzická složka s případy klientů). Počty klientů vycházejí z výpovědi informantů, nejsou podloženy statistikami a nelze z nich dělat závěry, protože každá z věznic je jinak velká, je v nich odlišná fluktuace vězňených osob a každý z adiktologů má navíc jinak velký úvazek. Čísla proto nemusí na první pohled korespondovat s vytížeností pracovišť. Právě vytíženost pracovišť a výrazný převis poptávky nad možnostmi služby zaznívala od všech informantů kromě jednoho, který má pocit, že poptávku pokrýt stíhají.

8.3.3. Zajišťování kvality

Pracoviště	Beta	Gama	Delta	Pí	Omega
Supervize	Ne	Mají pouze psychologové, adiktolog ne, nebránil by se jí	Ano	Ano, ale platí si sám mimo rámec věznice	Ne
Intervize	Neformálně s kolegy z ambulance	Ne	Neformálně s kolegy z týmu	Ne	Neformálně s kolegy z týmu
Porady	Neformálně s kolegy z ambulance	Ne	Ano	Ne	Neformálně s kolegy z týmu

Tab. 5. Dostupnost vybraných nástrojů pro udržování kvality v případě oslovených pracovišť.

V oblasti zajišťování kvality jsou na tom služby s výjimkami podobně. Přístup k supervizi plošně nastaven není, kromě případu pracoviště se specializovaným oddílem. Toto pracoviště jako jediné také disponuje multidisciplinárním týmem, jehož je adiktolog součástí. V multidisciplinárním týmu tedy částečně pracuje pouze jeden z informantů. V případě tohoto pracoviště (delta) funguje supervize dle výpovědi velice dobře, probíhá jednou za tři měsíce, setkání trvá tři hodiny. Na tomto pracovišti se informantovi povedlo také zavést pravidelné porady každý týden. Nastavit porady pomohla prý supervize.

I3:“... já jsem to tam tak dlouho nosil, pořád dokola, a tak dlouho až se z toho stal úkol ze supervize a prostě teď nám to nějak funguje...”

Ostatní informanti se shodovali, že by dostupnost supervize uvítali. Z oslovených ji podstupuje pouze jeden další adiktolog, který si ji hradí na vlastní náklady. Intervize není nijak formalizovaná a probíhá spíše neoficiálně mezi kolegy (zejména z PDP). V betě si neformální intervizi dělají adiktologové jen spolu. Porady také nejsou plošně nastaveny. Kromě pracoviště se specializovaným oddílem má porady pouze jedno další pracoviště, ale dle výpovědi jde spíše o neformalizovanou formu.

I5: „... *my se sejdeme jednou za týden a máme poradu no. Ale poradu takovou, že si spíš říkáme, jak se máme a co je nového.*“ (pozn.: mluví o schůzkách s PDP).

Co se týká dostupnosti vzdělávání, názory se lišily. Dva z informantů uvedli, že si myslí, že by jim bylo umožněno účastnit se oborové konference či vzdělávání.

I1: „...*máme osvíceného ředitele a myslím si, že AT by třeba šlo.*“ (pozn. AT konference).

I2: „*moc na konference nejezdím, ale myslím si, že by mě normálně pustili...*“

Jeden z informantů uváděl, že se zatím nepokoušel o žádné podobné výjezdy, takže neví. Další má pocit, že by to šlo, ale omezení v souvislosti s Covid-19 to všechno zastavila. Informant číslo 5 uvedl, že mu možnosti vzdělávání velmi chybí.

I5: ...*“v nezisku to bylo a tady mi to hrozně chybí, dělám výcvik aspoň (pozn.: sebezkušenostní terapeutický výcvik) a chybí mi třeba krizovka, práce s agresí, s úzkostma a sebevražedýma myšlenkama... Máme teď hodně nedokonaných, ale i dokonaných sebevražd a chybí ty způsoby práce...“*

Co se týká vyhodnocování činnosti pracoviště, žádné z oslovených nemá nikterak nastaven systém (sebe)hodnocení a fakticky jej neprovádí. Někteří informanti sdíleli, že funkci hodnocení jim částečně supluje zpětná vazba od vedení a/nebo klientů.

I1: „*My se ke konci měsíce pochválíme (pozn.:s kolegou adiktologem) a taky dostáváme kvartálně od ředitele odměny, což je pro nás taková zpětná vazba o naší práci...*“

I2: ...*“jde nějak ta zpětná vazba od klientů a od vedení. Nesetkal jsem se negativní reakcí a myslím, že ta spolupráce už nějak funguje, už se to dostává i k soudům, že je ve vězení adiktolog...“*

I5: „... napadlo mě třeba dávat jim dotazníky, ale ještě to nedělám...(…) Když nám ty hvězdičky projdou se mnou a pak napíšu dopis a píšeme si a oni se chlubí, co se jim daří a děkují mi, tak je to hezký a je to takhle zpětná vazba... (….) Ale je to pár lidí, tak do deseti za rok. Od vedení nedostávám žádnou zpětnou vazbu. ... (….) Jsem zvědavá, jak dlouho ta služba vůbec bude fungovat...(pozn. mluví o adiktologických pracovištích ve věznicích).“

Jeden z informantů uvedl, že si jeho pracoviště vytváří vlastní manuál inspirovaný Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb, protože považují za důležité mít nějaký oficiální jednotící dokument.

I3: “... Ale nebylo si co načíst (pozn. v začátcích zavádění pracovišť). Byli jsme hozeni do vody a plav. Tak si to teď děláme pro sebe... “

Všichni oslovení se shodovali v tom, že jim chybí společné setkávání ¹⁹s ostatními adiktology a uvítali by jeho proběhnutí. Všichni se loučili na konci rozhovoru se slovy, že se snad brzy na společném setkání uvidíme.

I2: „...na ta setkání před Covidem jsem jezdil fakt rád a po tom se mi teda stejská.“

8.3.4. Dopady Covid-19

Každá z věznic se k chodu adiktologických ambulancí během pandemie Covid-19 postavila jinak. Všichni informanti však shodně uvedli, že šlo o velmi náročné období. Některá pracoviště zkrátila směny a/nebo rozdělila pracovníky do týmů tak, aby se co nejméně potkávali. Informanti vypověděli, že pomáhali zdravotnickému personálu, například během očkování či testování. Každé z oslovených pracovišť v současné době (červen 2021) již může poskytovat individuální služby v plném rozsahu, skupinové zatím ne zcela.

I1: „...rozdělilo se to na ty týmy, ale já jsem chodil prakticky pořád a dělal jsem sestru... “

I2: “...normálně jsem dál pracoval, jel jsem ve stejným módu, nenaváděli teda ty, co byli v karanténě. Trpěl jsem ale víc ztrátou sociálního kontaktu. Nemohli jsme se stýkat u

¹⁹ V roce 2019 proběhlo plánované setkání adiktologů a některých dalších pracovníků podílejících se na péči o závislé a závislostí ohrožené osoby. Součástí programu bylo například vzdělávání (na téma case management nebo zkušenosti z nekuřáckých nemocnic) a také čas vyčleněný na neformální setkání a sdílení.

oběda, pobavit se... (...) U odsouzených jsem vnímal o dost víc takových těch úzkostí a depresivních stavů.“

I3: *„To bylo fakt hodně blbý. Nemohli jsme komunikovat, scházeli jsme se tajně. Nemohly být skupinový společný aktivity, byly ty karantény a izolace. Dělal jsem všechno, co se dalo, v podstatě další sestru, testování, očkování...“*

I4: *„... to nebylo vůbec dobrý. Musel jsem tam chodit, prakticky dva měsíce na prázdnno, individuály nějak pak šly, ale skupiny ne. (...) teď už od dubna zase skupiny fungují, ale jen pro lidi z jednoho patra, aby se nemíchali. Ředitel ty skupiny hodně podporuje.“*

8.4. Souhrn

Pro všechny oslovené adiktology byl vstup do systému věznice subjektivně dost náročný, zejména kvůli počáteční negativní reakci ze strany některých dalších pracovníků věznice a chybějícím organizačním materiálům a informacím. To, co jim nejvíce pomohlo v nastavení systému pracoviště, byly vlastní znalosti, dovednosti a zkušenosti nabyté praxí z jiných pracovišť.

Uplynulé období ukázalo, že obvinění a odsouzení mají o adiktologickou péči značný zájem. Kromě jednoho pracoviště ostatní uváděla, že registrují převis v poptávce nad možnou nabídkou. V některých pracovištích tento stav vedl k vytvoření skupinové formy práce. Klienti, kteří péči vyhledávají, jsou většinou intravenózní uživatelé nelegálních látek. Také se ale objevují klienti, kteří chtějí řešit pití alkoholu nebo kouření. Cílová skupina je tedy poměrně pestrá a odvíjí se také od specifik samotné věznice a situace v místní komunitě.

Žádné systémové (sebe)hodnocení a hodnocení kvality nastavené není a možnosti profesního rozvoje se zdají poměrně omezené. Není plošně nastaven způsob spolupráce s ostatními pracovníky věznice, ani s externími poskytovateli adiktologických služeb či s civilními službami. Nejsou zavedené v oboru běžně užívané způsoby udržování a rozvoje kvality, jako například supervize, intervize, porady, práce v multidisciplinárním týmu, vzdělávání, evaluace, mapování spokojenosti a podobně.

Dopady v souvislosti s Covid-19 značně ztížily podmínky na pracovištích, avšak na rozdíl od případu ambulance alfa nevedly k rozpadu celého nastaveného systému péče.

Ukázalo se, že významný pozitivní vliv může mít podpora vedení či výše postavených odborných pracovníků. Pro oslovené informanty je důležité mít kontakt s ostatními adiktology a všichni by uvítali společné setkání.

9. Diskuse

Quo vadis, vězeňská adiktologie?

Mezi hlavní východiska moderní adiktologie hlavní patří mezioborový a mezisektorový přístup, důraz na rovnost a spolupráci odborností (psychiatrie, psychologie, sociální práce, adiktologie, ošetřovatelství aj.), zohlednění veřejnozdravotních hledisek při snižování dopadů závislostí a závislostního chování, respekt k samoúzdavným mechanismům v procesu zotavování a léčby, zapojování vrstevnické podpory a svépomocných programů. Adiktologie vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostního typu chování a závislosti (Kalina, 2015).

Adiktologická péče je tvořena spektrem služeb, které jsou do jisté míry mezi sebou prostupné a spolupracující. Vstup adiktologie do vězeňství je významným krokem racionální protidrogové politiky, která staví na vyváženosti v uplatňování prevence a pomoci na jedné straně a vymáhání práva a represí na straně druhé (Úřad vlády ČR, 2019). Teoretická i praktická část práce ovšem dává tušit, že adiktologické služby ve věznici jsou v mnoha ohledech značně specifické. Nelze je jasně zařadit mezi stávající typy služeb, nemají zatím jasnou koncepci, cíle či definovanou klientelu. Formou připomínají ambulantní služby, avšak obsah je velmi odlišný, a liší se také napříč jednotlivými oslovenými zařízeními.

Výpovědi informantů přinášejí vhled do rozličných zkušeností se zaváděním nové služby ve specifickém prostředí věznic. Specializované adiktologické služby ve věznicích stojí mimo běžnou síť adiktologických služeb. Ačkoliv oficiální síť není ustanovena, částečně tuto platformu doplňuje seznam certifikovaných pracovišť v kombinaci se sítí sociálních služeb (Miovský, 2013). Certifikace na základě naplnění Standardů odborné způsobilosti je zárukou státu a odborných společností, že služby jsou pro svou cílovou skupinu dostupné a odpovídají uznávaným odborně stanoveným kritériím. Tuzemských adiktologických služeb se, vzhledem k jejich postavení na pomezí zdravotního a sociálního resortu, týkají také další formy kontroly, například inspekce MPSV, či povinnost zavést interní systém zajištění kvality a bezpečí a akreditace v případě zdravotnických pracovišť (Projekt RAS, 2018).

Většina členských zemí Evropské unie realizuje spektrum aktivit zaměřujících se na zajišťování kvality intervencí, programů a služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené. Zejména jde o tvorbu léčebných postupů, tzv. (treatment) guidelines, vzdělávání

pracovníků, certifikace, akreditace či benchmarking (Projekt RAS, 2018). Běžně uplatňované systémy zajištění a kontroly kvality však nelze formálně vztáhnout na vězeňská zařízení. I když jde v případě adiktologie formálně o zdravotnická pracoviště, patří do gesce Ministerstva spravedlnosti, zatímco adiktologické služby mimo věznice spadají pod zdravotní nebo sociální resort (popřípadě školský). Tak dochází ke skutečnosti, že chybí kontrolní složka, která by poskytovala zpětnou vazbu o tom, zda je služba poskytovaná na dostatečné úrovni kvality a naplňuje potřeby cílových skupin. Současné Standardy odborné způsobilosti, jako stěžejní nástroj kvality, jsou ustanoveny pouze pro externí poskytovatele adiktologických služeb ve vězeňském prostředí.

Možnost rozvoje v této oblasti představuje budoucí certifikace na základě revidovaných Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb. Revize probíhá v rámci Projektu RAS a je do ní zapojená odborná obec i zástupci resortů, včetně zástupců pro oblast vězeňství. Snahou revidovaných Standardů je umožnit případnou certifikaci vězeňským pracovištím podle standardu pro adiktologické ambulantní služby (Projekt RAS, 2021). Ačkoliv pro civilní služby je udělený Certifikát odborné způsobilosti potvrzením o dobré úrovni služby a také podmínkou vstupu do dotačního řízení (Miovský, 2013), pro vězeňské služby může být více než cíl přínosná samotná cesta, tedy proces před certifikací. Během toho by měla služba porozumět principům a hodnotám, ze kterých standardy vycházejí a ztotožnit se s nimi. Jsou to například multidisciplinarita, odbornost, orientace na klienta nebo poskytování služeb dle aktuálních poznatků založených na důkazech. V rámci přípravy na certifikaci má služba provést sebehodnocení a zvážit, nakolik je praxe v souladu s požadavky stanovenými ve standardech. Dalším krokem je zavádění standardů na administrativní úrovni, tedy zpracování dokumentů s ohledem na legislativní, etické a praktické požadavky. Tato část vede službu k tvorbě manuálů a metodických materiálů. Oslovení adiktologové se shodovali, že nedostupnost podobných nástrojů pro ně byla v počátcích přitěžující okolností. Ačkoliv zřejmě vzniká operační manuál, půjde o univerzální nástroj, který nemůže obsáhnout a reflektovat specifika jednotlivých věznic. Ty by měly být vedeny k vytváření vlastních nástrojů reflektujících jedinečnost jejich praxe. Je ovšem nutné podotknout, že nejde o jednorázový a jednoduchý proces. V odpovědích zaznívalo, že jsou adiktologická pracoviště značně vytížená. Zpracování jakýchkoliv nástrojů nemůže být další prací navíc, a mělo by naopak vést k diskusi o přijetí dalších adiktologů.

Kdo je tady klientem?

Podle odborné literatury jsou pro mnohé vězněné osoby vězeňské služby vůbec těmi prvními, s nimiž se během svého života setkávají (EMCDDA, 2021). Dobrá úroveň služeb je proto zásadní. Například v případě ambulance alfa klienti při sestavování anamnézy často uvádějí, že zkušenost s adiktologickou službou nemají, avšak při doptávání se stává, že někteří si přeci jen vybaví, že alespoň někdy v životě byli v kontaktu s terénní službou či docházeli do kontaktního centra. Někteří mají zkušenost s pobytovou službou nemocničního typu („léčebny“), méně časté jsou zkušenosti s pobytem v terapeutické komunitě. Spíše vzácně mají klienti zkušenost se službou ambulantní, stacionární či jinou obdobnou službou ze spektra „vysokoprahových“ zařízení.

Vhodně nastavené intervence naplňující potřeby cílových skupin mohou být bránou k navázání kontaktu s náročnou vězeňskou populací. Výkon trestu odnětí svobody představuje unikátní možnost, jak tyto osoby oslovit a pracovat s nimi po určitý časový úsek (Bukten et al., 2020; Rada EU, 2021). Je důležité pochopit, že tito lidé nebudou v drtivé většině případů izolováni navždy, ale vrátí se do svých komunit, rodin a svých bydlišť. To mimo jiné znamená, že kvalitní, dobře zacílená péče přináší užitek nejen jedincům, ale může mít pozitivní dopady na veřejné zdraví (Fazel et al., 2006; EMCDDA, 2017; Haviv a Hasisi, 2019; Bukten et al., 2020).

Kvalitní a dostupná síť adiktologických služeb je jednou z oblastí zaměření současné Národní strategie protidrogové politiky. Ta deklaruje jako jeden z cílů aktivní vyhledávání a přenos moderních, efektivních a ověřených typů služeb a postupů do sítě ambulantních služeb a také například podporu preventivních a léčebných programů, včetně programů minimalizace rizik a podporu zvýšení návaznosti adiktologické péče pro vězněné osoby (Úřad vlády ČR, 2019). Orientace na řešení zdravotních a sociálních potřeb užívajících drogy ve věznicích je také jednou ze strategických priorit Strategie EU pro oblast drog na období 2021–2025 (Rada EU, 2021). Mezi cíle patří zajistit kontinuitu a rovnocennou přístupnost ke službám, a to i po propouštění, zavádět evidence-based opatření ke snižování užívání drog a jejich negativních následků, omezit dostupnost drog a provádět preventivní opatření v oblasti šíření krevně přenosných onemocnění, předávkování a úmrtí souvisejících s drogami (Rada EU, 2021).

Je patrné, že téma adiktologických služeb, jejich cílů, podoby, možností a potřebnosti rezonuje odbornými kruhy v tuzemsku i zahraničí. Adiktologická péče v českých věznicích byla v posledních letech rozšířena o specializovaná odborná pracoviště. Zatím nebyla provedena evaluace těchto služeb, přičemž aby bylo možné adekvátně reagovat na potřeby

cílové skupiny, je třeba důkladně poznat, jaké intervence fungují nejlépe (EMCDDA, 2017).

Systematická review přináší poznání, že nejvíce účinné se zdají být intervence v oblasti substituční terapie, návaznost péče, výměnný injekční program, distribuce kondomů a lubrikantu, administrace naloxonu a péče poskytovaná s využitím prvků terapeutické komunity. Příznivý efekt je pozorovatelný také v případě testování na infekční nemoci, v případě podpory peer vzdělávání na téma přenosu infekčních onemocnění a testování nebo u očkování na HBV během VTOS (EMCDDA, 2021). Tuzemské služby disponují některými z těchto možností a dostupnost intervencí se značně liší napříč jednotlivými zařízeními. Například k poskytování substituční terapie mělo v roce 2019 povolení 10 věznic, z nichž léčbu provádělo pouze 5 zařízení, která dohromady evidovala 86 léčebných osob (NMS, 2020). Ve srovnání s evropskými zeměmi je substituce považovaná spíše za nedostupnou (EMCDDA, 2012). Distribuce kondomů je dostupná ve dvou věznicích z 35. S prvky terapeutické komunity pracují specializované oddíly, jejichž kapacita je omezená (Zeman et al., 2019).

Oslovená pracoviště jsou obdobou ambulancí, avšak postrádají prvky, které jsou stavebními kameny civilních ambulantních zařízení: chybí multidisciplinární tým a meziresortní způsob práce, odborné vedení, možnost profesního rozvoje a vzdělávání, nástroje k podpoře kvality. Silné stránky ambulancí jako typu služeb tkví mimo jiné ve skutečnosti, že při práci s klientem jej „nevytrhávají“ z přirozeného prostředí a při změně stavu klienta ho mohou delegovat do jiných forem pracovišť s větší či menší intenzitou (pobytová léčba, doléčování...). Klient se během absolvování terapie učí zacházet se svým okolním světem, s prostředím, vztahy a prožíváním (Kalina, 2015). To umožňuje poznávat a následně v terapii zpracovávat témata, jež z běžného života vystupují a poukazují na oblasti, kterým je třeba věnovat zvýšené riziko. Některé situace, osoby či místa mohou například představovat tak zvané spouštěče, vedoucí ke cravingu. Vězeňské ambulance jsou však uprostřed věznic, které málokdy představují zdravé prostředí s perspektivními vztahy. Možnosti spolupráce s jinými službami jsou omezené a stupeň zapojení klientů do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví, potřeb a směřování, je malý. Je tedy otázkou, zda mohou klienti služeb benefitovat z takového nastavení a nebylo by pro ně vhodnější jiné. Například služby minimalizace rizik (harm reduction) pracují s klienty „teď a tady“, orientují se na snižování negativních dopadů spojených s užíváním drog a respektují, že klient nemůže nebo nechce v danou chvíli přestat užívat drogy (sem patří například výměnný program či distribuce kondomů).

Koncept harm reduction je však v rozporu s postojem věznic k užívání návykových látek. Už samotné zřizování a fungování adiktologického pracoviště ve věznici znamená přiznat, že problém užívání drog ve věznici existuje. Přijetí racionálního postoje, že odborná adiktologická péče je žádoucí a nezbytná, je proto zřejmě kruciólní záležitostí celého budoucího procesu formování služeb. Ačkoliv VS deklaruje věnování zvýšené pozornosti zamezení průniku drog do svých objektů a detekci jejich výskytu pomocí různých prohlídek včetně využití protidrogový psů a speciálních zařízení, podíl problémových uživatelů je stále vysoký, poslední výroční zpráva uvádí 30 % vězeňské populace (VS ČR, 2021a). Data uváděná ve výročních zprávách VS však nejsou podložena způsobem získávání a vyhodnocování. Ačkoliv zprávy uvádí, že problémovými uživateli drog je asi třetina uvězněných (VS ČR 2021; VS ČR, 2020; VS ČR, 2019b), vzhledem k údajům ze zahraničních i tuzemských průzkumů je očekávatelné, že jejich podíl je ještě vyšší (Rada EU, 2021; EMCDDA, 2021; NMS, 2016; EMCDDA, 2012). Adiktologie se ovšem nedotýká pouze oblast nelegálních drog, ale také hazardu, alkoholu či tabáku. V případě tabáku je například prevalence kouření ve vězeňské populaci třikrát vyšší ve srovnání s populací obecnou (Urbanová a Mravčík, 2019).

Zůstává otázkou, kde je klientem adiktologie ve vězení. Pokud vězněné osoby, je žádoucí implementovat a rozvíjet strategie na základě důkazů a posunout se od poměrně vysokoprahové ambulantní péče k více komunitně terapeutickému stylu s využitím principů snižování škod. Bylo by nesmírně zajímavé vyčíslit potenciální náklady na distribuci kondomů či čistých injekčních stříkaček a porovnat je s prostředky investovanými do represivních opatření a na léčbu infekčních onemocnění. Takový posun však souvisí se změnou hlubších struktur. Adiktologická pracoviště by však pravděpodobně nabyly možnost skutečně reagovat na potřeby cílové skupiny, namísto formalizovaného postavení v systému vězeňské péče o osoby závislé a závislostí ohrožené.

Od zkušeností k výzvám a návrhům

Práce představuje pohled šesti adiktologů, kteří byli u samotného počátku zavádění pracovišť. Zkušenosti, které popsali, jsou pestré a různorodé, ale v některých ohledech jsou si podobné. Oslovení adiktologové se shodovali, že začátky byly velmi náročné nejen z důvodu nepřijetí, ale také kvůli nedostatku informací a absenci materiálů, které by deklarovaly cíle a poslání služby. Do současné doby není hotový operační manuál, ani podobný jednotící dokument. Některé z oslovených služeb se rozhodly zpracovat si podobnou dokumentaci pro své potřeby. Všichni oslovení byli v počátcích vystaveni skepsi

a nedůvěře. Adiktologie nebyla čitelným pojmem. Pracoviště mají komplikované postavení mezi zdravotnickým úsekem a výkonem trestu. Dlouhodobě chybí vize, kudy by se měly služby v budoucnu ubírat. Ačkoliv se zdá, že služby si po letech své místo v systému našly, v některých případech se jeví, že jde spíše o tolerovaná pracoviště než o vítanou posilu v boji proti negativním dopadům závislosti. Může to být nejasnou představou o účelů, cílech a pracovních nástrojích adiktologie. Adiktologové nejsou ani lékaři, ani zdravotní sestry, ani sociální pracovníci. Pro zdravotnický personál představují obtížně uchopitelný segment zdravotníků, u nichž není jisté, co lze očekávat, co umí a co na pracoviště přináší.

Na pracovištích, kde se dařilo navazovat vztahy a spolupráci a budovat více pozitivně laděný obraz o účelu adiktologických služeb, se tak dělo zejména díky angažovanosti a vytrvalosti pracovníků, kteří se snažili komunikovat s ostatními, transparentně deklarovat své cíle a uvádět tak na pravou míru, jak může být adiktologie vězeňství prospěšná.

V rozhovorech zaznívala významná potřeba společného kontaktu a sdílení. Informanti také uváděli, že se jim nedostává adekvátní zpětné vazby k jejich práci. Opatření v souvislosti s Covid-19 vedla ke zrušení plánovaných společných setkání adiktologů a zástupců GŘ VS a kontakt se tak omezil na měsíční zasílání statistických dat GŘ VS.

Oslovení adiktologové uváděli, že si kromě oficiálního výkaznictví pro GŘ VS vedou ještě svou vlastní evidenci v různých formách. Informanti se shodovali, že na výkaznictví ani své zápisy z konzultací nedostávají zpětnou vazbu. Je tedy otázkou, nakolik jsou vykazovaná data relevantní a nakolik odrážejí reálnou situaci. K nastavení tabulky pro výkaznictví docházelo během roku 2019, přičemž adiktologové se mohli k její podobě vyjádřit. Od počátků ambulancí se však mohly potřeby změnit a zdá se, že by bylo vhodné rozšířit nebo pozměnit podobu tabulky, tak aby obsahovala všechny potřebné kategorie a byla pro evidenci postačující.

Oslovení informanti shodně vypověděli, že jim v začátcích velmi chyběly běžné provozní dokumenty a manuály. Někteří po čase přistoupili k tomu, že je vytváří na základě praxe své služby. Vytvoření, popřípadě finalizace operačního manuálu, je více než vhodná. Stejně tak je vhodným a zřejmě nevyhnutelným krokem systémové nastavení služeb.

Na mikroúrovni, v rámci adiktologického pracoviště, může být v takovém „vakuu“, bez nastavených procesů s poměrně širokým prostorem pro uchopení směřování služby,

užitečné inspirovat se některým z modelů pro podporu kvality. Přímo na adiktologické služby je zaměřen například model NIATx, jehož cílem je zkrácení čekací doby na péči, redukce vypadnutí klientů z kontaktu, zvýšení dostupnosti péče a udržení návaznosti péče (Gustafson et al., 2011). Model sestává z pěti základních principů, a to pochopení a zapojení klienta, vyřešení klíčových problémů, výběr schopného leadera pro změnu, inspirace „zvenčí“ mimo rámec služby či organizace a použití „rychlého cyklu“ k zavádění účinných změn. Ke změně směrem k vyšší kvalitě vede v pojetí modelu deset kroků rozdělených do tří fází, a to přípravné, fáze změny a udržovací fáze. K pochopení potřeb klientů a jejich zážitku ze služby může být pro službu užitečné vyzkoušet si průchod programem právě v roli uživatele služby. Obzvláště užitečné může být pozorování přijímání do služby (čekací doba, administrativní náročnost, srozumitelnost pravidel...) (Gustafson et al., 2011). Analýza cesty ke službě může poukázat na problematické oblasti a překážky a pomoci lépe „doručit“ službu cílovým skupinám.

Na mezzóúrovni je žádoucí nastavovat a prohlubovat spolupráci nejen mezi kolegy ve věznicích, ale také mezi adiktology z různých věznic a mezi adiktologickými vězeňskými službami a zařízeními mimo věznice. Podporovat návaznost péče je klíčové pro udržení a rozvoj pozitivních změn u cílových skupin (EMCDDA, 2021). Podstatným aspektem je také vyjednat pozici v systému věznice, tak aby nedocházelo k situacím, kdy jsou upřednostňovány jiné aktivity klientů před účastí v programu adiktologického pracoviště. Vzhledem k výraznému zastoupení osob závislých a závislostí ohrožených a k problémům v oblasti duševního zdraví u mnohých těchto lidí (Dolan et al., 2018; Kinner et al., 2018 in Bukten et al., 2020), je třeba věnovat adiktologickým a terapeutickým programům dostatečnou pozornost (Mertl, 2021).

Adiktologie je dynamicky se vyvíjejícím oborem a pro pracovníky je důležité rozšiřovat své znalosti a dovednosti. Informanti shodně uváděli, že jim chybí možnost supervize a vzdělávání. Supervize je dostupná pouze v jednom z oslovených pracovišť. Je žádoucí nastavit možnosti supervize i v dalších zařízeních. Vhodné by bylo také umožnit účast na oborových konferencích a podporovat tak propojování vězeňských adiktologů se sítí služeb mimo věznice. Lze například připravit příspěvek na některou z oborových konferencí a podnítit tak společnou diskusi o způsobu zavádění a formování pracovišť. Taktéž může být zajímavé pomocí kazuistik ilustrovat možné způsoby práce s cílovými skupinami.

Na makroúrovni je třeba vyjasňovat postavení, účel, možnosti a limity služeb. Civilní adiktologické služby se potýkají s meziresortním postavením. Vězeňské adiktologické

služby navíc stojí v podstatě na pozadí dvou odlišných oborů, a to adiktologie a trestní justice (Gabrhelíková in Kalina, 2015). To s sebou přináší řadu výzev a mezi nimi například nalezení vyváženosti mezi represivním a terapeutickým přístupem k cílové skupině. Adiktologická péče není stanovena v programu zacházení, což znamená, že není pro vězně povinná. Někteří adiktologové se však podílí na programu PDP, jejíž aktivity v oblasti závislostí naopak zpravidla povinné jsou. Ačkoliv v počátcích zavádění pracovišť převládal názor, že dobrovolnost je obrovskou devízou služeb, s postupem času se zdá, že nepřináší jen výhody. Mnohdy je upřednostňována celá řada jiných aktivit, zejména práce v případě pracujících vězněných (Mertl, 2021), avšak běžně také vycházky, sportovní aktivity či nákupy. Vzhledem k závažnosti problémů spojených s užíváním drog ve věznicích je žádoucí nastavit účast v adiktologických programech jako prioritní.

Na makroúrovni je třeba čerpat z dobré praxe zavedených služeb a současného poznání v oboru a implementovat takové strategie, které se ukazují jako fungující. Patří mezi ně například substituční terapie, která je na našem území ve věznicích dostupná s omezením a je považována oblast, která od zavedení substitučních center v roce 2008 stagnuje (NMS, 2017). Dále také využít prvky terapeutických komunit. Je zajímavé, že ačkoliv byl vzájemný kontakt mezi adiktology utlumen, mnohá pracoviště se snažila o zavedení skupinové adiktologické terapie. Oslovení informanti mají se skupinovou formou práce pozitivní zkušenost.

Adiktologové nastoupili do věznic po pilotním projektu, během kterého byl v roce 2016 přijat do věznice první adiktolog v roce 2018 (Mravčík et al., 2018). Oslovení pracovníci se shodovali, že největší pomocí jim v začátku byly vlastní zkušenosti a znalosti. Důležitou roli v procesu přijímání služby zaujímal vedení. Na pracovištích, kde vedení adiktologům vyjadřuje podporu, se dařilo zavádět službu a budovat vztahy příznivěji.

V roce 2018 bylo zřízeno 14 tabulkových míst ve 12 věznicích (VS ČR, 2019a). Během výzkumu bylo zjištěno, že z nastupujících původních adiktologů jich v roce 2021 ve věznicích působí sedm včetně autorky práce. Uplynulé období, během kterého se pracovníci museli vypořádávat s mnoha náročnými situacemi, včetně globální pandemie, stojí za důkladné zmapování a celkovou evaluaci. Díky tomu by bylo možné budoucí služby plánovat s ohledem na funkční intervence a strategie, eliminovat problematické oblasti a také pochopit důvody odchodů pracovníků.

Kvalitní a dostupné adiktologické služby ve věznicích mohou být pro klienty pomyslnou bránou k síti služeb, které při správném naplnění potřeb dopomáhají

k pozitivním změnám, a tak příznivě působí na život jednotlivých osob, a také jejich blízkých a komunit, jejichž jsou součástí. Tím jsou významné také z pohledu veřejného zdraví.

IV. ZÁVĚR

Práce se věnuje tématu zkušeností se zaváděním nové adiktologické služby ve specifickém prostředí věznic. Celkem je představeno šest různých pracovišť. Text je rozdělen do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část přináší poznatky o problematice adiktologie, služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené, o věznicích a systému péče o uživatele drog v kontextu věznice. Cílem této části textu je poukázat na potřebnost a význam služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené ve věznicích nejen z individuálního, ale také ze společenského hlediska.

Praktická část reflektuje proces výzkumu a přináší jeho výsledky. Ty poukazují na rozličné zkušenosti pracovníků různých věznic napříč Českou republikou.

Hlavní zjištění lze rozdělit dle tematických okruhů rozhovorů, tedy formování pracoviště, klienti, zajišťování kvality a dopady Covid-19 na pracoviště. Autorka považuje za důležité interpretovat nejen zjištění plynoucí z realizovaných rozhovorů, ale i ze studia zdrojů pro teoretickou část práce.

Formování pracoviště

V tomto ohledu došlo ke zjištění, že formování pracoviště bylo velmi náročným procesem, zejména kvůli naprosté absenci návodných informací a postupů, nedostatečnému vyjasnění postavení, role, možností a limitů služby jako součásti systému a kvůli zpochybnujícím reakcím pracovníků věznic. Specializované adiktologické služby vznikly v souladu s plány v Koncepci vězeňství do roku 2025, která však zmiňuje pouze jejich zřízení bez dalších způsobů spravování a rozvoje (Ministerstvo spravedlnosti, 2016).

V počátcích formování pracovišť sehrávalo důležitou roli GŘ VS, které organizovalo společná setkávání a semináře. Podpora a spolupráce byla však utlumena. Jedním z důvodů jistě může být pandemie Covid-19, jež si žádala nasazení sil na řešení palčivých otázek objevujících se prakticky za pochodu. Adiktologové se svorně shodovali, že jim společná setkání výrazně chybí a uváděli, že dostávají málo zpětné vazby na svou práci, tudíž je vhodné spolupráci a podporu opět posílit. GŘ VS může být právě tím koordinačním a propojujícím prvkem, který teď mezi službami chybí. GŘ VS může také sehrát velmi důležitou roli v podpoře nastavování procesů a vytváření metodických materiálů a může částečně plnit funkci kontroly, jelikož má přístup ke všem pracovištím a jejich vykazované

činnosti. Je jasné, že pro tyto účely by bylo třeba disponovat dostatečnými kapacitami, kromě časových a finančních zejména pak personálními.

Podpora vedoucích struktur se ukázala být jako klíčový podpůrný faktor v období formování pracovišť i poté. Jako další zásadní podpůrný prvek v náročných začátcích hodnotili informanti své vlastní zkušenosti a znalosti z předchozích pracovišť.

Znejišťující a odmítavé reakce spolupracovníků jsou jistě mnohvrstevnaté a je těžké domýšlet, kam a jak hluboko sahají struktury, podněcující takový druh chování. Svůj podíl na tom může mít faktická neznalost toho, co je adiktologie, nedostatek personálu ve věznici, náročné pracovní prostředí či vnitřní nesouhlas se způsoby práce s lidmi užívajícími drogy. NMS publikovalo v roce 2010 studii s názvem *Pragmatici, represionisté a preventisté v drogové politice*, mapující stanoviska a perspektivy účastníků, mezi nimiž byli vybráni informanti z řad vysoce postavených policistů, poskytovatelů služeb, expertů působících ve výzkumu a expertů působících ve veřejné správě. Dále byli dotazováni politici, soudci, žurnalisté a lidé z občanských sdružení aktivně se angažujících v drogové politice. Studie poukazuje na propastné rozdíly ve vnímání drogového problému, prevence a represe, role jednotlivých aktérů v tvorbě politik, přistupování k vědeckému poznání a v mnoha dalších oblastech napříč oslovenými informanty (NMS, 2010). Zejména se liší pohled na úlohu represe. Bylo by zajímavé věnovat se podobné vědecké aktivitě v prostředí věznic a je očekávatelné, že by rovněž docházelo ke značně rozdílným výpovědím. Je zřejmé, že adiktologie vychází ze zcela jiných principů a paradigmat než trestní justice. Adiktologická vězeňská péče se však děje na pozadí těchto oborů (Gabrhelíková in Kalina, 2015), což s sebou přináší velkou výzvu. Nastavení služeb se bez společné diskuse neobejde. Kromě rozhovorů a hledání podobného jazyka, umožňujícího vzájemné porozumění, může být vhodné aktivně vzdělávat „obě strany“ spektra v relevantních tématech a podněcovat spolupráci.

Klienti

Každá služba si vytvořila svou klientelu, která si napříč pracovišti není nepodobná. Nejvýrazněji jsou zastoupeni uživatelé ilegálních látek, zejména pervitinu. Převládá intravenózní způsob aplikace. Nepotvrdily se počáteční obavy, že by klienti neměli o službu zájem, je to právě naopak, a kromě jednoho pracoviště v menší věznici mají všechna pracoviště vyšší poptávku po péči, než kterou jsou schopna uspokojit. Nejčastěji se zájemci o službu dostávají do ambulancí na vlastní žádost nebo na doporučení jiných odborných zaměstnanců.

Práce s klienty probíhá nejčastěji individuální formou, ale v některých službách začali adiktologové pořádat také skupinová setkání. Pro pracoviště je důležité v následujícím období věnovat kapacitu navazování spolupráce se službami mimo vězeňství, tak aby bylo možné dosažené změny prohlubovat a udržovat i po výkonu trestu odnětí svobody. Řešením může být case management, který není navázán na konkrétní pracoviště, ale na případ, a mohl by být pomyslným mostem mezi věznicí a vstupem do života mimo ni. V tomto ohledu je nutné posílit spolupráci mezi službami ve věznicích a mimo ně.

Zajišťování kvality

Mapování dostupných informací a rozhovory s informanty potvrdily, že v současné době pro vězeňské adiktologické služby není ustanoven žádný mechanismus kontroly ani zajišťování kvality, vztahující se na běžné adiktologické služby mimo vězeňství. S výjimkou jednoho osloveného pracoviště není dostupná supervize. Možnosti vzdělávání a profesního rozvoje jsou poměrně omezené. Tato situace ovšem není dlouhodobě udržitelná a zejména není bezpečná pro klienty, ani pro pracovníky. Výzvou do budoucna je tvořit multidisciplinární týmy, protože klienti mají celé spektrum potřeb nejen v oblasti zdraví, ale i v oblasti sociální (a psychologické a spirituální) a značně zdravotnický profilovaný segment adiktologické ambulance není schopen na tyto potřeby přiléhavě reagovat. Multidisciplinarita týmu je navíc nejpřirozenějším prostředím pro vzájemné obohacování členů týmu vědomostmi a zkušenostmi. Žádoucí je umožnit čerpat supervizi a nastavit procesy pro rozvoj interní kvality. V oblasti externí kvality je vhodné projít některou z forem externí kontroly rozvojově auditního, akreditačního či certifikačního typu. Ačkoliv je každá z věznic specifická, je vhodné rozvíjet nastavení alespoň minimálního společného rámce, aby nedošlo ke ztrátě integrity služeb. Bez té je velmi obtížné uplatňovat jakékoliv jednotící rozvojové a kontrolní mechanismy.

Palčivou otázkou do budoucích koncepcí je forma a obsah adiktologických vězeňských služeb. Dostupné vědecké poznání vypovídá o tom, že vhodné jsou zejména intervence ze spektra harm reduction (EMCDDA, 2021), zatímco tuzemské specializované adiktologické služby ve věznicích jsou koncipovány v podstatně odlišném směru.

Dopady Covid-19

Každá z oslovených věznic se k restrikcím spojeným s pandemií postavila jinak a tím pádem jsou zkušenosti informantů rozdílné. Všech se ovšem omezení nějakým způsobem

negativně dotkla (ztráta kontaktu s kolegy, sociální izolace, pozastavení spolupráce s NNO) a v jednom případě (pracoviště alfa) vedla k faktickému úplnému rozpadu nastaveného systému péče individuální i skupinové. Je otázkou, zda by k tomuto došlo i v případě, že by pracoviště mělo silnější postavení v systému, založené na jasné formulaci cílů, poslání a způsobů práce. Pandemie současně poukázala na některé palčivé problémy vězeňství a exponovala většinu slabých míst, na něž by v dalších letech měla být směřována pozornost.

Předkládaný text je poměrně rozsáhlý. Důvodem je snaha autorky nejen prezentovat zkušenosti adiktologů, ale také využít prostor pro reflexi současných poznatků o adiktologické péči ve vězeňství, důkazů o účinnosti vybraných intervencí a způsobů práce a představit některá doporučení pro dobrou praxi. Práce by tak mohla být přínosná pro budoucí pracovníky, kteří se vydají do těchto stále ještě ne zcela probádaných vod.

Vstup adiktologie do vězeňství je důležitým krokem racionální drogové politiky. Krokem druhým, na cestě ke kvalitním a dostupným službám, by měla být obsáhlá evaluace umožňující poučit se z nezdarů a rozvíjet to, co se zatím povedlo.

Bibliografie

Arseneault C., Alain M., Plourde C., Ferland F., Blanchette-Martin N., Rousseau M. Impact Evaluation of an Addiction Intervention Program in a Quebec Prison. *Subst Abuse*. 2015 Jun 1;9:47-57. doi: 10.4137/SART.S22464. PMID: 26056466; PMCID: PMC4454123.

Bahr, S., Masters, A., Taylor, B. (2012). What works in substance abuse treatment programs for offenders? *The Prison Journal*. 92(2).

Bukten, A., Lund, I., Kinner, S. et al. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. *Health and Justice* (2020) 8:10.

Buriánek, J. (2018).: Analýza dokumentů. Sociologická encyklopedie. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Analýza_dokumentů

CPT (1993). Zdravotnické služby ve věznicích. Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Rada Evropy. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16806ce91e>

CPT (2017). Výkon vazby. Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Rada Evropy. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16808ef5b6>

Craigie, T. a Grawet, A. (2021). Covid-19 Has Made Reentry and Life After Prison Even Harder. Brennar Center for Justice. Dostupné z: <https://www.brennancenter.org/our-work/research-reports/covid-19-has-made-reentry-and-life-after-prison-even-harder>

Doubek, P. (2020). COVID-19 ve věznicích: Zasedání Výboru proti mučení Rady vlády ČR pro lidská práva. Centrum pro lidská práva a demokracii. Dostupné z: <https://www.centrumlidskaprava.cz/covid-19-ve-veznicich-zasedani-vyboru-proti-muceni-rady-vlady-cr-pro-lidska-prava>

EMCDDA (2021). Prison and drugs in Europe. Current and future challenges. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2008). Stav drogové problematiky v Evropě. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2008.

EMCDDA (2012). Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA. (2017). Health and social responses to drug problems. A European guide. Luxembourg.

Equal Justice Initiative (2021). Covid-19's Impact on People in Prison. Dostupné z: <https://eji.org/news/covid-19s-impact-on-people-in-prison/>

Fazel, S., Bains, P. a Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2).

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2008) Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky v protidrogové politice za období 2007.

Gustafson, D. H. et al. (2011). The NIATx Model (Process Improvement in Behavioral Health). Centre for Health Enhancement System Studies. University of Wisconsin-Madison. Madison, Wisconsin.

Haviv N, Hasisi B. (2019). Prison Addiction Program and the Role of Integrative Treatment and Program Completion on Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2019;63(15-16):2741-2770.

Hawkins, P. a Shohet, R. (2004). Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál.

Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál.

Kalina, K. et al. (2015) Klinická adiktologie. GRADA Publishing, a.s.

Kalina, K. a kol. (2003), Drogy y drogové závislosti, Praha: Úřad vlády České republiky.

Kastelic, A., Pont, J., Heino, S. (2008). Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings, A Practical Guide; BIS-Verlag, Oldenburg, 2008.

Malík Holasová, V. (2014): Kvalita v sociální práci a sociálních službách. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.

Merrall L. C., Kariminia A., Binswanger I. A., Hobbs M. S., Farrell M., Marsden J. et al. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction* 2010; 105:1545–54.

Mertl, J. (2021). Prison employment and its conflict with therapeutic and counselling programmes: The experiences of Czech prison personnel. *European Journal of Criminology*. April 2021. doi:[10.1177/14773708211012624](https://doi.org/10.1177/14773708211012624).

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2020). Závěrečný účet kapitoly 336 – Ministerstvo spravedlnosti ČR za rok 2019. Dostupné z: https://www.justice.cz/documents/12681/719282/FINÁLNÍ+336+ZÚ+2019_verze+k+10.3_2020.pdf/e13ffb3f-602d-4c80-beac-399ff55161a0

Ministerstvo spravedlnosti (2016). Koncepce vězeňství do roku 2025. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/ms/strategie/koncepce-vezenstvi-do-roku-2025?typ=o>

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R., Zábanský, T. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 [Annual Report on Drug Situation 2009 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V. (2017). Problémové užívání drog - koncepční rámec a definice. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Příspěvek na AT konferenci v Seči. Dostupné z: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2017/06/mravcik-v.-problemove-uzivani-drog-koncepcni-ramec-a-definice.pdf>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z.,... Vopravil, J. (2018). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V. et al. (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019] Praha: Úřad vlády České republiky.

Nepustil, P.; Szotáková, M. et al. (2013). Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády České republiky.

NMS (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/VZdrogy2019_v02.pdf

NMS (2017). Užívání návykových látek a hraní hazardních her ve vězeňské populaci ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Zaostřeno, 6/2017. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32756/796/Zaostreno_2017-06_v02.pdf

NMS (2016). Užívání drog ve věznicích. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IMK2LgHfTRgJ:https://www.mvcr.cz/soubor/drogy-a-vezni-pdf.aspx+&cd=4&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=safari>

NMS (2010). Pragmatici, represionisté a preventisté v drogové politice. Užívání nelegálních drog z pohledu aktérů české drogové politiky. Zaostřeno na drogy 6. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4589/569/Zaostreno%206_10_www.pdf

Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet. 2010 Nov 6;376(9752):1558-65.

Pavlovský, P. (2012). Patická opilost. Psychiatrie pro praxi, 13(2): 58-60. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/04.pdf>

Penfold, C., Turnbull, P.J., Webster, R. (2005). Tackling Prison Drug Markets: An Exploratory Qualitative Study Article. Institute for Criminal Policy Research King's College London. Online Report 39/05.

Peters, R. (2019). Addressing substance use disorders within tge justice system (workshop). 10.9. 2019 Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta.

Projekt RAS (2021). KpA 2.2 workshop na téma „Nástroje zajištění a podpory kvality v adiktologických službách“. 16. 3. 2021 [online]. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/kpa-2-2-workshop-na-tema-nastroje-zajisteni-a-podpory-kvality-v-adiktologickych-sluzbach/>

Projekt RAS (2018). Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR. Úřad vlády ČR. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/01/analyza-zajisteni-kvality-adiktologickych-sluzeb.pdf>

PREV-CENTRUM, z.ú. (2017). Nové syntetické drogy (NSD). Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/nove-synteticke-drogy/>

Raboch, J. et al. (2014) Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče IV. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.

Rada EU (2021). Strategie EU pro oblast drog na období 2021–2025. Dostupné z: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14178-2020-REV-1/cs/pdf>

RVKPP (2015) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické

hráče). Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf

Shiple, C. et al. (2021). Letter to the Editor—The disproportionate negative impacts of COVID-19 on the mental health of prisoners. *Journal of forensic sciences*. 2021;66:413–414.

Švarc. J. (2008). Substitute opioidových závislostí. *Psychiat. pro Praxi*, 2008; 9(4): 187–190.

UNODC (2019). World drug report 2019. United Nations publication. Dostupné z: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf

UNODC (2012), HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

Urbanová, P., Mravčík, V. (2019). Kouření tabáku u vězňených osob. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(1), 8–12.

Úřad vlády ČR (2020). Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Úřad vlády ČR (2020). Národní konference Psychoaktivní léky 2020 upozornila na zneužívání farmak v české populaci. Odbor protidrogové politiky. Tisková zpráva. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/TZ-Narodni-konference-Psychoaktivni-leky-2020-upozornila-na-zneuzivani-farmak-v-ceske-populaci_27_10_2020.pdf

Úřad vlády České republiky (2019). Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. ISBN 978-80-7440-231-9.

Úřad vlády České republiky (2016). Česká protidrogová politika a její koordinace politika závislostí založená na důkazech. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/protidrogova-politika/ceska-protidrogova-politika-a-jeji-koordinace/>

Úřad vlády České republiky (2006). Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1641/809/Pozicni%20dokument_o_%20drogach_veznicich_a_harm_%20reduction.pdf

Úřad vlády ČR (nd). Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky (RAS). Dostupné z: https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2018/07/Informacni_letak_RAS.pdf

Vacek, J. a Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110(3): 144–150.

Vavrinčíková, L. (2012). Harm reduction a užívání tabáku. *Klinika adiktologie*, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice.

Vězeňská služba České republiky (2021a). Výroční zpráva za rok 2020. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/uredni-deska/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-vs-cr-2020.pdf>

Vězeňská služba České republiky (2021b). Program zacházení. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/organizacni-jednotky/vazebni-veznice-olomouc/sekce/program-zachazeni>

Vězeňská služba České republiky (2020). Výroční zpráva za rok 2019. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/uredni-deska/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-vs-cr-za-rok-2019.pdf>

Vězeňská služba české republiky (2019a). Vyhodnocení Plánu činnosti VS ČR v protidrogové politice – 2018. Generální ředitelství, Praha.

Vězeňská služba České republiky (2019b). Výroční zpráva za rok 2018. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/uredni-deska/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-vs-cr-za-rok-2018.pdf>

Vyhláška č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

Vyskočilova, J. a Práško, J. (2015). Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabinoidech. *Čes a slov Psychiat* 2015; 111(1): 14–22.

Walmsley, R. (2015). *World Prison Population List*. Eleventh Edition. International Center for Prison Studies (ICPS), London, England.

Wichová, J. (2020). Počet vězňů klesá, české věznice i tak praskají ve švech. *Statistika&My*. Magazín Českého statistického úřadu 09 (10). Dostupné z: https://www.statistikaamy.cz/wp-content/uploads/2020/09/09_2020_Statistika-a-My_web_archiv.pdf

WPB (2021). World Prison Brief data – Czech republic. Dostupné z: <https://www.prisonstudies.org/country/czech-republic>

Zeman, P. et al. (2019). Uživatelé drog ve vězení – hodnocení účinnosti terapeutických programů. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha.

PŘÍLOHY

Seznam obrázků, grafů a tabulek

Obr. 2. Věznice a detenční ústavy na území ČR.

Tab. 6. Intervence dle fáze uvěznění dle EMCDDA (2021).

Tab. 7. Přehled adiktologických výkonů realizovaných během roku 2019 a 2020.

Graf 2 a 2. Zastoupení klientů pracoviště alfa dle primární drogy.

Tab. 8. SWOT analýza pracoviště alfa.

Tab. 9. Oslovená pracoviště dle typu adiktologické služby a přehled spolupracujících stran.

Tab. 10 . Charakteristiky "typických" a vypadávajících klientů a jejich počet u oslovených pracovišť.

Tab. 11. Dostupnost vybraných nástrojů pro udržování kvality v případě oslovených pracovišť.

Projekt DP

**Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy
Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických
organizacích**



**Adiktologická péče v prostředí českých věznic:
Zkušenosti se zaváděním nové adiktologické služby**

Elizabeth Nováková

Číslo studenta: 51336434

Imatrikulační ročník 2019

Projekt diplomové práce

Formulace a vstupní diskuse problému

Uživatelé návykových látek tvoří velkou část celkové vězeňské populace, přičemž studie ukazují, že většina uvězněných osob během života nelegální látky užívala a u mnohých došlo k rozvinu problematických vzorů užívání a s nimi spojených chronických problémů. Nelegálnost drogových trhů a náklady na užívání drog, často financované z trestné činnosti, zvyšují navíc riziko uvěznění (EMCDDA, 2012). Důvody pro užívání drog ve věznici jsou různé. Patří mezi ně nuda, pokus o mentální únik ze situace, snaha uvolnit se a zbavit stresu, zlepšit spánek, předcházet projevům odvykacího syndromu, nebo prostá dostupnost drog (Penfold et al., 2005). Jako látky nejvíce dostupné hodnotí odsouzení léky bez lékařského předpisu, alkohol vyrobený ve věznici, konopné látky a pervitin (NMS, 2017).

Dle údajů Národního monitorovacího střediska má zkušenost s užitím drog včetně alkoholu v tuzemské vězeňské populaci 71,4 % dotázaných. S jakoukoliv nelegální látkou pak 52,3 %. Injekční užití drogy někdy v životě uvedlo 31,4 %, během pobytu ve věznici pak 8,5 % (NMS, 2016). Více než třetinu osob nastupujících do výkonu trestu odnětí svobody lze označit za problémové uživatele. Většina (94 %) užívá návykové látky injekčně (NMS, 2017). Míra užívání návykových látek je ve vězeňském prostředí vyšší než v obecné populaci. Odsouzení mají častější zkušenost s nelegálními látkami, zejména s pervitinem a heroinem (NMS, 2017). Například v případě tabáku je prevalence uživatelů ve vězeňské populaci třikrát vyšší ve srovnání s obecnou populací (Urbanová a Mravčík, 2019).

Užívání drog ve věznici je nelegální a přináší množství problémů. Kromě vymahatelnosti práva jsou to také zdravotní důsledky pro uživatele, společenské náklady spojené s problematickým užíváním drog a z něj plynoucích škod a v neposlední řadě zvýšená recidiva. Uvězněné osoby užívající drogy intravenózně zejména čelí vysokému riziku přenosu HIV a hepatitidy typu C v důsledku vysoké prevalence těchto onemocnění v prostředí věznic a absenci harm reduction programů, což může uživatele přimět ke sdílení injekčního vybavení častěji a mezi více lidmi (UNODC, 2019). Výzkumy ukazují, že určité typy adiktologických programů mohou mít příznivý dopad na míru recidivy, ale také na snížení míry morbidit a mortality uživatelů či ochranu veřejného zdraví (Fazel et al., 2006; EMCDDA, 2017; Haviv a Hasisi, 2019; Bukten et al., 2020). Přes tuto skutečnost je adiktologických programů pro cílovou skupinu stále značný nedostatek.

Vězeňská služba ČR zřizuje pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené služby. Poradny drogové prevence, jejichž zřízení, činnost a povinnosti vymezuje NGR č. 36/2010, poskytují informační servis a individuální poradenství. Dále jsou zřizovány bezdrogové zóny, upravené v části třetí NGR č. 26/2010, se standardním či terapeutickým zacházením a specializovaná oddělení zaměřená na dobrovolnou či nařízenou léčbu závislosti (Ministerstvo spravedlnosti, 2016). Ve vybraných věznicích jsou zavedeny substituční centra a detoxifikační jednotky (NMS, 2016). Substituční centra od svého zavedení v roce 2008 stagnují, ročně je do programů zapojeno v celé republice asi 50 vězněných osob,

příčemž potenciálně vhodných k zařazení do substitučního programu je asi 1200 (NMS, 2017). Specializované oddíly k dobrovolnému léčení závislosti byly v roce 2019 zřízeny v 11 věznicích z 35, s celkovou kapacitou 349 míst (NMS, 2020). Výměnný injekční program v tuzemských věznicích zavedený není. V roce 2013 provedla Vězeňská služba *Analýzu možnosti pilotního zavedení distribuce harm reduction materiálu ve věznicích*. Výsledkem analýzy je nemožnost distribuce sterilního injekčního materiálu vzhledem k současně platnému zákonnému rámci (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2016). Evropské vězeňské systémy se k zavádění injekčních výměnných programů zpravidla staví odmítavě, neboť se objevuje obava z nárůstu konfliktů, násilí a možnosti ohrožení personálu. Z poznatků získaných ve vybraných věznicích se zavedenými programy však nevyplývá, že by k podobným jevům docházelo (Lines et al., 2004; Stöver a Nelles, 2003 In Úřad vlády České republiky, 2006).

Do tuzemských věznic mají přístup některé nestátní neziskové organizace, poskytující zejména individuální poradenské služby a case management. Jejich poskytovatelé jsou obvykle součástí sítě adiktologických služeb a podléhají požadavkům příslušných resortů, zejména sociálního a/či zdravotního. Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární, v ČR fungují v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu, zachycujícího podstatné aspekty vzniku a vývoje závislosti a závislostního chování. Účelem služeb je poskytovat specializovanou odbornou péči cílovým skupinám pomocí souboru intervencí a postupů uplatňovaných s cílem zlepšení zdravotního a sociálního stavu (Kalina, 2015). Služby jsou poskytovány zejména v síti sociálního, zdravotního a školského systému. Koordinačním orgánem na státní úrovni je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), která mimo další činnost vydává Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, definující odborně stanovené požadavky na jednotlivé typy služeb, kterých je v současné době deset (RVKPP, 2015). Naplnění Standardů a získaná Certifikace odborné způsobilosti je zárukou státu, že služby jsou poskytovány na odborné úrovni dle evidence-based poznatků. Desátý Standard je věnován adiktologickým službám ve vězení, přičemž jde o služby externě poskytované. Standard tedy definuje požadavky na civilní adiktologické služby, jejichž zástupci v určených intervalech navštěvují klienty ve věznicích a případně s nimi pracují dále po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

Od roku 2016 jsou v českých věznicích zřizovány pozice adiktologa. V tomto případě je adiktolog zaměstnancem Vězeňské služby, poskytujícím ambulantní nebo stacionární formu péče cílové skupině, způsobilý k samostatnému výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle vyhlášky MZ č.99/2012 Sb. Vyhláška upravuje rovněž požadavky na provozní zabezpečení ordinace a její minimální personální zajištění. Pracovní pozice adiktologa je podmíněná dostupností psychiatra nebo lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech.

Analýza a rozvíjení stávajícího systému odborné péče je jedním ze specifických cílů *Koncepce vězeňství do roku 2025* (Ministerstvo spravedlnosti, 2016). Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice pracovalo v uplynulém roce 15 adiktologů ve 13

věznicích z celkových 35 (NMS, 2020). Jednotlivé věznice disponují svými specifiky, vstup adiktologů tedy nebyl jednotný. V některých věznicích je adiktologická služba koncipována ve stacionárním modelu, v jiných spíše v modelu adiktologické ambulance. V některých věznicích se adiktolog stal aktivním členem poradny drogové prevence, jinde jsou tyto dvě služby (poradna a adiktologické pracoviště) propojeny minimálně. Taktéž podoba pracoviště či způsob práce s klienty nejsou standardizované. Služby resortně přísluší k Ministerstvu spravedlnosti a nepodléhají financování z RVKPP, tudíž nemusí splňovat nároky certifikace.

Vstup oboru do prostředí věznic je důležitým krokem racionální drogové politiky. Neobvyklá situace však staví adiktologická pracoviště před mnoho výzev, mezi něž patří například definice cílové skupiny, nastavení systému zajištění kvality poskytovaných služeb či nastavení způsobu práce s klienty.

Monitoring problémů spojených s užíváním návykových látek u lidí vstupujících do věznic, doprovázený léčbou založenou na důkazech a opatřeními ke snižování škod, má potenciál zlepšit zdraví uvězněných lidí, a také zdraví komunit, do nichž se vracejí (Bukten et al., 2020).

Cíl práce

Míra užívání návykových látek je ve věznicích vyšší než v obecné populaci. Kapacita pro léčbu a prevenci dlouhodobě neodpovídá prevalenci uživatelů návykových látek. Zřízení specializovaných adiktologických pracovišť je tedy racionálním krokem, avšak vzhledem k velikosti cílové skupiny je stávající počet adiktologů stále nedostatečný. Popis zkušeností se zaváděním nové služby poskytne sondu do počátku fungování a současné podoby specializované adiktologické péče ve specifickém prostředí věznic. Práce představí podrobně zkušenost konkrétního pracoviště (nastavování procesů, definování a oslovení cílové skupiny, řízení změn, nastavení interního systému zajištění kvality, reakce na Covid-19) a také poznatky některých dalších pracovišť. Tímto způsobem dojde ke zmapování uplynulého období (2018 - 2020), což může být užitečné při budoucím rozšiřování sítě adiktologických služeb ve vězeňském prostředí. Jelikož pracoviště nepodléhají oborovým požadavkům na zajišťování kvality, může být vzájemné sdílení inspirující i v tomto ohledu. Podobné výzkumy by v budoucnu mohly přinést poznatek o nejvhodnějším typu pracoviště a nastavení služeb tak, aby naplňovaly potřeby cílové skupiny. Adiktologové ve věznicích jsou specifickou skupinou, a proto nepůjde o plošně zobecnitelné výsledky. Vstup oboru na pole vězeňství je však významným a je třeba mu věnovat pozornost. Na mikroúrovni mohou výsledky poskytnout užitečné sdílení a tím vést ke zlepšení procesů, vzájemné inspiraci, sdílení dobré praxe a tím v konečném důsledku ke zvýšení kvality služeb poskytovaných klientům. Na makroúrovni může být práce sondou do zavádění nové služby ve specifickém prostředí.

Výzkumná otázka

Cílem výzkumu je přinést poznatky o tom, jaké jsou zkušenosti adiktologů se zaváděním nové adiktologické služby ve vězeňském prostředí. Výzkumnou otázkou je tedy **Jaké jsou**

zkušenosti se zaváděním a fungováním nové adiktologické služby ve specifickém prostředí věznice? K zodpovězení výzkumné otázky poslouží zejména rozhovory s adiktology a také analýza dokumentů. Tento výzkum je specifický pozicí autorky práce uvnitř systému péče, kdy od roku 2018 působí na částečný úvazek jako adiktoložka v jedné z věznic. Výhodou je přímá zkušenost se zaváděním nové služby a jejím dalším vývojem, přístup k datům a znalost zkoumaného terénu, možnost pozorování služby v kontextu, snadnější navázání spolupráce s informanty a bližší vztah s nimi. Nevýhodou je určitá míra zkreslení daná absencí odstupu od žité praxe. V rozhovorech s informanty lze dosáhnout vyšší míry důvěry a sdílení, avšak zároveň je na autorku kladen větší nárok na dodržení všech formálních náležitostí a procesů tak, aby byl naplněn cíl a nešlo pouze o neformální rozhovor bez obsahu klíčových dat. K tomu mohou sloužit techniky jako reflektivní naslouchání a shrnování.

V případě interpretace dat rovněž může docházet ke zkreslení objektivity vlivem osobní zkušenosti a aktivní pozice v systému, proto je třeba s omezením vědomě pracovat.

Metodologie

V první etapě výzkumu proběhne kvalitativní analýza dokumentů. Analýza dokumentů je technikou tvorby dat v empirickém výzkumu, která umožňuje získat data a informace z dokumentů nesoucích záznam o realitě (Buriánek, 2018). V tomto případě půjde zejména o analýzu výkaznictví a statistických dat. Ambulance vede od roku 2019 výkaz činnosti o každém pracovním dni, v níž je záznam o klientech a intervencích, které čerpali. V měsíčních intervalech je zpracovávána statistika, reflektující činnost ambulance a charakteristiky cílové skupiny. Statistika nese záznam o tom, kolik klientů (muži/ženy) prošlo programem a kolik z nich je prvkontaktem, tedy přichází do programu v daném měsíci poprvé. Dále statistika zobrazuje, jaká je primární návyková látka klientů, zda jsou intravenózními uživateli drog, či zda jsou zařazeni v substitučním programu. Zpracovávána budou v tomto případě data za rok 2019 a 2020, protože během roku 2018 docházelo k nastavování procesů a zavádění ambulance do chodu. Během první poloviny roku navíc nebylo možné poskytovat služby kvůli nedostatečnému personálnímu zajištění ambulance, protože nebyl dostupný lékař s nutnou specializací.

Analýzou zmíněných dat lze získat obraz o počtu klientů v programu, o typech četnosti jednotlivých výkonů a charakteristikách cílové skupiny. V případě konkrétní ambulance, jíž je autorka součástí, je vstup do programu na dobrovolné bázi. Získaná data tak mohou ukázat, jací klienti péči vyhledávají a jak co nejvhodněji program koncipovat, aby naplňoval potřeby cílové skupiny a byl atraktivní pro zájemce o službu.

Ve fázi druhé proběhnou polostrukturované rozhovory s adiktology. Vzhledem k současné celosvětové pandemii Covid-19 se na provoz pracovišť vztahuje mnoho opatření, včetně omezení veškerých hromadných akcí. Původním záměrem autorky byla realizace rozhovorů v rámci pravidelného semináře, kterého se adiktologové účastní, a jež je za běžných podmínek konán dvakrát ročně. Za současné situace připadá v úvahu realizace

rozhovorů prostřednictvím Skype či podobné platformy. Osloveni budou adiktologové působící ve věznicích v daném čase, tedy absolventi minimálně bakalářského stupně oboru Adiktologie, případně adiktologové uznáni na základě délky praxe během přechodného období. Kritériem vstupu do výzkumu bude přítomnost na pracovišti od roku 2018²⁰, tedy v „první vlně“ obsazování pracovišť adiktology. Oslovení proběhne e-mailem a poté telefonicky. Respondentům bude zaslán e-mail, jehož součástí může být informovaný souhlas, protože vzhledem k současným podmínkám pravděpodobně nedojde k osobnímu setkání.

Výhodou polostrukturovaných rozhovorů je částečná míra formalizace sloužící při analýze získaných dat, a přitom poměrně velká volnost umožňující pokládat doplňující otázky (Mioviský, 2006). Hendl (2005) doporučuje při přípravě interview navrhnout obecné téma a poté pokračovat detekcí podtémat a zajímavých okruhů, uspořádat témata dle důležitosti. Obecným tématem jsou v případě tohoto výzkumu zkušenosti pracovišť se zaváděním adiktologické služby ve specifickém prostředí. Okruhy budou tvořeny dotazy na roli v systému péče o cílovou skupinu v dané věznici, na typ pracoviště (stacionární/ambulantní forma), na překážky a příležitosti při zavádění služby, na způsob definování a navazování kontaktu s cílovou skupinou, na způsob managementu kvality poskytovaných služeb či na charakteristiky klientů.

Časový harmonogram

Termín	Zpracování teoretické části práce	Příprava výzkumného nástroje pro sběr dat	Sběr dat	Zpracování dat	Analýza dat a interpretace	Finální uspořádání
01/2021	X	X				
02/2021			X			
03/2021			X	X		
04/2021				X		
05/2021					X	
06/2021					X	
07/2021						X

Struktura práce

Práce bude členěna do části teoretické a praktické. Účelem teoretické části je představit systém civilních adiktologických služeb, systém péče o osoby závislé nebo závislostí ohrožené v prostředí tuzemských věznic a uvést informace o povaze užívání návykových látek ve vězeňském prostředí. Dále teoretická část představí praxi a vybrané koncepty práce s cílovou skupinou osob závislých nebo závislostí ohrožených v zahraničí a zmapuje pozici i východiska českého vězeňského systému.

Praktická část si klade za cíl poskytnout sondu do fungování pracoviště, jehož je autorka textu součástí. Ve fázi následující je účelem praktické části zodpovědět výzkumnou otázku, tedy jaké jsou zkušenosti se zaváděním a fungováním nové adiktologické služby ve specifickém prostředí věznice.

²⁰ Do roku 2018 byl v rámci Vězeňské služby zaměstnán pouze jeden adiktolog. Nebylo by tak možné rozhovor anonymizovat.

Bibliografie

Bukten, A., Lund, I., Kinner, S. et al. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. *Health and Justice* (2020) 8:10.

Buriánek, J. (2018).: Analýza dokumentů. Sociologická encyklopedie. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Analýza_dokumentů

EMCDDA (2012). Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA. (2017). Health and social responses to drug problems. A European guide. Luxembourg.

Fazel, S., Bains, P. a Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2).

Haviv N, Hasisi B. (2019). Prison Addiction Program and the Role of Integrative Treatment and Program Completion on Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2019;63(15-16):2741-2770.

Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál.

Kalina, K. et al. (2015) Klinická adiktologie. GRADA Publishing, a.s.

Ministerstvo spravedlnosti (2016). Koncepce vězeňství do roku 2025. Dostupné z : <https://www.databaze-strategie.cz/cz/ms/strategie/koncepce-vezenstvi-do-roku-2025?typ=o>

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.

NMS (2016). Užívání drog ve věznicích. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IMK2LgHfTRgJ:https://www.mvcr.cz/soubor/drogy-a-vezni-pdf.aspx+&cd=4&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=safari>

NMS (2017). Užívání návykových látek a hraní hazardních her ve vězeňské populaci ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Zaostřeno, 6/2017. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32756/796/Zaostreno_2017-06_v02.pdf

NMS (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/VZdrogy2019_v02.pdf

NMS (2020). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2019. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/VZhazard2019_web_v20200814-04.pdf

Penfold, C., Turnbull, P.J., Webster, R. (2005). Tackling Prison Drug Markets: An Exploratory Qualitative Study Article. Institute for Criminal Policy Research King's College London. Online Report 39/05.

Právní poradna A.N.O. (nd). Právní postih za užívání a držení drog. Asociace nestátních organizací. Dostupné z: <https://poradna.asociace.org/pravni-informace/pravni-postih-za-uzivani-a-drzeni-drog/>

RVKPP (2015) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf

UNODC (2019). World drug report 2019. United Nations publication. Dostupné z:

https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf

Urbanová, P., Mravčík, V. (2019). Kouření tabáku u vězňů. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(1), 8–12.

Úřad vlády České republiky (2006). Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1641/809/Pozicni%20dokument_o_%20drogach_veznicich_a_harm_%20reduction.pdf

Vyhláška č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>