



Institut pro kriminologii  
a sociální prevenci

# Vězeňství a drogy v Evropě

## Aktuální a budoucí výzvy

# **Vězeňství a drogy v Evropě**

## **Aktuální a budoucí výzvy**

Linda Montanari  
Luis Royuela  
Ines Hasselberg  
Liesbeth Vandam

Český překlad tohoto dokumentu byl pořízen a publikován se souhlasem Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), a za jeho kvalitu odpovídá vydavatel českého znění.

First published in English as *Prison and drugs in Europe: current and future challenges* by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022

Translation into Czech made by Mgr. Jiří Bareš

Poprvé publikováno Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost v anglickém jazyce pod názvem *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*.

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2022

Překlad do českého jazyka Mgr. Jiří Bareš



Evropské monitorovací centrum  
pro drogy a drogovou závislost

**Editoři:**

Linda Montanari, Luis Royuela, Ines Hasselberg a Liesbeth Vandam

**Překlad:**

Mgr. Jiří Bareš

**Předmluva nakladatele:**

JUDr. Petr Zeman, Ph.D.

**Technická spolupráce:**

Lucie Černá

ISBN 978-80-7338-199-8

© Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2022

[www.kriminologie.cz](http://www.kriminologie.cz)

## **Právní upozornění**

Tato publikace Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je chráněna autorským právem. EMCDDA se zříká jakékoli odpovědnosti a závazků v souvislosti s případnými důsledky plynoucími z použití údajů obsažených v tomto dokumentu. Obsah této publikace nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska jednotlivých partnerů EMCDDA, členských zemí EU nebo jakýchkoli institucí či orgánů Evropské unie.

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2022

Doporučená citace: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*, Publications Office of the European Union, Luxembourg

# **Předmluva vydavatele k českému vydání**

Vztah mezi užíváním návykových látek, včetně tzv. nelegálních drog, a kriminálními aktivitami byl prokázán již nesčetnými vědeckými studiemi. Pro účely zabránění mylné interpretaci tohoto poznatku je třeba neustále připomínat, že prokázána je existence uvedeného vztahu, ovšem jeho povaha stále ještě zcela objasněna není – rozhodně se nejedná o vztah jednosměrný či přísně kauzální. Přesto však platí, že u uživatelů drog je vyšší pravděpodobnost zapojení do trestné činnosti a u osob z kriminální subkultury zase vyšší pravděpodobnost závislostního chování. Tím spíše to platí pro kriminální subpopulaci pachatelů, které jejich delikventní aktivity dovedly až do výkonu trestu odnětí svobody. Skutečnost, že naprostá většina vězněných osob má s užíváním drog zkušenosti a podíl intenzivních uživatelů drog mezi nimi je výrazně vyšší, než v obecné populaci, je známa a opakovaně výzkumy potvrzována.

Problematika vězněných uživatelů drog tak v sobě spojuje aspekty ze dvou oblastí, jež jsou komplikované už samy o sobě – vězeňství a látkových závislostí. Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) se ve své výzkumné činnosti oběma oblastem věnuje dlouhodobě a kontinuálně, a nevyhýbá se ani výzkumným úkolům, v nichž se prolínají. Na počátku tisíciletí to byl např. výzkum „Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy“, v posledních letech úkol „Zacházení s uživateli drog ve vězení“ či aktuálně probíhající projekt „Návaznost penitenciární a postpenitenciární péče o odsouzené uživatele drog“. Vzhledem ke skutečnosti, že výše uvedené teze o vztahu užívání drog a delikvence platí všeobecně, je možné a užitečné hledat informace a inspiraci také v zahraničí. Jsme proto rádi, že můžeme odborné i širší veřejnosti v naší ediční řadě PRAMENY nabídnout překlad publikace Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*. Jedná se o komplexní popis a rozbor nejrůznějších aspektů problematiky výskytu a užívání drog ve vězeňském prostředí v evropských zemích. Tento evropský kontext pokládáme za velice důležitý, protože se lze často setkat s tím, že v domácí diskusi o drogové politice bývají jako argumenty předkládány studie či zprávy, zabývající se situací – pokud jde o přístup k problematice závislostí – v dosti odlišných regionech, typicky Severní Americe či Asii. Zároveň je dlouholetá praxe EMCDDA v monitorování drogové problematiky a syntéze relevantních dat z různých zdrojů zárukou seriózních a na aktuálních vědeckých poznatcích založených výstupů. Pro připomenutí, EMCDDA je institucí Evropské unie, jejímž hlavním úkolem je poskytovat evropským orgánům a členským státům objektivní, spolehlivé a srovnatelné informace o drogách, drogových závislostech a jejich důsledcích.

Přeložená publikace se věnuje dané problematice z nejrůznějších perspektiv. Poskytuje epidemiologický přehled o užívání drog před nástupem výkonu trestu odnětí svobody, během jeho výkonu a po propuštění na svobodu, popisuje související zdravotní problémy vězněných osob, mapuje intervence zaměřené na snižování problémů spojených s užíváním drog ve vězeňském prostředí, a nevyhýbá se ani citlivé otázce mechanismů nabídky drog ve věznicích. Komplexnost a pečlivé zpracování publikace zároveň znesnadňuje roli autora předmluvy českého překladu, neboť jej vystavuje riziku, že bude opakovat myšlenky z předmluvy k samotné publikaci, kterou sepsal ředitel EMCDDA Alexis Goosdeel. Proto již jen vyjádřím naději, že tato v řadě ohledů výjimečná kniha nalezne díky překladu další české čtenáře nejen mezi pracovníky ve vězeňství či poskytovateli adiktologických služeb, ale i v širší odborné komunitě kriminologů, penologů, sociálních pracovníků apod., jakož i v akademické obci a mezi studenty souvisejících oborů.

Dovolím si zde též poděkovat EMCDDA za svolení k překladu publikace, jeho vydání v naší ediční řadě PRAMENY a zveřejnění na webových stránkách IKSP.

Petr Zeman  
IKSP





# Obsah

<b>Předmluva</b>	<b>11</b>
<b>Shrnutí</b>	<b>15</b>
<b>Kapitola I. Úvod do problematiky vězeňství a drog v Evropě</b>	<b>23</b>
<b>Kapitola II. Užívání drog před nástupem do vězení během výkonu trestu a po propuštění</b>	<b>33</b>
<b>Kapitola III. Zdravotní problémy vězněných osob související s užíváním drog</b>	<b>49</b>
<b>Kapitola IV. Zdravotní a sociální opatření zaměřená na řešení problémů s drogami ve vězeních</b>	<b>71</b>
<b>Kapitola V. Intervence zaměřené na minimalizaci rizik ve vězení</b>	<b>103</b>
<b>Kapitola VI. Dostupné poznatky a příklady dobré praxe ve vztahu k řešení problematiky užívání drog a souvisejících negativních dopadů ve vězeňském prostředí</b>	<b>117</b>
<b>Kapitola VII. Nabídka drog ve vězení</b>	<b>147</b>
<b>Kapitola VIII. Aktuální poznatky a budoucí výzvy</b>	<b>167</b>

# Předmluva

Je mi velkým potěšením, že mohu představit tuto novou publikaci Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) nazvanou Vězeňství a drogy v Evropě, jež postihuje předmětnou problematiku v celé její šíři. Pojednává podrobně o širokém spektru problémů týkajících se užívání drog a souvisejících problémů ve vězeňské populaci, o zdravotních a sociálních intervencích, jimiž lze v současnosti problémy s užíváním drog ve věznicích řešit, včetně nejnovějších výzkumem ověřených poznatků o jejich efektivitě, jakož i o nabídce návykových látek ve věznicích a obchodování s nimi v tomto prostředí. Zamýšlí se rovněž nad současnými i budoucími výzvami ve vztahu k problematice užívání drog ve věznicích.

Věznice a fenomén užívání návykových látek jsou vzájemně provázány komplikovaným způsobem. Víme, že u osob, které si odpykávají trest odnětí svobody nebo mají zkušenost s pobytem ve vězení, existuje vyšší pravděpodobnost, že užívají nebo v minulosti užívaly návykové látky, včetně výskytu různých problémů, které se s takovým užíváním pojí. Víme rovněž, že ve výkonu trestu se jejich návykové chování často mění. Aby bylo možné adekvátně a efektivně reagovat na zdravotní a sociální potřeby vězněných osob, je nezbytně nutné mít dobré povědomí o vzorcích, prevalenci a dopadech užívání drog mezi touto populací a vědět, která opatření a intervence se ve vězeňském prostředí nejlépe osvědčují a která jsou v evropských zemích aplikovatelná v praxi. Důležité je to zejména, uvážíme-li, že mnozí uživatelé drog se právě ve vězení dostanou vůbec poprvé do kontaktu se sociálními a zdravotními službami. Velkou výzvou pro vězeňskou službu je také řešení nabídky a distribuce drog, zejména s ohledem na aktuální rozmach tzv. nových psychoaktivních látek ve věznicích a kreativní využívání nových technologií při dopravování nelegálních látek do vězeňského prostředí.

EMCDDA monitoruje situaci v oblasti drog již 25 let a problematika drog ve vztahu k vězeňství patří k ústředním tématům naší práce. Předpokládáme, že tato zpráva se stane důležitým a tolik potřebným podkladem pro rozvoj a implementaci národních politik a praktických intervencí a v neposlední řadě podnítí výzkumné aktivity v celoevropském měřítku.

Na význam vězeňského prostředí vzhledem k řešení drogové problematiky poukazuje i nová protidrogová strategie EU na období 2021-2025 a její akční plán, jehož jedna ze strategických priorit se zaměřuje právě na řešení zdravotních a sociálních potřeb osob, které drogy užívají ve vězení i po propuštění na svobodu. Oba dokumenty v této souvislosti akcentují principy rovnocennosti a kontinuity zajišťování zdravotní péče ve věznicích. Klíčová role adiktologických služeb pro vězněné osoby, které mají problémy s užíváním drog, koresponduje rovněž s 10. cílem udržitelného rozvoje OSN (UN SDG 10) zaměřeným na snižování nerovnosti a s UN SDG 3, jehož náplní je zajištění zdravého života a zvyšování jeho kvality pro všechny osoby bez ohledu na jejich věk.

Přínosnost informací z hlediska politiky a praxe je podmíněna jejich odbornou robustností a načasováním. Právě za tímto účelem vytvořila EMCDDA metodologický rámec k monitorování agendy vězeňství a drog, včetně monitorovacích nástrojů, jaký představuje evropský dotazník k mapování užívání návykových látek mezi vězněnými osobami. Cílem těchto aktivit je harmonizace sběru dat v Evropě, podpora sdílení příkladů dobré praxe a získaných zkušeností a zkvalitňování monitoringu fenoménu užívání drog, jakož i podpora evropských zemí v jejich reakcích na stávající i budoucí výzvy. Je třeba zmínit,

že za vznik této publikace vděčíme přispění mnoha partnerů a expertů, včetně monitorovacích středisek tvořících síť Reitox a vědeckého výboru EMCDDA, mezinárodních odborníků na oblast vězeňství, pracovníků vězeňské služby a lidí s bezprostředními zkušenostmi z praxe i kolegů výzkumníků z EMCDDA.

Stručně řečeno, věříme, že upozorněním na současné příležitosti a výzvy pojící se s řešením aktuální složité problematiky drog ve vězeních bude tento text důležitým krokem k zajištění lepší péče o početnou skupinu osob, jež se vedle konfliktu se zákonem potýkají také s adiktologickými problémy, jakož i o společnost, do níž se po propuštění vrací, a v konečném důsledku tak přispěje ke zdravější a bezpečnější Evropě pro všechny. V tomto duchu bych vás rád pozval k četbě předkládané publikace.

Alexis Goosdeel  
ředitel EMCDDA



# Shrnutí

## Východiska

V kterýkoli den je v Evropě ve vězení přibližně 856 000 lidí. Ve srovnání s obecnou populací je u vězněných osob podstatně pravděpodobnější, že v minulosti užívaly nějaké drogy, že drogy užívají pravidelně a že se v souvislosti s užíváním drog potýkají s nějakými problémy. Platí to i přes značné rozdíly v jednotlivých zemích, přičemž markantní je to zejména v případech žen. Přesto stále není k dispozici dostatek relevantních dat o prevalenci užívání drog mezi vězněnými osobami, o jejich poptávce po službách adiktologické péče a o dostupnosti takových služeb ve věznicích, jakož i o dodávání drog do věznic, a mnohé rezervy také existují v oblasti harmonizace a porovnatelnosti dat mezi jednotlivými zeměmi, byť v posledních letech byl v tomto ohledu zaznamenán určitý pokrok. Lepší pochopení těchto otázek a dostatek relevantních dat je nezbytným východiskem pro koncepční rozhodování, analýzu potřeb, plánování služeb a organizaci adiktologické péče ve věznicích.

Tato zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) vycházející v rámci ediční řady *Insights* poskytuje přehled aktuálních poznatků a nejnovějšího vývoje v situaci užívání drog ve věznicích v 30 zemích, které EMCDDA poskytly příslušné údaje do konce roku 2020: jedná se o 27 členských států EU, Norsko, Turecko a Spojené království. Poukazuje rovněž na zásadní mezery v našem poznání, rezervy v kvalitě poskytování jednotlivých intervencí a jejich důsledky pro příslušnou politiku a praxi. Zpráva poskytuje přehledný nástin problematiky drog ve věznicích ve vztahu k následujícím oblastem: užívání drog a související problémy ve vězeňské populaci, dostupnost adiktologických služeb ve věznicích, dostupné výzkumem ověřené poznatky o efektivitě jednotlivých intervencí ve vězeňském prostředí, nabídka drog a intervence zaměřené na omezování této nabídky a budoucí výzvy ve vztahu k problematice vězeňství a drog.

## Hlavní poznatky

Ve srovnání s obecnou populací vykazují vězněné osoby vysokou míru předchozích zkušeností s užíváním návykových látek a vyšší míru konzumace zejména heroinu, kokainu a amfetaminů. Ačkoli mnoho lidí po nástupu do výkonu trestu přestane užívat drogy injekčně, u těch, kteří v tom pokračují, není výjimkou používání, resp. opakované používání, kontaminovaného aplikačního náčiní, což zvyšuje riziko přenosu infekčních onemocnění v tomto prostředí.

Celoživotní prevalence užívání návykových látek před nástupem a během výkonu trestu odnětí svobody se v jednotlivých zemích liší v závislosti na rozdílech v organizaci provozu věznic, protidrogové politice a prevalenci užívání návykových látek v obecné populaci, jakož i na rozdílech v metodice prováděných šetření. Uvádí se, že zejména ženy jsou ve vězení ohroženy problémovým užíváním drog. V posledních letech představuje ve věznicích značný problém nárůst užívání tzv. nových psychoaktivních látek, obzvláště syntetických kanabinoidů. Předpokládá se, že na rozvoji tohoto fenoménu se mimo jiné podepsala počáteční nemožnost tyto látky odhalit při rutinním testování moči.

Vězněné osoby se vyznačují horším fyzickým i duševním zdravím a sociální pohodou než jejich protějšky ve většinové populaci a vykazují také nižší hodnoty střední délky života. Rovněž se u nich ve větší míře vyskytuje nákaza virem HIV, virovou hepatitidou typu



B (VHB) a C (VHC) a tuberkulózou. Lidé, kteří někdy byli ve vězení, vykazují ve srovnání s obecnou populací větší úmrtnost, což je důsledek několika rizikových faktorů, mezi něž patří i užívání drog, včetně injekčního. U injekčních uživatelů opioidů se pak markantně zvyšuje riziko úmrtí na předávkování v době krátce po propuštění z vězení.

Mnohé intervence zaměřené na snižování poptávky po drogách, jež se prokazatelně osvědčují v běžné populaci, se v Evropě implementují také ve věznicích, byť často s určitou prodlevou a nedostatečným pokrytím. Mezi tyto intervence patří mapování situace v oblasti užívání návykových látek, informování o problematice drog a protidrogová prevence, farmakologická léčba, včetně opioidové substituční terapie (OST), psychosociální intervence, intervence cílené na infekční onemocnění související s užíváním návykových látek a příprava na propuštění asociální reintegraci. OST je ve věznicích k dispozici v Norsku, Turecku, Spojeném království a ve všech členských státech EU s výjimkou Slovenska, nicméně ve většině evropských zemích je pokrytí těmito službami nadále omezené.

Intervence nabízené ve věznicích v rámci prevence a kontroly infekčních onemocnění zahrnují testování, očkování proti VHB, léčbu HIV a hepatitidy typu C a edukaci o rizicích a prevenci infekčních chorob. Dostupnost testování a léčby však zůstává nízká. Další intervence v oblasti minimalizace rizik (harm reduction), jejichž efektivita byla ověřena v běžné populaci, např. programy výměny injekčního náčiní nebo programy distribuce kondomů a bezpečného tetování, jsou v Evropě dostupné jen v několika málo věznicích. Mezi intervence připravující odsouzené na propuštění patří sociální intervence, zprostředkovávání kontaktu s příslušnými službami mimo věznici a strategie zaměřené na prevenci předávkování; naloxon poskytuje osobám opouštějícím věznici jen omezený počet zemí.

Řadu pozitivních aspektů, jako je předcházení škodlivým dopadům odnětí svobody a podíl na úspoře nákladů na vězeňský systém (např. infrastrukturu, personální kapacitu), může přinášet odklon odsouzených s adiktologickým problémem od nepodmíněných trestů odnětí svobody směrem k nápravným opatřením. Alternativní tresty nespojené s odnětím svobody se v některých evropských zemích aplikují, nicméně přístup k tomuto odklonu je značně nejednotný a celkově se zatím uplatňuje jen v omezené míře.

Zdravotnické a adiktologické intervence ve vězení nejsou doposud dobře prozkoumány a účinnost některých těchto kroků tak není zřejmá. Vzhledem k relativně rozsáhlému korpusu poznatků o intervencích v rámci obecné populace lze sice do značné míry aplikovat analogické postupy, ale je důležité, aby další výzkum zohledňoval i specifika vězeňského prostředí.

Interakce mezi vězením a ostatní společností vytváří mezi oběma prostředím styčné plochy a průsečíky, což platí zejména v případě osob, které se v důsledku užívání drog potýkají s nějakými problémy. Právě zajištění kontinuity péče pro osoby pohybující se mezi vězením a životem na svobodě je klíčové pro dosažení udržitelných a efektivních výsledků léčby a bude mít také významný dopad na veřejné zdraví.

Ve srovnání se začátkem 21. století se v poslední době v některých zemích dostupnost a úroveň zajišťování služeb zdravotní a sociální péče zaměřených na potřeby uživatelů drog ve vězení zlepšila. Nicméně vězněné osoby mají většinou jen omezené možnosti léčby a zásady rovnocennosti a kontinuity péče tak zůstávají ve většině evropských

zemích nenaplněny. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace by zdravotní služby ve věznicích měla zajišťovat a garantovat ministerstva zdravotnictví a řízení a koordinace všech příslušných aktérů a prostředků podílejících se na ochraně zdraví a zajišťování osobní pohody vězněných osob by měla být zodpovědností státu na meziresortní úrovni, kde by byla zdravotní péče ve věznicích zcela nezávislá na vězeňské správě, nicméně oba segmenty by spolu efektivně spolupracovaly.

Zdravotní a sociální intervence ve věznicích mohou mít významný veřejnozdravotní dopad na nemocnost a úmrtnost, a to nejen ve vztahu k vězněným osobám, ale také ke společnosti jako celku. Zapojení osob s adiktologickými problémy do léčby během jejich pobytu ve vězení může vést ke snížení míry jejich užívání drog, jejich rizikového chování (včetně rizika nákazy infekčními chorobami) i rizika předávkování po propuštění na svobodu.

Problémy s užíváním návykových látek jsou jen jedním z mnoha rizikových faktorů, jimž jsou lidé, jež strávili nějakou část svého života ve vězení, vystaveni. Významnými rizikovými faktory jak z hlediska užívání drog, tak kriminálního chování jsou sociální marginalizace a nerovnost, jejichž řešení vyžaduje jednotný postup mnoha různých orgánů a institucí, které se vedle vlastního užívání drog a souvisejících problémů musejí zabývat také dalšími důležitými zdravotními a sociálními otázkami.

Nezbytnou podmínkou pro racionální a efektivní analýzu potřeb, plánování služeb a organizování léčby je zkvalitňování důkazní základny pro zdravotní intervence ve věznicích (včetně jejich dopadu na veřejné zdraví) a potřeby vězněných osob s adiktologickými problémy (včetně žen, příslušníků LGBT komunity a cizích státních příslušníků). Ta je rovněž zdrojem užitečných informací o lidech s adiktologickými problémy i mimo vězeňskou populaci.

Poptávka po drogách je v prostředí věznic vysoká a na jejím uspokojování, resp. přísunu drog do vězení se mohou podílet jak samotní odsouzení, jejich přátelé a příbuzní, tak osoby, které ve věznicích pracují, jakož i organizované kriminální skupiny. Zásobovací kanály a distribuční mechanismy ve věznicích se přizpůsobují konkrétním okolnostem v jednotlivých věznicích a jsou dostatečně flexibilní, aby dokázaly využít nové technologie (např. drony) nebo překonaly nové překážky, mezi něž patří přísnější bezpečnostní opatření a snahy vězeňských orgánů potírat užívání návykových látek. Ačkoli se průběžně zavádí celá řada bezpečnostních opatření, jejichž cílem je zabránit pronikání drog do prostředí věznic, informace o dopadech těchto opatření jsou omezené.

Lze uzavřít konstatováním, že přes postupné rozšiřování důkazní základny je nutné provádět další studie zkoumající výsledky jednotlivých intervencí zaměřených jak na snižování poptávky po drogách, tak jejich nabídky v prostředí věznic. Je rovněž důležité, aby bylo možné porovnávat příslušná data mezi jednotlivými zeměmi, což přispěje ke zkvalitnění monitoringu drogové situace v regionálním měřítku, k lepší výměně příkladů dobré praxe a získaných zkušeností a pomůže při tvorbě řešení reagujících na stávající a budoucí výzvy, které v této oblasti před Evropou stojí.

## Přehled obsahu jednotlivých kapitol

Tato publikace je rozdělena do osmi kapitol, které jako celek čtenáři předkládají ucelenou a zevrubnou analýzu evropské situace v oblasti vězeňství a drog.

První kapitola poskytuje úvod do problematiky drog a vězeňství v Evropě, včetně popisu zdrojů dat a regionálních a mezinárodních iniciativ v předmětné oblasti zájmu.

Druhá kapitola předkládá epidemiologická data týkající se vzorců konzumace drog a návykového chování u vězněných osob v Evropě. Zabývá se otázkou příčinné souvislosti mezi drogami a vězením s odkazem na prevalenční data před nástupem do výkonu trestu nebo vazby, v jeho průběhu a po propuštění. Kapitola poukazuje na vzájemné souvislosti mezi drogami, užíváním drog a vězením.

Třetí kapitola se zaměřuje na celkový zdravotní stav vězněných osob, které užívají nebo užívaly drogy. Zvláštní pozornost je věnována infekčním onemocněním a psychiatrické komorbiditě. Pojednáno je zde rovněž o mortalitě vězněných osob užívajících drogy, a to jak během pobytu ve vězení, tak po propuštění na svobodu. Kapitola se rovněž zabývá zdravotními potřebami vězněných žen s adiktologickými problémy.

Čtvrtá kapitola mapuje organizaci a implementaci intervencí v evropských věznicích. Začíná popisem hlavních principů, jimiž se řídí poskytování intervencí, a koncepčních cílů formulovaných v platných strategických dokumentech. Poskytuje přehled různých koncepčních a institucionálních rámců pro zajišťování péče o zdraví ve věznicích a nastiňuje situaci, pokud jde o dostupnost adiktologických intervencí a míru jejich pokrytí.

Pátá kapitola se zaměřuje na intervence v oblasti minimalizace rizik (harm reduction) v evropských věznicích. Uvádí přehled intervencí dostupných v evropských zemích, které ať už přímo či nepřímo souvisejí s drogovými problémy.

Šestá kapitola pojednává o zjištěních, které prokazují efektivitu adiktologických intervencí ve věznicích, a poukazuje na hlavní mezery v těchto poznatcích. Kapitola se také věnuje hlavním zásadám poskytování zdravotní péče ve věznicích a podrobněji představuje jednotlivé strategie EU zaměřené na problematiku drog ve vězení.

Sedmá kapitola se zaměřuje na nabídku drog v prostředí věznic. Pro osoby podílející se na fungování drogového trhu i ty, kteří se snaží nabídku drog eliminovat, představují věznice specifický soubor okolností a výzev. Kapitola si všímá hlavních cest a způsobů příslunu nelegálních drog a mechanismy jejich distribuce uvnitř věznic a pojednává o hlavních opatřeních realizovaných v rámci věznic k jejich eliminaci, se zvláštním zřetelem na využívání testování na přítomnost drog.

Osmá kapitola shrnuje klíčová témata nastolená v předchozích kapitolách a hodnotí je ve světle aktuálních a budoucích výzev v této oblasti. Hlavní postřehy lze rozdělit do čtyř okruhů: sociální rizikové faktory, vztah mezi vězeňským prostředím a zbytkem společnosti, poměr mezi péčí a kontrolou a alternativní tresty nespojené s odnětím svobody. Zmíněny jsou rovněž dopady na politiku a praxi.

## Poděkování

EMCDDA by ráda poděkovala následujícím externím spolupracovníkům za jejich autorský či oponentský podíl na vzniku této publikace. Jsou to Carina Ferreira Borges, Dirk Korf, Gabriele Fischer, Hans Wolff, Heino Stöver, Julien Morel d'Arleux, Stuart Kinner, Szymon Pogorzelski a Vitantonio Decenvirale.

EMCDDA dále děkuje národním monitorovacím centrům sítě Reitox za poskytnuté informace a pečlivou kontrolu jejich prezentace v této publikaci.

Centrum oceňuje přínos expertů podílejících se na vývoji metodiky sběru dat a analýze problematiky drog ve vězeních. Jsou to Aurélie Roversi, Caroline Protais, Elena Álvarez, Els Plettinckx, Fernando Mendez, Ines Kvaternik, Josipa-Lovorka Andreić, Kateřina Grohmannová, Josefina Mavrou, Laura Isajeva, Lina Jurgelaitiene, Ludmila Carapinha, Marta Molino, Milica Georgescu, Nadine Berndt, Noellia Llorens, Rita Seixas, Ruxanda Ilescu a Vana Sypsa.

EMCDDA rovněž kvituje s povděkem přínos expertů, kteří se zúčastnili odborného setkání „Vězení a drogy v Evropě: výzvy pro budoucnost“ pořádaného EMCDDA v Lisabonu v lednu 2019, jejichž zasvěcené postřehy se staly podkladem pro zpracování závěrečné kapitoly této zprávy. Jsou jimi Ehab Salah, Emma Plugge, Esther Garcia Usieto, Fadi Meroueh, Helen Mills, Ieva Vaitkevičiūtė, Jörg Pont, Linn Gjersing, Mark Johnson, Mihaela Tomita, Nino Maddalena, Robert Teltzrow, Torsten Kolind, Václav Jiříčka, Vitantonio Decenvirale, Volker Auwärter a Viktor Mravčík. EMCDDA také děkuje spolupracovníkům, kteří se podíleli na monitorování problematiky zdraví v evropských věznicích. Jsou to Éamonn O'Moore, Erika Duffell, Filipa Alves da Costa, Roberto Monarca, Roberto Raniere, Stefan Enggist a Sunita Sturup-Toft.

EMCDDA oceňuje spolupráci legislativních zpravodajů EMCDDA pro otázky národních politik.

EMCDDA je v neposlední řadě zavázána pracovníkům podílejícím se na vzniku této zprávy a rozvoji monitorovacích aktivit v oblasti vězeňství a návykových látek. Jsou to zejména Julian Vicente, Alessandro Pirona, Amber Vernoji, Andrew Cunningham, André Noor, Brendan Hughes, Bruno Guarita, Cláudia Costa Storti, Isabelle Giraudon, Jane Mounteney, João Matias, Lucas Wiessing, Madeleine Kalisch, Marica Ferri, Nicola Singleton, Thomas Seyler a Vaughan Birbeck.

EMCDDA by ráda poděkovala Dagmar Hedrich za její podíl na evropské koncepci monitoringu situace v oblasti vězeňství a drog, zejména pokud jde o problematiku minimalizace škod a rizik.

## Externí spolupracovníci

Wayne Hall	Národní centrum pro výzkum užívání návykových látek mezi mládeží, Queenslandská univerzita, Brisbane, Austrálie
Viktor Mravčík	Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Česká republika
Heino Stöver	Frankfurtská univerzita aplikovaných věd, Německo
Anna Tarján	Odbor péče o zdraví a koordinace screeningu, Budapešť, Maďarsko
Lara Tivoschi	Katedra translačního výzkumu a nových technologií v lékařství, Univerzita v Pise, Itálie
Paul Turnbull	Katedra kriminologie, Birkbeck College, Londýnská univerzita, Spojené království



# Kapitola I.

# Úvod do problematiky vězeňství a drog v Evropě

Liesbeth Vandam, Linda Montanari, Ines Hasselberg, Luis Royuela, Paul Turnbull  
a Paul Griffiths

Vězněné osoby vykazují ve srovnání s obecnou populací vyšší míru užívání drog a adiktologických problémů. Jedinci, kteří problémově užívají drogy, současně vykazují vyšší míru páčání trestné činnosti, často spojené s jejich návykovým chováním, a je u nich pravděpodobnější, že stráví určitou část svého života ve vězení, často ve formě opakovaných kratších trestů odnětí svobody. Vztah příčinné souvislosti mezi drogami a kriminalitou je však velmi komplexní a nemá jednoduchou ani lineární povahu (de Andrade, 2018). Je také třeba poznamenat, že mnozí jedinci, kteří se opakovaně dopouštějí trestné činnosti, drogy neužívají, a mnozí problémoví uživatelé drog zase nepáchají nedrogové trestné činy.

Lidé, kteří mají zkušenost s pobytem ve vězení, představují dynamickou a rychle se proměňující populaci, jež rovněž pravidelně vstupuje do kontaktu se zbytkem společnosti. Znamená to, že řešením drogových problémů v prostředí věznic lze přispívat k lepšímu zdraví vězněných osob i lidí v komunitě, do které se po propuštění vrací, což přináší prospěch pro společnost jako celek.

Tato publikace EMCDDA z ediční řady *Insights* poskytuje ucelený přehled aktuálních poznatků a nejnovějšího vývoje ve vztahu k problematice užívání návykových látek ve věznicích v evropském kontextu. Nabízí tak důležitý podklad pro koncipování fundovaných politik, veřejnozdravotních intervencí a výzkumných aktivit. Na základě mnoha různých zdrojů dat z 27 členských států EU, Norska, Turecka a Spojeného království předkládá komplexní popis epidemiologie drogového problému ve vězeních a způsobů jeho řešení prostřednictvím zdravotních a sociálních intervencí a současně poukazuje na hlavní aspekty problematiky distribuce drog do věznic.

V této úvodní kapitole si nastíníme kontext celé problematiky, uvedeme si základní data o vězeňských populacích v Evropě a představíme si dostupné zdroje relevantních dat.

## Evropská vězeňská populace

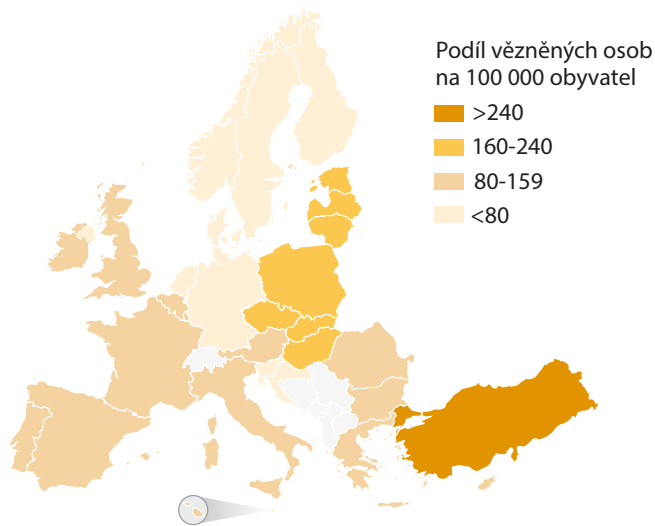
V roce 2019 se celosvětově nacházelo ve věznicích více než 11 milionu lidí, z nichž více než 856 000<sup>1</sup> bylo umístěno v přibližně 2 000 věznicích situovaných v 27 členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království (Walmsley, 2018; Aebi & Tiago, 2020). V přepočtu tak podíl vězeňské populace odpovídá 142 vězněným osobám na 100 000 obyvatel dané země nebo regionu, v rozmezí od 50 (ve Finsku) až po 329 (v Turecku) (mapa 1.1). Jedná se o podstatně nižší hodnoty než ve Spojených státech (450) nebo Rusku (386) (Walmsley, 2018). Ve většině zemí, které dodávají EMCDDA příslušná data, došlo mezi roky 2008 a 2019 k poklesu počtu vězněných osob.

1 Mezi roky 2018 a 2019 došlo k úhrnnému nárůstu vězeňské populace v 27 členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království o více než 56 000 osob, což lze přičíst nárůstu o 80 000 vězněných osob vykazovanému Tureckem, kde se poslední dostupná data před rokem 2018 vztahovala k roku 2016. Ve většině ostatních zemí objem vězeňské populace poklesl. Podrobnější informace viz Aebi & Tiago (2020).



## Mapa 1.1

Vězeňská populace (na 100 000 obyvatel) v členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království k 31. lednu 2019



Zdroj: Aebi & Tiago, 2020.

Ženy tvoří přibližně 5 % vězeňské populace (přibližně 41 000), v rozmezí od 3 % v Bulharsku po 5 % na Kypru. Průměrný věk vězeňské populace se odhaduje na 37 let, v rozmezí od 33,6 let v Dánsku po 41 let v Itálii.

Přibližně 11 % vězňených osob v Evropě připadá na cizí státní příslušníky, přičemž mezi jednotlivými zeměmi v tomto ohledu panují značné rozdíly – od 1,2 % v Rumunsku po 74 % v Lucembursku. Přibližně pětina vězňených osob, v rozmezí od 8,4 % v ČR po 48 % v Lucembursku, čeká na pravomocný rozsudek.

Více než polovina (52 %) vězňených osob vykonává nepodmíněný trest v trvání pěti a více let, 37 % bylo odsouzeno na jeden rok až pět let a 11 % na dobu kratší než jeden rok. Tresty odnětí svobody jsou ukládány hlavně za majetkovou trestnou činnost, kam se řadí krádeže a loupeže (32 %), drogové delikty, jako je přechovávání a distribuce drog (18 %), a zabití (12 %). Míra kriminální recidivy je obecně vysoká, přičemž významné procento odsouzených se trestné činnosti dopouští znovu krátce po propuštění a odpykávají si tak více trestů odnětí svobody za sebou. Dvanáct zemí uvádí problém přeplněnosti věznic posuzované z hlediska obsazenosti ve vztahu k dostupné kapacitě zařízení.

## Výzkum a monitoring problematiky drog ve věznicích

### Úskalí sběru dat ve věznicích

Ačkoli sběr informací o potřebách vězňených osob, pokud jde o zdravotní a sociální péči, je důležitý jak z individuálního, tak veřejnozdravotního hlediska, provádění výzkumu a monitoringu v tomto prostředí klade některé specifické nároky, zejména pokud je středem zájmu návykové chování a problémy související s užíváním drog.

Realizovatelnost sběru dat v prostředí věznic ovlivňuje množství faktorů, mezi něž patří strukturální omezení vězeňských systémů, charakteristiky vězeňské populace a často také nízká priorita, kterou těmto aktivitám přiřkládají politické i výzkumné záměry. Strukturální limity výzkumných a monitorovacích aktivit na půdě věznic spočívají mj. v složitých a často i zdoluhavých postupech, které je nutné absolvovat před získáním přístupu do věznic za účelem provádění výzkumu, včetně splňování etických zásad (viz rámeček „Etika výzkumu ve věznicích“), omezeném fyzickém prostoru pro provádění výzkumu, omezených časových možnostech daných organizací každodenního režimu věznice a v nedostatku výzkumných pracovníků, včetně personálu vězeňských zdravotnických zařízení, kteří by byli dostatečně motivovaní a kvalifikovaní k provádění výzkumu v rámci věznice.

V publikaci je věnována zvláštní pozornost terminologii; zejména se v zájmu destigmatizace namísto výrazu „vězni“ užívá termín „vězněné osoby“<sup>2</sup>, který mj. poukazuje na skutečnost, že lidem, kteří se v určitém bodě svého života ocitli ve vězení, by se mělo dostávat stejných práv a úcty jako každému jinému členu společnosti (Tran et al., 2018).

S různými překážkami se také pojí účast ve výzkumech. Pro mnohé vězněné osoby je charakteristické nízké vzdělání a omezená gramotnost, což jim může bránit v pochopení podstaty šetření a výzkumných otázek, a významný podíl cizích státních příslušníků také znamená možnou jazykovou bariéru, neboť mnozí z nich nemusí mít dostatečnou znalost úředního jazyka dané země. Mezi vězněnými osobami je rovněž vysoká prevalence duševních problémů. Ačkoli nic z výše uvedeného nezakládá důvod pro vyřazení z výzkumných aktivit, tato úskalí mohou mít vliv na čas a prostředky, které sběr dat v takových skupinách vyžaduje. Vězněné osoby jsou navíc často přesouvány mezi jednotlivými vězeňskými zařízeními a dochází také k jejich pohybu mezi věznicí a životem na svobodě, což může narušit průběh výzkumu. U studií postavených na sdělování informací o současném či předchozím užívání drog či jiných aktivitách souvisejících s drogami hraje vždy důležitou roli validita získaných dat. V tomto kontextu může být pravdivost sdělovaných skutečností poznamenána jak všeobecnou nedůvěrou ze strany příslušníků vězeňské populace, tak jejich obavami z postihu.

### **Zkvalitňování dostupných poznatků o problematice vězeňství a drog**

Na mezinárodní, evropské i národních úrovních probíhají snahy o doplňování chybějících informací a odstraňování překážek v realizaci sběru dat, monitoringu a výzkumu ve věznicích a ve vězeňské populaci. Jen málo zemí v Evropě však disponuje komplexním národním systémem, který by postihoval a popisoval povahu užívání drog, problémů, které s nimi souvisejí, jakož i intervencí a léčby poskytované ve vězeňském prostředí. Obecně lze konstatovat, že na evropské úrovni jsou v tomto ohledu k dispozici jen kusá data, jež neumožňují provádět relevantní srovnání mezi jednotlivými státy, což je z velké části důsledkem rozdílu v jejich legislativním, politickém, kulturním a sociálním uspořádání.

Úplnější zmapování situace by vyžadovalo další institucionální snahy usilující o větší harmonizaci různých informačních zdrojů, díky níž by bylo možné porovnávat data, která z nich pocházejí.

2 V českém překladu se s ohledem na tuzemský úzus pracuje rovněž s ekvivalenty „odsouzení“ a „osoby ve výkonu trestu (odnětí svobody) /vazby“ (pozn. překl.).

Na mezinárodní a evropské úrovni existují tři hlavní zdroje informací o vězeňských populacích a podmínkách ve věznicích: Eurostat, Rada Evropy a databáze *World Prison Brief*. Každý z těchto zdrojů pracuje s jinou metodikou sběru dat a analýz, což brání snahám o komparativní a komplementární využití těchto datových souborů.

## Etika výzkumu ve věznicích

Věznice jsou zařízení určená k výkonu trestu, kde jsou lidé zbaveni svobody. V takovém kontextu musí být výzkum a monitoring veden nejpřísnějšími etickými standardy (Shaw et al., 2014).

Etika výzkumu ve věznicích se řídí mezinárodními a evropskými směrnici, které upozorňují na specifická rizika výzkumu ve vězeňské populaci a poskytují doporučení, jak tato rizika snižovat a řešit. V mnoha zemích sehrávají v tomto ohledu zásadní roli etické komise pro otázky výzkumu či jiné orgány pověřené výkonem takové činnosti, které poskytují metodické vedení v oblasti etiky výzkumu. Na základě opatření přijatých za účelem zajištění odpovídající etiky výzkumu udělují (či neudělují) souhlas k provádění studií a působí jako mediátoři případných etických kontroverzí (Council of Europe, 1996).

Uzavřený charakter vězeňských zařízení, systematické kontroly jednotlivců a latentní tlaky za strany vedení a personálu věznic jsou významnou překážkou ochrany soukromí, důvěrnosti sdělovaných informací a dobrovolnosti (informovaného) souhlasu účastníků výzkumu ve vězeňském prostředí (United Nations General Assembly, 2003).

Přijetí odpovídajících etických opatření hned na začátku výzkumu, definování způsobu jejich implementace v jeho jednotlivých fázích a předvídaní možných problémů etické povahy a optimálního způsobu jejich řešení tak má ve vězeňském prostředí obzvláštní význam. Výzkum ve věznicích by měl zachovávat vysoký vědecký standard a měl by usilovat o lepší poznání a popis vězeňské populace a kontextu věznic. Vědecká nezávislost osob provádějících výzkum ve věznicích na vedení věznic a restriktivních funkcích věznic eliminuje střet zájmu a umožňuje zajištění co nejvyšších etických standardů takového výzkumu (Watson & Meulen, 2019).

Ačkoli vězněné osoby nejsou zcela zbaveny možnosti o sobě rozhodovat, rozsah jejich jednání je přesto omezen. Je proto důležité, aby byl výzkum ve věznicích prováděn způsobem, který upozorňuje na jeho možný přínos pro vězněné osoby a snižuje riziko, že by byla příslušná zjištění zneužita ve prospěch určitých jedinců nebo měla negativní dopad na zkoumanou populaci (Coughlin et al., 2016).

Doporučuje se také, aby se zdravotní výzkum ve věznicích prováděl v souladu s principem rovnocennosti péče (United Nations General Assembly, 2015). Je nutné mít na zřeteli mezinárodní standardy a doporučené postupy pro léčbu vězněných osob a mezinárodní a národní mechanismy zavedené za účelem dodržování lidských práv ve vězeních. Pokud se pak výzkum ve vězení týká užívání drog, je nezbytné zajistit, aby osoby referující o nějakém nezákonném chování nebyly v této souvislosti vystavovány dalšímu trestnímu postihu (Montanari et al., 2017).

O zkvalitňování dostupných dat o potřebách vězněných osob, pokud jde o zdravotní a adiktologické problémy, jakož i o intervencích směřujících k jejich řešení, usiluje několik vlivných mezinárodních organizací, jejichž cílem je poskytnout tak činitelům odpovědným za tvorbu příslušných politik robustní plánovací nástroje.

V rámci programu Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví ve vězení“ (WHO-HIPP) (viz rámeček „Program WHO Zdraví ve vězení“) byla v roce 2017 uvedena do provozu Evropská databáze o zdraví ve vězení (HIPED), jež shromažďuje informace ze zemí evropského regionu WHO týkající se zdravotních potřeb vězňených osob a dostupných intervencí. HIPED obsahuje také informace týkající se návykových látek a jejich užívání definované v koordinaci s EMCDDA. V rámci WHO-HIPP byla rovněž v roce 2018 zřízena platforma *Worldwide Prison Health Research and Engagement Network* (Wephren), jejímž cílem je zprostředkovávat výměnu odborných názorů a podporovat inovativní řešení v oblasti zdravotní péče a rovného přístupu k ní u vězňených osob.

Na mezinárodní úrovni publikuje různé analýzy z oblasti vězeňství a drog Úřad pro drogy a kriminalitu OSN (UNODC). Ten shromažďuje data o vězeňství ze všech členských zemí OSN, přičemž zvláštní důraz je v tomto ohledu kladen na problematiku HIV a prevence nemocí, adiktologické léčby a příkladů dobré praxe. Informace týkající se drog ve vězení uveřejňuje také nestátní organizace *Harm Reduction International* (HRI). Její výroční zprávy vycházejí z podkladů dodávaných pracovníky, kteří se podílejí na praktické realizaci intervencí zaměřených na minimalizaci rizik, akademickou obcí a zájmovými skupinami z celého světa (Stone & Shirley-Beavan, 2018).

### Program WHO Zdraví ve vězení

V roce 1995 vytvořil Regionální úřad WHO pro Evropu program „Zdraví ve vězení“ (HIPP), jehož cílem bylo motivovat a podpořit evropské členské země WHO při řešení vyšší prevalence zdravotních problémů ve věznicích. Od té doby se program HIPP postupně vyvinul v zásadní mezinárodní hnutí, které hraje výraznou roli v podpoře zdraví ve vězeňském prostředí. Hlavní činnost HIPP spočívá v odborném poradenství poskytovaném jednotlivým členským státům v oblasti rozvoje vězeňských systémů péče o zdraví a jejich návaznosti na veřejné zdravotnictví, jakož i v oblasti odborných otázek týkajících se nakažlivých onemocnění (zejména HIV/AIDS, hepatitidy a tuberkulózy), užívání nelegálních návykových látek (včetně problematiky substituční terapie a harm reduction) a duševního zdraví. V roce 2019 byla publikována situační zpráva o implementaci zdravotních intervencí ve věznicích v rámci evropského regionu WHO (WHO, 2019).

### Rostoucí korpus poznatků o zdravotní situaci ve věznicích

Přes chybějící výzkumy roste v evropských zemích zájem o zdraví vězňených osob. Mnohé systematické přehledy, které byly v posledních letech realizovány, nově poukázaly na některé klíčové aspekty epidemiologie a zdravotní péče ve věznicích. Jsou mezi nimi přehledové studie zaměřené na problémové užívání návykových látek (Fazel et al., 2017), riziková chování (Moazen et al., 2018), infekční onemocnění (Dolan et al., 2016; Falla et al., 2018; Vroiling et al., 2018; Erickson et al., 2019), vyhledávání aktivních případů (Tavoschi et al., 2018) a léčbu závislosti na opioidech (Hedrich et al., 2012).

Při hodnocení korpusu poznatků však vycházejí najevo podstatné nedostatky. Chybí komparativní studie, jelikož mnohá zjištění vycházejí jen z pozorování získaných na jednom konkrétním místě. Často jsou také nedostatečně definovány hodnocené parametry zdravotních intervencí, což omezuje možnost porovnávání získaných dat v budoucnu. V rámci evropského regionu se výzkum orientovaný na věznice koncentruje v malém

počtu zemí; z celkového množství studií byla většina provedena mimo Evropu, a to zejména ve Spojených státech, což může snižovat přenositelnost získaných poznatků.

Autoři některých systematických přehledů se snaží výsledky recenzovaných příspěvků ve značné míře doplňovat šedou literaturou, např. abstrakty z konferencí, národními a subnárodními zprávami, monitorovacími daty

čerpanými od poskytovatelů zdravotní péče nebo případovými studii (Tavoschi et al., 2018; Vroliing et al., 2018). Takové materiály mají z podstaty věci zjevné limity z hlediska své validity a reliability.

### **Rámec EMCDDA pro monitorování evropské problematiky drog ve vězení**

V roce 2013 vytvořila EMCDDA metodologický rámec pro monitorování problematiky drog ve vězení v evropských zemích ve snaze o sjednocování informací z jednotlivých zemí. Tento rámec pojmenovává pět hlavních monitorovacích komponent, jež jsou nezbytné pro získání uceleného přehledu o situaci v oblasti drog ve vězeňství: základní charakteristiky vězeňské populace, epidemiologie užívání drog, zdravotní a adiktologické problémy u vězněných osob, intervence dostupné ve věznicích a negativní dopady drog ve fázi po propuštění na svobodu. U každého komponentu jsou současně z hlediska evropského kontextu identifikovány dostupné monitorovací nástroje i informační mezery, pokud jde o problematiku drog ve věznicích (Council of the European Union, 2013).

Stávající zdroje informací a výsledky výzkumů slouží jako podklad pro první, resp. poslední komponent, tj. základní charakteristiky a drogová situace osob propuštěných z vězení (jejich užívání a související problémy). Ostatní složky, tj. epidemiologie užívání drog u vězněných osob a adiktologické intervence, vycházejí z aktuálních údajů, které jednotlivé evropské země každoročně poskytují EMCDDA ve formě agregovaných epidemiologických dat či výročních zpráv o stavu ve věci drog ve vězeních, a z adresných nástrojů EMCDDA, jakým je např. evropský dotazník zaměřený na užívání návykových látek mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody (EQDP) a evropský dotazník mapující poskytování specifických služeb ve vězeňském prostředí (EFSQ-P).

EQDP je modelový dotazník určený ke sběru porovnatelných epidemiologických dat o užívání návykových látek mezi osobami ve výkonu trestu v evropských zemích. Dotazník EQDP se aktuálně využívá, zčásti nebo v plné formě, v 10 evropských zemích. Současně se plánuje rozšířit jeho aplikaci také v dalších zemích<sup>3</sup> (viz kapitola 2). Dotazník EFSQ-P je modelový dotazník určený ke sběru informací o adiktologických službách a intervencích poskytovaných uvnitř věznic. Jde o adaptaci dotazníku EMCDDA určeného ke sčítání komunitních adiktologických služeb. Nástroj EFSQ-P se nachází v závěrečné fázi vývoje.

3 ČR, Řecko, Španělsko, Lotyšsko, Litva, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Chorvatsko.

## Základní údaje o publikaci

### Zdroje dat a metodologické aspekty

Tato zpráva EMCDDA z ediční řady *Insights* čerpá z široké škály zdrojů, včetně vědecké a šedé literatury, oficiálních dat, rutinních kvalitativních a kvantitativních monitorovacích dat EMCDDA, výročních zpráv jednotlivých zemí a dat generovaných evropskými projekty, jako např. HA-REACT.<sup>4</sup> Tato zpráva rovněž zapracovává zkušenosti a názory expertů shromážděné v rámci odborného setkání „Věznice a drogy v Evropě: výzvy do budoucna“ pořádaného EMCDDA v Lisabonu v lednu 2019.

Ačkoli rozmanitost zdrojů, z nichž tato publikace vychází, v mnoha ohledech přispívá k širšímu a komplexnějšímu záběru situace v evropských věznicích, je třeba v této souvislosti rovněž poukázat na řadu omezení a vyzvat k obezřetnosti při interpretaci výsledků, zejména z hlediska porovnávání různých dat.

Chybí zejména data o užívání drog a drogových trzích ve vězeních, přičemž v některých zemích jsou v tomto ohledu k dispozici pouze anekdotické informace. Nedostatek je rovněž dat a odborné literatury týkající se zdraví vězňů. Zpráva tak vychází z triangulované kombinace různých zdrojů informací lišících se obsahem, metodikou, jazykem, cílovou populací a kvalitou dat. Různá je rovněž metodika sběru epidemiologických dat týkajících se problematiky vězeňství a drog v jednotlivých zemích: některé čerpají z rutinních registrů, které obsahují hlavně informace shromažďované při nástupu odsouzených do výkonu trestu, zatímco jiné se vychází z průřezových studií. Průřezové studie, jejichž výsledky jsou k dispozici, se liší postupy aplikovanými při výběru účastníků.

Možnost porovnání dat z jednotlivých zemí komplikují také národní specifika vězeňských systémů a rozdíly v drogové legislativě i systémech zdravotní a sociální péče. Některé uváděné informace se opírají o závěry výzkumů provedených mimo Evropu, zejména ve Spojených státech. Přes řadu velmi kvalitních amerických výzkumů, jejichž výsledky máme k dispozici, je třeba upozornit na podstatné rozdíly mezi USA a evropskými zeměmi z hlediska vězeňských a zdravotnických systémů, z čehož plyne, že tyto poznatky nemusí být vždy převoditelné.

Nedostatek relevantních dat v kombinaci s minimální komparabilitou dat z předchozích let znamená nemožnost sledování jakýchkoli trendů před rokem 2010. Vzhledem k těmto problémům nelze vyvozovat směrodatné závěry o současném stavu. Je tak třeba provádět další výzkumy a usilovat o harmonizaci sběru dat napříč jednotlivými zeměmi, díky čemuž bude možné vybudovat robustnější důkazní základnu pro příslušné intervence.

Přes všechna zmiňovaná omezení si tato publikace klade za cíl poskytnout důležitý a tolik potřebný vhled do tématu, které bývá často opomíjeno, stejně jako populace, jíž se týká, přestože oboje si zasluhuje značnou pozornost ze strany činitelů, kteří odpovídají za tvorbu příslušných politik v oblasti sociální péče a veřejného zdraví.

4 Při zpracování této zprávy jsme se snažili čerpat ze studií a dat, jež byly realizovány, resp. shromažďovány se souhlasem příslušných etických komisí. Jelikož se však tyto schvalovací postupy v jednotlivých zemích značně liší, dodržování etiky prováděných výzkumů není vždy možné ověřit.



## Poznámka týkající se využití dat ve vztahu k brexitu

Přestože byla tato zpráva publikována v roce 2021, tj. po vystoupení Spojeného království z Evropské unie, obsahuje v závislosti na jejich dostupnosti i britská data, včetně epidemiologických dat za rok 2019 a informací o intervencích v oblasti drog do roku 2020, jelikož tyto údaje se vztahují k době před brexitem.

## Biibliografie

- Aebi, M. F. & Tiago, M. M. (2020), *Council of Europe annual penal statistics SPACE I: prison populations survey 2019*, Council of Europe, Strasbourg.
- Coughlin, S. S., Lewis, S. R. & Smith, S. A. (2016), „Ethical and social issues in health research involving incarcerated people“, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 27(2A), pp. 18-28, doi:10.1353/hpu.2016.0053.
- Council of Europe (1996), European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment, Treaty No 126 (<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/126>).
- Council of the European Union (2013), „EMCDDA contribution towards a methodological framework for monitoring drugs and prison in Europe“, 5420/1/13REV 1, Brussels (<https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/emcdda-contribution-towards-methodological-framework-monitoring-drugs-and-prison-europe>).
- de Andrade, D. (2018), „The ‘drugs-crime nexus‘“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 1-16.
- Dolan, K., Wirtz, A. L., Moazen, B., Ndeffo-mbah, M., Galvani, A., Kinner, S. A., Courtney, R., et al. (2016), „Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees“, *Lancet* 388(10049), pp. 1089-1102.
- Erickson, M., Shannon, K., Sernick, A., Pick, N., Ranville, F., Martin, R. E. & Krusi, A. (2019), Women, incarceration and HIV: a systematic review of HIV treatment access, continuity of care and health outcomes across incarceration trajectories“, *AIDS* 33(1), pp. 101-111.
- Falla, A. M., Hofstraat, S. H. I., Duffell, E., Hahné, S. J. M., Tavoschi, L. & Veldhuijzen, I. K. (2018), „Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups“, *BMC Infectious Diseases* 18(1), 79.
- Fazel, S., Yoon, I. A. & Hayes, A. J. (2017), „Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women“, *Addiction* 112(10), pp. 1725-1739.
- Stone, K. & Shirley-Beavan, S. (2018), *The global state of harm reduction 2018*, Harm Reduction International, London.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. & Mayet, S. (2012), „The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review“, *Addiction* 107(3), pp. 501-517.
- Moazen, B., Moghaddam, S. S., Silbernagl, M. A., Lot, M., Bosworth, R. J., Alammehrjerdi, Z., Kinner, S. A., et al. (2018), „Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates“, *Epidemiologic Reviews* 40(1), pp. 58-69.
- Montanari, L., Mravcik, V., Grohmannova, K. & Royuela, L. (2017), *EQDP annex. Methodological specifications: principles and guidelines*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (dostupné na <https://www.emcdda.europa.eu/publications>).

- Shaw, D. M., Wangmo, T. & Elger, B. S. (2014), „Conducting ethics research in prison: why, who, and what?“, *Journal of Bioethical Inquiry* 11(3), pp. 275-278, doi:10.1007/s11673-014-9559-7.
- Tran, N. T., Baggio, S., Dawson, A., O'Moore, É., Williams, B., Bedell, P., et al. (2018), „Words matter: a call for humanizing and respectful language to describe people who experience incarceration“, *BMC International Health and Human Rights* 18:41, doi:10.1186/s12914-018-0180-4.
- Tavoschi, L., Vroling, H., Madeddu, G., Babudieri, S., Monarca, R., Vonk Noordegraaf-Schouten, M., Beer, N., et al. (2018), „Active case finding for communicable diseases in prison settings: increasing testing coverage and uptake among the prison population in the European Union/European Economic Area“, *Epidemiologic Reviews* 40(1), pp. 105-120.
- United Nations General Assembly (2003), Optional protocol to the convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Resolution A/RES/57/199, 9. leden 2003.
- United Nations General Assembly (2015), United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules), Resolution A/RES/70/175, 17. prosinec 2015.
- Vroling, H., Oordt-Speets, A. M., Madeddu, G., Babudieri, S., Monarca, R., O'Moore, E., Vonk, M., et al. (2018), „A systematic review on models of care effectiveness and barriers to hepatitis C treatment in prison settings in the EU/EEA“, *Journal of Viral Hepatitis* 12(1), pp. 1406-1422.
- Walmsley, R. (2018), *World prison brief*, Institute for Crime & Justice Policy Research, London.
- Watson, T. M. & Meulen, E. V. D. (2018), „Research in carceral contexts: confronting access barriers and engaging former prisoners“, *Qualitative Research* 19(2), pp. 182-198, doi:10.1177/1468794117753353.
- WHO Europe (2019), *Status report on prison health in the WHO European Region*, WHO Europe, Copenhagen.



## **Kapitola II.**

# Užívání drog před nástupem do vězení během výkonu trestu a po propuštění

Luis Royuela, Linda Montanari, Ines Hasselberg, Viktor Mravčík,  
Liesbeth Vandam a Wayne Hall

Tato kapitola poskytuje přehled o epidemiologii užívání drog a souvisejících problémů u vězňenských osob v Evropě a poskytuje informace, které mohou být k užítku všem, kdo se podílí na realizaci analýz potřeb, plánování služeb a organizaci léčby. Nejprve jsou nastíněny souvislosti mezi vězením a užíváním drog a následně jsou prezentována epidemiologická data týkající se prevalence, chování a vzorců užívání drog u odsouzených před nástupem do vězení, během výkonu trestu a po propuštění.

## Souvislosti mezi vězením a drogami

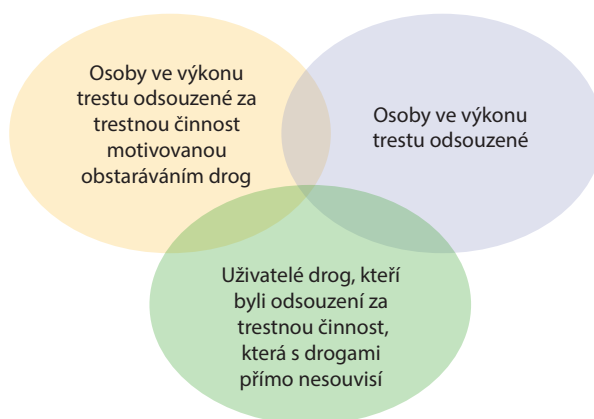
Ve srovnání s běžnou populací je u vězňenských osob podstatně pravděpodobnější, že v minulosti užívaly nějaké drogy, že drogy užívají pravidelně a že se v souvislosti s užíváním drog potýkají s nějakými problémy. Přes výrazné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi s těmito závěry přicházejí studie prováděné v různých částech světa (Fazel et al., 2017).

Odhaduje se, že z celkového počtu osob, které si celosvětově odpykávají trest odnětí svobody, trpí nějakou poruchou způsobenou užíváním návykových látek 30 % mužů a 51 % žen (Fazel et al., 2017). Z provedených studií vyplývá, že v rámci Evropy strávilo nějakou část svého života ve vězení 30-75 % problémových uživatelů drog (Ravndal & Amundsen, 2010). Vysoká prevalence užívání drog mezi osobami ve výkonu trestu odráží a je současně odrazem množství sociálních faktorů, o nichž je pojednáno dále v textu (de Andrade, 2018).

Drogy, užívání drog a zkušenost s pobytem ve vězení jsou provázány různými způsoby – viz graf 2.1.

### Graf 2.1

Souvislost mezi drogami, užíváním drog a vězením

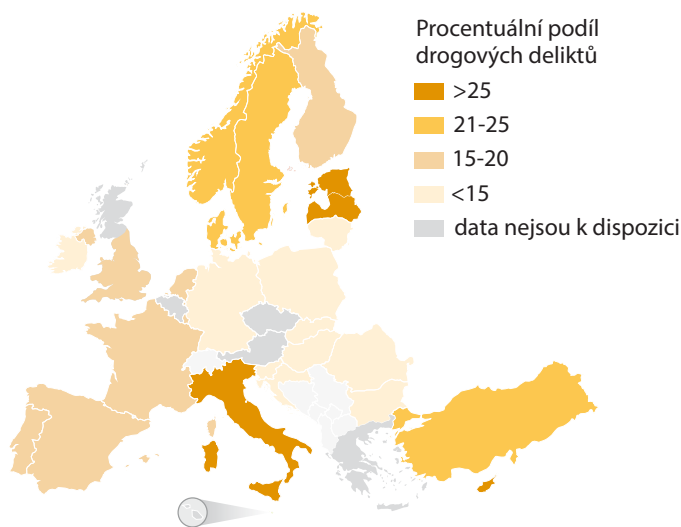


Předem je třeba říci, že mnozí z lidí, kteří jsou ve vězení za spáchání tzv. drogových trestných činů, tj. zejména deliktů spojených s distribucí nebo prodejem drog, nebyli nutně v minulosti sami uživateli drog. V roce 2019 bylo v Evropě ve vězení přes 850 000 osob, z nichž 18 % bylo pravomocně odsouzeno za trestné činy související s užíváním, přechováním nebo distribucí nelegálních návykových látek (Aebi & Tiago, 2020).

Druhá spojitost mezi drogami a vězením souvisí s uživateli drog, kteří si odpykávají nepodmíněný trest odnětí svobody za trestné činy spojené s užíváním drog, například za delikty, jejichž spáchání bylo motivováno snahou o podporu či financování jejich závislostního chování, nebo trestné činy spáchané pod vlivem drog (Gaffney et al., 2010; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2019). Přestože povaha propojení drog a kriminality je pravděpodobně složitá a podmíněna mnoha různými faktory, na osoby závislé na nelegálních návykových látkách připadá neúměrně velký počet trestných činů, a to zejména deliktů motivovaných finančním prospěchem (majetková trestná činnost). Podíl těchto osob na majetkové trestné činnosti do značné míry odráží jejich potřebu obstarat si finanční prostředky na užívání drog (Pierce et al., 2015).

### Mapa 2.2

Podíl vězněných osob odsouzených za drogové trestné činy v členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království k 31. lednu 2019



Zdroj: Aebi & Tiago, 2020.

Třetí spojitost mezi užíváním drog a vězením se týká uživatelů drog, kteří vykonávají trest odnětí svobody, ke kterému však nutně nebyli odsouzeni za trestnou činnost související s jejich užíváním drog. Tento aspekt odráží rizikové faktory, jež mohou shodně podmiňovat kriminalitu i užívání drog. Patří mezi ně sociální marginalizace, ekonomická deprivace, nedokončená školní docházka, nezaměstnanost, týrání a zanedbávání výchovy v dětství a rodiče s anamnézou užívání návykových látek nebo duševních poruch (Stevens et al., 2005; EMCDDA, 2012; de Andrade, 2018).

Autoři metaanalýzy studií zkoumajících vztah mezi drogami a kriminalitou dospěli k závěru, že pravděpodobnost spáchání jakéhokoli trestného činu je u uživatelů drog až osmkrát vyšší než u osob, které drogy neužívají; zjištěn byl rovněž rozdíl v intenzitě spojitosti mezi jednotlivými typy drog. Největší pravděpodobnost páchaní trestné činnosti existovala u uživatelů crack kokainu (cca 6krát větší), následovaných uživateli heroinu (cca 3krát větší) a kokainu (cca 2,5krát větší). Zjištěna byla také statistická souvislost mezi rekreačním užíváním drog, včetně konopí, a trestnou činností, avšak ta byla výrazně slabší (Goldstein, 1985; Bennett et al., 2008).

## Užívání drog před nástupem do vězení

Prevalence užívání návykových látek před výkonem trestu je mezi vězeňskou populací celosvětově obecně vysoká, byť mezi jednotlivými zeměmi existují v tomto ohledu výrazné rozdíly (Fazel et al., 2017). Na evropské úrovni byl nedávno realizován systematický přehled studií z 12 zemí, z jehož výsledků vyplývá, že celoživotní prevalence užívání nelegálních drog při nástupu do výkonu trestu odnětí svobody činila v průměru 61 %, při rozdílech mezi jednotlivými studii od 30 % do 93 % (van de Baan et al., 2021). Nejčastěji uváděnou látkou bylo konopí, následované kokainem, ačkoli některé studie uváděly nejvyšší prevalenci užívání u cracku/kokainu.

Data EMCDDA a národních monitorovacích center (vycházející buď z průřezových studií nebo rutinně vykazovaných dat) z 15 evropských zemí poskytnutá mezi lety 2010 a 2019 (graf 2.2) ukazují vysokou prevalenci užívání drog ve všech zemích, přestože lze pozorovat určité rozdíly. Ačkoli názorné zobrazení výsledků pomocí grafu poskytuje užitečný přehled o situaci, je nutné vzít v potaz metodologické rozdíly ve sběru dat v jednotlivých zemích, což vybízí k jisté obezřetnosti při vyvozování jednoznačných závěrů (viz kapitola 1).

### Evropský dotazník EMCDDA o užívání drog mezi osobami ve výkonu trestu

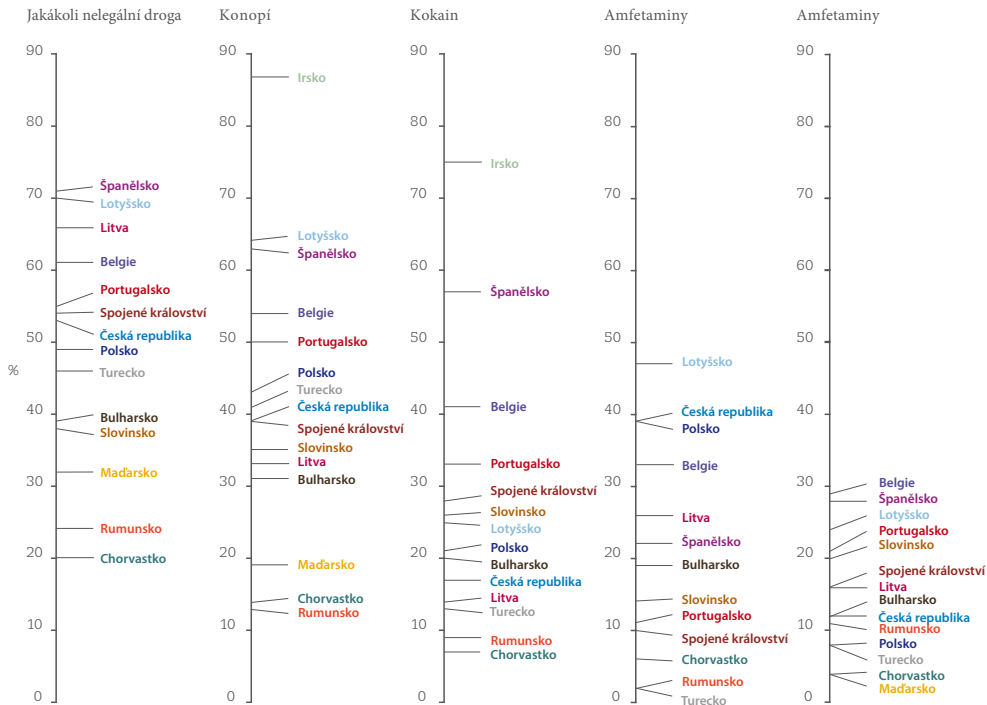
Modelový evropský dotazník zaměřený na užívání drog mezi osobami ve výkonu trestu (známý pod zkratkou „EQDP“) vytvořila EMCDDA k mapování užívání drog ve vězeňské populaci napříč jednotlivými zeměmi. Součástí EQDP jsou etické a metodologické pokyny k provádění výzkumu ve věznicích.

Dotazník obsahuje 57 otázek rozdělených do pěti tematických oddílů: základní informace (sociodemografická data, trestně-právní anamnéza), užívání návykových látek na svobodě a ve výkonu trestu (časová období, frekvence a věk první zkušenosti s drogou), injekční užívání návykových látek a další zdravotní rizika (injekční aplikace, sdílení jehel a dalšího injekčního náčiní, tetování), zdravotní stav osob ve výkonu trestu (testování na HIV, virové hepatitidy typu B a C a příslušný status, duševní zdraví, předávkování) a využívání zdravotních a adiktologických služeb (opioidová substituční terapie, harm reduction a jiná adiktologická léčba) (Montanari et al., 2017).

Analýza prevalence užívání návykových látek mezi osobami ve výkonu trestu v šesti evropských zemích prostřednictvím EQDP prokázala, že přes přetrvávající nedostatky v komparabilitě dat, které je třeba řešit, může být dotazník EQDP zdrojem porovnatelných dat, jež mohou být oporou monitorování situace v oblasti drog na regionální úrovni, napomáhat výměně příkladů dobré praxe a získaných zkušeností a přispívat k rozvoji opatření reagujících na aktuální i budoucí výzvy v této oblasti v Evropě.

**Graf 2.2**

**Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog mezi odsouzenými před nástupem výkonu trestu odnětí svobody v 13 členských státech EU, Turecku a Spojeném království v roce 2019, případně k co nejaktuálnějšímu datu dle dostupných údajů**



Data k roku 2019 nebo k poslednímu roku, za nějž jsou data k dispozici. Ne ve všech zemích byla data sbírána ve stejném roce.

Zdroj: Statistický věstník EMCDDA.

Celoživotní prevalence užívání drog před nástupem výkonu trestu se pohybuje u konopí v rozmezí od 13 % v Rumunsku po 87 % v Irsku, u kokainu od 7 % v Chorvatsku po 75 % v Irsku, u amfetaminů od 2 % v Turecku a Rumunsku po 47 % v Lotyšsku a u heroinu od 4 % v Maďarsku a Chorvatsku po 29 % v Belgii.

Podle dat o užívání nelegálních návykových látek krátce před nástupem výkonu trestu se prevalence užívání nelegálních návykových látek v posledním roce pohybovala od 17 % v Rumunsku po 69 % v Irsku (u konopí). Prevalence v posledním měsíci se pohybovala od 1 % v Chorvatsku po 54 % ve Spojeném království (graf 2.3).

Bez ohledu na rozdíly mezi jednotlivými zeměmi uvádějí osoby ve výkonu trestu podstatně vyšší míru užívání drog před nástupem do vězení, než je tomu v obecné populaci (graf 2.4).

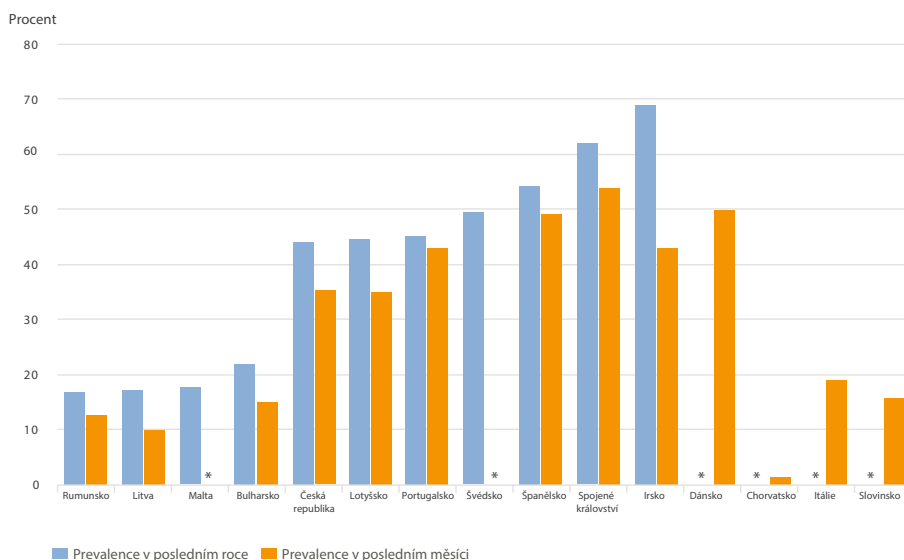
V grafu 2.4 jsou uvedeny výsledky nedávné analýzy čerpající z dotazníků EQDP aplikovaných v rámci celostátních šetření realizovaných v šesti zemích mezi lety 2014 a 2018 (viz rámeček „Evropský dotazník EMCDDA o užívání drog mezi osobami ve výkonu trestu“).

Rozdíl mezi hodnotami celoživotní prevalence užívání nelegálních drog u odsouzených mužského pohlaví ve věkové skupině 15-34 let před nástupem výkonu trestu odnětí svobody a v obecné populaci byl vyjádřen pomocí číselného koeficientu: hodnota vyšší než jedna vyjadřuje, o kolik celoživotní užívání drog u osob ve výkonu trestu převyšuje stejný ukazatel u obecné populace. Například hodnotu 3,8 u mužů v Portugalsku lze interpretovat v tom smyslu, že ve srovnání s muži v obecné populaci je u mužů nastupujících v Portugalsku do vězení 3,8krát pravděpodobnější, že někdy užívali konopí.

Vyšší míra užívání drog u osob ve výkonu trestu v porovnání s obecnou populací se uvádí u všech návykových látek.

**Graf 2.3**

**Prevalence užívání nelegálních drog v posledním roce a měsíci mezi odsouzenými před nástupem výkonu trestu odnětí svobody ve 14 členských státech EU a Spojeném království v roce 2019, případně k co nejaktuálnějšímu datu dle dostupných údajů**



\* Hvězdička indikuje absenci příslušných dat. Data za Irsko, Španělsko, Chorvatsko a Litvu se vztahují ke konopí. Ne ve všech zemích byla data sbírána ve stejném roce.

Zdroj: Data z monitoringu v rámci sítě Reitox EMCDDA, 2010-2019.

Příslušné koeficienty bylo možné vypočítat pro konopí, kokain, amfetaminy a MDMA. U ostatních látek nebylo možné provést žádné směrodatné porovnání vzhledem k nízké prevalenci jejich užívání v obecné populaci.

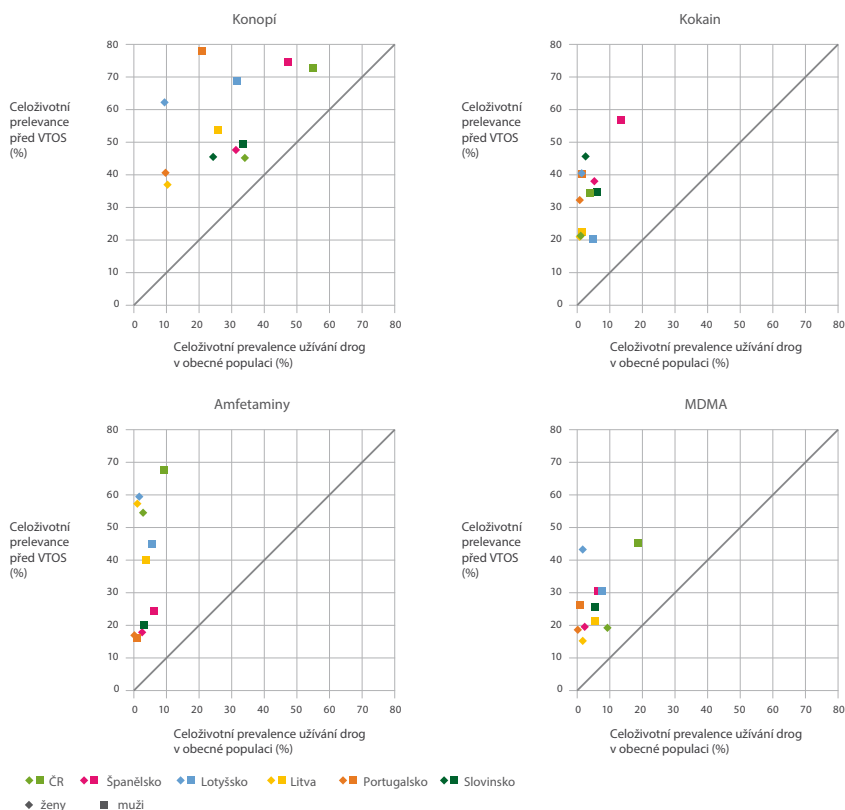
Z šesti zemí zahrnutých do analýzy byl nejnižší rozdíl zaznamenán u konopí a nejvyšší u kokainu a amfetaminů. Hodnoty vykazovaly následující rozpětí: u konopí od 1,3 v ČR po 3,8 v Portugalsku u mužů a od 1,3 v ČR po 6,6 v Lotyšsku u žen, u kokainu v práškové formě od 4,3 ve Španělsku po 28,9 v Portugalsku u mužů a od 7,0 ve Španělsku po 35,8 v Portugalsku u žen, u amfetaminů od 3,9 ve Španělsku po 18,0 v Portugalsku u mužů a od 7,1 ve Španělsku po 84,5 v Portugalsku u žen a u MDMA od 2,4 v ČR po 21,8 v Portugalsku u mužů a od 1,9 v ČR po 26,6 v Portugalsku u žen.

K značným rozdílům mezi jednotlivými zeměmi v uváděné prevalenci užívání drog mezi odsouzenými před nástupem výkonu trestu odnětí svobody může přispívat několik faktorů.

Patří mezi ně jak specifické společenské důvody, tak odlišné metodologické přístupy uplatňované v jednotlivých zemích. První prvek obnáší mj. rozdíly v nejrozšířenějších látkách v obecné populaci dané země, charakteristikách osob, které se ve společnosti obecně potýkají s drogovými problémy, a v důsledcích otevřené komunikace odsouzených s vězeňskými orgány o užívání drog (Carpentier et al., 2012). Výrazné rozdíly existují mezi jednotlivými zeměmi a průzkumy v metodice sběru dat, včetně volby výběrových metod, způsobu administrace průzkumů, typů kladených otázek, četnosti šetření a dalších faktorů popsaných podrobněji v první kapitole. Odlišnosti v odhadované míře užívání drog mezi vězňenými osobami v jednotlivých zemích mohou rovněž odrážet rozdíly ve využívání alternativních sankcí za drogové delikty: nižší počet osob ve výkonu trestu odnětí svobody za drogové trestné činy lze očekávat v zemích, kde jsou uplatňovány alternativní tresty nespojené s odnětím svobody. Na charakteristikách osob ve výkonu trestu z hlediska jejich užívání drog se rovněž může projevit priorita, kterou orgány činné v trestním řízení přisuzují stíhání drogových deliktů.

#### Graf 2.4

#### Vyšší míra užívání drog mezi osobami ve výkonu trestu v porovnání s užíváním drog v obecné populaci v šesti členských státech EU v letech 2014-2018



Zdroj: EQDP 2019.

## Užívání drog ve výkonu trestu

Přes její zákaz je konzumace nelegálních návykových látek ve vězení rozšířeným jevem (viz také kapitola 7). Dostat se k těmto látkám je ve vězení často mnohem obtížnější a nákladnější než na svobodě, což může přispívat k nižšímu počtu uživatelů drog ve vězení a také k nižší frekvenci tohoto užívání (Carpentier et al., 2018). Zatímco mnoho lidí přestane po nástupu do výkonu trestu drogy užívat nebo jejich užívání omezí, jiní v něm pokračují, byť třeba změni vzorce svého užívání nebo své návykové chování celkově. Další skupinu tvoří osoby, které ve vězení drogy užívat začnou nebo přejdou na jiné látky. Prevalence užívání drog mezi vězněnými osobami je celkově dlouhodobě vyšší než v obecné populaci mimo vězeňské prostředí. Ze studií provedených mezi lety 2004 a 2013 v Evropě vyplývá, že 20–45 % z osob, které mají zkušenost s pobytem ve vězení, užívalo ve výkonu trestu drogy (Carpentier et al., 2018).

Podle EMCDDA a dat z národního monitoringu užívání drog ve výkonu trestu odnětí svobody poskytovaných 11 zeměmi<sup>5</sup> od roku 2010 se v Evropě obecně ve vězení nejčastěji užívá konopí (0,5–67 %), následované heroinem (1–29 %), kokainem (0,1–20 %) a amfetaminy (1–8 %). Opět je třeba vzít v úvahu metodologická omezení a dbát opatrnosti při interpretaci těchto dat.

Data týkající se užívání drog během výkonu trestu odnětí svobody v šesti evropských zemích generovaná pomocí dotazníku EQDP (viz rámeček „Evropský dotazník EMCDDA o užívání drog mezi osobami ve výkonu trestu“) ukazují, že prevalence užití návykové látky alespoň jednou během výkonu trestu je obecně nižší než celoživotní prevalence užívání drog před nástupem do vězení, přičemž nejčastěji uváděnou látkou je konopí. Rozdíly v prevalenci lze pozorovat mezi jednotlivými zeměmi i užívanými látkami.

Ačkoli některé studie poukazují na celkový pokles užívání drog, ke kterému u mnoha lidí během jejich pobytu ve vězení dochází (Young et al., 2018), někteří z dotazovaných uvádějí, že právě ve výkonu trestu začali drogy užívat. Nedávná francouzská studie referuje o výrazném snížení míry užívání návykových látek ve vězení: nejvyšší pokles v prevalenci byl zaznamenán u užívání alkoholu, následovaného nelegálními drogami, zatímco největší nárůst, včetně prvního užití během pobytu ve věznici, byl pozorován u volně neprodejných látek a medikamentů konzumovaných mimo terapeutický kontext (Rousselet et al., 2019). V rámci studie realizované v roce 2002 v Anglii a ve Walesu uvedlo 15 % odsouzených ve výkonu trestu, že během pobytu ve vězení začali užívat heroin, kokain nebo obojí, zatímco 9 % uvedlo totéž o crack kokainu, 6 % o konopí a 2 % o amfetaminu (Boys et al., 2002). Při výzkumu realizovaném v jedné litevské ženské věznici bylo zjištěno, že 4 % z odsouzených užívajících drogy začalo drogy užívat ve výkonu trestu (Narkauskaite et al., 2010).

Někteří lidé mohou ve vězení začít užívat další drogy. Podle jedné belgické studie začala během pobytu ve vězení užívat nějakou další drogu více než třetina vězněných uživatelů drog, přičemž nejčastěji uváděnou takovou drogou byl heroin (Todts et al., 2008).

5 Data z 11 zemí od roku 2010: Belgie, Bulharsko, ČR, Irsko, Lotyšsko, Litva, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Skotsko (Spojené království).



Data získávaná v rámci průzkumů bývají doplňována výsledky rozborů odpadních vod z věznic. Drogová epidemiologie vycházející z analýz odpadních vod umožňuje výzkumníkům odhadovat množství drog konzumovaných určitou komunitou na základě měření hladiny nelegálních drog a jejich metabolitů vylučovaných močí a detekovatelných v kanalizační síti. V Evropě proběhly dvě studie odpadních vod odváděných z věznic: v prvním případě se pozornost výzkumníků soustředila na jednu věznici ve Španělsku a ve druhém případě šlo o tři francouzské věznice. Obě studie uvádějí vysoké hladiny reziduí drog v odpadních vodách z věznic. Odhadovaný objem průměrné denní spotřeby na základě francouzské studie činil 0,5–3 marihuanové cigarety na osobu a mezi 90 a 282 mg čistého kokainu na 1 000 osob, v závislosti na místě odběru vzorků. Otázky, kterým je třeba při interpretaci dat získaných na základě rozborů odpadních vod ve věznicích věnovat pozornost, zahrnují metodiku odběru vzorků, degradaci cílových molekul, molekulární kvantifikaci, data týkající se metabolismu a odhad počtu jednotlivých uživatelů (Postigo et al., 2011; Néfau et al., 2017).

Během výkonu trestu se také vzorce užívání mohou změnit s tím, jak se odsouzení adaptují na vězeňské prostředí. Uživatelé drog mohou sáhnout po nových látkách, pokud jejich primární droga není ve vězení k dispozici, nebo mohou přejít na látku, jejíž užívání je ve vězeňském prostředí věznice jednodušší (např. snáze se ukrývá, má spíše sedativní než stimulující účinek apod.) (Singleton, 2008). Osoby ve výkonu trestu často užívají raději drogy, u nichž je menší pravděpodobnost detekce při testování na přítomnost návykových látek, ať už proto, že je lze v krvi detekovat kratší dobu (což např. platí pro heroin spíše než konopí), anebo se na ně obvykle nezaměřuje rutinní testování na drogy z moči (např. syntetické kanabinoidy) (Stöver & Weilandt, 2007; EMCDDA, 2018). Obecně jsou preferovány spíše látky s tlumivým účinkem na centrální nervovou soustavu, včetně hypnotik a sedativ, neboť jejich účinky se také snadno skrývají a jejich dopady jsou v omezeném prostoru věznice lépe zvladatelné (Bullock, 2003). Potřeba zvyšovat účinnost drog vzhledem k jejich nedostatku ve vězení může rovněž některé uživatele drog přimět k tomu, že si během pobytu ve vězení osvojí škodlivější vzorce užívání drog, například injekční aplikaci (Niveau & Ritter, 2008).

## **Užívání nových psychoaktivních látek ve vězení**

Problém užívání tzv. nových psychoaktivních látek ve vězení se v řadě evropských zemích objevil v letech 2014–2015, byť užívání syntetických kanabinoidů bylo poprvé zaznamenáno v Anglii a ve Walesu již v letech 2010–2011 (User Voice, 2016). Rozmach užívání nových psychoaktivních látek, zejména syntetických kanabinoidů, ve věznicích se přičítá hlavně tomu, že je z počátku nebylo možné detekovat při rutinních testech moči.

V rámci explorační studie provedené v evropských zemích v roce 2017 byly zjištěny známky užívání nových psychoaktivních látek ve vězení v 22 státech (mapa 2.2). Nejčastěji uváděnými novými psychoaktivními látkami byly syntetické kanabinoidy. Dalšími novými psychoaktivními látkami užívanými často ve vězení byly syntetické katinony, syntetické opioidy a nové benzodiazepiny (EMCDDA, 2018).

Prevalence užívání syntetických kanabinoidů mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody v 15 evropských zemích, které poskytly příslušná data, se pohybovala od 2 %

v Portugalsku po 30 % v některých věznicích v Anglii (EMCDDA, 2018). Namátkové testy z moči provedené v německých věznicích a forenzních zdravotnických zařízeních v roce 2018 odhalily 38 % pozitivních záchytů nových psychoaktivních látek, a to zejména syntetických kanabinoidů, což znamenalo pokles oproti 60 % evidovaných v roce 2015 (EMCDDA, 2018). Ostatní země poskytující informace o vývoji situace v oblasti užívání nových psychoaktivních látek ve vězení neuvádějí žádné markantní změny od doby, kdy se NPL objevily na vězeňském trhu s drogami.

S akutní intoxikací syntetickými kanabinoidy a jejich chronickým užíváním se pojí celá řada negativních dopadů na fyzické i duševní zdraví (např. psychóza, dezorientace, sebevražedné myšlenky, agresivita vůči druhým nebo sebepoškozování) (EMCDDA, 2018). Existuje nicméně mnoho důvodů, proč lidé, kteří užívají ve výkonu trestu odnětí svobody drogy, mohou sáhnout právě po těchto látkách. Syntetické kanabinoidy jsou snadno dostupné a většinu z nich nelze zachytit při rozboru moči, protože jsou chemicky různorodé a obtížně identifikovatelné analytickou cestou. Jsou také často potentnější a levnější než konopí a navozují tak intoxikaci při nižších dávkách a za nižší cenu. Lze je rovněž dodávat v menším množství, takže se (oproti konopí) snadněji ukryjí a pronesou do věznice (viz kapitola 7). V anglických věznicích vykazovalo užívání syntetických kanabinoidů souvislost s vyšším počtem zdravotních problémů mezi osobami ve výkonu trestu a s narušováním fungování vězeňského systému (EMCDDA, 2018).

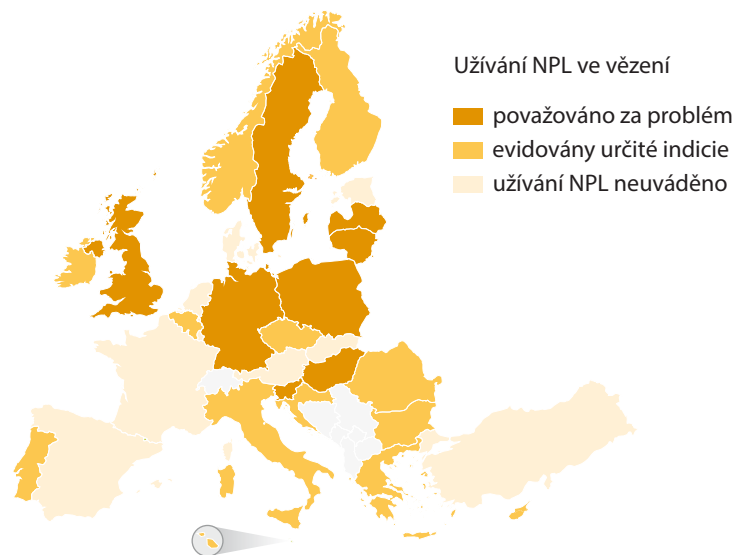
### **Injekční užívání drog před nástupem do vězení a během výkonu trestu**

Data o prevalenci injekčního užívání drog ve vězení se získávají obzvláště obtížně, mimo jiné kvůli větší stigmatizaci, která se s injekčními praktikami pojí. Tato data jsou k dispozici jen v několika málo zemích a k jejich sběru byly využity různé metody. Při provádění mezinárodních srovnání situace v oblasti injekčního užívání drog ve vězení je proto třeba postupovat obezřetně.

Celoživotní prevalence injekčního užívání drog před nástupem výkonu trestu je mezi odsouzenými ve většině zemí podstatně vyšší než v obecné populaci (Azbel & Altice, 2018). Data z průzkumu prováděného od roku 2010 v devíti evropských zemích ukazují, že před nástupem do vězení užívalo injekčně drogy 6-48 % odsouzených (nejméně v Polsku, nejvíce v Litvě (graf 2.5). Tyto podíly jsou podstatně vyšší než odhadované hodnoty prevalence injekčního užívání drog v populaci dospělých Evropanů (0,3 %).

## Mapa 2.2

### Uváděné užívání nových psychoaktivních látek (NPL) ve vězení v roce 2018



Zdroj: EMCDDA, 2018.

Vysokou prevalenci injekčního užívání drog potvrzují i studie zaměřené na uživatele drog se zkušeností s pobytem ve vězení (Ravndal & Amundsen, 2010). Autoři nedávné studie čerpající z dat shromážděných v různých kontextech mimo vězeňské prostředí v 17 evropských zemích mezi lety 2006 a 2015 zjistili, že 20-80 % injekčních uživatelů drog bylo někdy v životě ve vězení (Stone et al., 2018).

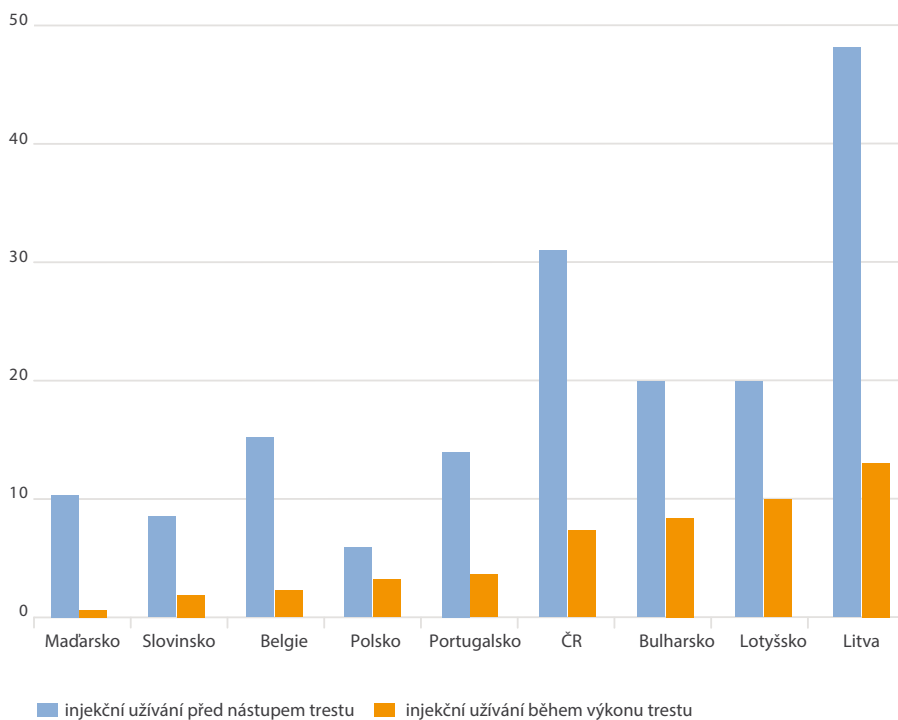
Z provedených kvalitativních studií vyplývá, že někteří odsouzení si ve výkonu trestu drogy píchají, protože injekční aplikace maximalizuje psychoaktivní účinky nákladných a nedostatkových drog anebo protože je k injekčnímu užívání přivedou další odsouzení (Gore et al., 1995; Peña-Orellana et al., 2011; EMCDDA, 2012). Podle průzkumů provedených mezi lety 2010 a 2019 v devíti evropských zemích se prevalence injekčního užívání drog během výkonu trestu pohybuje od 0,7 % v Maďarsku po 13 % v Litvě (graf 2.5).

Sterilní náčiní k bezpečné injekční aplikaci bývá ve věznicích k dispozici jen vzácně. Osoby ve výkonu trestu tak stříkačky používají opakovaně (Treloar et al., 2016) nebo si je samy vyrábějí z předmětů, kterou jsou ve věznicích k dispozici.

O sdílení injekčního náčiní ve věznicích je k dispozici jen málo dat. Z údajů EMCDDA a národních monitorovacích středisek ze čtyř zemí vyplývá, že podíl vězňů, které ve výkonu trestu injekčně užívají drogy a současně sdílejí injekční náčiní, se může pohybovat od 27 % (v Lucembursku) po 65 % (v ČR). Vzhledem k tomu, že ve většině zemí není ve věznicích volně k dispozici čisté injekční náčiní, jsou tato čísla ve skutečnosti pravděpodobně vyšší (viz kapitola 5).

**Graf 2.5**

**Celoživotní prevalence injekčního užívání drog před nástupem do vězení a během výkonu trestu v 10 členských státech EU v letech 2010-2019**



Zdroj: Data z monitoringu v rámci sítě Reitox EMCDDA, 2019.

### **Užívání drog po propuštění z vězení**

Pochopení problematiky užívání drog po propuštění z vězení je důležité jak z pohledu veřejného zdraví, tak systému trestní justice. Nicméně k dispozici není mnoho dat a těch málo studií, které existují, se většinou váží na Spojené státy a Austrálii. Přestože tyto studie poskytují relevantní informace, jejich výstupy nejsou vždy uplatnitelné na evropský kontext.

Výsledky provedených studií se opět značně liší vzhledem k rozdílům v použité metodologii, generování výběrových souborů a vlastní prevalenci. Většina studií uvádí určitý pokles v užívání drog, včetně injekčního, během prvního roku po propuštění z vězení, byť jiné studie o žádných změnách nerefekují, případně zmiňují dokonce nárůst míry užívání drog (Larney et al., 2018).

Existují však určité důkazy o spojitosti mezi nedávným uvězněním a rizikovým injekčním užíváním drog bezprostředně po propuštění z vězení v souvislosti se zvýšeným rizikem sdílení injekčního náčiní (Larney et al., 2018). Období po propuštění z vězení je rovněž důležité z důvodu vysokého rizika smrtelných předávkování (viz kapitola 3).

Vedle významného vlivu závislosti na pokračování v užívání drog, včetně injekčního, po propuštění z vězení může mezi jeho další důvody patřit i špatné sociální zázemí, kontakt s drogami a jejich dostupnost, vliv vrstevníků užívajících návykové látky, problémy v sociální reintegraci, překážky v přístupu k adiktologické léčbě a neadekvátní nabídka léčebné péče (Binswanger et al., 2007).

## Závěry

Prevalence užívání drog a souvisejících problémů u vězněných osob je v Evropě i celosvětově vysoká. U osob, které jsou nebo byly ve vězení, existuje navíc vyšší pravděpodobnost výskytu problémů s návykovými látkami než u jejich vrstevníků v obecné populaci. Páchání trestné činnosti a užívání drog je společným rysem mnoha rizikových faktorů, které, ačkoli je vždy není snadné rozklíčovat, ukazují, že užívání drog je často jen jedna z mnoha vulnerabilit, které se u vězněných osob vyskytují.

Prevalence užívání drog a charakteristiky návykového chování se v jednotlivých zemích liší v závislosti na rozdílech ve výskytu užívání drog na úrovni jednotlivých států, vězeňských systémech, v metodách sběru dat, sociálních a kulturních kontextech, legislativních rámcích, národních politikách a dalších faktorech. Nicméně vše z výše uvedeného podtrhuje význam rozvoje výzkumem podložených intervencí zaměřených na užívání drog a související zdravotní potřeby vězněných osob.

## Bibliografie

- Aebi, M. F. & Tiago, M. M. (2020), *Council of Europe annual penal statistics SPACE I: prison populations survey 2019*, Council of Europe, Strasbourg.
- Azbel, L. & Altice, F. L. (2018), „Drug use, HIV, and the high-risk environment of prisons“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 99-115.
- Bennett, T., Holloway, K. & Farrington, D. (2008), „The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis“, *Aggression and Violent Behavior* 13(2), pp. 107-118.
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G. & Koepsell, T. D. (2007), „Release from prison: a high risk of death for former inmates“, *New England Journal of Medicine* 356(2), pp. 157-165.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., et al. (2002), „Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales“, *Addiction* 97(12), pp. 1551-1560.
- Bullock, T. (2003), „Changing levels of drug use before, during and after imprisonment“, in Ramsay, M. (ed.), *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies*, Home Office Research Study 267, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London, pp. 23-48.
- Carpentier, C., Royuela, L., Montanari, L. & Davis, P. (2018), ‘The global epidemiology of drug use in prison’ in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 17-42.

- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. & Hedrich, D. (2012), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges“, *Howard Journal of Criminal Justice* 51(1), pp. 37-66.
- de Andrade, D. (2018), „The “drugs-crime nexus”“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 1-16.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018), *New psychoactive substances in prison*, Rapid Communications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006), „Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review“, *Addiction* 101(2), pp. 181-191.
- Fazel, S., Yoon, I. A. & Hayes, A. J. (2017), „Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta- regression analysis in recently incarcerated men and women“, *Addiction* 112(10), pp. 1725-1739.
- Gaffney, A., Jones, W., Sweeney, J. & Payne, J. (2010), *Drug use monitoring in Australia: 2008 annual report on drug use among police detainees*, Monitoring Report No 9, Australian Institute of Criminology, Canberra.
- Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2019), „Drug policy changes and the possible impact on incarcerations in a cohort of street- and low threshold service recruited illegal substance users“, příspěvek přednesený na konferenci *Lisbon Addictions* konané ve dnech 23-24. října v Lisabonu.
- Goldstein, P. J. (1985), „The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework“, *Journal of Drug Issues* 15(4), pp. 493-506.
- Gore, S. M., Bird, A. G. & Ross, A. J. (1995), „Prison rites: starting to inject inside“, *British Medical Journal* 311(7013), pp. 1135-1136.
- Larney, S., Stoové, M. & Kinner, S. S. (2018), „Substance use after release from prison“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 85-98.
- Montanari, L., Mravcik, V., Grohmannova, K. & Royuela, L. (2017), European questionnaire on drug use among people living in prison (EQDP), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Néfaus, T., Sannier, O., Hubert, C., Karolak, S. & Lévi, L. (2017), „Analysis of drugs in sewage: an approach to assess substance use, applied to a prison setting“, *Memo 2017-01*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint Denis.
- Niveau, G. & Ritter, C. (2008), „Route of administration of illicit drugs among remand prison entrants“, *European Addiction Research* 14(2), pp. 92-98.
- Peña-Orellana, M., Hernández-Viver, A., Caraballo-Correa, G. & Albizu-García, C. E. (2011), „Prevalence of HCV risk behaviors among prison inmates: tattooing and injection drug use“, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 22(3), pp. 962-982.
- Pierce, M., Hayhurst, K., Bird, S. M., Hickman, M., Seddon, T., Dunn, G. & Millar, T. (2015), „Quantifying crime associated with drug use among a large cohort of sanctioned offenders in England and Wales“, *Drug and Alcohol Dependence* 155, pp. 52-59.
- Postigo, C., López de Alda, M. & Barceló, D. (2011), „Evaluation of drugs of abuse use and trends in a prison through wastewater analysis“, *Environment International* 37(1), pp. 49-55.

- Ravndal, E. & Amundsen, E. J. (2010), „Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study“, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), pp. 65-69.
- Rousselet, M., Guerlais, M., Caillet, P., Le Geay, B., Mauillon, D., Serre, P., Chameau, P.-Y., et al. (2019), „Consumption of psychoactive substances in prison: between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data“, *PLoS ONE* 14(12), e0225189, doi:10.1371/journal.pone.0225189.
- Singleton, N. (2008), „Policy forum: the role of drug testing in the criminal justice system“, *Drugs and Alcohol Today* 8(3), pp. 4-8, doi:10.1108/17459265200800019.
- Stevens, A., Trace, M. & Bewley-Taylor, D. (2005), *Reducing drug-related crime: an overview of the global evidence*, The Beckley Foundation, Oxford.
- Stone, J., Fraser, H., Lim, A. G., Walker, J. G., Ward, Z., MacGregor, L., Trickey, A., Abbott, S., Strathdee, S. A. et al. (2018), „Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis“, *Lancet Infectious Diseases* 18(12), pp. 1397-1409.
- Stöver, H. & Weilandt, C. (2007), „Drug use and drug services in prison“, in Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. & Nikogossian, H. (eds.), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials of prison health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, pp. 85-111.
- Todts, S., Glibert, P., Van Malderen, S., Huyck, C. V., Saliez, V. & Hogge, M. (2008), *Usage de drogues dans les prisons Belges: monitoring des risques sanitaires*, Federal Public Service of Justice, Gent.
- Treloar, C., McCredie, L. & Lloyd, A. R. (2016), „The prison economy of needles and syringes: what opportunities exist for blood borne virus risk reduction when prices are so high?“, *PLoS ONE* 11(9), e0162399, doi:10.1371/journal.pone.0162399.
- User Voice (2016), *Spice: The bird killer. What prisoners think about the use of spice and other legal highs in prison*, User Voice, London.
- Van de Baan, F. C., Montanari, L., Royuela, L., & Lemmens, P. H. H. M. (2021), „Prevalence of illicit drug use before imprisonment in Europe: results from a comprehensive literature review“, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-12. doi:10.1080/09687637.2021.1879022.
- Young, J. T., Heffernan, E., Borschmann, R., Ogloff, J. R. P., Spittal, M. J., Kouyoumdjian, F. G., Preen, D. B., et al. (2018), „Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: a prospective cohort study“, *Lancet Public Health* 3(5), pp. e237-e248.





## **Kapitola III.**

## Zdravotní problémy vězňených osob související s užíváním drog

Linda Montanari, Luis Royuela, Ines Hasselberg, Liesbeth Vandam a Wayne Hall

Tato kapitola se zaměřuje na celkový zdravotní stav vězňených osob, které užívají nebo užívaly drogy. Zvláštní pozornost je věnována infekčním onemocněním a psychiatrické komorbiditě. Pojednáno je také o mortalitě odsouzených užívajících drogy, a to jak během výkonu trestu odnětí svobody, tak v době po jejich propuštění na svobodu. Speciální pozornost je věnována potřebám vězňených žen, které mají problémy s drogami.

Bez ohledu na to, zda užívají drogy či nikoli, se vězňené osoby vyznačují celkově horším fyzickým i duševním zdravím a sociální pohodou než jejich protějšky na svobodě. Vězňené osoby trpí větším množstvím akutních i chronických somatických a duševních chorob a vykazují vyšší míru zdravotního postižení a nižší střední délku života než jejich protějšky na svobodě. Vykazují větší výskyt přenosných i nepřenosných onemocnění, včetně kardiovaskulárních chorob, rakoviny, cukrovky a chronických respiračních onemocnění. Vyskytuje se u nich nepoměrně více problémů v oblasti sexuálního zdraví, pokusů o sebevraždu, sebepoškozování a psychických a adiktologických problémů, zejména poruch souvisejících s užíváním alkoholu, tabáku a nelegálních drog (Barry et al., 2010; Plugge et al., 2014).

Vězňené osoby rovněž vykazují nižší míru přežití než obecná populace mimo vězeňské prostředí. Americká studie zaměřená na problematiku onkologických onemocnění u osob ve výkonu trestu uvádí u odsouzených medián doby přežití od stanovení diagnózy 21 měsíců, zatímco v obecné populaci měl tento ukazatel hodnotu 54 měsíců (Mathew et al., 2005). Zdravotní problémy osob ve výkonu trestu odrážejí a velmi často také upozorňují na problémy osob ve společnosti jako celku, částečně i z důvodu výrazných styčných ploch mezi rizikovými faktory z hlediska horšího zdraví a trestu odnětí svobody, ale také z důvodu negativního dopadu vězeňských podmínek na již poškozené zdraví.

V současné době je palčivým problémem přeplněnost věznic. Z aktuálních oficiálních evropských statistik vyplývá, že ve 12 zemích činí medián obsazenosti přes 100 % (Aebi & Tiago, 2020). Přeplněnost zvyšuje u osob ve výkonu trestu i personálu věznic stres a napětí a nevyhovující hygienické podmínky, ke kterým přeplněnost často vede, nepříznivě ovlivňují zdraví odsouzených (Møller et al., 2007; Rouillon et al., 2004).

Zohlednit je také třeba možné zdravotní a sociální potřeby některých specifických skupin vězňených osob. Specifické potřeby žen, cizích státních příslušníků, LGBT osob, starších lidí a dalších skupin mohou být dále umocněny právě problémy s užíváním drog (viz kapitola 7).

Úhrnem lze konstatovat, že zdravotní problémy vězňených osob přímo či nepřímo související s jejich užíváním drog zahrnují infekční onemocnění, psychiatrickou komorbiditu a mortalitu po propuštění na svobodu.

## **Infekční onemocnění u injekčních uživatelů drog**

Osoby užívající drogy vykazují při nástupu do vězení vyšší výskyt infekcí, např. HIV, virové hepatitidy typu B (VHB), virové hepatitidy typu C (VHC), syfilidy, kapavky, chlamydií a tuberkulózy (TBC), než je tomu v obecné populaci (Dolan et al., 2016). Vyšší prevalence krví přenosných infekcí u vězňů se porovnání se zbytkem populace souvisí z velké části s větším podílem injekčních uživatelů drog; velké procento vězňů se nakazilo infekční chorobou při injekční aplikaci drog a sdílení injekčního náčiní mimo věznici (Azbel & Altice, 2018).

Odsouzení se také mohou nakazit infekčním onemocněním během výkonu trestu. Z hlediska šíření krví přenosných nákaz jsou věznice vysoce rizikovým prostředím, protože vedle vysokého výskytu krví přenosných virů mezi vězeňskou populací mohou lidé ve výkonu trestu odnětí svobody častěji praktikovat různá riziková chování, např. sdílet jehly a stříkačky v důsledku nemožnosti snadného přístupu ke sterilnímu injekčnímu náčiní, provozovat nechráněný sex z důvodu absence přístupu ke kondomům nebo podstoupovat rizikové tetovací praktiky.

Tato rizika dále zvyšuje přeplněnost věznic; soužití mnoha lidí na omezeném prostoru může vytvářet podmínky pro sdílení stříkaček a rizikový sex a může přispívat ke stresu a s ním související agresivitě spojené se zvýšeným rizikem násilného kontaktu a přenosu. To vše se pak může kombinovat s neadekvátními zdravotními a sociálními službami (Jürgens et al., 2011; Garcia-Guerrero & Marco 2012).

Prevalence HIV, VHC a VHB, včetně koinfekcí, je celosvětově mezi vězňůmi osobami vyšší než v obecné populaci. Podle dostupných odhadů bylo v roce 2014 z 11 milionů vězňů osob na celém světě v kterýkoli den nakaženo 3,8 % HIV, 15,1 % VHC, 4,8 % VHB a 2,8 % mělo aktivní TBC (Dolan et al., 2016).

Rozdíl v prevalenci infekčních onemocnění ve srovnání s obecnou populací je v evropských věznicích vyšší u osob s anamnézou injekčního užívání drog a mezi ženami (Tarján et al., 2019). Výskyt infekčních onemocnění mezi vězňůmi osobami se však v jednotlivých zemích výrazně liší, což je dáno jinou prevalencí infekčních chorob v obecné populaci a prevalencí rizikového a injekčního užívání drog, způsobem organizace péče o zdraví ve věznicích a použitými metodami a získáváním probandů k měření prevalence infekčních onemocnění.

## **Prevalence HIV u vězňů osob**

Rizikovými faktory z hlediska přenosu HIV jsou předchozí tresty odnětí svobody a poruchy související s užíváním návykových látek. Z odhadů učiněných na základě metaanalýzy studií provedených mezi lety 2005 a 2015 ve 196 zemích vyplývá, že prevalence HIV pozitivních mezi vězňůmi osobami se na různých místech světa pohybovala od 1 % do 16 % v závislosti na příslušném regionu. U injekčních uživatelů drog je prevalence vyšší, v některých zemích činí téměř 20 % (Dolan et al., 2016).

V Evropě se celková prevalence HIV u vězňů v 24 zemích poskytujících příslušná data pohybuje od 0 % v Nizozemsku po 13 % v Estonsku. Řada zemí, primárně ve východní Evropě, např. Estonsko (13 %) a Lotyšsko (7 %), eviduje vysoké prevalence HIV. Důvodem je pravděpodobně více faktorů, včetně vysoké prevalence injekčních uživatelů drog ve společnosti, jakož i omezený záběr a kapacita programů zaměřených na služby v oblasti minimalizace rizik. Mezi vězňů s adiktologickou anamnézou se ve 12 zemích, které dodávají příslušná data, pohybovala prevalence HIV od téměř 0 % (ČR) po 34 % (Španělsko) (graf 3.1) (Tarján et al., 2019).

### **Prevalence VHC a VHB u vězňů**

Výskyt nákazy VHC mezi vězňů je celosvětově vysoký; pohybuje se v rozmezí 1-21 %, přičemž ve většině regionech světa dosahuje více než 10 % (Dolan et al., 2016). Mezi vězňů injekčními uživateli drog se prevalence VHC pohybuje celosvětově od 8 % do 95 %. Autoři systematického přehledu 128 studií zkoumajících incidenci a prevalenci VHC ve vězňů z 39 různých zemí světa uvádějí sdružený odhad 64% prevalence VHC u vězňů s anamnézou injekčního užívání drog (Larney et al., 2014).

Data z 19 zemí za období 2009-2017 ukazují, že prevalence VHC u vězňů se pohybovala od necelého 1 % ve Slovinsku po 42 % ve Finsku (graf 3.1). U vězňů s anamnézou užívání drog se prevalence evidovaná v 12 zemích pohybovala od 3 % ve Slovinsku po 97 % ve Švédsku (Tarján et al., 2019).

Ve srovnání s jinými infekčními onemocněními je míra VHB ve vězeňské populaci nižší. Celosvětově se prevalence infekce VHB u vězňů odhaduje v závislosti na konkrétní zemi v rozmezí 1-24 % celkové vězeňské populace (Dolan et al., 2016). V Evropě se celková prevalence VHB u vězňů v 15 zemích pohybuje od téměř 0 % na Slovensku a ve Slovinsku po 16 % v ČR. Prevalence VHB u osob s anamnézou užívání drog hlášená devíti zeměmi se pohybuje od téměř 0 % v Maďarsku po 81 % ve Švédsku (graf 3.1) (Tarján et al., 2019).

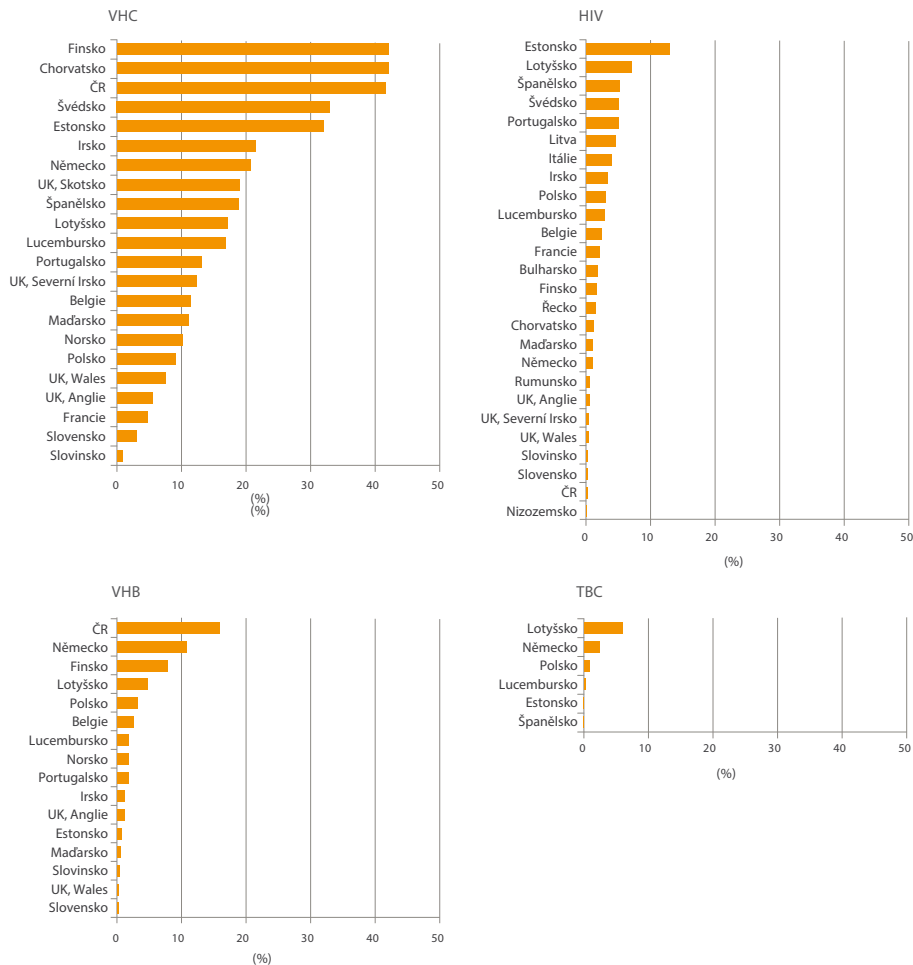
### **Prevalence tuberkulózy u vězňů**

Prevalence TBC u vězňů dalece převyšuje hodnoty evidované v obecné populaci (Aerts et al., 2006; Dolan et al., 2016). V celosvětovém měřítku se její výskyt odhaduje v rozmezí od 2 % do 8 %, ale ve srovnání s jinými infekčními onemocněními není k dispozici dostatek relevantních dat. V Evropě jsou o TBC (jak aktivní, tak latentní) k dispozici jen omezená data, což je zásadní informační nedostatek, uvážíme-li, že podle dostupných odhadů je riziko nákazy TBC mezi vězňů minimálně 10krát větší než v obecné populaci (Baussano et al., 2010).

Z dat, která máme k dispozici, vyplývá, že celková prevalence TBC se mezi vězňů osobami v šesti zemích, které příslušné údaje poskytují, pohybuje od 0,8 % do 6 % (graf 3.1). Pouze Lucembursko poskytlo data týkající se specificky prevalence TBC u vězňů injekčních uživatelů drog (0 %) (Tarján et al., 2019).

**Graf 3.1**

**Celková prevalence HIV, VHC, VHB a TBC ve vězeňské populaci v členských státech EU, Norsku a Spojeném království v letech 2009-2017**



Zdroj: Tarján et al., 2019.

### **Incidence infekčních onemocnění u vězňů**

Ačkoli mnoho injekčních uživatelů drog ve výkonu trestu se mohlo nakazit infekční chorobou ještě na svobodě před nástupem do vězení, někteří se nakazí během výkonu trestu. Vězeňské prostředí má svůj podíl na vysoké prevalenci infekčních onemocnění mezi lidmi, kteří tímto systémem projdou.

Věznice představují vysoce riziková prostředí z hlediska šíření krví přenosných virů. Kontextové faktory, které k tomu přispívají, zahrnují přeplněnost, nevyhovující prostorové uspořádání, omezený přístup k injekčnímu náčiní, nedostatek kondomů a nedostatek intervencí zaměřených na prevenci a léčbu infekčních onemocnění (Enggist et al., 2014; Silbernagl et al., 2018).

O incidenci infekčních onemocnění ve vězeních existuje však jen málo studií. Španělsko evidovalo v roce 2014 0,03% incidenci HIV pozitivních případů u vězněných osob, což je hodnota, která odráží nízkou incidenci i v obecné populaci. Pro ostatní evropské země však taková data nejsou k dispozici.

Na základě systematického přehledu byla prokázána souvislost mezi nedávným pobytem ve vězení a zvýšením případů nákazy HIV a VHC u injekčních uživatelů drog (Stone et al., 2018). Z několika recentních modelových analýz rovněž vyplývá možná souvislost mezi odnětím svobody u injekčních uživatelů drog a následným šířením infekčních onemocnění po jejich propuštění na svobodu. Zvýšené riziko existuje zejména v době bezprostředně po propuštění, což rovněž souvisí s vyšším rizikem injekčního užívání během této doby. Autoři zmiňovaného přehledu z roku 2018 (Stone et al., 2018) zaznamenali ve většině ze 17 zkoumaných států významně vyšší prevalence HIV a VHC právě mezi těmi injekčními uživateli drog, kteří v minulosti strávili nějakou dobu ve vězení (Stone et al., 2018). Tato zjištění jsou v souladu se závěry i jiných studií realizovaných v Kanadě a Austrálii, které potvrzují relevantní veřejnozdravotní dopad infekčních chorob, k jejichž přenosu došlo krátce po propuštění z vězení (Milloy et al., 2009; Milloy et al., 2011; Winter et al., 2016; Stone et al., 2018; Winter a Hellard, 2018).

V letech 2016 a 2017 byl hlášen značný nárůst nových případů nákazy HIV ve vězeních v Litvě, kdy více než 20 % z celkového počtu HIV pozitivních se nakazilo ve výkonu trestu odnětí svobody (graf 3.2). Většina nových případů HIV byla zaznamenána u osob, které si odpykávaly svůj trest ve stejné věznici, v níž cely sdílí velké množství odsouzených, což zvyšuje expozici infekčním onemocněním.

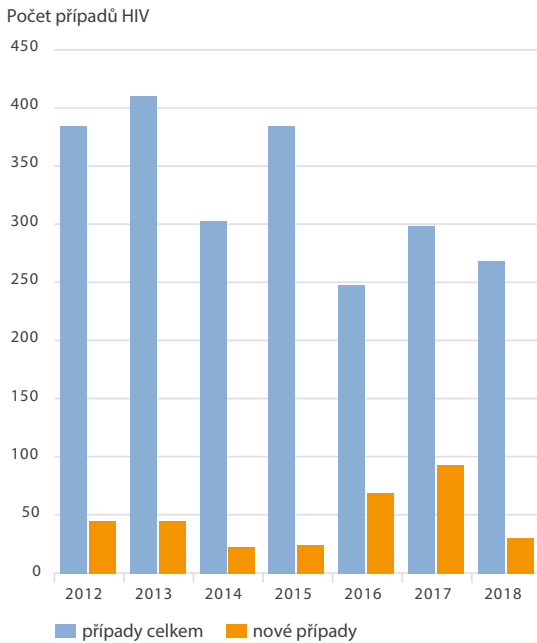
Navzdory celé řadě zdravotních rizik, které se s výkonem trestu odnětí svobody pojí, mohou věznice představovat prostředí pro poskytování služeb populacím, které jsou jinak běžnými komunitními poskytovateli považovány za „skryté“. Mohou být zejména dobrou příležitostí pro preventivní a léčebné intervence zaměřené na infekční choroby a další problémy spojené s užíváním návykových látek.

## **Psychiatrická komorbidita**

Psychiatrickou komorbiditu lze definovat jako souběžný výskyt dvou a více duševních poruch, obvykle nějaké psychiatrické poruchy a poruchy spojené s užíváním návykových látek, u téhož jedince. Komorbidita je problémem zejména u rizikových skupin, včetně vězeňských populací (EMCDDA, 2015).

### Graf 3.2

#### Incidence a prevalence HIV u vězňů v Litvě v letech 2012–2018



Zdroj: Data litevského národního monitorovacího centra z roku 2018.

Psychóza, poruchy osobnosti, úzkost a deprese jsou všechno duševní poruchy, které se u vězňů vyskytují častěji než v obecné populaci (Fazel & Baillargeon, 2011). Na základě systematického přehledu 62 studií zkoumajících celkově 23 000 vězňů osob ve 12 zemích bylo zjištěno, že nějakou duševní poruchou trpělo až 65 % těchto osob (EMCDDA, 2015).

Prevalence komorbidit duševních a adiktologických poruch ve vězeňské populaci je podle dostupných zdrojů vysoká. V Itálii byla celková prevalence komorbidit v mužské vězeňské populaci odhadnuta na 21 % (Piselli et al., 2009). V jednom španělském regionu byla psychiatrická komorbidit u přibližně 85 % vězňů osob s poruchami spojenými s užíváním návykových látek (Casares-López et al., 2011). Chorvatská přehledová studie (Palijan et al., 2009) uvádí hodnoty od 50 % do 80 % u pachatelů násilné trestné činnosti. Jiná studie provedená v Anglii na reprezentativním vzorku 469 vězňů žen a mužů zaznamenala významné procento osob s pozitivním výsledkem screeningu na dvě a více poruchy (Tyler et al., 2019).

Mezi nejčastější duševní poruchy vyskytující se u uživatelů drog patří poruchy osobnosti, které se mnohdy pojí s problémovým užíváním drog (Arroyo & Ortega, 2009); např. disociální porucha osobnosti, depresivní porucha nebo psychotická onemocnění, jakými jsou například schizofrenie, schizofreniformní porucha, manické epizody nebo porucha s bludy. Na základě dosavadních studií lze také usuzovat na možnost nadměrného zastoupení neurovývojových poruch, jako je porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), porucha autistického spektra (ASD) nebo porucha intelektu, ve vězeňské populaci (Young et al., 2018).

Výsledky rakouské studie provedené mezi osobami ve výkonu trestu podstupujícími metadonovou léčbu hovoří o vysoké prevalenci ADHD, jež vykazovala souvislost se začátkem užívání drog v raném věku. 50 % účastníků studie mělo pozitivní výsledek screeningu na ADHD v dětství a 17 % na ADHD v dospělosti. U osob ve výkonu trestu na různém stupni symptomů ADHD byl zaznamenán výrazně nižší věk při první epizodě zneužití návykové látky a tyto osoby uváděly vyšší míru předávkování drogami, delší období zneužívání kokainu a léčiv na předpis a více epizod lůžkové i ambulantní léčby. Redukce polyvalentního užívání návykových látek a udržení většího počtu jedinců v léčbě by bylo možné dosáhnout včasnou a efektivní léčbou v kombinaci s opioidovou substituční terapií (Silbernagl et al., 2019a).

U osob s komorbidními poruchami existuje zvýšené riziko sebevražd, což je jedna z hlavních příčin předčasných úmrtí mezi vězněnými osobami (Silbernagl et al., 2019b; Tyler et al., 2019; Widingshoff et al., 2019). Vězněné osoby s duální diagnózou vykazují vyšší riziko opakovaného páčání trestné činnosti než odsouzení pouze s adiktologickou nebo psychiatrickou poruchou (Baillargeon et al., 2009) a u osob s duální diagnózou lze pozorovat markantně zvýšený výskyt zranění (včetně sebepoškození) po propuštění z výkonu trestu (Young et al., 2018).

V tabulce 3.1 jsou uvedeny základní údaje z evropských epidemiologických studií zaměřených na duševní a adiktologické poruchy čerpajících z výzkumů prováděných mezi vězeňskou populací mezi lety 2006 a 2019.

Negativní dopady neřešených symptomů komorbidních poruch se mohou po nástupu do výkonu trestu dále zhoršovat (Silbernagl et al., 2019b), a je tak mimořádně důležité identifikovat adiktologické a psychiatrické potřeby odsouzených a poskytnout jim nejvhodnější výzkumem podloženou léčbu. Integrovaná léčba komorbidit adiktologických a psychiatrických poruch během výkonu trestu může lidem nejen zlepšit duševní zdraví, ale také snížit riziko dalšího nepodmíněného trestu a přinést tak úsporu celospolečenských nákladů (Silbernagl et al., 2019b).

## **Mortalita během výkonu trestu a po propuštění**

Míra úmrtnosti ve vězeňské populaci je v Evropě celkově vysoká (Aebi & Tiago, 2020). Autoři francouzské studie mortality zkoumající 230 osob, které zemřely během roku 2011 ve výkonu trestu, zjistili, že úmrtnost mezi odsouzenými ve věkové skupině 20-39 byla ve srovnání s jejich vrstevníky v obecné populaci dvojnásobná (Désésquelles et al., 2018).

Sebevražda je hlavní příčinou úmrtí osob ve výkonu trestu odnětí svobody; připadá na ni jedna třetina všech úmrtí ve věznicích (Enggist et al., 2014). V Evropě je riziko sebevraždy u osob ve výkonu trestu (10,5 na 10 000 odsouzených) sedmkrát vyšší než v obecné populaci (průměr v rámci EU je 1,5 na 10 000 obyvatel) (Rabe, 2012).

Výrazné procento lidí, kteří ve vězení spáchají sebevraždu, mají problémy s drogami. Ve zmíněné francouzské studii mělo 78 % úmrtí nějakou násilnou příčinu, z čehož 11 % bylo připisováno záměrnému nebo nešťastnému předávkování nebo intoxikaci návykovými látkami (Désésquelles et al., 2018). Z provedených metaanalýz vyplývá, že problémy



**Tabulka 3.1**

**Prevalence duševních a adiktologických poruch ve vězeňské populaci ve studiích publikovaných mezi lety 2006 a 2019 v členských státech EU, na Islandu, v Norsku a ve Spojeném království**

Autoři	Země	Velikost vzorku	Posuzovací nástroje	Referenční populace	Typ poruchy	Prevalence (%)
Silbernagl et al., 2019b	Rakousko	133	Strukturovaný/standardizovaný rozhovor (screening na ADHD a ASPD)	Vězněné osoby absolvující OST (uváděny pouze aktuální poruchy s prevalencí nad 15 %)	Generalizované úzkostné poruchy ADHD Depresivní porucha Riziko sebevraždy Disociální porucha osobnosti	16 17 26 39 57
EMCDDA, 2015	Estonsko	870 (2009) 877 (2010)	NA	Vězněné osoby	Duševní poruchy nebo poruchy chování související s užíváním návykových látek	24,5 v obou případech
Lukasiewicz et al., 2009	Francie	998	MINI-5 plus TCI plus volný klinický rozhovor vedený služebně starším psychiatrem	Vězněné osoby	Pokud SUD, DD Pokud psychiatrická porucha na ose I, SUD	80 33
Einarsson et al., 2009	Island	90	MINI a SAPAS (osobnostní škála); Symptomy ADHD v dětství pomocí hodnotící škály Wender-Utah a současný výskyt ADHD na základě DSM-IV	Vězněné osoby (muži)	ADHD a psychiatrické diagnózy	50
Piselli et al., 2009	Itálie	302 Perugia 2005-2006	Polostrukturovaný rozhovor	Vězněné osoby (muži)	Psychiatrická porucha, včetně SUD Komorbidita	54,3 20,9
Casares-López et al., 2011	Španělsko	152	ASI MINI-6	Vězněné osoby s adiktologickými poruchami	Duální diagnóza Disociální porucha osobnosti Deprese Úzkost	85 65,5 35,9 25,5
Sørland a Kjelsberg, 2009	Norsko	40	K-SADS	Mladí muži (pod 20 let) odsouzení k nepodmíněnému trestu odnětí svobody	Duševní porucha SUD	90 75
Colins et al., 2011	Belgie	232	DISC	Dospívající v zařízeních pro mladistvé delikventy		Vyšší recidiva v případech SUD
Palijan et al., 2009	Chorvatsko	přehledová studie		Pachatelé násilné trestné činnosti	Komorbidita	50-80

van Horn et al., 2012	Nizozemsko	148		Pachatelé násilné trestné činnosti	Násilí a DD s komorbidní poruchou na ose I nebo ose II 50 pachatelů násilné trestné činnosti sDD	34
Elonheimo et al., 2007	Finsko	2 712 mužů	Národní registry	Mladí pachatelé mužského pohlaví	SUD a/nebo psychiatrické poruchy	59 v případě 6 a více trestných činů
Harsch et al., 2006	Německo	47 + 30 + 26	SCID a SCID II, GAF, BSS	Ochranná léčba/VTOS (pachatelé sexuálně motivovaných trestných činů)	Duševní poruchy	80 (porovnání různých subpopulací v ochranné léčbě)
Chang et al., 2015	Švédsko	47 326		Vězněné osoby (ženy i muži)	Jakákoli psychiatrická porucha (muži) Jakákoli psychiatrická porucha (ženy)	42 64
Widinghoff et al., 2019	Švédsko	270	SCID I a II	Vězněné osoby Pachatelé násilné trestné činnosti	Užívání návykových látek Hazardní hraní Afektivní porucha ADHD Porucha chování Úzkostná porucha Disociální porucha osobnosti	85 16 54 44 79 52 64
Young et al., 2018	Spojené království (Skotsko)	392	Standardizované screeningové nástroje k posuzování možných neurovývojových poruch	Dospělí s duální diagnózou propuštění z výkonu trestu	Neurovývojové poruchy (ADHD, ASD, ID)	25
Tyler et al., 2019	Spojené království (Anglie)	469	Sebeuposuzovací standardizované screeningové nástroje (MCMI-III, SDS, AUDIT-PC, SBQR, SCOFF)	Vězněné osoby (uváděny pouze poruchy nad 15%)	Jakákoli porucha osobnosti Úzkost Porucha nálady Drogová závislost Riziko sebevražedného chování Problémové užívání alkoholu PTSD Psychotická porucha Porucha příjmu potravy	55 36 25 35 27 56 16 18 20

ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) – porucha pozornosti s hyperaktivitou; ASD (Autism Spectrum Disorder) – porucha autistického spektra; ASI (Addiction Severity Index) – Index závažnosti návykového chování; ASPD (Antisocial Personality Disorder) – disociální porucha osobnosti; BSS (Beck Scale for Suicide Ideation) – Beckova škála sebevražedných představ; DD – duální diagnóza; DISC (Dominance, Influence, Steadiness and Compliance) – osobnostní test; DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch; GAF (Global Assessment of Functioning) – škála pro celkové hodnocení fungování; ID (intellectual disability) – porucha intelektu; K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) – polostrukturovaný rozhovor zaměřený na afektivní poruchy a schizofrenii; N/A – neaplikuje se; OST – opioidová substituční terapie; PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) – posttraumatická stresová porucha; SAPAS, Standardised Assessment of Personality – osobnostní škála; SUD (Substance Use Disorder) – porucha související s užíváním návykových látek; AUDIT-PC: (Alcohol Use Disorders Identification Test-(Piccinelli) Consumption) – Test pro identifikaci poruch z užívání alkoholu – otázky zaměřené na konzumaci (Piccinelli); MCM III (Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3rd edition) – Millonův víceosý klinický dotazník, 3. vydání; MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) – strukturovaný diagnostický rozhovor ke zjišťování psychopatologií; SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) – strukturovaný klinický rozhovor k diagnostice poruch dle DSM; SBQR (Suicide Behaviors Questionnaire-Revised) – dotazník sebevražedného chování; SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) – dotazník ke screeningu na poruchy příjmu potravy; SDS (Severity of Dependence Scale) – Škála závažnosti závislosti.

s drogami jsou rizikovými faktory z hlediska sebevražd jak ve výkonu trestu (Fazel & Baillargeon, 2011), tak mezi uživateli drog mimo vězeňské prostředí (Darke & Ross, 2002).

V rámci anglické studie zkoumající 172 sebevražd spáchaných ve vězení v letech 1999–2000 byla otrava (předávkování) uváděna ve 3 % případů a tento způsob nepatřil ani mezi nejčastější způsoby sebevraždy. Osoby zařazené do této studie, které byly závislé na drogách a spáchaly sebevraždu, tak učinily v počátečních fázích výkonu svého trestu a existovala u nich dvakrát vyšší pravděpodobnost, že tak učiní během prvního týdne ve vězení, v porovnání s odsouzenými, kteří problémy s drogami neměli.

Od roku 2013 je v několika evropských zemích s úmrtími ve vězeních spojován výskyt nových psychoaktivních látek. Přes obtížné stanovování příčiny uvádí přímou či nepřímou souvislost mezi úmrtími ve výkonu trestu odnětí svobody a užíváním nových psychoaktivních látek Německo, Lotyšsko, Polsko a Spojené království. V Anglii a ve Walesu bylo v období od června 2013 do září 2016 zaznamenáno 79 případů, kdy se vědělo nebo panovalo silné podezření, že daná osoba před smrtí užila nové psychoaktivní látky nebo kdy užívání takových látek bylo u dané osoby během výkonu trestu významným problémem. V 56 z těchto případů si daná osoba smrt přivodila záměrně (EMCDDA, 2018).

Ve vězeňské populaci se rovněž projevuje trend stárnutí obecné populace i populace uživatelů opioidů ve většinové společnosti. Přestože k tomuto tématu je v současnosti k dispozici málo dat, stárnutí s sebou nese fyzickou zranitelnost, která může prohlubovat

již tak špatný zdravotní stav a negativní dopady problémů s drogami, jež se ve vězeňské populaci vyskytují v hojně míře (Enggist et al., 2014).

## **Mortalita po propuštění z vězení**

Riziko úmrtnosti se markantně zvyšuje při propuštění osoby z vězení; platí to pro všechny příčiny úmrtí, ale zejména pro úmrtí následkem předávkování drogami (Bukten et al., 2017; Brummer et al., 2018). Riziko smrtelného předávkování je mimořádně vysoké během prvního týdne po propuštění (v menší míře pak během druhého týdne), ale ve srovnání s lidmi, kteří za sebou nemají zkušenost s pobytem ve vězení, zůstává zvýšené po zbytek života (Binswanger et al., 2007) (viz graf 3.3). Riziko nefatálního předávkování krátce po propuštění z vězení je podle dostupných dat také vysoké. Nefatální předávkování mohou být příčinou vážných zdravotních problémů a prediktorem smrtelných předávkování v budoucnu (Winter et al., 2015).

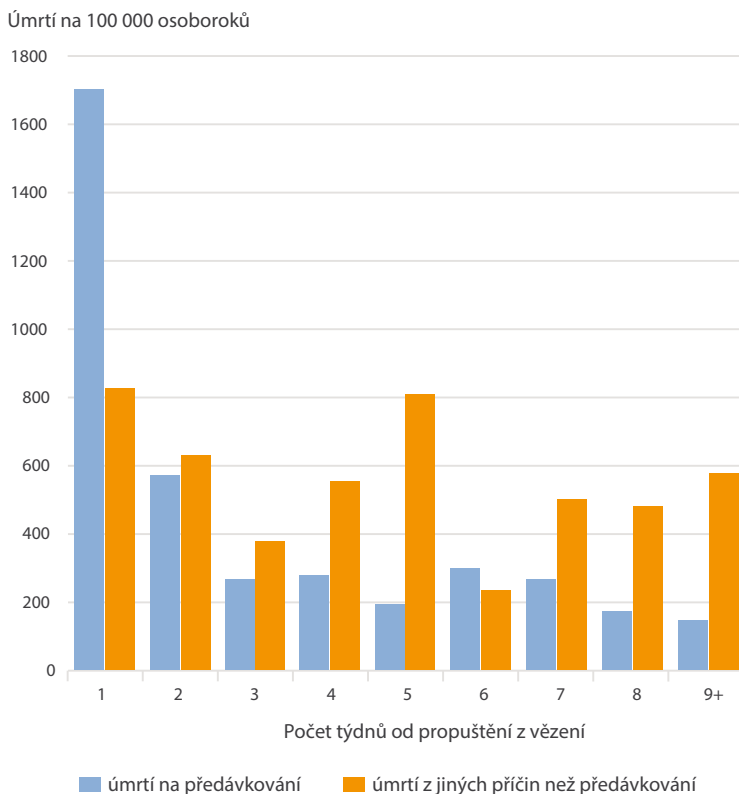
U vězněných osob s anamnézou problémového užívání opioidů souvisí zvýšené riziko předávkování primárně s návratem k užívání opioidů, zejména heroínu, poté, co vyjdou z vězení (Darke & Hall, 2003). Významným faktorem, který se podílí na tomto zvýšeném riziku, je jejich markantně snížená tolerance vůči opioidům po období abstinence, jak to dokládá skotská studie o úmrtích v souvislosti s drogami u osob propuštěných z nemocnice (Merrall et al., 2013).

Provedené studie shodně potvrzují toto zvýšené riziko drogových úmrtí v prvních týdnech po propuštění z vězení. Autoři přehledové studie zkoumající úmrtí po propuštění z vězení v Evropě, Austrálii a Spojených státech zjistili, že 6 z 10 úmrtí, k nimž došlo v prvních 12 týdnech po propuštění z vězení, souviselo s drogami (Merrall et al., 2010). Podobné výsledky uvádí studie realizovaná v Anglii a Walesu (Farrell & Marsden, 2008). V rámci irské studie zkoumající 105 úmrtí uživatelů drog, kteří v minulosti absolvovali trest odnětí svobody, v letech 1998 až 2005 bylo zjištěno, že k 28 % smrtelných předávkování po propuštění z vězení došlo během prvního týdne po propuštění a k dalším 18 % během prvního měsíce (Lyons et al., 2010).

V Litvě bylo na základě kombinované analýzy dat týkajících se mortality a výkonu trestu odnětí svobody zjištěno, že k 10 % z 83 drogových úmrtí hlášených v roce 2017 došlo v rozmezí šesti měsíců od propuštění z vězení. K těmto drogovým úmrtím docházelo hlavně u mužů; průměrný věk těchto osob byl 35 let, žily v hlavním městě a braly heroin a jiné opioidy, včetně potentních opioidů, jako jsou fentanyl a karfentanil. Větší riziko smrtelného předávkování během prvního týdne po propuštění je však vyšší u žen než u mužů (Farrell & Marsden, 2008).

### Graf 3.3

#### Úmrtnost na předávkování a z jiných příčin podle týdnů od propuštění ve Spojených státech



Zdroj: Binswanger et al., 2013.

## Zdravotní potřeby vězňených žen, které užívají drogy

Zastoupení žen ve vězeňské populaci je celosvětově malé; obvykle se pohybuje někde mezi 3 % a 8 % celkového počtu vězňených osob (van den Bergh et al., 2014; Aebi & Tiago, 2020). Počty žen ve vězení se v různých částech světa značně liší: na 100 000 obyvatel připadají 3,2 vězňené ženy v Africe, 6,2 v Asii, 11,3 v Oceánii a až 31,4 na americkém kontinentě.

Ve srovnání s 20% nárůstem u mužů se počet vězňených žen a dívek mezi roky 2000 a 2017 celosvětově zvýšil o více než 50 % (Walmsley, 2017). V Evropě se podíl vězňených žen v posledních několika letech výrazněji nemění, nicméně celkový nárůst vězeňské populace se projevuje také vyšším počtem žen ve výkonu trestu odnětí svobody (Tournier, 2001; Aebi & Tiago, 2020).

K 31. lednu 2019 bylo v 27 členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království ve vězení 41 114 žen, což představuje cca 5 % celkové vězeňské populace. Počty a procentuální podíly se v jednotlivých zemích liší. Nejvíce vězenkyň na 100 000 obyvatel ženského pohlaví uvádí ČR, Lotyšsko, Maďarsko, Litva, Slovensko a Turecko (Aebi & Tiago, 2020) (mapa 3.1).

Významný podíl vězňených žen v Evropě tvoří cizí státní příslušnice (16 %). Ve 12 zemích tvoří více než 20 %, z nichž osm uvádí vyšší podíl cizinek mezi vězňenými ženami než cizinců mezi vězňenými muži (Aebi & Tiago, 2020).

Nižší počty žen ve vězení oproti mužům korespondují s faktem, že ženy páchají obecně méně trestných činů a jejich kriminalita je jiného typu (Braithwaite, 1989; Gottfredson & Hirschi, 1990; Akers, 2009; Robert, 2009). Z výsledků některých studií rovněž vyplývá, že soudci ženám udělují mírnější tresty. Důvodem jsou vysoké společenské náklady spojené s pobytem žen ve výkonu trestu, neboť ženy zajišťují většinu neplacené práce v domácnosti a péče o děti (Steffensmeier et al., 1993; Cho & Tasca, 2019).

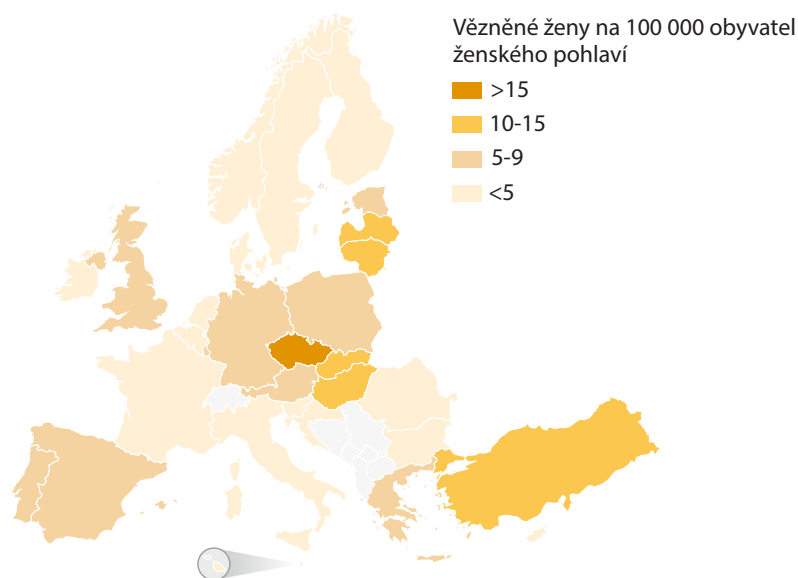
Ženy jsou také obvykle odsuzovány za jiné trestné činy než muži (Aebi & Tiago, 2020). Pokud je jim uložen nepodmíněný trest odnětí svobody, je to hlavně za nenásilnou trestnou činnost, včetně drogových deliktů (Borrill, 2003; Fazel et al., 2017).

Podíl žen ve výkonu trestu za drogové trestné činy je celosvětově vyšší než podíl mužů, kteří si odpykávají nepodmíněný trest za takové delikty (UNODC, 2018). Podíl žen uvězňených za drogové trestné činy na celkové ženské vězeňské populaci se v rámci Evropy značně liší: od 5 % v Bulharsku po přibližně 25 % v Dánsku, Finsku a Švédsku, až po 33 % v Itálii a 40 % ve Španělsku (UNODC, 2018). Podle dostupných informací hrají ženy méně dominantní roli ve výrobě a distribuci drog, kde často figurují na nejnižších úrovních dodavatelských řetězců v rámci drogového trhu. V poslední době však existují také indicie o zapojení žen do nejvyšších pater dodavatelských struktur (UNODC, 2018).

Některé ženy bývají odsouzeny za trestné činy, které mají nepřímou souvislost s užíváním drog, například loupeže nebo krádeže spáchané za účelem obstarání prostředků na drogy (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2019), zatímco jiné ženy s anamnézou užívání drog jsou odsuzovány za trestné činy, které s užíváním drog nebo jejich výrobou a distribucí nesouvisejí (Aebi & Tiago, 2020).

**Mapa 3.1**

**Vězněné ženy v přepočtu na 100 000 obyvatel ženského pohlaví ve věku 15–64 let v členských státech EU, Norsku, Turecku a ve Spojeném království k 31. lednu 2019**



Zdroj: Aebi & Tiago, 2020.

Vězněné ženy vykazují komplexní sociální a zdravotní profil a často se jim před nástupem do vězení dostávalo omezené nebo neadekvátní zdravotní péče (van den Bergh et al., 2014). Mnohé z nich v souvislosti se sociálním znevýhodněním zažívaly již od dětství mnohá traumata (Fuentes, 2014). Nemalá část z nich byla před nástupem do vězení vystavena fyzickému, sexuálnímu nebo emočnímu násilí a mnohé trpí závažnými osobnostními a behaviorálními poruchami, případně mají historii sebepoškozování, týrání nebo opuštění blízkou osobou.

Ve srovnání s vězněnými muži a ženami v obecné populaci vykazují vězněné ženy vyšší výskyt problémů v oblasti duševního zdraví, včetně posttraumatických stresových poruch, depresí a sebepoškozování (Tyler et al., 2019). Ve vyšší míře také uvádějí pohlavně přenosná a jiná infekční onemocnění, problémy v oblasti reprodukčního zdraví (např. rakovinu děložního čípku), stomatologické problémy, obezitu a další nepřenositelné choroby (Plugge et al., 2009). U vězněných žen se také často uvádějí adiktologické problémy, ačkoli u mnoha z nich se jedná o sekundární poruchu plynoucí z předchozích psychických problémů (EMCDDA, 2015) a užívání návykových látek často představuje způsob mírnění, resp. seabedikace minulých traumat způsobených násilím a zneužíváním (Friestad et al., 2014; Braitman & Kelley, 2016).

Nedávná analýza dostupných dat o užívání drog při nástupu do vězení ukázala značný výskyt adiktologických poruch mezi vězněnými osobami, přičemž větší prevalence těchto poruch byla zaznamenána právě mezi ženami (Fazel et al., 2017). Na základě dat z 10 zemí (Austrálie, Anglie, Francie, Německo, Irsko, Island, Nizozemsko, Nový Zéland, Rakousko, Spojené státy) uvádí daná studie sdružený odhad výskytu adiktologických poruch během 12 měsíců

před nástupem do vězení u 51 % žen a 30 % mužů. V systematickém přehledu zpracovávajícím data z 12 evropských zemí se uvádí odhadovaná hodnota celoživotní prevalence užívání jakékoli nelegální látky před nástupem do vězení 62 % u žen a 41 % u mužů (van de Baan, 2018).

V rámci nedávno provedené analýzy dat z dotazníku EQDP administrovaného v šesti evropských zemích byla porovnávána celoživotní prevalence užívání drog u vězňenských mužů a žen před nástupem do výkonu trestu odnětí svobody a v obecné populaci: výsledky hovoří o větším rozdílu v prevalenci užívání drog u žen než u mužů (viz kapitola 2).

Důvodem pro tento větší rozdíl v prevalenci užívání drog u vězňenských žen pravděpodobně souvisí s vysokým podílem žen, které si odpykávají nepodmíněný trest odnětí svobody za drogové trestné činy (ačkoli ne všechny z nich drogy samy užívají) a s vysokou zranitelností žen, které jsou za spáchané trestné činy odsuzovány k nepodmíněným trestům (van den Bergh et al., 2014; Wattanaporn & Holtfreter, 2014). Celkově lze konstatovat, že ačkoli nepodmíněné tresty odnětí svobody jsou ženám ukládány málo, ty, které soud do vězení pošle, vykazují často komplexní sociální a (somaticky i duševně) zdravotní profil.

Vzorci užívání drog u žen ve výkonu trestu odnětí svobody jsou podobné těm, které uvádějí odsouzení muži. Většina vězňenských žen někdy v životě užila konopí. Vysoká je u nich také prevalence užívání dalších nelegálních návykových látek, např. heroinu (od 19 % ve Španělsku po 49 % v Lotyšsku), kokainu (od 21 % v Litvě a Česku po 41 % v Lotyšsku) a amfetaminů (od 17 % v Portugalsku po 64 % ve Slovinsku) (data z dotazníkového šetření pomocí EQDP konaného v roce 2019).

Vězněné ženy vykazují vyšší výskyt infekčních onemocnění, včetně HIV/AIDS, hepatitidy typu B, hepatitidy typu C a syfilidy než věznění muži a ženy v obecné populaci, neboť se častěji uchylují k rizikovým chováním, včetně poskytování sexuálních služeb a injekčního užívání drog. Mnohé případy pohlavně přenosných infekcí zůstávají vzhledem k jejich asymptomatickému průběhu nezjištěny. Některé z těchto nákaz mohou mít z dlouhodobého hlediska pro ženy závažné zdravotní následky, včetně mimoděložního těhotenství, neplodnosti a chronické pánevní bolesti. Pohlavně přenosné choroby jsou významným faktorem z hlediska šíření HIV, neboť zvyšují možnost přenosu a snižují celkovou odolnost organismu (Dolan et al., 2016).

Ve srovnání s ženami v obecné populaci a s muži užívajícími ve vězení drogy vykazují ženy s vězeňskou zkušeností vyšší výskyt sebevražd jak během výkonu trestu, tak na svobodě, a uvádějí také vyšší míru sebepoškození během pobytu ve vězení bez ohledu na to, zda užívají drogy či nikoli (Farrell & Marsden, 2008; Douglas et al., 2009).

Pro ženy může mít pobyt ve vězení obzvláště neblahý dopad. Jak se uvádí ve zprávě jedné britské organizace, ve srovnání s muži plní vězněné ženy mnohem častěji roli osob zajišťujících primární péči o děti, které jsou tak často umístovány do náhradní péče poté, co ženy nastoupí výkon trestu (Prison Reform Trust, 2015). Během pobytu ve vězení se ženy ocitají ve větší sociální izolaci než muži a mívají i méně návštěv (Prison Reform Trust, 2015). Jelikož ženských věznic je méně, stává se, že odsouzené ženy vykonávají svůj trest odnětí svobody daleko od místa svého bydliště, což komplikuje rodinné návštěvy a přispívá tak k jejich větší izolaci. Tento nedostatek vězeňských zařízení může také vést k jejich přeplněnosti (Observatoire International de Prisons — Section Française, 2019).

Odsouzené uživatelky drog jsou také po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody ve větší míře vystaveny riziku úmrtí spojených s drogami. Výsledky americké studie zaměřené na úmrtí v souvislosti s drogami po propuštění z vězení ukazují, že úmrtnost žen na předávkování byla o více než 50 % vyšší než v případě mužů (236 oproti 154 na 100 000 osoboroků) (Binswanger et al., 2013).

Ačkoli totéž se uvádí i u mužů, z provedených studií vyplývá, že ženy s adiktologickými problémy čelí po propuštění z výkonu trestu dlouhodobě vážnějším společenským následkům kvůli svému pobytu ve vězení (INCB, 2018). Ženám se po propuštění méně často dostává při jejich návratu k rodině a do společnosti takové podpory jako mužům, mohou trpět sociální izolovaností a být sociálně a ekonomicky znevýhodněny, mohou přijít o střechu nad hlavou a čelit dalším obtížím, např. při hledání práce (Douglas et al., 2009).

## **Závěry**

Ačkoli vězeňské podmínky mohou mít negativní dopad na již poškozené zdraví uživatelů drog, věznice rovněž představují prostředí, jež nabízí možnost poskytnutí zdravotních služeb; je to právě často ve výkonu trestu, kde jsou osobám, které jsou často považovány za skrytou populaci pro běžné zdravotní služby, nabídnuty služby v oblasti prevence, léčby a minimalizace rizik v zájmu snahy o řešení jejich užívání drog a adiktologických problémů. Intervence realizované ve věznicích mohou rovněž sehrávat klíčovou roli po propuštění z výkonu trestu v tom, že pomohou zajistit návaznost léčby a předcházet drogovým úmrtím. Tyto intervence (viz kapitola 4 a 5) mohou mít významný dopad na morbiditu, mortalitu, veřejné zdraví a kriminální recidivu, což přinese prospěch nejen odsouzeným, ale vydělá na tom i společnost jako celek.

Lepší pochopení problému užívání drog u vězňených osob v celé jeho šíři a složitosti je potřebným východiskem pro rozvoj vědecky podložených politik a intervencí zaměřených na řešení potřeb této populace. Nedostatek studií a dat k dané problematice však představuje problém, který ještě vystupuje do popředí, pokud je řeč o datových výstupech napříč jednotlivými zeměmi.

Je třeba zkvalitňovat epidemiologická data týkající se zdravotních problémů vězňených osob, které souvisejí s jejich užíváním drog, a zajišťovat tak dostupnost spolehlivých a porovnatelných dat z různých zemí. Příkladem takového zvyšování kvality v této oblasti může být vznik metodologického rámce pro monitorování problematiky užívání drog ve vězení v Evropě nebo vytvoření dotazníku EQDP. Soubor poznatků o potřebách vězeňské populace by mohly značně obohatit další studie a iniciativy v oblasti sběru dat zaměřené na tuto problematiku. Takové aktivity jsou klíčové pro odpovídající plánování a zajišťování služeb, jež mohou podstatnou měrou ovlivnit zdraví a sociální podmínky vězňených osob.

Lepší znalost průsečíků rizikových faktorů spojených s užíváním návykových látek a kriminálního chování pak může přispět k rozvoji služeb a intervencí, jež jsou cíleny na různé typy rizikového chování.



## Bibliografie

- Aebi, M. F. & Tiago, M. M. (2020), *Council of Europe annual penal statistics SPACE I: prison populations survey 2019*, Council of Europe, Strasbourg.
- Aerts, A., Hauer, B., Wanlin, M. & Veen, J. (2006), „Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons“, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 10(11), pp. 1215-1223.
- Akers, R. L. (2009), *Social learning and social structure: a general theory of crime and deviance*, Routledge, New York.
- Arroyo, J. M. & Ortega, E. (2009), „Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión“, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 11(1), pp. 3-7.
- Azbel, L. & Altice, F. L. (2018), „Drug use, HIV, and the high-risk environment of prisons“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 99-115.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A. & Murray, O. J. (2009), „Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door“, *American Journal of Psychiatry* doi:110.1176/appi.ajp.2008.08030416.
- Barry, J. M., Darker, C. D., Thomas, D. E., Allwright, S. P. A. & O'Dowd, T. (2010), „Primary medical care in Irish prisons“, *BMC Health Services Research* 10, 74.
- Baussano, I., Williams, B. G., Nunn, P., Beggiato, M., Fedeli, U. & Scano, F. (2010), „Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review“, *PLoS Medicine* 7(12), e1000381, doi:10.1371/journal.pmed.1000381.
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G. & Koepsell, T. D. (2007), „Release from prison: a high risk of death for former inmates“, *New England Journal of Medicine* 356(2), pp. 157-165.
- Borrill, J., Maden, A., Martin, A., Weaver, T., Stimson, G., Farrell, M. & Barnes, T. (2003), *Differential substance misuse treatment needs of women, ethnic minorities and young offenders in prison: prevalence of substance misuse and treatment needs*, Home Office Online Report 33/03, Home Office, London.
- Braithwaite, J. (1989), *Crime, shame and reintegration*, Cambridge University Press.
- Braitman, A. L. & Kelley, M. L. (2016), „Initiation and retention in couples outpatient treatment for parents with drug and alcohol use disorders“, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 24(3), p. 174.
- Brummer, J., Møller, L. & Enggist, S. (2018), „Preventing drug-related death in recently released prisoners“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 247-262.
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J. & Clausen, T. (2017), „High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period“, *Addiction* 112(8), pp. 1432-1439.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A. & Bobes, J. (2011), „Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario“, *Adicciones* 23(1), pp. 37-44.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vahl, P., Markus, M., Broekaert, E. & Doreleijers, T. (2011), „Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism“, *Canadian Journal of Psychiatry* 56(1), pp. 44-50.
- Darke, S. & Hall, W. (2003), „Heroin overdose: research and evidence-based intervention“, *Journal of Urban Health* 80(2), pp. 189 -200.

- Darke, S. & Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97(11), pp. 1383-1394.
- Désesquelles, A., Kensey, A. & Meslé, F. (2018), „Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France: le poids écrasant des morts violentes“, *Population* 73(4), pp. 757-786.
- Dolan, K., Wirtz, A. L., Moazen, B., Ndeffo-mbah, M., Galvani, A., Kinner, S. A., Courtney, R., et al. (2016), „Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees“, *Lancet* 388(10049), pp. 1089-1102.
- Douglas, N., Plugge, E. & Fitzpatrick, R. (2009), „The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say?“, *Journal of Epidemiology and Community Health* 63(9), pp. 749-754.
- Einarsson, E., Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G. H., Newton, A. K. & Bragason, O. O. (2009), „Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates“, *Nordic Journal of Psychiatry* 63(5), pp. 361-367.
- Elonheimo, H., Niemelä, S., Parkkola, K., Multimäki, P., Helenius, H., Nuutila, A. M. & Sourander, A. (2007), „Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males: the Finnish “from a boy to a man” birth cohort study“, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42(6), pp. 477-84.
- EMCDDA (2015), *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*, EMCDDA Insights 19, Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018), *New psychoactive substances in prison*, Rapid Communications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014), *Prisons and health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Farrell, M. & Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales“, *Addiction* 103(2), pp. 251-255.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011), „The health of prisoners“, *Lancet* 377(9769), pp. 956-965.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006), „Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review“, *Addiction* 101(2), pp. 181-191.
- Fazel, S., Yoon, I. A. & Hayes, A. J. (2017), „Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women“, *Addiction* 112(10), pp. 1725-1739.
- Friestad, C., Åse-Bente, R. & Kjelsberg, E. (2014), „Adverse childhood experiences among women prisoners: relationships to suicide attempts and drug abuse“, *International Journal of Social Psychiatry* 60(1), pp. 40-46.
- Fuentes, C. M. (2014), „Nobody’s child: the role of trauma and interpersonal violence in women’s pathways to incarceration and resultant service needs“, *Medical Anthropology Quarterly* 28(1), pp. 85-104.
- Garcia-Guerrero, J. & Marco, A. (2012), „Overcrowding in prisons and its impact on health“, *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria* 14(3), pp. 106-113.
- Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2019), „Drug policy changes and the possible impact on incarcerations in a cohort of street- and low threshold service recruited illegal substance users“, příspěvek přednesený na konferenci Lisbon Addictions konané 23-24. října v Lisabonu.
- Gottfredson, M. R. & Hirschi, T. (1990), *A general theory of crime*, Stanford University Press, Stanford, MA.

- Harsch, S., Bergk, J. E., Steinert, T., Keller, F. & Jockusch, U. (2006), 'Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison', *International Journal of Law and Psychiatry* 29(5), pp. 443–49.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P. & Fazel, S. (2015), 'Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden', *Lancet Psychiatry* 2(10), pp. 891–900.
- Cho, A. & Tasca, M. (2019), 'Disparities in women's prison sentences: exploring the nexus between motherhood, drug offense, and sentence length', *Feminist Criminology* 14(4), pp. 420–440.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2018), *Report of the International Narcotics Control Board for 2017*, INCB, Vienna.
- Jürgens, R., Nowak, M. & Day, M. (2011), 'HIV and incarceration: prisons and detention', *Journal of the International AIDS Society* 14(1), p. 26.
- Larney, S., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., Burns, L., Gibson, A., Kimber, J. & Degenhardt, L. (2014), 'Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study', *BMJ Open* 4, e004666.
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M. & Gasquet, I. (2009), 'Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners', *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 33(1), pp. 160–68.
- Lyons, S., Walsh, S., Lynn, E. & Long, J. (2010), 'Drug-related deaths among recently released prisoners in Ireland, 1998 to 2005', *International Journal of Prisoner Health* 6(1), pp. 26–32.
- Mathew, P., Elting, L., Cooksley, C., Owen, S. & Lin, J. (2005), 'Cancer in an incarcerated population', *Cancer* 104(10), pp. 2197–2204.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S. J. & Bird, S. M. (2010), 'Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison', *Addiction* 105(9), pp. 1545–1554.
- Merrall, E. L. C., Bird, S. M. & Hutchinson, S. J. (2013), 'A record-linkage study of drug-related death and suicide after hospital discharge among drug-treatment clients in Scotland, 1996–2006', *Addiction* 108(2), pp. 377–384.
- Milloy, M. S., Buxton, J., Wood, E., Li, K., Montaner, J. S. G. & Kerr, T. (2009), 'Elevated HIV risk behaviour among recently incarcerated injection drug users in a Canadian setting: a longitudinal analysis', *BMC Public Health* 9(1), pp. 156.
- Milloy, M. J., Kerr, T., Buxton, J., Rhodes, T., Guillemi, S., Hogg, R., Montaner, J. & Wood, E. (2011), 'Dose-response effect of incarceration events on nonadherence to HIV antiretroviral therapy among injection drug users', *Journal of Infectious Diseases* 203(9), pp. 1215–1221.
- Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. & Nikogosian, H. (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Observatoire International de Prisons — Section Française (2019), *Femmes détenues: les oubliées*, Dedans Dehors No 106 ([https:// oip.org/publication/femmes-detenues/](https://oip.org/publication/femmes-detenues/)).
- Palijan, T. Ž., Mužinić, L. & Radeljak, S. (2009), 'Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry', *Psychiatria Danubina* 21(3), pp. 429–436.
- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan, R. & Abram, K. M. (2009), 'Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy', *International Journal of Law and Psychiatry* 32(2), pp. 101–107.

- Plugge, E., Elwood Martin, R. & Hayton, P. (2014), „Noncommunicable diseases and prisoners“, in: Enggist, S., Moller, L. & Galea, G. (editors), *Prisoners and Health*, World Health Organization, Geneva.
- Plugge, E., Yudkin, P. & Douglas, N. (2009), „Changes in women’s use of illicit drugs following imprisonment“, *Addiction* 104(2), pp. 215-222.
- Prison Reform Trust (2015), *Why focus on reducing women’s imprisonment?*, Prison Reform Trust Briefing, Prison Reform Trust, London.
- Rabe, K. (2012), „Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe“, *International Journal of Law and Psychiatry* 35(3), pp. 222-230.
- Robert, A. (2009), „The contribution of “mainstream” theories to the explanation of female delinquency“, in Zahn, M. A. (ed.), *The delinquent girl*, Temple University Press, Philadelphia, PA., pp. 7-29.
- Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F. & Falissard, B. (2004), „Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison“, Expertise psychiatrique pénale, étude DGS.
- Silbernagl, M., Slamanig, R., Fischer, G. & Brandt, L. (2018), „Hepatitis C infection and psychiatric burden in two imprisoned cohorts: young offenders and opioid-maintained prisoners“, *Health Policy* 122(12), pp. 1392-1402.
- Silbernagl, M., Slamanig, R., Stegemann, M., Sterzer, M., Mayer, L., Fischer, G. & Unger, A. (2019a), „Attention-deficit hyperactivity disorder symptom status in a mixed gender population of opioid-maintained prison inmates“, *European Addiction Research* 25(2), pp. 80-92.
- Silbernagl, M., Yanagida, T., Slamanig, R., Fischer, G. & Brandt, L. (2019b), „Comorbidity patterns among patients with opioid use disorder and problem gambling: ADHD status predicts class membership“, *Journal of Dual Diagnosis* 15(3), pp. 147-158.
- Sørland, T. O. & Kjelsberg, E. (2009), „Mental health among teenage boys remanded to prisoner“, *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 129(23), pp. 2472-2475.
- Steffensmeier, D., Kramer, J. & Streifel, C. (1993), „Gender and imprisonment decisions“, *Criminology* 31(3), pp. 411-446.
- Stone, J., Fraser, H., Lim, A. G., Walker, J. G., Ward, Z., Macgregor, L., Trickey, A., et al. (2018), „Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis“, *Lancet Infectious Diseases* 18(12), pp. 1397-1409.
- Tarján, A., Horváth, G. & Stöver, H. (2019), *European mapping of harm reduction interventions in prisons*, revised version, Institut für Suchtforschung, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt.
- Tournier, P. V. (2001), *Council of Europe annual penal statistics SPACE I, survey 2000*, Council of Europe, Strasbourg.
- Tyler, N., Miles, H. L., Karadag, B. & Rogers, G. (2019), „An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences“, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 54(9), pp. 1143-1152.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2018), *UNODC world drug report 2018*, Booklet 5: *Women and drugs*, UNODC, Vienna.
- Van de Baan, F. C., Montanari, L., Royuela, L., & Lemmens, P. H. H. M. (2021), „Prevalence of illicit drug use before imprisonment in Europe: results from a comprehensive literature review“, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-12. doi:10.1080/09687637.2021.1879022.

- Van den Bergh, B., Plugge, E. & Aguirre, I. Y. (2014), „Women’s health and the prison setting“, in Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (eds.), *Prisons and health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, pp. 159-170.
- Van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., van Kuik, S. & van Kinderen, G. M. (2012), „[Psychopathology and recidivism among violent offenders with a dual diagnosis. A comparison with other subgroups of violent offenders]“, *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 54(6), pp. 497–507.
- Walmsley, R. (2017), „World female imprisonment list“, *World prison brief*, Institute for Crime & Justice Policy Research, London (<https://www.prisonstudies.org>).
- Wattanaporn, K. A. & Holtfreter, K. (2014), „The impact of feminist pathways research on gender-responsive policy and practice“, *Feminist Criminology* 9(3), pp. 191-207.
- Widinghoff, C., Berge, J., Wallinius, M., Billstedt, E., Hofvander, B. & Håkansson, A. (2019), „Gambling disorder in male violent offenders in the prison system: psychiatric and substance-related comorbidity“, *Journal of Gambling Studies* 35(2), pp. 485-500.
- Winter, R. J. & Hellard, M. E. (2018), „Drug use in prisoners and hepatitis“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 132-142.
- Winter, R. J., Stoope, M., Degenhardt, L., Hellard, M. E., Spelman, T., Jenkinson, R., McCarthy, D. R. & Kinner, S. A. (2015), „Incidence and predictors of non-fatal drug overdose after release from prison among people who inject drugs in Queensland, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 153, pp. 43-49.
- Winter, R. J., Young, J. T., Stoope, M., Agius, P. A., Hellard, M. E. & Kinner, S. A. (2016), „Resumption of injecting drug use following release from prison in Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 168, pp. 104-111.
- Young, J. T., Heffernan, E., Borschmann, R., Ogloff, J. R. P., Spittal, M. J., Kouyoumdjian, F. G., Preen, D. B., et al. (2018), „Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: a prospective cohort study“, *Lancet Public Health* 3(5), pp. e237-e248.



## **Kapitola IV.**

## **Zdravotní a sociální opatření zaměřená na řešení problémů s drogami ve věznicích**

Linda Montanari, Anna Tarján, Ines Hasselberg, Lara Tivoschi, Wayne Hall, Brendan Hughes, Liesbeth Vandam, Amber Vernooij a Heino Stöver

V evropských věznicích se v reakci na problémy s drogami zavádí celá řada opatření. Jejich záběr a dostupnost se liší jak mezi jednotlivými zeměmi, tak mezi různými věznicemi v téže zemi. Tato kapitola mapuje způsoby organizace a implementace zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení problematiky drog v evropských věznicích. Poskytuje obecný přehled o různých koncepčních a institucionálních rámcích pro péči o zdraví ve věznicích a základní představu o dostupnosti a záběru adiktologických intervencí ve věznicích v členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království.

Nastíněny jsou klíčové otázky organizace adiktologických služeb ve vězení a představeny jsou základní principy realizace protidrogových intervencí ve věznicích. Následně je stručně pojednáno o způsobu jejich řízení a popsány jsou dostupné metodické materiály k protidrogovým intervencím ve věznicích.

Druhá část kapitoly mapuje intervence v zemích, které poskytují příslušná data. Toto mapování sleduje jednotlivé fáze výkonu trestu odnětí svobody – nástup, pobyt ve vězení a propuštění – a typy intervencí. Ke každé skupině intervencí jsou předloženy praktické příklady ze tří zemí. Tyto příklady ilustrují intervence, které se aktuálně využívají v některých evropských věznicích, aniž by však musely nutně představovat výzkumem ověřené postupy nebo příklady nejlepší praxe v dané oblasti.

Tato kapitola vychází z kvalitativních informací poskytovaných spolupracujícími zeměmi prostřednictvím sítě národních monitorovacích středisek EMCDDA a z výstupů projektu HA-REACT. Při interpretaci dat o dostupných intervencích je třeba postupovat obezřetně, neboť tyto údaje jsou založeny hlavně na názorech expertů; v době přípravy této zprávy nebyly k dispozici žádné standardní nástroje ke sběru dat o intervencích zaměřených na problematiku drog ve věznicích (viz kapitola 1).

Informace obsažené v této kapitole budou pak v páté kapitole doplněny o podrobnější pohled na konkrétní intervence v oblasti minimalizace rizik a šestá kapitola pak poskytuje podrobnější přehled výzkumem podložených poznatků o efektivitě mnohých intervencí, které jsou zde prezentovány.

### **Základní principy poskytování a organizace adiktologických služeb ve věznicích**

Východisko pro poskytování zdravotní péče o vězněné osoby poskytují dva mezinárodně uznávané principy: rovnocennost péče a kontinuita péče.

Na zásadu rovnocennosti je poukazováno v Pravidlech Nelsona Mandely z roku 2015 (Valné shromáždění OSN, 2015), kde se mimo jiné uvádí, že „vězněné osoby by měly požívat stejné úroveň zdravotní péče, jaká je dostupná osobám na svobodě, a měly by mít bezplatný přístup k nezbytným zdravotním službám bez diskriminace na základě jejich právního postavení“ (Pravidlo 24).



Většina vězňených osob přísluší k zranitelným skupinám populace a pouhé poskytnutí zdravotních služeb odpovídajících běžně dostupnému standardu v obecné populaci nebude mít pravděpodobně tentýž efekt z hlediska dosaženého zdravotního stavu. V zájmu dosahování rovnocennosti zdravotních výsledků bude proto zřejmě nutné pro potřeby vězňených osob zavádět další cílené intervence.

Princip kontinuity péče spočívá v zajištění plynulé návaznosti zdravotní péče pro vězněné osoby při jejich nástupu do vězení i po propuštění na svobodu. Důraz je kladen na pokračování v klinických a léčebných intervencích po nástupu do výkonu trestu, během pobytu ve vězení a po propuštění na svobodu (Enggist et al., 2014; Abbott et al., 2017).

V článku 24 Pravidel Nelsona Mandely se k tomuto principu uvádí, že „zdravotní služby ve věznicích by měly být organizovány v těsné spolupráci se všeobecným veřejným zdravotnictvím a způsobem, který zabezpečuje kontinuitu léčby a péče, včetně léčby HIV, tuberkulózy a jiných infekčních chorob, jakož i závislosti na drogách“.<sup>6</sup>

Zdravotní služby by měly současně usilovat o podporu zdraví a rehabilitaci (pravidlo 25), být koncipovány interdisciplinárně (pravidlo 25), dbát o nezávislost vězeňských lékařů a uplatňování týchž etických a profesních zásad jako mimo prostředí věznice (pravidlo 32), provádět posouzení zdravotního stavu vězňených osob při nástupu do vězení (pravidlo 30), být k dispozici v případě nouze nebo pokud lidé onemocní nebo vyžadují ošetření či léčbu (pravidlo 31), zajišťovat důvěrnost citlivých informací (pravidlo 26), reagovat na potřeby těhotných žen a dětí (pravidla 28, 29) a dodržovat a zachovávat povinnost zdravotníků hlásit vězeňským orgánům jakékoli případy špatného zacházení, mučení nebo újmy způsobené během pobytu ve vězení a nežádoucích podmínek ve věznici (pravidla 33, 34, 35).

Jednou z nezbytných podmínek rovnocennosti a kontinuity péče je klinická nezávislost zdravotnického personálu, která představuje zásadní prvek poskytování kvalitní zdravotní péče a zajišťování zdravotnické profesionality v penitenciárním kontextu. Pravidla Nelsona Mandely se nezávislostí zdravotníků zabývají v článcích 27 a 31.

Klinickou nezávislost je možné definovat jako zaručení svobody rozhodování jednotlivých lékařů při výkonu jejich profese v rámci zdravotní péče o pacienty bez nežádoucího vlivu třetích stran a jednotlivců (World Medical Association, 2018). Toto je obzvláště důležité ve vězeňských a detenčních zařízeních, neboť vztah mezi poskytovateli zdravotní péče a pacienty zde není založen na svobodné vůli (Pont et al., 2018).

Při poskytování zdravotních služeb ve věznicích však zdravotnický personál může čelit různým překážkám. Tito pracovníci mohou služebně podléhat vězeňskému nikoli zdravotnickému vedení nebo se po nich může chtít, aby se podíleli na kárných opatřeních, např. aby potvrdili, že konkrétní osoba je zdravotně způsobilá k vykonání trestu nebo umístění do samovazby. Pacienti mohou mít také omezenou možnost sami o sobě rozhodovat, např. udělovat informovaný souhlas, resp. nesouhlasit s nějakým výkonem, a nemohou si zvolit lékaře, který bude pečovat o jejich zdraví. Obecně lze konstatovat, že pro vězeňské

6 Použita část českého překladu dokumentu pořízeného Kanceláří veřejného ochránce práv [https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Veznice/Pravidla-Nelsona-Mandely.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Veznice/Pravidla-Nelsona-Mandely.pdf)

prostředí je často charakteristický celkový nedostatek informací a povědomí o zdravotnické etice (Pont et al., 2018).

### Mezinárodní a evropská vodítka pro poskytování zdravotní péče ve věznicích

Poskytování zdravotní péče ve věznicích upravují na úrovni doporučených postupů různé mezinárodní a evropské materiály, počínaje Deklarací lidských práv Organizace spojených národů (OSN) z roku 1948 a jejími Standardními minimálními pravidly pro zacházení s vězni (SMR) přijatými v roce 1955 a naposledy aktualizovanými v roce 2015 pod názvem Pravidla Nelsona Mandely. Další významná mezinárodní vodítka tohoto typu zahrnují Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Úmluvu OSN proti mučení, cíle OSN pro udržitelný rozvoj (zejména SDG 16) a množství specializovaných doporučení a vodítek zpracovaných Světovou lékařskou asociací, OSN a Světovou zdravotnickou organizací.

Přestože mnohé z těchto pravidel nejsou pro jednotlivé země právně závazné, sehrávají významnou roli při formování národních a mezinárodních legislativ.

V evropském kontextu sehrávají z hlediska regulace a zvyšování vězeňských standardů a ochrany práv vězněných osob významnou roli Evropská vězeňská pravidla, zprávy a standardy Evropského výboru pro prevenci mučení (CPT) a Evropská úmluva o lidských právech (ECHR) spolu s Evropským soudem pro lidská práva (ECtHR) (van Zyl Smit & Snacken, 2009). Evropská vězeňská pravidla byla koncipována po vzoru Standardních minimálních pravidel OSN pro zacházení s vězni. Jejich aktualizovaná verze z roku 2006 obsahuje oddíl speciálně věnovaný problematice zdraví, což vypovídá o důležitosti zvyšování úrovně poskytování zdravotní péče ve vězení (Easton, 2011). CPT má významnou preventivní funkci. Prostřednictvím svých zpráv a návštěv jasně vymezuje akceptovatelné způsoby zacházení s vězněnými osobami. Velkou váhu rovněž přikládá zdravotním otázkám (van Zyl Smit & Snacken, 2009). Evropský soud pro lidská práva se zabývá jednotlivými stížnostmi, má adjudikační funkci a jeho nálezy jsou závazné (viz případ *Wenner proti Německu* popsáný v kapitole 5) (Easton, 2011).

Na úrovni jednotlivých zemí, které ratifikovaly Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení (United Nations General Assembly, 2003), jsou uplatňovány národní preventivní mechanismy, jejichž prostřednictvím se monitoruje a zajišťuje dodržování lidských práv ve vztahu k osobám zbaveným svobody. Důležitou roli v této oblasti sehrává také množství dalších subjektů, včetně různých nestátních organizací, jako je Mezinárodní červený kříž nebo *Harm Reduction International*. Společně tyto mechanismy a organizace poskytují zásadní zdroj judikatury a principů, jimiž se řídí vězeňská praxe v Evropě (Easton, 2011).

### Správa vězeňských zdravotních služeb

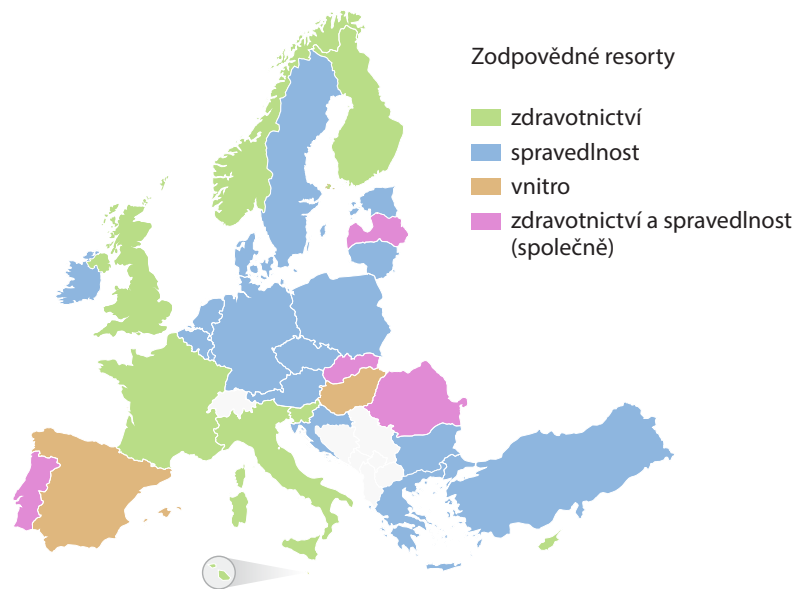
Správa vězeňských zdravotních služeb spadá v Evropě ve většině případů do gesce resortu, který má na starosti oblast vězeňství jako celku. Typicky jsou to ministerstva spravedlnosti nebo vnitra, kdy rozhodnutí týkající se zdravotní péče ve věznicích přijímají národní orgány zodpovědné za provoz věznic nebo specializované exekutivní subjekty, které těmto ministerstvům podléhají. V roce 2019 spadala správa zdravotní péče ve věznicích do gesce ministerstva spravedlnosti v 16 zemích, do gesce ministerstva zdravotnictví v osmi a ministerstva vnitra ve dvou; ve zbylých čtyřech zemích je tato oblast ve společné kompetenci resortu spravedlnosti a zdravotnictví (mapa 4.1). Ve dvou autonomních regionech Španělska (Katalánsku a Baskicku), na rozdíl od zbytku země, mají oblast zdraví

ve věznicích na starost orgány spravující resort zdravotnictví.

Různé mezinárodní organizace, včetně WHO, doporučují, aby řízení a koordinace všech příslušných subjektů a prostředků přispívajících ke zdraví a osobní pohodě vězňů byla meziresortní záležitostí, kdy vězeňské zdravotní služby budou zcela nezávislé na vězeňské správě, ale budou s ní efektivně spolupracovat. Rovněž se doporučuje, aby zdravotní služby ve věznicích zajišťovaly a nesly za ně odpovědnost ministerstva zdravotnictví, která se současně budou zasazovat o zdravé podmínky pro život ve věznicích (WHO Europe, 2013).

#### Mapa 4.1

**Státní instituce zodpovědné za správu zdravotní péče ve věznicích v členských státech EU, Norsku, Turecku a ve Spojeném království v roce 2019**



Zdroj: EMCDDA a národní monitorovací střediska; Evropská databáze WHO o zdraví ve vězení.

Tato doporučení byla pro některé země v Evropě i jinde podnětem k přenesení odpovědnosti za zdravotní péči ve věznicích na resort zdravotnictví. Cílem tohoto posunu je poskytování adekvátní zdravotní péče na základě zajištění kvalitní správy a řízení této péče ve věznicích. Mezi pozitivní, která lze od změny ve správě vězeňských zdravotních služeb očekávat, patří rozšíření dostupných možností, zapojení vězňů do veřejnozdravotních iniciativ, vytvoření indikátorů zdraví ve věznicích nebo zahrnutí dat o zdraví ve věznicích do celostátních zdravotních statistik (WHO Europe, 2013).

Stále však zůstává prostřednictvím evaluací zjistit, zda tato opatření mohou přispět a ve skutečnosti přispívají k lepšímu zdraví vězňů a jakým způsobem lze prohloubit systémové změny.

Cílem přenesení odpovědnosti na ministerstva zdravotnictví je lepší propojení zdravotních služeb ve věznicích a na svobodě a zlepšení návaznosti péče poskytované vězňům

osobám (Enggist et al., 2014). Tam, kde tento proces proběhl, byly realizované změny často vedeny uznáním skutečnosti, že problematiku zdraví ve věznicích je třeba řešit efektivnějším způsobem a že podmínkou lepší péče o vězněné osoby je jejich snazší přístup k lékařům specialistům. Ve Spojeném království tento posun poukázal mimo jiné na význam přikládání adiktologické léčbě ve výkonu trestu. Ve Finsku a Spojeném království (Leaman et al., 2016) proběhly evaluační studie těchto systémových změn (WHO Europe, 2019). Ve Švédsku spadá problematika zdraví ve vězení do kompetence resortu spravedlnosti, nicméně ministerstvo zdravotnictví dohlíží na vlastní poskytování služeb. V Lotyšsku, Portugalsku, Rumunsku a na Slovensku byly vytvořeny meziresortní formy spolupráce mezi ministerstvy spravedlnosti a zdravotnictví v zájmu zajištění takového přístupu k zdravotní péči ve výkonu trestu, který zohledňuje jak bezpečnostní a provozní problematiku věznic, tak aspekty zdravotní péče o odsouzené. Ve Španělsku, s výjimkou Katalánska a Baskicka, náleží zdravotní péče ve věznicích do gesce resortu vnitra. Ve většině zbývajících zemí spadá správa zdravotní péče ve věznicích buď pod resort spravedlnosti, nebo vnitra.

V zemích, kde problematika zdraví ve věznicích nespadá do kompetence resortu zdravotnictví, poskytují adiktologickou léčbu zejména pracovníci zaměstnávaní vězeňskou správou, kteří tvoří multidisciplinární týmy sestávající často z lékařů, psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků. Vedení věznic mohou často v zájmu zajištění adiktologických služeb pro vězněné osoby spolupracovat s externími komunitními poskytovateli, veřejnými zdravotními službami nebo nestátními neziskovými organizacemi (NNO). Pracovníci veřejných služeb často pracují po boku vězeňského personálu, zatímco externí poskytovatelé mívají možnost působit uvnitř věznice samostatně.

Tuto formu spolupráce s externími organizacemi uvádí většina zemí. Angažování externích poskytovatelů služeb, kteří s klienty naváží kontakt během výkonu trestu odnětí svobody, může také přispět k lepší návaznosti péče po propuštění. Německo a Slovinsko uvádějí široké zapojení externích poskytovatelů služeb, včetně NNO, do poskytování intervencí zaměřených na minimalizaci rizik (harm reduction) (Tarján et al., 2019).

### **Dokumenty formulující politiku ve vztahu k problematice drog ve vězení**

V jednotlivých evropských zemích se opatřeními zaměřenými na řešení problematiky drog ve vězení zabývá vždy jeden nebo více koncepčních dokumentů vztahujících se k tématice návykových látek, zdraví nebo vězeňství, např. vězeňské strategie, akční plány a implementační plány. Mezi časté cíle takto formulovaných politik patří zajišťování lepšího přístupu ke zdravotní a sociální péči pro vězněné osoby s adiktologickými problémy, snižování míry zdravotních problémů u vězněných osob, podpora jejich opětovného zapojování do společnosti a snižování kriminální recidivy.

Řada zemí má vypracované směrnice pro implementaci opatření reagujících na problémy s drogami ve věznicích. Mnohé evropské země také v písemně zpracovaných strategiích nebo metodických pokynech definují konkrétní prvky poskytování adiktologických služeb ve věznicích, např. harm reduction intervence, testování na infekční onemocnění a jejich léčbu nebo intervence zaměřené na přípravu vězněných osob na propuštění (Tarján et al., 2019).

## **Evropská metodická doporučení ve vztahu k intervencím zaměřeným na užívání drog ve vězení**

Na zajišťování zdravotní péče ve věznicích se podílí mnoho různých institucí a subjektů a k dispozici je tak celá řada metodik sloužících jako podklad pro intervence zaměřené na problematiku užívání drog ve vězení. V této části jsou představeny některé materiály tohoto typu, které mají z hlediska evropského kontextu největší význam.

UNODC v roce 2013 zpracoval soubor základních doporučení pro oblast prevence HIV v prostředí věznic. Tento dokument je významný také z hlediska problematiky užívání drog ve věznicích, neboť se věnuje specifickým intervencím zaměřeným na minimalizaci rizik, mezi něž patří programy výměny injekčního náčiní ve věznicích (výměnné programy), jakož i OST a další formy léčby drogové závislosti (UNODC et al., 2013).

Z evropského hlediska mají větší relevanci souhrnné zprávy Regionální kanceláře WHO pro Evropu (WHO Europe) pojednávající o problematice zdraví ve vězení, které se zabývají širokým spektrem aspektů, včetně přenosných a chronických onemocnění, duševního zdraví a problémového užívání návykových látek ve vězeňském prostředí (Enggist et al., 2014; WHO Europe, 2019).

### **Národní strategické dokumenty vztahující se k problematice drog ve vězení ve třech evropských zemích**

#### **Francie**

V červnu 2019 schválila francouzská ministerstva zdravotnictví a spravedlnosti dokument vymezující 28 prioritních opatření na období 2019–2021, který vychází ze strategického akčního plánu zdravotní politiky vůči odsouzeným přijatého v roce 2017. Sedm z těchto opatření se týká léčby osob ve výkonu trestu se závislostí. Spadá sem monitoring, minimalizace rizik, kontinuita péče po propuštění a zdravotní péče na svobodě.

#### **Kypr**

V této zemi se adiktologickými intervencemi ve vězeňském prostředí zabývají dva hlavní dokumenty: vězeňské předpisy (1997) a protidrogový akční plán na období 2017–2020. Vězeňské předpisy upravují zajištění lékařských vyšetření a léčby pro všechny vězněné osoby, včetně řešení adiktologických problémů. Jeden z pilířů protidrogového akčního plánu na období 2017–2020 se zaměřuje na léčbu a sociální reintegraci. V rámci priority 7 věnované zabezpečení služeb v oblasti sociální reintegrace zahrnuje i opatření směřující k posílení stávajících mechanismů sociální reintegrace uživatelů drog po jejich propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

#### **Norsko**

Norský akční plán řešení problematiky užívání návykových látek a závislosti na období 2016–2020 doporučuje uplatňování interdisciplinárního přístupu, jehož cílem má být posilování primárních zdravotních služeb a ambulantní psychiatrické léčby ve věznicích, vytváření nových interdisciplinárních specializovaných léčebných služeb ve věznicích tam, kde to bude zapotřebí, podpora většího využívání možnosti vykonat trest v zařízení mimo věznici, hledání způsobů rozšiřování možnosti detoxifikačních služeb pro vězněné osoby a zařazení stávajícího pilotního „soudem kontrolovaného protidrogového programu“ mezi standardní intervence.

Strategie EU pro oblast drog na období 2021–25 zahrnuje problematiku věznic pod jednu ze strategických priorit, jejímž cílem je řešit zdravotní a sociální potřeby uživatelů drog ve vězeňském prostředí a po propuštění na svobodu (Council of the European Union, 2020).

Strategie v tomto kontextu vymezuje čtyři prioritní oblasti. Nejprve bude nutné zajistit rovnocennost a kontinuitu poskytování zdravotní péče ve věznicích a v rámci probačních služeb. Za tímto účelem je třeba v mužských i ženských věznicích a po propuštění poskytovat vedle podpory opětovného začleňování do společnosti i adiktologické služby, včetně léčby prostřednictvím opioidních agonistů, odvykácí léčby a následné péče o odsouzené s adiktologickými problémy, jakož i podporovat opatření ke snížení stigmatizace. Každý členský stát by měl vytvořit adekvátní model kontinua péče, který by vězněným osobám zajistil podporu, kterou potřebují k dosažení svých individuálních terapeutických cílů při nástupu do vězení a během pobytu v něm. Stejně tak je třeba osobám propuštěným z vězení poskytnout podporu prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb a pomoci s hledáním zaměstnání, bydlení a celkovou sociální reintegrací. Je nezbytné zajistit průběžný přístup k adiktologické péči vycházející z nejnovějších výzkumem ověřených poznatků, která je rovnocenná službám nabízeným mimo prostředí věznic.

Druhá prioritní oblast stanovená ve strategii se týká implementace vědecky podložených opatření zaměřených na prevenci a snižování míry užívání drog a jeho zdravotních důsledků, včetně opatření směřujících k řešení rizika úmrtí souvisejících s drogami a šíření krví přenosných virů. Užívání drog a šíření krví přenosných infekcí ve vězení by v tomto smyslu mělo být předcházeno zaváděním vědecky podložených preventivních opatření a intervencí v oblasti minimalizace rizik a působené újmy, které budou v rámci konkrétní ucelené strategie realizovat adekvátně vyškolení pracovníci nebo osoby, které mají osobní zkušenosti s drogami (peer intervence). Stejným způsobem jako v běžných podmínkách by se ve vězeňském prostředí mělo počítat se zajištěním možnosti testování na krví přenášené infekce a jejich léčbu, stejně jako dalších opatření, která snižují rizika spojená s užíváním drog.

Třetí prioritou strategie je „poskytovat služby týkající se prevence předávkování a odeslání k příslušnému specialistovi s cílem zajistit kontinuitu péče při propuštění“. Dle možností lze realizovat edukační programy věnované problematice předávkování v kombinaci s distribucí naloxonu k domácímu použití v zájmu minimalizace rizika předávkování a úmrtí v souvislosti s drogami.

Poslední priorita spočívá v omezování dostupnosti drog ve vězení prostřednictvím narušování distribučních kanálů, kterými se nelegální drogy a nové psychoaktivní látky dostávají do věznic. Základem pro efektivní intervence v této oblasti se může stát lepší využívání stávajících nástrojů, jakými jsou spolupráce s orgány činnými v trestním řízení, sdílení a zpracovávání informací, potírání korupce, využívání zpravodajských informací a testování na přítomnost drog.

V roce 2017 vydala EMCDDA evropského průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému (EMCDDA, 2017), kde jsou věznicemi uvedeny jako jedno z klíčových prostředí z hlediska implementace cílených intervencí v zájmu minimalizace a prevence užívání drog a souvisejících negativních zdravotních dopadů. Pro situace, kde je odnětí svobody nevyhnutelné, je popsán komplexní soubor výzkumem



podložených intervencí, které zahrnují zejména léčbu drogové závislosti, psychologickou léčbu a poskytování naloxonu při propuštění nebo těsně před ukončením výkonu trestu (EMCDDA, 2017). Mezi primární opatření určená k redukci výkonu nepodmíněných trestů (a potažmo tak problémů s drogami ve věznicích) patří alternativní tresty, jejichž cílem je odklon odsouzených uživatelů drog do speciálních léčebných programů. Evropské centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (ECDC) a EMCDDA pak také společně vydalo soubor výzkumem ověřených doporučených veřejnozdravotních postupů pro předcházení nakažlivých onemocnění ve vězeňském prostředí, mezi nimiž figurují i specifické preventivní intervence cílené na injekční uživatele drog (ECDC & EMCDDA, 2018).

V některých zemích EU/EHP byly zpracovány národní metodické dokumenty, jež se zabývají specifickými aspekty problematiky zdraví ve věznicích, včetně problémového užívání drog (viz přehled v publikaci ECDC & EMCDDA, 2018). Britský *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) vydal například ucelený metodický materiál vycházející z dostupných vědeckých poznatků, který se věnuje všem aspektům zdraví ve vězení (NICE, 2016) (viz rámeček „Národní doporučené postupy: metodika NICE k problematice fyzického zdraví vězňů“).

## **Přehled adiktologických intervencí ve vězení**

Intervence určené odsouzeným s adiktologickými problémy lze rozdělit podle fáze výkonu trestu, v níž jsou realizovány (nástup do vězení, vlastní výkon trestu, propuštění), kontextu, v němž jsou poskytována (ambulantní nebo lůžková léčba), a léčebné modality (např. psychosociální poradenství nebo farmakologická léčba). Tuto kategorizaci ilustruje graf 4.1, který také uvádí zjednodušený přehled adiktologických intervencí, které lze poskytovat ve vězení. Jednotlivé fáze se mohou překrývat a mezi státy i věznicemi mohou existovat rozdíly, pokud jde o prostředí a modality poskytované adiktologické léčby. Zbývající části kapitoly pak vycházejí z tohoto základního rozdělení. Chybí nicméně intervence zaměřené na minimalizaci rizik, jelikož tomuto tématu se podrobně věnuje kapitola 5.

V evropských věznicích se praktikuje řada adiktologicky orientovaných intervencí, mezi něž patří posouzení zdravotního stavu a detoxifikace při nástupu do výkonu trestu, léčba, harm reduction a intervence zaměřené na přípravu na propuštění a sociální reintegraci (tabulka 4.1 a graf 4.2). Pro každou skupinu intervencí jsou v textových rámečcích uvedeny vždy příklady ze tří zemí (o problematice harm reduction je pak samostatně pojednáno v páté kapitole). Ve většině zemí jsou ve věznicích vedle opioidové substituční léčby a poradenství, poskytování informací, kurzů a edukace k dispozici také intervence zaměřené na prevenci a léčbu infekčních chorob souvisejících s užíváním drog. Jen v málo zemích existují programy na výměnu injekčního náčiní, programy distribuce naloxonu pro domácí použití a *peer* intervence. Evropský přehled dostupnosti adiktologických intervencí ve věznicích podle počtu zemí poskytujících jednotlivé intervence uvádí graf 4.2. Tabulka 4.1 pak mapuje dostupnost různých adiktologických intervencí ve věznicích v členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království; z prezentovaných dat je patrné, zda dostupnost dané intervence uvádí příslušné národní monitorovací středisko sítě Reintox. Nelze vyloučit existenci intervencí, které nejsou podchyceny v oficiálních doporučených postupech nebo legislativě a které tak nemusí být oficiálně vykazovány.

## Národní doporučené postupy: metodika NICE k problematice fyzického zdraví vězňů

V roce 2016 vydal britský institut NICE metodický materiál shrnující dosavadní výzkumem ověřené poznatky o problematice fyzického zdraví vězňů (NICE, 2016). Dokument se zabývá posuzováním, diagnostikou a řešením potřeb vězňů ve vztahu k somatickému zdraví. Jeho cílem je zlepšit zdraví a osobní pohodu mezi touto populací prosazováním koordinovanější péče a efektivnějších přístupů ve vězeňském prostředí. Přestože tento metodický materiál cílí na britský systém zdravotnictví, fundovaná doporučení a praktické rady, které obsahuje, jsou přenositelné a snadno adaptovatelné i na jiné evropské kontexty. Metodika obsahuje množství prakticky orientovaných nástrojů, jako je kontrolní seznam pro posuzování zdravotního stavu, interaktivní schémata znázorňující organizaci systému vězeňské zdravotní péče a orientaci v něm, profily péče a standardy kvality.

### Adiktologické intervence při nástupu do vězení

#### Posouzení zdravotního stavu při nástupu do vězení

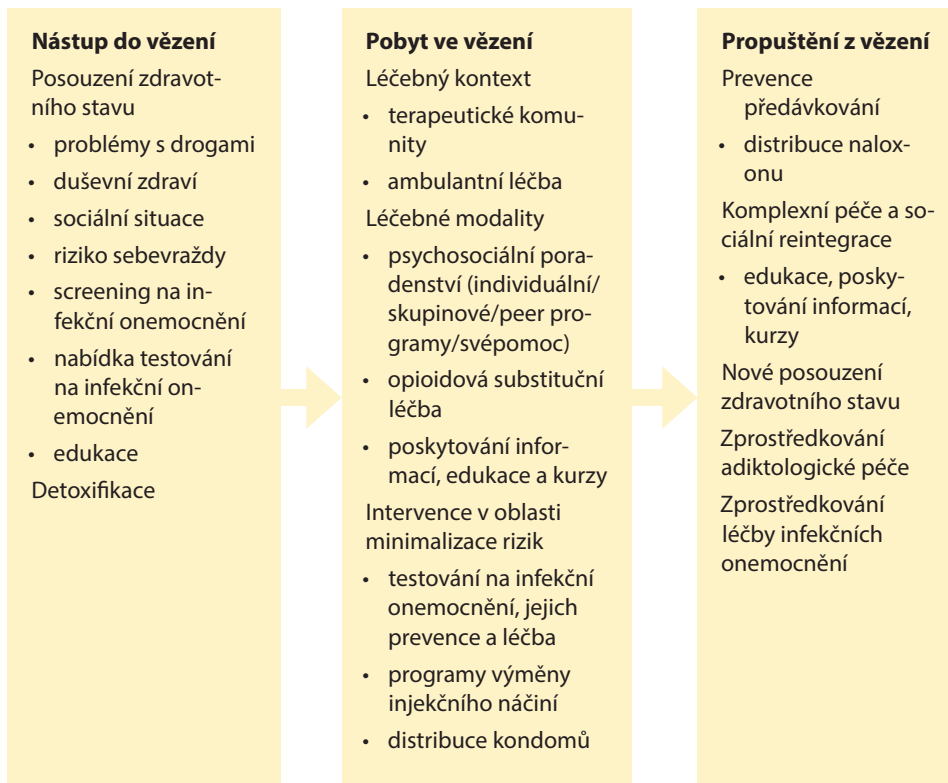
Provedení lékařské prohlídky u každé osoby, která nastupuje výkon vazby nebo výkon trestu odnětí svobody, je základní a standardní praxí v rámci vězeňské zdravotní péče. V Evropských vězeňských pravidlech je doporučováno, aby každá vězněná osoba co nejdříve po nástupu do vězení absolvovala lékařskou prohlídku provedenou lékařem a kvalifikovanou zdravotní sestrou (Council of Europe, 2006). Toto vyšetření zdravotního stavu by mělo zahrnovat posouzení možných symptomů odvykacího stavu způsobeného užíváním drog, alkoholu nebo léčivých přípravků. Cílem je diagnostikovat možná somatická nebo duševní onemocnění, poskytnout jakoukoli nutnou léčbu a zajistit návaznost lékařské péče, které se přijímané osobě dostávalo na svobodě.

Většina evropských zemí v souladu s Evropskými vězeňskými pravidly zajišťuje zdravotní screening osob nastupujících do věznic, a to obvykle okamžitě po nástupu nebo během prvních 24 hodin (tabulka 4.1). V rámci klinického vyšetření, které provádí lékař, psychiatr nebo psycholog, se zjišťuje, zda daná osoba trpí nějakou adiktologickou poruchou nebo má duševní problémy. Po něm následuje komplexní lékařská prohlídka prováděná ve stanoveném termínu, jež se může pohybovat od jednoho do 20 pracovních dnů od nástupu do vězení. V některých zemích je součástí tohoto postupu i posuzování možných problémů s návykovými látkami. Screening na adiktologické problémy při nástupu do vězení se například pilotně ověřuje v Belgii.



#### Graf 4.1

### Adiktologické a další zdravotní a sociální intervence určené uživatelům návykových látek ve vězení podle fáze výkonu trestu odnětí svobody



Součástí lékařského vyšetření bývá zevrubné zhodnocení zdravotního stavu, posouzení případné potřeby nějaké specializované péče a testování na krví přenášené virové nákazy, pohlavně přenášené infekce a někdy také kapénkové infekce (např. TBC). V některých zemích, např. v Litvě, Rakousku a na Slovensku, se za tímto účelem užívají standardizované testy, dotazníky a rozhovory. V jiných zemích se v případě podezření na drogovou závislost provádějí příslušné testy (viz část věnovaná testům na přítomnost drog v kapitole 7). Obvykle se také odebírá zdravotní anamnéza, včetně dotazování na předchozí užívání drog a duševní poruchy. Ve většině zemí se také nabízí možnost nechat se dobrovolně otestovat na infekční onemocnění.

Kontakt s lékařem při nástupu do vězení je příležitostí k poskytnutí informací o léčbě a prevenci, upozornění na možná rizika a distribuci preventivních materiálů, včetně hygienických balíčků a kondomů. Jeho součástí může být také zařazení do specializovaného vězeňského programu adiktologické léčby a péče. Například v Irsku je každému člověku s diagnózou závislosti na opioidech nabídnuta farmakologicky asistovaná detoxifikace. Ve Slovinsku se každé osobě nastupující do výkonu trestu vytvoří program zacházení na základě vyhodnocení jejích potřeb a rizik. V tomto programu jsou vedle definování obecných potřeb zohledněny také případné adiktologické problémy.

Tabulka 4.1

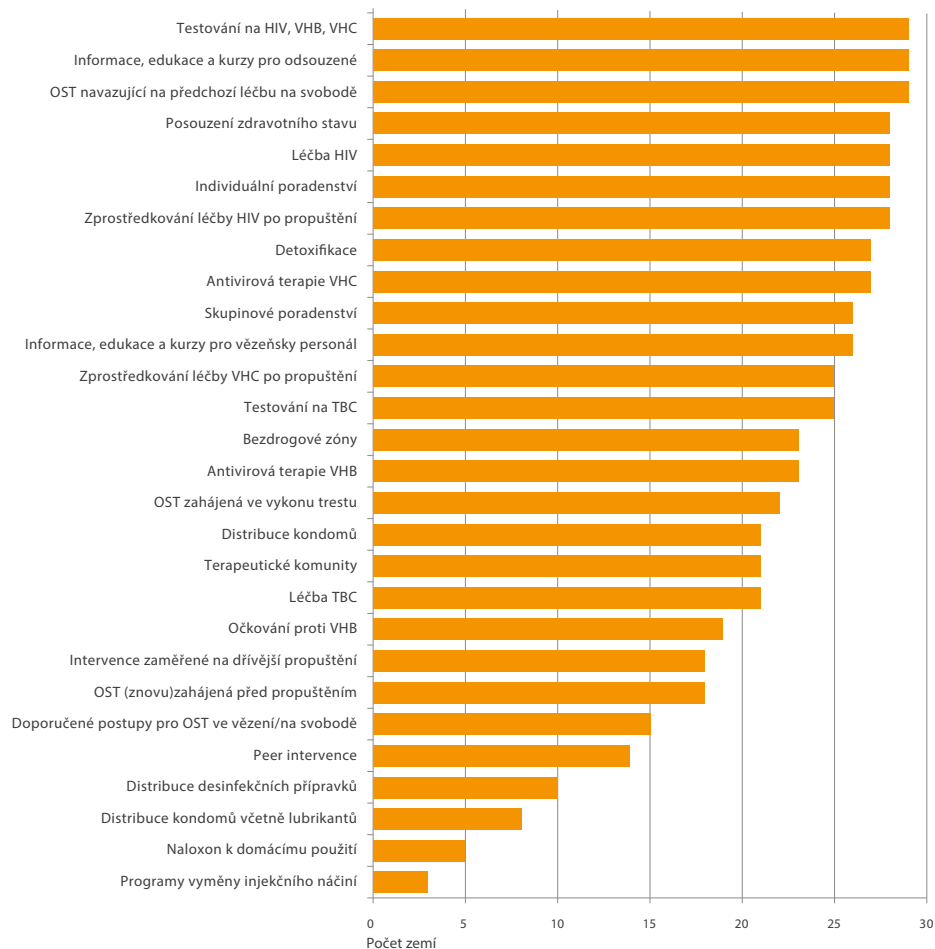
Dostupnost adiktologických a dalších zdravotních a sociálních intervencí určených vězněným uživatelům drog v členských státech EU, Norsku, Turecku a ve Spojeném království v letech 2019–2020

	Rakousko	Belgie	Bulharsko	Chorvatsko	Kypr	ČR	Dánsko	Estonsko	Finsko	Francie	Německo	Řecko	Maďarsko	Irsko	Itálie	Lotyšsko	Litva	Lucembursko	Malta	Nizozemsko	Norsko	Polsko	Portugalsko	Rumunsko	Slovensko	Slovensko	Španělsko	Švédsko	Turecko	Spojené království
Posouzení zdravotního stavu																			NI										NI	
Detoxifikace																				NI										
Bezdrogové zóny																														
Terapeutické komunity																														
Individuální poradenství																														
Skupinové poradenství																														
Peer intervence																														
OST navazující na předchozí léčbu na svobodě																														
OST zahájená ve výkonu trestu																				NI										
OST (znovu)zahájená před propuštěním																				NI										
Doporučené postupy pro OST ve vězení/na svobodě																														
Informace, edukace, kurzy pro odsouzené																														
Informace, edukace, kurzy pro personál věznic																														
Testování na TBC																				NI		NI							NI	NI
Testování na HIV, VHB, VHC																														NI
Očkování proti VHB																					NI									NI
Léčba HIV																														
Antivirová léčba VHB	NI	NI							NI											NI						NI		NI		
Antivirová léčba VHC									NI											NI										
Léčba TBC	NI	NI	NI						NI	NI										NI		NI				NI		NI		
Programy výměny injekčního náčiní																														
Distribuce kondomů																					NI									
...včetně lubrikantů																					NI	NI								
Distribuce desinfekčních prostředků												NI								NI										
Zprostředkování léčby HIV po propuštění		NI																												
Zprostředkování léčby VHC po propuštění		NI																												
Naloxon k domácímu použití																														
Intervence zaměřené na dřívější propuštění																														

dostupné
  nedostupné
 NI není známo/nedostatek informací

#### Graf 4.2

### Adiktologické a další zdravotní a sociální intervence určené vězněným uživatelům drog v Evropě v roce 2019 (včetně počtu zemí, kde jsou nabízeny)



Zdroj: Národní monitorovací střediska sítě Reitox EMCDDA.

V několika zemích se věnuje zvláštní pozornost posuzování rizika sebevraždy. Ačkoli ne vždy sebevražda souvisí s problémy s drogami, jedná se ve vězení o nejčastější příčinu smrti (viz kapitola 3). Vězněné osoby jsou vystaveny vyššímu riziku sebevraždy v prvních týdnech po nástupu do vězení, přičemž ještě vyšší je toto riziko u uživatelů drog (Marzano et al., 2016). V několika zemích, kde mají zaveden integrovaný systém léčby zaměřený na snižování výskytu sebevražd, se právě včasný záchyt užívání drog u osob vykazujících riziko sebevraždy a jejich doporučení k léčbě významně osvědčuje.

## Detoxifikace

Detoxifikace může být nabízena při nástupu do vězení po úvodním zhodnocení zdravotního stavu, jakož i v dalších fázích pobytu ve vězení. Většina zemí v Evropě poskytuje přímo ve věznicích detoxifikaci s farmakologickými intervencemi; podává se zejména metadon a buprenorfin, ale v některých zemích se používají i blíže nespecifikované přípravky na jiné než opioidové bázi. Pojetí detoxifikační léčby (podmínky, délka, forma) se v jednotlivých zemích liší. V některých zemích, např. Řecku, je detoxifikace podmínkou pro nastoupení adiktologické léčby ve vězení.

### Obecné principy a organizace adiktologické léčby ve věznicích ve třech evropských zemích

#### Řecko

V Řecku tvoří uživatelé drog ve výkonu trestu odnětí svobody specifickou cílovou skupinu. V reakci na jejich potřeby jsou v posledních letech vytvářeny v prostředí věznic léčebné programy doplňované o specifické podpůrné intervence. Mezi nabízené služby patří například individuální a skupinová poradenská sezení, edukační a motivační aktivity a svépomocné skupiny. K dispozici je rovněž lékařská péče.

#### Maďarsko

V Maďarsku probíhá poskytování adiktologických služeb pro odsouzené v těsné spolupráci mezi tuzemskými věznicemi a státními i nestátními organizacemi. Za adiktologickou léčbu zodpovídá ministerstvo vnitra, které silně akcentuje bezpečnostní aspekty drogového problému, což je vnímáno jako překážka implementace některých intervencí v oblasti minimalizace rizik.

#### Nizozemsko

Léčba závislostí ve vězení se řídí zásadou rovnocennosti a kontinuity péče a je organizována prostřednictvím spolupráce mezi věznicemi a externími poskytovateli adiktologických služeb. Každá věznice má ustanovenu kontaktní osobu pro otázky drog a závislostí, která se účastní oblastních vzdělávacích akcí zaměřených na tuto tematiku.

Odvykací příznaky obvykle posoudí lékař a následně jsou řešeny farmakologicky. V některých zemích se osoby podstupující detoxifikaci umísťují na speciální vězeňská oddělení (bezdrogové nebo odvykací zóny) nebo absolvují speciální programy. V nizozemských věznicích jsou k dispozici speciální detoxifikační programy pro uživatele GHB (gama-hydroxybutyrátu). V některých zemích bývá někdy detoxifikace poskytována ve spolupráci s externími nemocnicemi. V Lucembursku se detoxifikace poskytuje přímo ve věznicích v rámci činnosti vězeňského zdravotnického oddělení, avšak osoby, u nichž se projevují závažné příznaky intoxikace nebo které vykazují jiná somatická rizika, je možné v souladu s přísnými pravidly a postupy přeložit na externí pracoviště všeobecných nemocnic. Lucemburská vězeňská služba má podepsány smlouvy s třemi všeobecnými nemocnicemi, na jejichž základě lze v případě potřeby zajistit adekvátní zdravotní péči i mimo prostory věznic.

## Adiktologické intervence během pobytu ve vězení

Lidem, kteří se rozhodnou pro některý typ adiktologické léčby ve vězení nebo se u nich objeví potřeba takové péče, je k dispozici celá řada intervencí. Vlastní úroveň implementace a kvalita intervencí se liší jak mezi jednotlivými zeměmi, tak vězeňskými zařízeními.

### Vyšetření při nástupu do vězení ve třech evropských zemích

#### **Estonsko**

Všechny osoby absolvují při nástupu do vězení vstupní zdravotní kontrolu, jež zahrnuje screening na užívání drog a dobrovolné testování na HIV a poradenství prováděné zdravotnickým personálem na základě informovaného souhlasu. Přetestování je pak nabízeno jednou za rok. Všem osobám nastupujícím do vězení se dále nabízí možnost testování na VHC, jakož i testování na hepatitidu typu B a, pokud je to nutné, očkování proti tomuto onemocnění.

#### **Španělsko**

Všechny osoby jsou po nástupu do vězení vyšetřeny lékařem a sestrou a je jim založena karta obsahující klinickou anamnézu. Posouzeno je rovněž riziko sebevraždy. Je vyhodnoceno předchozí i aktuální užívání drog z hlediska užívaných látek, frekvence užívání a způsobu aplikace a případného výskytu odvykacích symptomů. Pozornost se zaměřuje také na různá riziková chování, např. sdílení injekčního náčiní, pohlavní styk bez ochrany nebo profylaktik a aplikace tetování. Vyšetření na nakažlivé choroby se týká zejména TBC, HIV, VHC, VHB a syfilidy. Na základě výsledků vstupního vyšetření je stanovena adekvátní léčba a daná osoba je zařazena do programu odpovídajícímu jejím potřebám z hlediska zdraví, ať už duševního, včetně drogové závislosti (udržovací léčba na bázi podávání metadonu, detoxifikace apod.), či somatického (léčba TBC, HIV nebo infekčních virových hepatitid a očkování proti VHB).

#### **Rakousko**

Krátce po začátku výkonu trestu absolvují všichni odsouzení lékařské vyšetření, na jehož základě se stanoví jejich zdravotní stav v momentě nástupu do vězení a v případě potřeby zahájí léčba. V rámci tohoto vyšetření shromáždí zdravotnický personál všechna data, která jsou relevantní z adiktologického či diagnostického hlediska. Pro každého odsouzeného, kterému byla diagnostikována nějaká porucha spojená s užíváním návykových látek, je stanoven individuální léčebný plán. Současně se u všech odsouzených při nástupu do výkonu trestu provádějí screeningové testy na HIV, VHC, VHB a TBC.

## Bezdrogové zóny

V mnoha evropských zemích jsou k dispozici tzv. bezdrogové zóny. Jsou to prostory uvnitř věznic, kde se nevyskytují žádné drogy. Nejsou primárně určeny k adiktologické léčbě. Jejich účelem je poskytnout prostředí, kde mohou pobývat vězněné osoby, které neužívají drogy, a ti, kdo chtějí od drog abstinovat. S výjimkou dobrovolně podstupovaných pravidelných testů moči k prokázání abstinence se zde neprovádějí žádné zvláštní intervence. Přestože tento přístup se uplatňuje v řadě zemí (viz kapitola 4), důkazy o jeho efektivnosti chybí.

Dostupnost oddílů bezdrogových zón ve věznicích uvádí 19 zemí. Bezdrogové zóny jsou ubytovací prostory ve věznici, kde se nemají vyskytovat žádné drogy a kde osoby, které neužívají drogy nebo je nechťejí užívat, mohou během svého výkonu vazby nebo trestu pobývat v prostředí bez drog. Osoby umístované na tyto oddíly se zavazují, že nebudou brát drogy a mohou také podepsat souhlas s podstupováním pravidelných orientačních testů moči na přítomnost drog k prokázání abstinence. V Dánsku jsou například bezdrogové zóny definovány jako „oddělení se zvláštními podmínkami“, kde se sice neposkytuje žádná léčba, ale odsouzení, kteří si nepřejí vykonávat svůj trest s osobami, které užívají drogy, zde mohou pobývat v prostředí bez drog. V Lucembursku, Maďarsku, Portugalsku, Spojeném království a několika dalších zemích obsahují bezdrogové zóny i terapeutický prvek, byť často bez poskytování adiktologických intervencí. Odsouzení, kteří se rozhodnou pro zařazení do bezdrogové zóny, jsou obvykle režimově zvýhodněni (např. více času tráveného venku a více návštěv).

Adiktologické intervence během této fáze výkonu trestu zahrnují detoxifikaci, individuální a skupinové poradenství a skupinové psychosociální poradenství, rezidenční léčbu (terapeutické komunity), OST, edukaci a instruktáž, účast na svépomocných skupinách a intervence zaměřené na minimalizaci rizik (viz kapitola 5).

Programy adiktologické léčby ve vězení lze realizovat ve formě ambulantních nebo lůžkových či rezidenčních intervencí. Ambulantní léčba se obvykle provádí na ošetřovně nebo ve společných prostorách, např. v klubovně nebo jiném vyhrazeném místě, kde odsouzení mohou začít s adiktologickou léčbou během pobytu na oddělení, kam byli umístěni po nástupu do vězení. V některých případech mohou vězněné osoby také využívat ambulantní léčebné služby mimo věznici. Ambulantní léčba může zahrnovat poradenství, farmakoterapii a edukační a instruktážní aktivity. Přístupy uplatňované v jednotlivých zemích se mohou lišit a jednotlivé země a věznice mohou také vykazovat rozdíly v úrovni poskytování těchto služeb.

Rezidenční léčba ve vězení se poskytuje na speciálních jednotkách či odděleních, kam jsou osoby s adiktologickými problémy umístovány po vstupní prohlídce, případně v jiné fázi jejich výkonu trestu odnětí svobody. Rezidenční programy adiktologické léčby ve vězení jsou zpravidla abstinenčně orientované, ačkoli v některých věznicích se v rezidenčním režimu poskytuje také OST. Jejich provoz je podobný jako v případě rezidenčních programů na svobodě: nabízí se skupinové a individuální formy terapie zajišťované odborným personálem, kterému asistují úspěšně vylčení uživatelé. Terapeutické komunity jsou ve vězení hlavní formou rezidenční léčby.

### Dánsko

Léčba je nabízena na terapeutických odděleních, která jsou zcela oddělena od běžného prostředí věznice. Hlavní důraz je kladen na edukaci, instruktážní aktivity a sociální reintegraci a práci podle tzv. „import modelu“ – léčebného modelu, kdy adiktologickou léčbu ve vězení nabízejí nezávisle na vězeňské a probační službě soukromé i státní léčebné instituce v úzké spolupráci s personálem věznice.

### Itálie

Pro osoby s diagnózou alkoholismu nebo drogové závislosti, které své užívání návykových látek omezily, jsou dle stanovených postupů k dispozici speciální oddělení ve vyhrazených částech věznic. Ve srovnání s ostatním vězeňským prostředím panují na těchto odděleních méně restriktivní podmínky a odborníci z civilních adiktologických služeb zde poskytují tentýž typ léčby jako mimo vězení. Příslušné aktivity jsou dobrovolné a zaměřují se na prevenci, minimalizaci rizik, léčbu závislosti a sociální reintegraci.

### Polsko

Poskytovány jsou „otevřené“ terapeutické intervence pro odsouzené závislé na drogách, kteří současně trpí nějakou duševní poruchou (duální diagnózy). Tyto intervence jsou realizovány v rámci vězeňského systému adiktologické léčby na 23 specializovaných terapeutických odděleních.

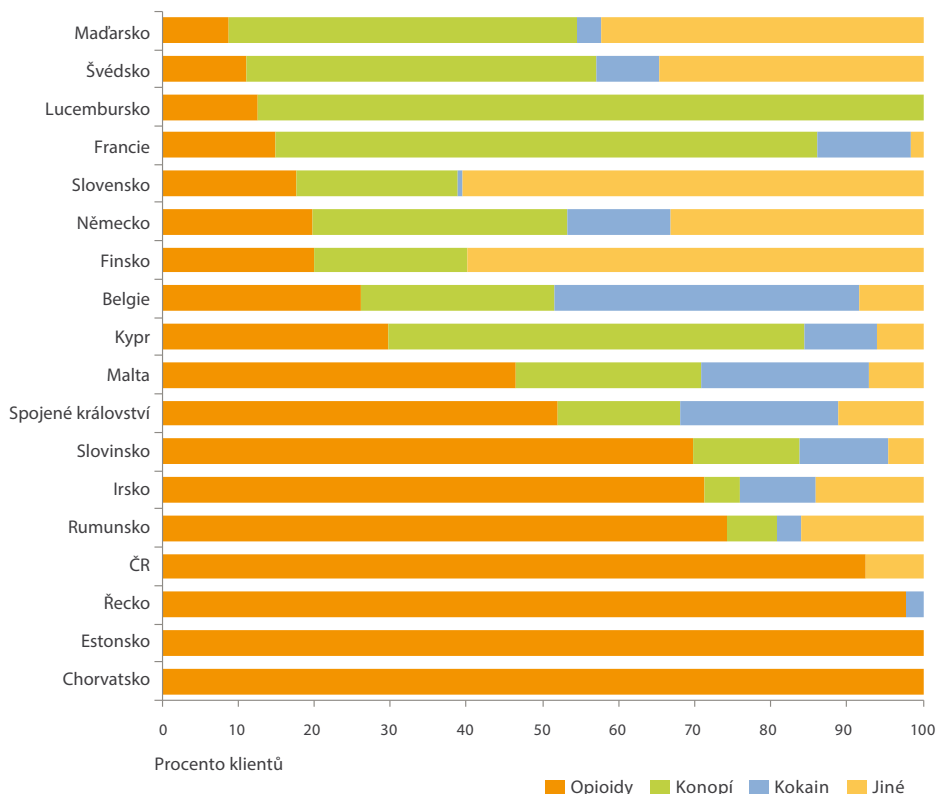
V ambulantní i lůžkové léčbě mohou osoby s adiktologickými problémy podstupovat různé léčebné modalitty podle svých potřeb a dostupných služeb. Přístupy uplatňované ve věznici se často neliší od praxe aplikované mimo vězeňské prostředí.

V podmnožině 18 evropských zemí, jež uvádějí data o odsouzených nastupujících adiktologickou léčbu ve vězení, zahájilo podle dostupných informací tento typ léčby ve výkonu trestu odnětí svobody mezi lety 2015 a 2018 více než 30 000 osob.

Většinu z osob nastupujících adiktologickou léčbu ve vězení tvořili muži, kteří jako svou primární problémovou drogu uváděli nejčastěji opioidy, následované konopím, kokainem a dalšími látkami (graf 4.3). Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, pokud jde o primární drogy uváděné osobami nastupujícími léčbu ve vězení, kopírují odlišné vzorce užívání drog u klientů, kteří nastupují léčbu ve specializovaných adiktologických zařízeních na svobodě, a projevují se v nich také rozdíly v poskytování léčby ve věznicích a vězeňských systémech daných zemí obecně (EMCDDA, 2018a).

**Graf 4.3**

Podíl osob nastupujících adiktologickou léčbu ve vězení podle primární problémové drogy v 18 evropských zemích v roce 2018 (resp. podle nejaktuálnějších dostupných dat)



Zdroj: Indikátor žádostí o léčbu 2019.

Při srovnání dat klientů nastupujících léčbu ve vězení s daty klientů léčících se na svobodě jsou patrné demografické rozdíly. Například 10 % osob podstupujících léčbu ve vězení tvoří ženy, zatímco na ženské pacientky připadá 20 % klientely nastupující ambulantní léčbu na svobodě; tento rozdíl lze vysvětlit velkým podílem mužů mezi vězňenými osobami (viz kapitola 2). Ženy současně představují pouze 5 % vězeňské populace; z toho plyne, že adiktologickou léčbu ve vězení nastupuje relativně více žen než mužů, což koresponduje s větším výskytem problémů s drogami mezi vězňenými ženami v porovnání s muži (viz kapitola 3).

### Terapeutické komunity

V Evropě uvádí dostupnost terapeutických komunit ve věznicích 21 zemí. Tyto komunity představují obecně zvláštní formu dlouhodobé, participativní, skupinové rezidenční léčby drogové závislosti podle zásad tzv. léčby prostředím (*milieu therapy*) (EMCDDA, 2012).



Terapeutické komunity ve věznicích mohou být provozovány ve speciálních prostorách oddělených od hlavního zařízení nebo ve zvláštních odděleních nebo částech věznice. Nabízejí strukturované programy, včetně zdravotní péče a psychologických a sociálních služeb, jejichž cílem je připravit odsouzené na jejich opětovné zapojení do společnosti poté, co budou propuštěni z výkonu trestu. Toto pojetí může rovněž zahrnovat detoxifikaci, což je případ Irsku, kde je na zdravotnickém oddělení věznice Mountjoy vyhrazeno speciálně 18 lůžek pro účely 8týdenního odvykacího programu. V Německu a Polsku poskytují některé terapeutické komunity ve vězení OST. Uplatňované přístupy jsou často totožné s těmi, které se aplikují na svobodě. Mohou se lišit v závislosti na jednotlivých státech i věznicích.

## **Psychosociální poradenství**

Ve většině evropských zemí se vězněným osobám s adiktologickými problémy poskytuje individuální a skupinové poradenství, byť pokrytí těmito službami se celkově uvádí jako nízké.

## **Individuální poradenství**

Intervence v rámci individuálního poradenství zahrnují analýzu potřeb a plánování péče, psychologické poradenství, krizovou intervenci, motivační programy, krátké intervence, prevenci relapsu a minimalizaci rizik. Mezi poradenské a léčebné přístupy běžně uplatňované v evropských zemích patří motivační rozhovor a kognitivně-behaviorální a socio-edukační intervence (např. nácvik sociálních dovedností). Pacientům podstupujícím OST se současně pomáhá navazovat kontakty s příslušnými službami na svobodě.

Individuální poradenství je k dispozici ve většině zemí. Poradenství lze nabízet v rámci širší psychologické podpory (např. ve Španělsku a Slovinsku), jako součást strukturovaných programů adiktologické léčby (např. ve Španělsku, Francii, Polsku, Portugalsku, Švédsku) nebo intervencí zaměřených na infekční onemocnění (např. v Estonsku) a jako podporu při farmakologické léčbě (např. v Portugalsku). Některé programy jsou vysoce strukturované a zahrnují intenzivní a individualizované poradenské přístupy; obvykle se poskytují pouze malému počtu vězněných osob s adiktologickými problémy. V jiných případech jsou individuální poradenské intervence méně strukturované a intenzivní a mají spíše blízkost k edukačním intervencím nabízeným převážně sociálními pracovníky. Ty lze nabízet většímu počtu osob.

Počet pacientů dotčených těmito intervencemi, jakož i využívané modality a délka individuálního poradenství se značně různí v závislosti na jednotlivých zemích i věznicích. Například v ČR poskytly poradny drogové prevence individuální poradenství přibližně 10 000 odsouzeným a obviněným z celkových cca 21 000 osob, které jsou v této zemi ve výkonu trestu odnětí svobody nebo vazby. Hlavní externí poskytovatel služeb v rakouských vězeňských a detenčních zařízeních zajišťoval individuální poradenství pro cca 2 500 klientů z celkového počtu 9 000 vězněných osob. V Chorvatsku pak byla v roce 2017 poskytnuta individuální psychosociální terapie cca 450 klientům (z celkových 3 300 vězněných osob) a ve Švédsku byl v roce 2017 poskytnut program individuální kognitivně-behaviorální terapie téměř 1 000 klientům (z celkových 5 770 vězněných osob).

## Skupinové poradenství

Intervence v rámci skupinového poradenství zahrnují edukaci, poskytování informací a skupinovou terapii. Součástí uplatňovaných postupů mohou být kognitivně-behaviorální terapie (American Psychological Association, 2017) a programy na bázi „12 kroků“, jež mohou doplňovat individuální intervence. Ve většině zemí se poskytuje zejména abstinenčně orientované skupinové poradenství. Na skupinách se využívají psychosociální techniky, včetně motivační terapie, nácvik dovedností zvládnání zátěžových situací (coping) a sociálních dovedností, nácvik behaviorální sebekontroly, vzájemné pomoci, tzv. životních dovedností a práce s rodinou. Cílem je řešit problematiku úzkosti, stresu, nízkého sebehodnocení, řešení konfliktů, sociálních dovedností a problematických vztahu v rodině.

### Skupinové poradenství ve vězení ve třech evropských zemích

#### Švédsko

Věznice nabízejí kognitivně-behaviorální terapii prováděnou ve skupinách za využití metodiky vyvinuté původně v Kanadě. Program sestává z 26 tříhodinových sezení konaných v rozmezí 2-3 měsíců. Po ukončení programu se po zbytek výkonu trestu konají udržovací sezení. Ve Švédsku se rovněž nabízí standardizovaná verze Programu 12 kroků, která se realizuje ve skupinách a zahrnuje jednu základní a dvě rozšířené intervence, z nichž každá sestává z 60 tříhodinových sezení konaných v rozmezí 12 týdnů.

#### Turecko

V Turecku jsou skupinové programy nejčastější intervencí, která je drogově závislým osobám ve výkonu trestu odnětí svobody k dispozici. V rámci skupinových intervencí vycházejících z modelového programu léčby látkových závislostí (SAMBA) jsou poskytovány informace o závislosti na tabáku, alkoholu a drogách s cílem rozšířit znalosti odsouzených a změnit jejich motivaci a chování. Zaměřují se rovněž na riziko infekčních onemocnění a relapsu užívání návykových látek.

#### Spojené království

V rámci aktivit zaměřených na výskyt fenoménu tzv. nových psychoaktivních látek ve vězení byly ve vybraných věznicích zřízeny ohniskové skupiny jako prostředek diskuse o otázkách souvisejících s užíváním syntetických kanabinoidů ve vězení. Účastníci těchto skupin byli současně vyzváni, aby mezi další osoby ve výkonu trestu rozdali dotazníky zaměřené na zmapování jejich užívání syntetických kanabinoidů.

## Peer intervence/svépomoc

Peer intervence a svépomocné programy jsou vězněným osobám, které užívají drogy, k dispozici ve 14 evropských zemích. Mezi tyto intervence patří „vrstevnická“ (peer) edukace a osvěta zaměřená na problematiku drog, upozorňování na zdravotní rizika spojená s užíváním drog, např. sdílení injekčního náčiní, spolupráce s vězeňskými orgány a samostatné vyhledávání dalších relevantních informací pod vedením dobrovolníků z řad odsouzených, kteří měli v minulosti také problémy s drogami. V některých zemích je také nabízena možnost podpory ze strany rodiny nebo svépomocných skupin, jako jsou např. Anonymní narkomani.

## Opioidová substituční léčba

Substituční terapie je v rámci Evropy hlavní formou léčby závislosti na opioidech. Na svobodě se intervence ve formě OST realizují ve všech 30 zemích, které poskytují příslušná data, a odhaduje se, že v roce 2018 podstupovalo OST v 27 členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království celkem (na svobodě i ve výkonu trestu) 660 000 osob (EMCDDA, 2019). S výjimkou Slovenska realizují všechny evropské země intervence ve formě OST také pro vězněné osoby.

Z grafu 4.4 je patrné, v kterém roce jednotlivé reportující země zavedly OST pro většinou populaci a kdy ve vězeních. Podle dat dodávaných EMCDDA se OST ve věznicích zavádí přibližně s osmi až devítiletou prodlevou poté, co je tento typ intervence zaveden pro obecnou populaci. Poslední zemí, která zavedla OST ve věznicích, byla Litva (2018). Stalo se tak v reakci na prudký nárůst výskytu HIV ve vězeních mezi lety 2016 a 2017.

### Peer-to-peer intervence ve třech evropských zemích

#### Belgie

Cílem realizace projektů peer podpory ve vězení je seznamovat vězněné osoby s tématy týkajícími se drog a zdraví. Jsou provozovány na základě techniky „sněhové koule“ a vycházejí z představy, že osoby ve výkonu trestu si mohou navzájem předávat důležité informace zdravotní povahy.

#### Irsko

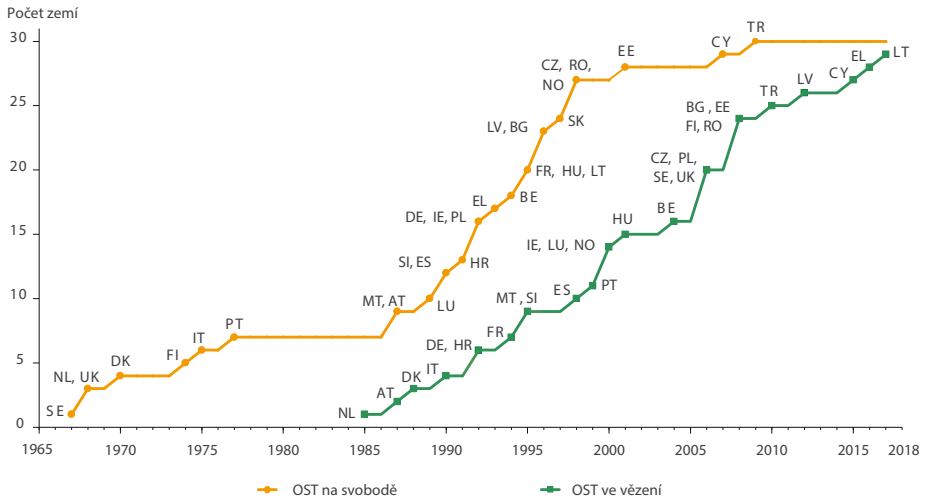
Irský *Ana Liffey Drug Project* je nízkoprahový komunitní program zaměřený na minimalizaci rizik spojených s užíváním drog, jehož součástí jsou rovněž intervence pro vězněné osoby, které aktivně užívají drogy a potýkají se s problémy, které se s takovým chováním pojí. Mezi poskytované služby patří i program peer podpory, díky němuž mají vězněné osoby možnost řešit své problémy s drogami. Irský červený kříž mimoto zprostředkovává svépomocný program pro vězněné osoby, jenž je zaměřen na zdravotní prevenci, včetně užívání drog a problémů s tím spojených.

#### Spojené království

V britských věznicích je realizováno několik svépomocných skupin a peer-to-peer iniciativ. Peer organizace *User Voice* poskytuje vězněným osobám i těm, které vězení opouštějí, podporu ve vztahu k zdravotním a sociálním problémům, včetně problémů s drogami. V roce 2016 vydal *User Voice* první zprávu o užívání syntetických antagonistů kanabinoidních receptorů v anglických věznicích z pohledu uživatelů.

**Graf 4.4**

**Úhrnný počet zemí zavádějících OST pro obecnou populaci a ve věznicích v Evropské unii, Norsku, Turecku a ve Spojeném království v letech 1965-2019**



Zdroj: Národní monitorovací střediska sítě Reitox EMCDDA.

Osoby, které podstupovaly OST na svobodě, tak mohou po nástupu do věznic, kde je taková služba dostupná, pokračovat v léčbě. Ve většině, byť ne ve všech zemích, lze také s OST ve vězení začít. V některých zemích je možné OST znovu zahájit před vypršením trestu odnětí svobody v zájmu minimalizace rizika předávkování po propuštění (Tarján et al., 2019).

Přípravky nejčastěji používané v rámci OST ve vězení jsou v každé zemi podobné těm, které se užívají při léčbě na svobodě. Ve většině zemí se užívá převážně metadon, nicméně v Chorvatsku a Francii se užívá většinou buprenorfin a v Belgii, na Kypru a ve Finsku a Norsku se dává přednost kombinaci buprenorfinu s naloxonem (Tarján et al., 2019).

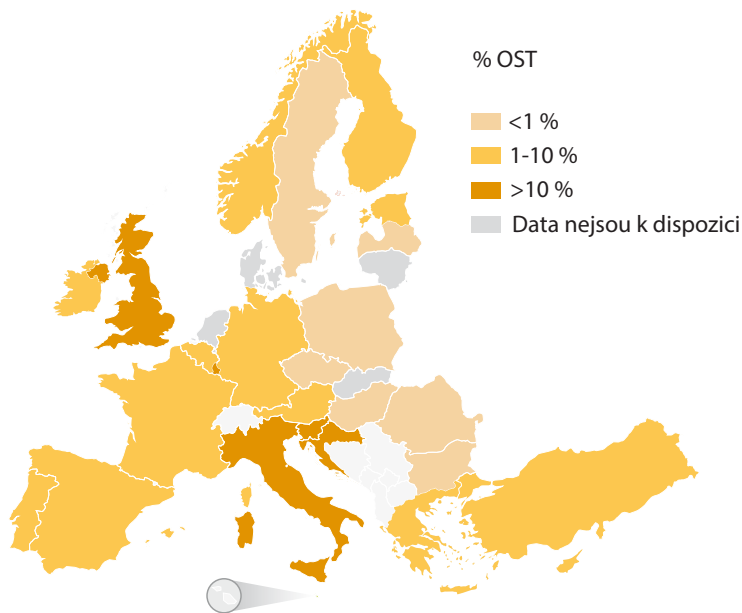
Návaznost péče při nástupu do vězení a po propuštění je u osob podstupujících OST zásadní s ohledem na vysoké riziko předávkování a přenosu VHC při přerušení léčby (Stone, 2018). V každé třetí zemi mají vypracovány speciální doporučené postupy týkající se kontinuity péče a spolupráce mezi službami OST ve vězení a na svobodě (viz také kapitola 5). Chorvatsko má doporučené postupy konkrétně na OST ve vězeňském prostředí a v ČR a Spojeném království je OST zakomponována do doporučených postupů pro implementaci adiktologické léčby ve věznicích. V ostatních zemích se využívají stávající metodická doporučení pro poskytování OST v obecné populaci nebo doporučené postupy pro adiktologickou léčbu ve vězení, kde OST je jednou z možných variant (např. Německá lékařská společnost vydala doporučené postupy pro implementaci OST, jež lze aplikovat na jakékoli prostředí).

Data o podílu osob ve vězení, které jsou závislé na opioidech nebo podstupují OST, nejsou k dispozici, jelikož o rozsahu problémového užívání opioidů mezi vězňenými osobami se toho ví jen velmi málo. Nicméně jedním ze způsobů, jak ilustrovat značné rozdíly v poskytování OST v evropských věznicích, je vzít za jmenovatele celkový počet vězňených

osob a vypočítat příslušný podíl na základě uváděného počtu klientů podstupujících OST (mapa 4.2). Tyto hodnoty jsou však pouze „zástupné“, neboť potřeba léčby se bude pravděpodobně lišit jak v rámci dané země, tak mezi jednotlivými zeměmi navzájem. V Evropě také nejsou k dispozici žádné informace o dávkování používaném při poskytování OST ve věznicích.

#### Mapa 4.2

Podíly vězeňské populace podstupující OST ve vězení v členských státech EU, Norsku, Turecku a ve Spojeném království.



Data za rok 2017, příp. nejaktuálnější dostupná. Britská data jsou pouze za Anglii.

Zdroj: Národní monitorovací střediska sítě Reitox EMCDDA; statistické výstupy projektu SPACE za rok 2016.

Jak je patrné z mapy 4.2, ve většině zemí je OST poskytována méně než 10 % vězeňské populace. Ačkoli se jedná pouze o nepřímý indikátor léčebného pokrytí, z dostupných dat vyplývá, že OST je ve věznicích poskytována spíše vzácně.

Někde je OST realizována jen v některých, nikoli ve všech věznicích v dané zemi, nebo jen v některých regionech určité země, zatímco v jiných nikoli. Například v Německu spadají správa věznic a příslušné politiky do kompetence jednotlivých spolkových států, výsledkem čehož jsou regionální rozdíly v dostupnosti OST ve věznicích. V některých spolkových státech disponuje prostředky k zajišťování OST jen málo věznic. Nedostatek léčby nebo nízká míra jejího poskytování ukazuje na skutečnost, že v takových věznicích se výlučně využívá detoxifikace na úkor substituční léčby a jsou zde výrazně orientovaní na abstinenci (de Andrade et al., 2018).

## Případ Wenner

Německý občan Wolfgang Adam Wenner, žijící v Bavorsku, podstupoval v letech 1991 až 2008 metadonovou léčbu závislosti na opioidech. V roce 2008 začal opět užívat nelegální heroin a dopustil se trestného činu souvisejícího s obchodováním s drogami, za který byl odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody v trvání šesti let. Po nástupu výkonu trestu požadoval, aby mohl pokračovat v opioidové substituční léčbě. Bavorské soudní orgány tento požadavek zamítly a nařídily abstinenčně orientovanou léčbu.

Pan Wenner se nadále domáhal metadonu a současně konzumoval různé psychoaktivní látky, které bylo možné si opatřit na vězeňském černém trhu s drogami. Jelikož nebylo jeho žádosti vyhověno, požadoval, aby byl jeho zdravotní stav a způsob léčby posouzen externími odborníky. I to bylo zamítnuto. Pan Wenner se k léčbě metadonem vrátil po propuštění z výkonu trestu na konci roku 2014. Podal si stížnost, v níž bylo konstatováno, že obě zamítnutí jeho žádosti znamenala porušení článku 3 Evropské úmluvy o lidských právech. Ve svém rozsudku z 1. září 2016 Evropský soud pro lidská práva konstatoval, že vedení věznice svým odmítnutím poskytnout indikovanou OST během výkonu trestu odnětí svobody porušilo článek 3 Úmluvy, a dále konstatoval, že věznice si měla vyžádat posudek nezávislého znalce (*Wenner v. Germany*, 2016; Junod et al., 2018).

### **Opatření zaměřená na řešení problematiky nových psychoaktivních látek ve vězení**

Rozmach tzv. nových drog znamená komplikaci z hlediska rozvoje podpůrných zdravotních intervencí, zejména pak ve vězeňském kontextu (Pirona et al., 2017). Mnohé evropské země hlásí nedostatek opatření, která by adekvátně reagovala na fenomén nových psychoaktivních látek ve věznicích, zatímco jinde mají k dispozici jen anekdotické informace.

V Německu, Irsku, Maďarsku, Polsku, Slovinsku a Spojeném království jsou pro vězeňský personál pořádány různé informační akce, workshopy nebo školení, včetně distribuce příruček, zaměřené na problematiku užívání nových psychoaktivních látek ve vězení (EM-CDDA, 2018b). Ve Spojeném království se realizuje rozsáhlý program určený k potírání nových psychoaktivních látek ve vězení. Mezi přijímaná opatření patří legislativní změny, zákaz kouření, vývoj nových testů na drogy, informační kampaně cílené na vězněné osoby, národní strategie a akční plány týkající se zacházení s vězněnými osobami pod vlivem nových psychoaktivních látek a soubor nástrojů k podpoře vězeňských zdravotníků a dalšího personálu při řešení problematiky užívání těchto látek ve vězení (Public Health England, 2017). Tento soubor nástrojů poskytující vodítko při realizaci intervencí v oblasti užívání nových psychoaktivních látek a souvisejících problémů ve vězení je adaptací již existující metodiky zaměřené na problematiku nových psychoaktivních látek v obecné populaci (Abdulrahim et al., 2015). Jedním z hlavních zásad tohoto přístupu je zajišťování podpory na základě pozorovaných symptomů („řeším to, co vidím“).

Ukazuje se, že při realizaci zdravotní edukace a léčebných intervencí ve vztahu k užívání nových psychoaktivních látek a souvisejících rizik ve vězení hraje důležitou roli spolupráce mezi vězeňskými zdravotními službami a komunitními poskytovateli. Ve vězení jsou nejužívanějšími novými psychoaktivními látkami neinjekční syntetické kanabinoidy (viz kapitola 2).

### **Chorvatsko**

OST je k dispozici ve všech věznicích. K zahájení léčby je nutný informovaný souhlas. V souladu s obecně platnými doporučenými postupy pro OST se i ve věznicích podává převážně metadon, buprenorfin nebo kombinace buprenorfinu a naloxonu. Do roku 2007 se metadon používal většinou při detoxifikaci a výjimečně také k substituční léčbě, ale substituční léčba se následně stala standardní variantou léčby závislosti na opioidech ve vězeňských podmínkách; při substituční léčbě se postupně začaly užívat i další přípravky.

### **Portugalsko**

Farmakologické programy zahrnují detoxifikaci a substituční programy. Detoxifikace je k dispozici v jednom vězeňském zařízení. Substituční programy jsou k dispozici buď v „ambulantním“ režimu (konzultace v rámci vězeňského zdravotnického střediska, externí konzultace prostřednictvím Centra pro integrovaná řešení), nebo případně v „lůžkovém“ režimu na bezdrogových odděleních věznic nebo v částech věznic vyhrazených pro činnost terapeutických komunit.

### **Finsko**

OST je ve vězení k dispozici a podává se buprenorfin i metadon. O indikaci léčby u osob závislých na opioidech a jejím zahájení rozhoduje vězeňský zdravotní útvar na základě kritérií stanovených trestněprávním sektorem. V roce 2019 bylo v substituční léčbě každý den 100 až 130 osob (z celkového počtu 3 000 vězňených osob v celé zemi), což jsou přibližně 3 %.

## **Informace, edukace a instruktáž**

Intervence spočívající v poskytování informací o prevenci užívání drog a jejich rizicích jsou v evropských věznicích běžné a často se realizují ve skupinovém režimu. Ve většině zemí se pořádají osvětové a vzdělávací akce pro vězňené osoby a školení pro vězeňský personál. Ve srovnání s předchozími lety vykazuje dostupnost takových intervencí pro personál i vězňené osoby stále více zemí.

Vzdělávací aktivity se zaměřují na dvě hlavní oblasti: užívání drog a rizika s tím spojená a psychologický a sociální rozvoj. Cílem těchto aktivit je zvyšovat povědomí o fenoménu užívání drog a souvisejících rizicích, osvojit si způsoby řešení krizových situací (např. předávkování, účinky nových psychoaktivních látek), snižovat rizika (např. rizika plynoucí ze sdílení injekčního náčiní nebo pohlavně přenosných infekcí), rozvíjet psychologické dovednosti (např. zvládání agresivity, posilování sebehodnocení) a osvojit si profesní a pracovní dovednosti potřebné k opětovnému zapojení se do společnosti po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

Uplatňované přístupy se pohybují od informativních setkání po selektivně a indikativně preventivní intervence. Edukativní aktivity určené personálu a vězňeným osobám mají často stejný tematický obsah, byť školení personálu se přeci jen více zaměřuje na zdravotní intervence a řešení mimořádných událostí, zatímco v případě vzdělávacích aktivit pro odsouzené jsou více v popředí zájmu opatření v oblasti minimalizace rizik a prevence infekčních onemocnění.



### **Bulharsko**

Ve věznicích probíhají zdravotně edukační programy zaměřené na prevenci, jejichž cílem je zvýšit povědomí o zdravotní problematice a propagovat zdravé chování mezi vězňenými osobami. Nejčastěji diskutovaná témata se týkají různých typů drog, důvodů pro jejich užívání a zdravotních a sociálních dopadů užívání drog.

### **Lotyšsko**

V roce 2019 zde bylo ve věznicích implementováno devět sociálně reintegračních programů zaměřených na riziko konkrétních typů kriminálního chování nebo na příležitost k rozvíjení specifických sociálních dovedností a schopností.

### **Slovinsko**

Pro vězňené osoby se pořádají workshopy s cílem zvýšit jejich povědomí o možných komplikacích a škodlivých dopadech užívání nových psychoaktivních látek. Účelem těchto programů je zvyšovat informovanost a rozvíjet potřebné dovednosti v reakci na rostoucí míru užívání nových psychoaktivních látek na základě identifikace vzorců chování a výuky dovedností potřebných k řešení problémů, upevňování pracovních návyků a smyslu pro povinnost a posilování sociálních vazeb.

## **Adiktologické intervence při propouštění z vězení**

Ve vztahu k osobám, které užívají nebo užívaly drogy, je třeba před jejich propuštěním z vězení přijmout určitá opatření. Osoby opouštějící věznici vykazují jako skupina specifická zdravotní rizika, mezi něž patří riziko relapsu užívání drog, předávkování, včetně předávkování se smrtelnými následky, a přenosu infekčních onemocnění (Enggist et al., 2014; WHO Europe et al., 2018). K zajištění hladšího přechodu k léčbě na svobodě je mimořádně důležitá spolupráce mezi službami působícími ve věznicích a zdravotními a sociálními službami provozovanými mimo vězeňské prostředí.

Intervence realizované před propuštěním obsahují dvě důležité vzájemně propojené složky: návaznost na komunitní služby v zájmu zajištění dalšího pokračování v léčbě závislosti a infekčních onemocnění na jedné straně a prevenci smrtelných předávkování v době bezprostředně po propuštění z vězení na straně druhé.

## **Komplexní péče a sociální reintegrace**

Kontinuita péče po propuštění z vězení, označovaná často jako „komplexní péče“ (*throughcare*), je důležitou zásadou z hlediska zdravotní a sociální péče o vězňené osoby. Komplexní péče spočívá v zajištění kontinuity péče poskytované před nástupem do vězení, během pobytu v něm a bezprostředně po propuštění. Komplexní péče a zprostředkování kontaktu na externí poskytovatele služeb ze strany věznice nebo probační služby může mít zásadní význam z hlediska předcházení relapsu užívání drog (Patel, 2010). Většina zemí<sup>(5)</sup> uvádí, že ve svých písemně zpracovaných strategiích a doporučených postupech pro problematiku drog ve věznicích věnují zásadě kontinuity péče pozornost (Tarján et al., 2019).



V zemích, kde vězeňské a komunitní zdravotní služby působí „pod jednou střechou“, je zajištění komplexní péče snazší, neboť integrované programy působící na půdě věznic mohou vězněné osoby před jejich propuštěním propojit se službami na svobodě. V některých vězeňských systémech existují výstupní oddělení, jejichž cílem je usnadnit odsouzeným navázání kontaktu se službami na svobodě a zajistit hladší přechod do jejich péče.

Intervence k přípravě osob na propuštění z výkonu trestu jsou k dispozici ve všech zemích, byť ne ve všech věznicích, a ne pro všechny odsouzené. Důležitým cílem předvýstupních programů pro odsouzené je sociální reintegrace. Často se zaměřují na poskytování informací o sociální podpoře a možnostech využívání různých sociální struktur a služeb, které pomáhají vytvářet podmínky pro snazší návrat na pracovní trh. Intervence mohou mít podobu strukturovaných programů, jako např. v Lucembursku, nebo zprostředkovávání kontaktů na různě zaměřené externí služby, což je např. případ Rakouska. V závislosti na organizaci zdravotních a sociálních služeb dané země je možné postupovat ve vzájemné koordinaci mezi adiktologickými, sociálními a psychologickými/psychiatrickými službami, jakož i ve spolupráci s konkrétními odděleními nemocnic, např. infekčními odděleními.

### Belgie

V Belgii jsou intervence zaměřené na léčbu po propuštění k dispozici ve většině věznic. V každé věznici působí speciální tým pracovníků, kteří mají na starosti zprostředkování léčby pro uživatele drog a osoby s duševní poruchou po jejich propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. Součástí tohoto týmu jsou i externí sociální pracovníci, kteří stanovují program léčby podle potřeb dané osoby a kteří kontaktují externí organizace poskytující adiktologickou léčbu a domlouvají s nimi zajištění zdravotní a terapeutické péče pro propuštěné vězně. V Bruselu je od roku realizován pilotní projekt zaměřený na zajišťování kontinuity péče pro osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody. Jeho cílem je propojovat odsouzené s léčebným centrem, kde mohou po propuštění z výkonu trestu pokračovat v substituční léčbě; věznice musí zajistit dostatečné množství substituční medikace na prvních 72 hodin po propuštění. V poslední době byly v Belgii spuštěny takové pilotní projekty v dalších třech věznicích.

### Německo

V akčním plánu realizace národní strategie v oblasti HIV/AIDS je federální vládou deklarováno, že návrat do života po výkonu trestu odnětí svobody s sebou nese specifické riziko předávkování, a stanoveno, že instituce přebírající propuštěnou osobu do péče by měla zajistit návaznost léčby. Odsouzení, u nichž lze předpokládat vysoké riziko relapsu nebo úmrtí po propuštění z výkonu trestu, je možné zařadit do OST ještě během jejich pobytu ve vězení. V Bavorsku byl spuštěn naloxonový projekt, v jehož rámci je odsouzeným, kteří aktuálně užívají nebo užívali opioidy, případně podstupují substituční léčbu, nabízen edukací program, při němž mají možnost se dozvědět o rizicích předávkování, jak při předávkování postupovat, jak poskytnout první pomoc a jak aplikovat naloxon.

### Spojené království

V roce 2008 publikovala Skotská vláda strategický dokument věnovaný potírání nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči nazvaný *Equally Well*. Dokument upozorňuje na potřebu poskytování intervencí cílených na vězněné osoby, které chtějí řešit své problémy s drogami. Osobám propouštěným z výkonu trestu odnětí svobody jsou nabízeny navazující adiktologické služby. Podle přijaté strategie by tyto osoby měly být schopny získat přístup k adiktologickým a zdravotním službám do šesti týdnů od propuštění z vězení. Ve Skotsku a Walesu je také navíc rozšířená praxe distribuce naloxonu („take-home naloxone“) mezi osoby, kterým po propuštění hrozí předávkování opioidy.

## Intervence spojené s předčasným propuštěním

V mnoha jurisdikcích je podstupování adiktologické léčby vnímáno jako známka odhodlání k nápravě a může tak odsouzeným pomoci, když si žádají o podmíněné, resp. předčasné propuštění. Zatímco některé adiktologické intervence mohou tímto způsobem přispět k dřívějšímu propuštění, existuje také několik málo adiktologických intervencí, jež předčasné propuštění zahrnují, tzn. intervencí, jejichž je předčasné propuštění vedle adiktologické léčby hlavní součástí.

Z výstupů studie zaměřené na alternativy k donucovacím sankcím za drogovou trestnou činnost financované Evropskou komisí mimo jiné vyplývá, že 2 ze 13 kategorií alternativ k donucovacím sankcím identifikovaných v rámci Evropské unie zahrnovaly nějakou formu dřívějšího propuštění z výkonu trestu odnětí svobody (Kruithof et al., 2016): střídaní pobytu ve vězení a na svobodě, resp. propuštění s terapeutickým prvkem a podmíněné propuštění, resp. dřívější propuštění s terapeutickým prvkem. Alternativy k donucovacím sankcím byly definovány jako intervence státu proti drogové kriminalitě s nápravným (rehabilitativním) prvkem, který spočívá zejména v edukaci, léčbě, následné péči a sociální reintegraci (Kruithof et al., 2016)

Přerušovaný výkon trestu odnětí svobody s terapeutickým prvkem zahrnuje intervence, které například obnášejí pobyt ve vězení nebo nějakém jiném typu zařízení spojeném s omezením svobody během týdne, zatímco víkendy daná osoba tráví na svobodě. Tento typ alternativy k donucovacím sankcím je poskytován v Lucembursku, kde léčba je pouze jedním z možných prvků v rámci dané varianty. Se zřetelem na sociální rehabilitaci a integraci zde mají osoby odsouzené k trestu odnětí svobody podmíněně dovoleno během dne vykonávat pracovní činnost, absolvovat edukační programy nebo profesní přípravu a čerpat lékařskou péči mimo věznic. Odsouzená osoba se musí do nápravného zařízení vrátit vždy na noc a v době, kdy se neúčastní žádných naplánovaných aktivit (Kruithof et al., 2016).

Podmíněné či předčasné propuštění s terapeutickým prvkem spočívá v dočasném nebo trvalém propuštění z vězení nebo detenčního zařízení za zvláštních podmínek. Za ústřední složku varianty podmíněného nebo předčasného propuštění se léčba považuje v Řecku, Španělsku, Lotyšsku a Polsku, zatímco v Lucembursku, na Maltě, v Rakousku a Finsku se léčba pokládá za prvek, který lze eventuálně učinit součástí podmíněného nebo předčasného propuštění. Také Belgie, Dánsko, Německo, Irsko, Francie, Lotyšsko a Rumunsko hlásí dostupnost intervencí pojících se s možností předčasného propuštění (tabulka 4.1)<sup>7</sup>

## Závěry

V rámci Evropy nabízejí věznicové množství různých adiktologických intervencí při nástupu do výkonu trestu odnětí svobody, během pobytu ve vězení i při propouštění na svobodu. Většina intervencí osvědčujících se v obecné populaci se realizuje také ve věznicích, byť s určitou prodlevou a omezeným pokrytím. Například OST je na svobodě k dispozici ve všech členských státech EU, v Norsku, Turecku a ve Spojeném království, přičemž s výjimkou jedné země se poskytuje také ve věznicích. OST je však k dispozici jen malému procentu vězněných osob, které by ji potřebovaly, a často je nabízena pouze osobám, které s ní začaly již před nástupem do vězení. Peer-to-peer intervence, jež mohou sehrávat důležitou podpůrnou roli pro uživatele drog ve věznicích a být pro ně zdrojem informací o dostupných možnostech léčby, jsou realizovány pouze ve třetí části evropských zemí.

7 Sankce, které zahrnují adiktologickou léčbu, aniž by však zkracovaly délku nepodmíněného trestu odnětí svobody, nebyly do této studie zařazeny.

Implementace adiktologických opatření ve vězeňském prostředí naráží na mnohé překážky, mezi něž patří přeplněnost, nedostatek personálu a chybějící prostředky. Věznice jsou navíc místem, kde jsou lidé za trest. Do realizace intervencí, které jsou běžně dostupné na svobodě, v prostředí věznic může promlouvat veřejné mínění a politická vůle utvářené představou zaslouženosti trestu, který si lidé ve vězení odpykávají. Reagovat na potřeby vystávající z nelegálního jednání bývá navíc náročné i na svobodě, natož pak ve vězeňském prostředí, kde mohou mít lidé pocit, že se přiznáním k nezákonné činnosti mohou vystavit většímu riziku dalšího postihu. Vzhledem ke specifickým tohoto prostředí je tak nesmírně důležité vybudovat mezi vězňnými osobami a zdravotnickým personálem důvěru a neméně důležité je zajistit adekvátní proškolení.

O adiktologických intervencích ve vězení, včetně jejich dostupnosti, poskytování, pokrytí, kvality a efektivity, jsou v Evropě k dispozici jen kusá data, která lze navíc mezi sebou jen obtížně porovnávat. Je proto nutné dále pracovat na mapování charakteru, kvality a pokrytí adiktologických intervencí ve vězeních, jakož i poptávky po takových službách, aby bylo možné lépe porozumět potřebám vězňných osob a zajistit si východisko pro odpovídající plánování služeb pro vězeňské prostředí a spolupráci mezi věznicemi a externími poskytovateli služeb.

Přes všechny existující překážky představují věznice důležité prostředí z hlediska možnosti navázání terapeutického kontaktu s jinak skrytými rizikovými skupinami, jakými jsou právě uživatelé drog. Uvážíme-li, že osoby ve výkonu trestu se nakonec vrací do většinové společnosti, pravděpodobnost dopadu vězeňských intervencí na veřejné zdraví je vysoká.

## Bibliografie

- Abbott, P., Magin, P., Lujic, S. & Hu, W. (2017), „Supporting continuity of care between prison and the community for women in prison: a medical record review“, *Australian Health Review* 41, pp. 268-276.
- Abdulrahim, D. & Bowden-Jones, O., and on behalf of the NEPTUNE Expert Group (2015), *Guidance on the clinical management of acute and chronic harms of club drugs and novel psychoactive substances*, London, Novel Psychoactive Treatment (NEPTUNE) UK Network, London.
- Aebi, M. F., Tiago, M. M., Berger-Kolopp, L. É. A. & Burkhardt, C. (2018), *Council of Europe annual penal statistics SPACE I: prison populations survey 2017*, Council of Europe, Strasbourg.
- American Psychological Association (2017), *What is cognitive behavioral therapy?*, PTSD Clinical Practice Guideline, American Psychological Association, Washington, DC (<https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>).
- Easton, S. (2011), *Prisoners' rights: principles and practice*, Routledge, New York.
- Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules ([https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25)).
- Council of the European Union (2020), EU Drugs Strategy 2021-2025, CORDROGUE 80 SAN 483 COSI 255 RELEX 1026 UD 399 (<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14178-2020-INIT/en/pdf>).

- de Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E. & Hides, L. (2018), „Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions“, *Epidemiological Reviews* 40(1), pp. 121-133.
- ECDC & EMCDDA (European Centre for Disease Prevention and Control & European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2018), *Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings*, ECDC, Stockholm.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018a), *European drug report 2018: trends and developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018b), *New psychoactive substances in prison*, Rapid Communications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2019), *European drug report 2019: trends and developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Enggist, S., Möller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014), *Prisons and health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Junod, V., Wolff, H., Scholten, W., Novet, B., Greifinger, R., Dickson, C. & Simon, O. (2018), „Methadone versus torture: the perspective of the European Court of Human Rights“, *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 20(1), pp. 31-36.
- Kruithof, K., Davies, M., Disley, E., Strang, L. & Ito, K. (2016), *Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes*, European Commission, Brussels.
- Leaman, J., Emslie, L., Richards, A. & O'Moore, E. (2016), *Rapid review of evidence of the impact on health outcomes of NHS commissioned health services for people in secure and detained settings to inform future health interventions and prioritisation in England*, Public Health England, London.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M. & Fazel, S. (2016), „Prevention of suicidal behavior in prisons“, *Crisis* 37(5), pp. 323-334.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2016), *Physical health of people in prison*, NICE Guideline NG57, NICE, London.
- Patel, L. (2010), *The Patel report: Reducing drug-related crime and rehabilitating offenders*, Prison Drug Treatment Strategy Review Group, Department of Health and Social Care, London.
- Pirona, A., Bo, A., Hedrich, D., Ferri, M., van Gelder, N., Giraudon, I., Montanari, L., Simon, R. & Mounteney, J. (2017), „New psychoactive substances: current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe“, *International Journal of Drug Policy* 40(1), pp. 84-92.
- Pont, J., Enggist, S., Stöver, H., Williams, B., Greifinger, R. & Wolff, H. (2018), „Prison health care governance: guaranteeing clinical independence“, *American Journal of Public Health* 108(4), pp. 472-476.
- Public Health England (2017), *New psychoactive substances (NPS) in prisons: a toolkit for prison staff*, Public Health England, London.
- Stöver, H., Meroueh, F., Marco, A., Keppler, K., de la Hoya, P. S., Littlewood, R., Wright, N., et al. (2019), „Offering HCV treatment to prisoners is an important opportunity: key principles based on policy and practice assessment in Europe“, *BMC Public Health* 19(1), 30.

- Tarján, A., Horváth, G. & Stöver, H. (2019), *European mapping of harm reduction interventions in prisons*, Revised version, Institut für Suchtforschung, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt.
- United Nations General Assembly (2006), *Optional protocol to the convention against torture and other cruel, inhuman or degrading, treatment or punishment*, Resolution A/RES/57/199, 9. leden 2003.
- United Nations General Assembly (2015), United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules), Resolution A/RES/70/175, 17. prosinec 2015.
- UNODC, ILO, UNDP, WHO & UNAIDS (2013), *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions* ([https://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions\\_package/en/](https://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/)).
- van Zyl Smit, D. & Snacken, S. (2009), *Principles of European prison law and policy: penology and human rights*, Oxford University Press, Oxford.
- Wenner v. Germany (2016), European Court of Human Rights (fifth section).
- WHO Europe (World Health Organization Regional Office for Europe) (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health*, WHO Europe, Copenhagen.
- WHO Europe (2019), *Prison health systems: the interface with wider national health systems*, Sixth Prison Health Conference, 26.-27. března, Helsinky.
- WHO Europe (2019), *Status report on prison health in the WHO European Region*, (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019>).
- WHO Europe, EMCDDA & Public Health England (2018), *Conclusions of the WHO international meeting on prisons and health*, Lisbon 2017, WHO Europe, Copenhagen.
- World Medical Association (2018), Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence, dokument přijatý 59. valným shromážděním WMA v Soulu v říjnu 2008 a aktualizovaný na 69. valném shromáždění WMA v Reykjavíku v říjnu 2018.

# Kapitola V.

## Intervence zaměřené na minimalizaci rizik ve vězení

Linda Montanari, Anna Tarján, Ines Hasselberg, Wayne Hall, Liesbeth Vandam, Amber Vernooij a Heino Stöver

Věznice představují vysoce rizikové prostředí z hlediska šíření krví přenosných virů i kapénkových infekcí (Altice et al., 2016). Tento stav má mnoho důvodů, mezi něž patří mimo jiné vysoké zastoupení uživatelů drog a dalších skupin ohrožených ve větší míře nákazou HIV, hepatitidy C a TBC ve vězeňské populaci, rizikové chování ve věznicích, např. rizikové injekční užívání drog, neadekvátní zdravotní péče a pozdní diagnostika onemocnění, substandardní podmínky ve věznicích a jejich přeplněnost, nedostatečná výměna vzduchu ve vnitřních prostorech a časté přesuny odsouzených mezi věznicemi (Csete et al., 2016; Csete et al., 2018; Lazarus et al., 2018; Snow & Levy, 2018; Stone & Shirley-Beavan, 2018).

Tato kapitola pojednává o dostupnosti a poskytování intervencí zaměřených na minimalizaci rizik (harm reduction) ve věznicích. Patří sem intervence cílené přímo na užívání drog a problémy s ním spojené, např. prevence a léčba infekčních onemocnění, i intervence, které se sice přímo užívání drog netýkají, ale mohou být součástí souboru služeb poskytovaných vězněným osobám, jako je distribuce kondomů a programy bezpečného tetování, jejichž cílem je snižovat možnost šíření krví přenášených virů a pohlavně přenosných infekcí.

### Harm reduction: minimalizace zdravotních rizik užívání drog

Účelem realizace harm reduction intervencí ve vězení je minimalizace zdravotní a sociální újmy, kterou užívání drog působí jednotlivcům i celé vězeňské komunitě. Základním principem konceptu harm reduction je tvorba pragmatických opatření k řešení problematiky užívání drog na základě hierarchie intervenčních cílů, které kladou primární důraz na snižování zdravotních rizik dlouhodobého užívání drog (EMCDDA, 2010).

Vězeňským systémem projde značný podíl injekčních uživatelů drog, z nichž mnozí patří na svobodě mezi tzv. skrytou populaci, což znesnadňuje jejich kontakt s léčebnými službami (viz kapitola 2). Věznice tak mohou sehrávat zásadní roli prostředí, v němž je možné tyto osoby podchytit a poskytnout jim před návratem na svobodu intervence v oblasti minimalizace rizik, poradenství, testování a léčbu.

K snižování míry infekčních onemocnění u injekčních uživatelů drog, které souvisejí s jejich závislostním chováním, se doporučuje celá řada opatření. Patří mezi ně zajišťování OST (viz kapitola 4), distribuce sterilního injekčního náčiní, očkování, testování na infekční onemocnění a jejich léčba, jakož i intervence v oblasti podpory zdraví zaměřené na bezpečnější injekční chování a minimalizaci sexuálního rizikového chování (EMCDDA, 2018) (viz také kapitola 6).

V evropských věznicích jsou k dispozici mnohé z těchto intervencí, včetně testování na infekční onemocnění, zejména na hepatitidy typu B a C, HIV a TBC, a jejich léčby, vakcinace proti hepatitidě typu B, programů výměny jehel a stříkaček (výměnné programy),



distribuce kondomů a lubrikantů a poskytování dezinfekčních materiálů, distribuce naloxonu, edukace a poradenství. Informace o míře poskytování těchto služeb a způsobech jejich implementace jsou velmi omezené a mezi jednotlivými zeměmi i mezi věznicemi v téže zemi existují podle všeho značné rozdíly. Informace o dostupných důkazech o efektivitě těchto opatření jsou uvedeny v kapitole 6.

## **Infekční onemocnění – testování, očkování, léčba**

Injekční uživatelé drog tvoří značnou část populace osob nakažených krví přenášenými infekcemi, zejména HIV a VHC (Stone, 2018) (kapitola 3). Přestože věznicové představují zásadní místo z hlediska záchytu této populace, poskytování léčby ve výkonu trestu nebo vazby může pro vězeňský systém představovat podstatný problém vzhledem k její nákladnosti, potřebě spolupráce s infektology a adiktology a dalším faktorům, mezi něž patří např. strukturální překážky vězeňského systému.

### **Projekty financované EU: HA-REACT**

Projekt *Joint Action on HIV and co-infection prevention and harm reduction* (HA-REACT) realizovaný v letech 2015 až 2019 se zabýval existujícími mezerami v prevenci HIV a dalších koinfekcí, zejména s TBC a virovými hepatitidami, u injekčních uživatelů drog. Ústředním motivem všech témat, jimž se projekt věnoval, byla problematika zdraví ve věznicích. Jeden z výstupů projektu HA-REACT, metodický materiál věnovaný rozvíjení harm reduction intervencí ve vězeňském prostředí, je k dispozici na webových stránkách projektu ([hareact.eu](http://hareact.eu)). Obsahuje množství nástrojů ve formě informačních, edukačních a prakticky orientovaných materiálů určených zdravotnickým pracovníkům působícím v prostředí věznic, představitelům vězeňské správy a dalším zainteresovaným subjektům (např. různým externím organizacím): materiály jsou zaměřeny na implementaci intervencí, jako jsou OST a výměnné programy, distribuce kondomů a poskytování naloxonu „na doma“.

Je důležité, aby se vězněné osoby měly možnost nechat otestovat na infekční onemocnění, ale aby toto testování nebylo povinné (EMCDDA, 2010; UNODC et al., 2013; ECDC & EMCDDA, 2018). V rámci vstupní lékařské prohlídky lze dle potřeby provést radiografické vyšetření. V metodice ECDC se uvádí, že na včasný záchyt TBC lze například navázat preventivními opatřeními v podobě izolování pacienta během infekční fáze a omezit tak riziko představované vysoce infekční kapénkovou nákazou v uzavřeném prostředí (ECDC & EMCDDA, 2018). Testování na TBC ve věznicích se provádí ve většině evropských zemích; v Maďarsku je povinné pro všechny osoby nastupující do vězení a všichni odsouzení je následně absolvují v ročních intervalech (Tarján et al., 2019).

Dobrovolné testování na HIV, VHB a VHC se v Evropě provádí ve všech věznicích a jeho součástí bývá obvykle poradenství poskytované před testem i po jeho provedení. V Rakousku se testování na HIV nabízí plošně všem osobám nastupujícím výkon trestu a testování na HIV, VHB a VHC se obvykle provádí při nástupu do vězení a poté vždy po roce od posledního testování, v indikovaných případech pak i častěji. V případě VHC není k dispozici dostatek dat, na jejichž základě by se dalo určit, zda se testy a screening provádějí za účelem detekce antigenů nebo protilátek. Ve většině zemí se během vstupní

zdravotní prohlídky založí zdravotní karta vedená v důvěrném režimu, která je během výkonu trestu podle potřeby aktualizována. Monitorování zdravotního stavu vězňů, včetně jejich přesunů mezi jednotlivými vězeňskými zařízeními, je stále více možné díky elektronickým informačním systémům a centralizovaným databázím. Ve Finsku jsou testy na infekční onemocnění doporučovány všem vězňům. Britská vězeňská služba zavedla nedávno tzv. opt-out přístup k testování: testy na infekční onemocnění jsou při nástupu do vězení proaktivně nabízeny všem osobám, které mohou následně s testem souhlasit nebo jej odmítnout. Testování je obvykle doprovázeno edukačními intervencemi, na něž může navazovat strukturované poradenství, jako např. v Lucembursku, nebo informativní sezení, jako např. v Maďarsku. Data o pokrytí testováním jsou na evropské úrovni sporadická a jejich kvalita je omezená.

Z dostupných dat vyplývá, že míra testování na HIV mezi vězňami osobami ve 13 členských státech EU a Spojeném království se v minulém roce (2017) pohybovala od 2 % (v Maďarsku) po 100 % (v Estonsku). Odhad pokrytí testováním na HIV<sup>8</sup> definovaného jako podíl vězňů otestovaných v uplynulém roce byl k dispozici v 16 zemích. Pět zemí uvádělo plné pokrytí (> 95 %), dvě vysokou míru pokrytí (61-95 %), jedna střední míru pokrytí (30-60 %) a osm nízké pokrytí (< 30 %) (Tarján et al., 2019) (obr. 5.1).

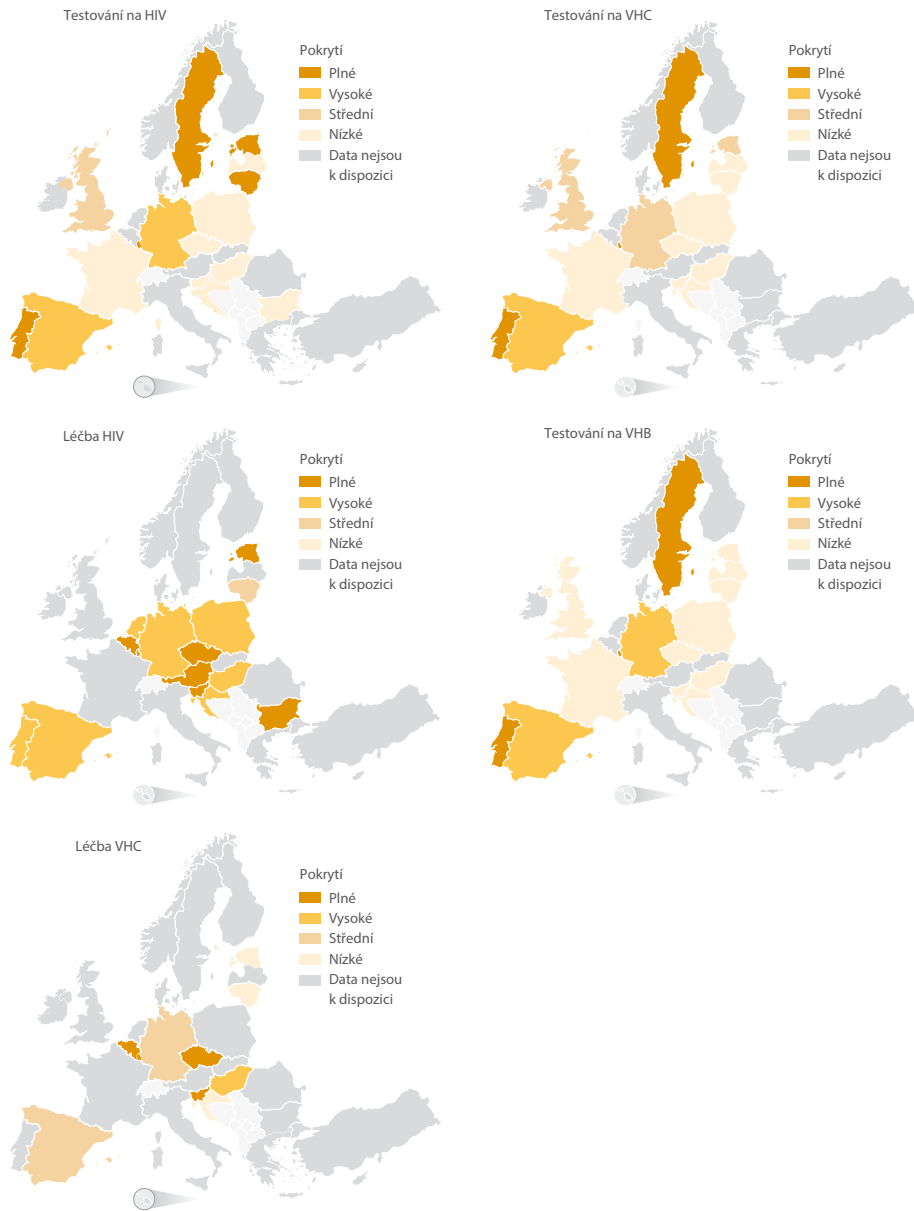
Testování na VHC není vždy vězňům osobám nabízeno, ani jimi není požadováno. Jelikož je tato infekce často bezpříznaková, mnohé vězněné osoby nemusí vědět, že jsou nakažené. Míra testování na VHC se pohybovala od 5 % do 100 % (data z 11 zemí). Z 15 zemí uvádějících odhady míry pokrytí testováním na VHC v uplynulém roce vykazovaly tři země plné pokrytí, vysoké pokrytí hlásila jedna země, střední míru pokrytí tři země a nízké pokrytí bylo evidováno v osmi zemích (Tarján et al., 2019) (mapa 5.1).

Testování na VHB u vězňů osob se v uplynulém roce pohybovalo mezi 4 % a 100 % (data z 11 zemí). Plné pokrytí uvedly tři země, vysoké pokrytí dvě země a nízké pokrytí bylo evidováno v 10 zemích (Tarján et al., 2019). Na pozitivní výsledky zpravidla navazuje potestové poradenství. V 19 evropských zemích se ve vězení očkuje proti VHB (Tarján et al., 2019) (mapa 5.1).

8 Odhady pokrytí byly vypočítány na základě míry provedených testů. Pokud taková data nebyla k dispozici, pokrytí bylo stanoveno na základě kvalifikovaného odhadu expertů.

## Mapa 5.1

### Pokrytí testováním na HIV, VHB a VHC a léčbou HIV a VHC ve vězení v členských státech EU a Spojeném království v letech 2016–2017



Zdroj: Tarján et al., 2019.

Pokrytí: plné > 95 %; vysoké, 61-95 %; střední, 30-60 %; nízké, < 30 %.

Ve většině evropských zemí je ve vězeních k dispozici léčba infekčních onemocnění. Poskytuje se převážně v rámci souboru intervencí, jež zahrnují poradenství, postexpoziční profylaxi a propojení s externími službami během léčby poskytované ve vězení i po propuštění na svobodu. Způsoby zajišťování kontinuity péče se dle dostupných dat liší v závislosti na státu, věznicích i typu léčby. Obecně lze konstatovat, že kompletní spektrum harm reduction intervencí není k dispozici ve všech věznicích a nemají k nim ani přístup všichni, kteří by je potřebovali.

Antiretrovirální terapie HIV je vězněným osobám k dispozici ve všech zemích, které daly příslušná data. Plné pokrytí (léčí se více než 95 % vězněných osob, které léčbu potřebují) uvádí sedm zemí a vysoké pokrytí (60-95 %) vykazuje dalších sedm zemí z celkových 15, pro něž jsou tato data k dispozici (Tarján et al., 2019) (mapa 5.1). V některých zemích, např. ve Španělsku, se léčba poskytuje v prostorách věznice, zatímco v jiných, např. v Chorvatsku, jsou pacienti předáváni do péče externích komunitních služeb. Ve Francii se profylaktická antiretrovirální terapie poskytuje vězněným osobám a vězeňskému personálu po nepředvídaném kontaktu s krví jiného člověka. V Litvě se věnuje zvláštní pozornost kvalitě léčby HIV od prudkého nárůstu jeho případů ve věznicích mezi roky 2016 a 2017.

Dostupnost antivirové terapie VHB uvádí většina evropských zemí. Belgie, ČR, Lucembursko a Slovinsko odhadují, že tuto léčbu podstupují téměř všechny indikované vězněné osoby (Tarján et al., 2019).

Věznice se pokládají za velmi důležité prostředí z hlediska snižování celostátní zátěže představované virovou hepatitidou typu C a eliminace přenosu této infekce jak z věznic do většinové společnosti, tak mezi jednotlivými věznicemi (Winter & Hellard, 2018). K dispozici je stále více důkazů o možnosti efektivní realizace léčby VHC ve vězeňském prostředí. Přímo působící antivirotika určená k léčbě VHC vykazují vysokou úspěšnost a jsou méně toxická než dřívější interferonové preparáty. Vzhledem ke krátké době terapie (8 nebo 12 týdnů) je v současnosti schůdnější léčit infikované uživatele drog během jejich pobytu ve vězení.

Antivirová léčba VHC ve vězení je dostupná ve většině evropských zemí. Z omezeného množství dat o pokrytí léčbou VHC ve věznicích v Evropě však vyplývá, že se léčí pouze malé procento z těch, kteří by to potřebovali. Plné nebo vysoké pokrytí léčbou VHC ve věznicích hlásí pouze Belgie, ČR, Lucembursko, Maďarsko a Slovinsko (Tarján et al., 2019).

Léčba TBC je ve vězení k dispozici ve většině evropských zemí. Data o pokrytí léčbou TBC ve věznicích hlásí pouze ČR, Estonsko, Španělsko, Litva, Lucembursko, Nizozemsko, Portugalsko a Slovinsko, přičemž tyto státy odhadují dosažení plného pokrytí (Tarján et al., 2019).

Zásadní význam z hlediska možnosti vězněných osob pokračovat v antiretrovirální léčbě HIV po propuštění má zprostředkování kontaktu na navazující péči na svobodě. Takové postupy se v plné nebo částečné míře uplatňují ve většině zemí. O úspěšnosti tohoto zajišťování kontinuity péče není v současnosti k dispozici dostatek informací a nelze vyloučit vysoké procento osob, které po propuštění v léčbě nepokračují (ECDC & EMCDDA, 2018; Tarján et al., 2019).

O příležitostech v pokračování antivirotické léčby VHC po propuštění z vězení neexistuje mnoho informací. Podle dostupných dat je přechod na léčbu VHC na svobodě plně nebo částečně zajišťován v 25 zemích (viz tabulka 4.1). Adekvátní zásoby preparátů k léčbě VHC se odsouzeným při propuštění z vězení poskytují ve Španělsku, Francii, Itálii a Portugalsku. Medikace se poskytuje v množství, které buď stačí na překlenutí přechodného období, než daná osoba naváže funkční kontakt s komunitními službami, nebo na celou dobu léčby v případě užívání přímo působících antivirotik, které se stále více stávají standardní součástí péče (Stöver et al., 2019). Ve Spojeném království je preferovanou variantou vystavení předpisů a tyto přípravky v kombinaci s aktivním zprostředkováním kontaktu na vhodného poskytovatele příslušných služeb na svobodě.

## Harm reduction intervence zaměřené na infekční onemocnění ve třech evropských zemích

### Španělsko

Hlavním cílem programů zaměřených na minimalizaci rizik a škod ve španělských věznicích je omezování negativních zdravotních dopadů drog. Harm reduction programy ve věznicích zahrnují soubor různých intervencí od testování, vakcinace a léčby infekčních onemocnění až po výměnné programy a poskytování desinfekčních přípravků, aluminiových fólií a kondomů. Realizují se též programy zaměřené na prevenci a první pomoc při předávkování, programy metadonové substituční léčby a aktivity zaměřené na všeobecnou zdravotní edukaci a informovanost.

### Chorvatsko

Součástí harm reduction programů je vzdělávání a poradenství zaměřené na zdravotní rizika související s drogami a prevenci infekčních onemocnění. Jejich cílem je zlepšovat celkový zdravotní stav a kondici uživatelů drog ve vězení. Realizované intervence zahrnují substituční terapii, testování na infekční onemocnění, léčbu virových hepatitid, přípravu na léčbu HIV/AIDS a její následné zprostředkování a motivaci uživatelů drog k nastoupení substituční, detoxifikační a psychosociální léčby.

### Litva

V Litvě se ve vězeňském prostředí aplikuje speciální schéma testování na HIV vycházející z epidemiologických a klinických doporučení a definované národní legislativou. Podle tohoto schématu se každá vězněná osoba testuje na HIV: jednou za rok (pokud nebyla testována z jiných důvodů), čtyři týdny po posledním testu a při nástupu do vězení nebo při přesunu mezi věznicemi, včetně vazebních, pokud od posledního testu uplynuly více než čtyři týdny (Tarján et al., 2019).

## Výměnné programy ve věznicích

Mezi intervence zaměřené na redukcí přenosu infekčních onemocnění ve vězeňském prostředí patří programy výměny jehel a stříkaček a distribuce desinfekčních prostředků, jakož i další opatření, která nejsou konkrétně cílená na uživatele drog, jako jsou distribuce kondomů a lubrikantů, intervence týkající se bezpečného tetování a strategie určené k předcházení rizikům. Tyto intervence, které lze realizovat v rámci souboru opatření zaměřených na minimalizaci rizik, zahrnují často informační a edukační složku. Způsob distribuce se mohou lišit v závislosti na jednotlivých zemích i věznicích. Například

kondomy a injekční stříkačky může distribuovat zdravotnický personál nebo si je lze pořízovat z výdejních automatů. Kondomy mohou být rovněž nabízeny ve vězeňské kantýně a případně i zdarma.

Cílem výměnných programů je zajišťovat sterilní náčiní pro injekční aplikaci drog v zájmu prevence rizika infekce (WHO, 2004). Z dostupných poznatků vyplývá, že díky této intervenci se daří snižovat šíření HIV mezi injekčními uživateli drog v obecné populaci, a v různých evropských metodických materiálech věnovaných veřejnému zdraví se o realizaci výměnných programů ve vězení hovoří jako o efektivní součásti komplexu intervencí v oblasti minimalizace rizik (WHO, 2004; ECDC & EMCDDA, 2018) (viz kapitola 6).

Výměnné programy ve věznicích jsou k dispozici pouze ve třech evropských zemích: Německu, Španělsku a Lucembursku. Ve Španělsku se výměnné programy realizují pod záštitou státních orgánů ve všech španělských věznicích, kde jsou mezi vězněnými osobami injekční uživatelé drog, zatímco v Lucembursku byly zavedeny v obou věznicích, které se na území tohoto státu nacházejí. V Německu je jediný program v provozu v ženské věznici v Berlíně. Ve Francii je ze zákona možné provozovat výměnné programy ve věznicích v rámci opatření zaměřených na minimalizaci rizik, nicméně zbývá ještě přijmout regulační předpisy pro jejich praktickou implementaci (tabulka 5.1). Existence výměnných programů ve vězení zůstává kontroverzním tématem v mnoha zemích, a to i v těch, kde výměny jehel a stříkaček patří dlouhodobě k úspěšným komunitním intervencím (Stöver & Hariga, 2016).

I další země vyvíjejí snahy v této oblasti. Pilotní projekt spuštěný v roce 2007 v Portugalsku byl zastaven, aniž by došlo k distribuci nějakých stříkaček z důvodu absence poptávky po sterilním náčiní a v Rumunsku byly výměny jehel a stříkaček provozovány v několika věznicích, ale po odejmutí externích zdrojů financování je nebylo možné udržet. V Nizozemsku se výměnné programy ve vězení nerealizují, neboť neexistují indicie, že by zde docházelo k injekčnímu užívání drog (Tarján et al., 2019).





**Tabulka 5.1****Výměny jehel a stříkaček ve věznicích v pěti evropských zemích**

Země	Datum zahájení realizace programu	Charakteristika	Množství vydaných stříkaček/sad
Německo	1996	4 výdejní automaty, k dispozici v jedné věznici (z celkových 181)	Není k dispozici
Španělsko	1997	K dispozici ve všech ve věznicích Distribuováno zdravotnickým personálem	2018: 3 233 injekčních stříkaček
		Rozdávané sady obsahují mj. injekční stříkačku, desinfekční tampón, destilovanou vodu a kondom	Od roku 1997: více než 214 000 stříkaček
Lucembursko	2005	K dispozici na požádání ve všech (2) věznicích Poskytováno zdravotnickým personálem	2017: vydáno 23 sad a vyměněno 1 372 injekčních stříkaček
		Sada obsahuje mj. 2 injekční stříkačky	
Portugalsko	2007	Pilotní program ukončen V současnosti nerealizováno	0
Rumunsko	2009	Provozováno v několika věznicích Ukončeno financování z externího zdroje V současnosti nerealizováno	Není k dispozici

**Další intervence určené k prevenci infekčních onemocnění ve vězení**

Ve vězení bývají nabízeny i jiné harm reduction intervence, které se přímo nevztahují k užívání drog, ale mohou být součástí balíčku opatření cílených na vězněné osoby. UNODC v rámci komplexního materiálu věnovaného efektivní prevenci infekčních onemocnění ve věznicích a dalších uzavřených prostředích doporučuje 15 intervencí (UNODC et al., 2013), mezi něž patří například i distribuce kondomů a programy bezpečného tetování.

Programy distribuce kondomů jsou k dispozici v 21 evropských státech, z nichž necelá polovina poskytuje také lubrikanty (tabulka 4.1). Několik málo zemí hlásí distribuci desinfekčních prostředků ve vězení (ECDC & EMCDDA, 2018; Tarján et al., 2019) (viz tabulka 4.1).

Cílem programů bezpečného tetování ve věznicích je prevence přenosu infekčních onemocnění. Deset zemí uvádí nabídku informativních intervencí zaměřených na rizika spojená s tetováním a piercingem ve vězení (Tarján et al., 2019). Programy bezpečného tetování ve věznicích, jejichž cílem je poskytnout bezpečnější alternativu k pokoutním tetovacím praktikám, jsou k dispozici v Lucembursku. V rámci těchto programů jsou zřizována jakási tetovací studia, kde proškolení tatěři nabízejí zdarma tetování prováděné bezpečnými materiály a při dodržení bezpečnostních norem (Tran et al., 2018).



## Prevence předávkování

Riziko smrtelného předávkování u uživatelů opioidů je vysoké zejména v době krátce po propuštění z vězení (Farrell & Marsden, 2008; Merrall et al., 2010) (viz kapitola 3). Výrazně vyšší míra smrtelných předávkování je evidována zejména během prvního nebo druhého týdne po propuštění na svobodu (Bukten et al., 2017).

Hlavní opatření v zájmu snižování úmrtí ve spojitosti s užíváním opioidů jak na svobodě, tak ve vězení spočívají v souboru intervencí určených primárně k předcházení výskytu předávkování, jakož i intervencí, které jsou zaměřeny na záchranu života, pokud už k předávkování dojde (EMCDDA, 2017) (graf 5.1).

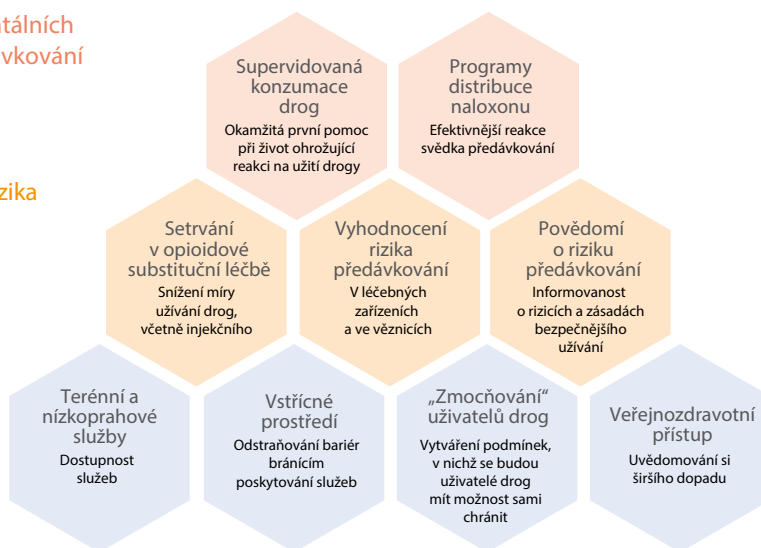
Graf 5.1

Intervence zaměřené na snižování rizika úmrtí v souvislosti s užitím opioidů

Minimalizace fatálních následků předávkování

Minimalizace rizika předávkování

Minimalizace zranitelnosti



Zdroj: Tarján et al., 2019.

Pokrytí: plné > 95 %; vysoké, 61-95 %; střední, 30-60 %; nízké, < 30 %.

Se zřetelem na snižování tohoto rizika je realizována řada intervencí, mezi něž patří předvýstupní poradenství zaměřené na riziko předávkování, školení v poskytování první pomoci a postupu při předávkování, optimalizace způsobů zajišťování návaznosti adiktologické léčby mezi vězením a komunitními službami a distribuce naloxonu (Brummer et al., 2018). Ve většině zemí se poskytují informace a edukace o rizicích předávkování.

Naloxon je přípravek působící jako antagonist opioidních receptorů, který se užívá na nemocničních odděleních urgentního příjmu a při zásazích služeb rychlé zdravotnické pomoci k odvrácení předávkování opioidy (EMCDDA, 2016). V posledních letech dochází k rozmachu programů distribuce naloxonu (tzv. take-home naloxone), jež spočívají v poučení o problematice předávkování a jeho řešení a poskytnutí dané medikace osobám, které by se mohly stát svědky předávkování (EMCDDA, 2018).

Vězněné osoby jsou zařazovány do takových programů distribuce naloxonu v Estonsku, Francii, Norsku a Spojeném království. V Německu probíhá pilotní projekt v Bavorsku. V rámci studie provedené v deseti anglických věznicích bylo zkoumáno, jak personál věznic a odsouzení vnímají programy distribuce naloxonu a jaké překážky stojí v cestě proškolení odsouzených a efektivní a včasné distribuci naloxonových sad (Sondhi et al., 2016). Výsledky studie poukázaly na potřebu lepšího proškolení a větší informovanosti o řadě konkrétních úskalí, mezi něž patří potenciální postih za přechovávání naloxonu, nezajištění dostatečné anonymity pro osoby zařazené do těchto programů a logistické problémy spojené s proškolením odsouzených a vydávání naloxonových balíčků při propuštění.

## **Závěry**

Mnoho vězněných osob čelí negativním zdravotním a sociálním důsledkům svého užívání drog. Věznice jsou rovněž z řady důvodů vysoce rizikovým prostředím z hlediska šíření infekčních onemocnění. Mezi tyto důvody patří skutečnost, že ve vězeňské populaci jsou nadměrně zastoupeny zranitelné a znevýhodněné skupiny, které jsou nositeli nepoměrně vyšší zdravotní zátěže a vyznačují se špatným zdravotním stavem. Dostupnost a poskytování intervencí v oblasti minimalizace rizik v evropských věznicích zůstává přesto na omezené úrovni, která je nesrovnatelně nižší v porovnání s intervencemi nabízenými v obecné populaci. Některé služby, které jsou ve velkém realizovány na komunitní bázi, nejsou doposud ve většině evropských věznicích k dispozici, a to i přes jejich prokazatelnou efektivnost. Například výměnné programy sloužící k předcházení šíření krví přenosných virů a programy distribuce naloxonu k prevenci smrtelných předávkování jsou ve věznicích dostupné jen v několika málo zemích. Informací o poskytování a efektivitě harm reduction intervencí v Evropě není mnoho. Přehled, který zde uvádíme, je jen základním východiskem pro monitoring na úrovni Evropy a vyplývá z něj potřeba zvyšovat kvalitu, komplexnost a záběr relevantních dat, aby bylo možné zajistit solidní důkazní základnu pro další plánování příslušných politik.

### Španělsko

V roce 2014 vešel v platnost akční plán zaměřený na problematiku předávkování. Tvoří jej opatření proti pronášení a distribuci drog, resp. opatření v oblasti snižování nabídky, a opatření cílená na vězeňskou populaci, resp. na snižování poptávky. Za zásadní je považována prevence předávkování, a to vzhledem k nulové či minimální toleranci vůči opioidům u osob, které začínají s užíváním drog ve vězení nebo je užívají jen sporadicky, nemluvě o vysokém riziku předávkování po propuštění z vězení. Španělský program prevence předávkování zahrnuje konkrétní opatření při výskytu předávkování, včetně zajištění úplného zotavení dané osoby, poskytnutí navazující péče a následného zařazení do programu léčby závislosti.

### Slovinsko

Programy prevence předávkování jsou ve Slovinsku k dispozici ve všech věznicích. Před svým propuštěním na svobodu jsou uživatelé drog ve vězení upozorněni, že jejich tolerance vůči drogám je výrazně snížena, což znamená, že i malé množství drog nebo kombinace různých drog, alkoholu nebo léků je může ohrozit na životě.

### Norsko

V návaznosti na výsledky provedeného výzkumu ukazující na zvýšené riziko úmrtí na předávkování u osob, které byly krátce předtím propuštěni z norských věznic, byl v roce 2017 spuštěn projekt financovaný státní agenturou *Helsedirektoratet*. Následně byla navržena opatření určená k péči o osoby s adiktologickými problémy a vytvořen vzdělávací model pro podporu implementace přijatých opatření v místních podmínkách. Jako způsob snižování rizika předávkování byly stanoveny čtyři opatření: vstupní pohovor, informace o předávkování a možnosti záchrany života, poučení při propuštění z vězení a dohoda o návazné péči ze strany poskytovatelů zdravotnických služeb nebo uživatelských organizací.

## Bibliografie

- Altice, F. L., Azbel, L., Stone, J., Brooks-Pollock, E., Smyrnov, P., Dvoriak, S., Taxman, F. S., et al. (2016), „The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia“, *Lancet* 388(10050), pp. 1228-1248.
- Brummer, J., Møller, L. & Enggist, S. (2018), „Preventing drug-related death in recently released prisoners“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 247-262.
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J. & Clausen, T. (2017), „High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period“, *Addiction* 112(8), pp. 1432-1439.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., et al. (2016), „Public health and international drug policy“, *Lancet* 387(10026), pp. 1427-1480.
- Csete, J., Lines, R. & Jürgens, R. (2018), „Drug use and prison: the challenge of making human rights protections a reality“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 175-184.

- ECDC & EMCDDA (European Centre for Disease Prevention and Control & European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2018), *Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings*, ECDC, Stockholm.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monographs 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2016), *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*, EMCDDA Insights 20, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2017), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018), *European drug report 2018: trends and developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Farrell, M. & Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales“, *Addiction* 103(2), pp. 251-255.
- Lazarus, J. V., Safreed-Harmon, K., Hetherington, K. L., Bromberg, D. J., Ocampo, D., Graf, N., Dichtl, A., Stöver, H. & Wolff, H. (2018), „Health outcomes for clients of needle and syringe programs in prisons“, *Epidemiologic Reviews* 40(1), pp. 96-104.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S. J. & Bird, S. M. (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison“, *Addiction* 105(9), pp. 1545-1554.
- Snow, K. & Levy, M. (2018), „Harm reduction in prisons“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 235-246.
- Sondhi, A., Birch, J., Lynch, K., Holloway, A. & Newbury-Birch, D. (2016), „Exploration of delivering brief interventions in a prison setting: a qualitative study in one English region“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(5), pp. 382-387.
- Stone, K. & Shirley-Beavan, S. (2018), *The global state of harm reduction 2018*, Harm Reduction International, London.
- Stöver, H., Jamin, D., Michels, I. I., Knorr, B., Keppler, K. & Deimel, D. (2019), „Opioid substitution therapy for people living in German prisons-inequality compared with civic sector“, *Harm Reduction Journal* 16, 72, doi:10.1186/s12954-019-0340-4.
- Stöver, H. & Hariga, F. (2016), „Prison-based needle and syringe programmes (PNSP): still highly controversial after all these years“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(2), pp. 103-112.
- Tarján, A., Horváth, G. & Stöver, H. (2019), *European mapping of harm reduction interventions in prisons*, Revised version, Institut für Suchtforschung, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt.
- Tran, N. T., Dubost, C., Baggio, S., Gétaz, L. & Wolff, H. (2018), „Safer tattooing interventions in prisons: a systematic review and call to action“, *BMC Public Health* 18(1), 1015.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), ILO (International Labour Organization), UNDP (United Nations Development Programme), WHO (World Health Organization) & UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2013), *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*, UNODC, Vienna.
- WHO (World Health Organization) (2004), *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*, Evidence for Action Technical Papers, WHO, Geneva.
- Winter, R. J. & Hellard, M. E. (2018), „Drug use in prisoners and hepatitis“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 132-142.

# Kapitola VI.

# **Dostupné poznatky a příklady dobré praxe ve vztahu k řešení problematiky užívání drog a souvisejících negativních dopadů ve vězeňském prostředí**

Lara Tavoschi, Linda Montanari a Dagmar Hedrich

Organizace a dostupnost intervencí souvisejících s fenoménem užívání drog ve věznicích v rámci Evropy je zmapována v kapitolách 4 a 5. I tato kapitola se věnuje jednotlivým intervencím, ale důraz je kladen na průkazná fakta. V přehledu jsou zde představeny stávající vědecké poznatky o vězeňských intervencích zaměřených na problematiku drog a současně je poukázáno na největší mezery ve znalostech o této oblasti. Kromě toho je zde také věnována pozornost některým novým přístupům k řešení drogové problematiky ve věznicích. Informace uvedené v této kapitole pocházejí z různých zdrojů, včetně publikovaných systematických přehledů, metodických materiálů a portálu dobré praxe EMCDDA.

Rovnocennost péče dostupné vězněným osobám je všeobecně uznávaným mezinárodním standardem (Council of Europe, 2006; United Nations General Assembly, 2015). Důraz na poskytnutí péče nemusí u této populace s komplexními zdravotními potřebami stačit k dosažení požadavku rovnosti, protože dosažení rovnocennosti výsledků zdravotní péče bude pravděpodobně realističtějším cílem (Charles & Draper, 2012). Hlavní části této kapitoly tak referují o výzkumem ověřených poznatcích o zdravotních intervencích zaměřených na uživatele drog, včetně osob, které si drogy aplikují injekčně, přičemž pozornost je věnována spíše zdravotním výstupům než typu intervence či jejímu časovému rámci. Přesněji řečeno, jednotlivé adiktologické intervence ve vězení jsou kategorizovány podle jejich očekávaných výsledků, se speciálním důrazem na tři zdravotní parametry související s drogami: změna chování, prevence nakažlivých chorob a prevence úmrtí v souvislosti s drogami.

Vzhledem k relevanci opioidové substituční terapie (OST) ve vztahu k různým fázím léčby a její důležitosti z hlediska dosahování sledovaných parametrů figuruje tato intervence poskytovaná ve vězení u všech tří hlavních zdravotních výstupů, o nichž se v této kapitole hovoří. Pozornost je věnována také pozitivním výsledkům v oblasti sociální reintegrace po propuštění na svobodu. Dostupné důkazy o efektivitě adiktologických intervencí ve vězeňském prostředí opírající se o data extrahovaná z databáze výzkumem ověřených poznatků na portálu dobré praxe EMCDDA jsou uvedeny v přehledu tvořícím přílohu této kapitoly (tabulka 6.6).

## **Změna chování u osob užívajících drogy: zásadní poznatky z prostředí věznic**

V první části jsou hodnocena zjištění o intervencích, jež primárně cílí na dosažení změny v chování (tabulka 6.1). Takové intervence se obecně zaměřují na změnu jednoho nebo více psychologických determinantů chování v zájmu podpory bezpečnějšího jednání. V souvislosti s vězněnými osobami, které mají zkušenosti s užíváním drog, směřují takové přístupy hlavně k předcházení nebo snižování míry užívání drog a související újmy. Mnohé z těchto intervencí, včetně programů adiktologické léčby, byly vytvořeny a jejich efektivita testována v komunitním prostředí, čímž vzniká relativně robustní korpus důkazů, o něž lze jejich implementaci opřít (ECDC & EMCDDA, 2011, 2017).

**Tabulka 6.1**

**Přehled důkazů o efektivitě adiktologických a dalších zdravotních a sociálních intervencí určených k dosažení změn v chování ve vězeňském prostředí**

Intervence	Podrobnosti	Hodnocení důkazů	Žádoucí výsledek	Odkaz
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu vytváření podmínek pro pokračování v léčbě po propuštění	Přínosné	Udržet pacienty v léčbě	Moore et al., 2019
Farmakologická léčba	OST k omezení injekčního užívání drog ve vězení	Přínosné	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b,c
Farmakologická léčba	OST k omezení užívání návykových látek ve vězení	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	ECDC & EMCDDA, 2018b,c
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu snižování míry užívání nelegálních opioidů po propuštění	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	Moore et al., 2019
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu snižování míry injekčního užívání drog po propuštění	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	Moore et al., 2019
Návaznost péče po propuštění z vězení	Kontinuita péče v zájmu předcházení rizikovému chování po propuštění	Pravděpodobně přínosné	Udržet pacienty v léčbě	ECDC & EMCDDA, 2018c
Výměnné programy	Výměny jehel a stříkaček ve věznicích v zájmu minimalizace přenosu HIV a VHC při sdílení injekčního náčiní	Pravděpodobně přínosné	Omezit infekční onemocnění, omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b
Poskytování kondomů a lubrikantů	Poskytování kondomů a lubrikantů ve věznicích v zájmu minimalizace sexuálně rizikového chování	Pravděpodobně přínosné	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b
Terapeutické komunity	Terapeutické komunity ve věznicích v zájmu snižování počtu osob vracejících se do výkonu trestu a prevence návratu k zneužívání drog	Pravděpodobně přínosné	Snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu, snížit míru relapsů	Galassi et al., 2015
Výměnné programy	Výměny jehel a stříkaček ve věznicích v zájmu minimalizace rizikových praktik při injekční aplikaci drog (sdílení injekčního náčiní)	Efektivita není známa	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b
Farmakologická léčba	Farmakologická v. nefarmakologická léčba jako způsob snižování míry užívání drog a opětovného páchání trestné činnosti u odsouzených, kteří užívají drogy.	Efektivita není známa	Omezit užívání návykových látek, snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu	Perry et al., 2015

Hodnocení důkazů je založeno na metodice GRADE.

Zdroj: Databáze vědeckých důkazů, portál dobré praxe EMCDDA.

Léčba závislosti ve vězení zahrnuje několik možností, nicméně chybí informace o míře a rozsahu vězeňských intervencí, které se zaměřují na problematiku drogové závislosti a dalších problémů souvisejících s užíváním drog (viz kapitola 4). S výjimkou OST nepří- nášejí studie prováděné ve vězeních o většině těchto intervencí dostatek informací, případ- ně takové informace zcela chybí, což představuje závažnou absenci podkladů pro adekvát- ní a adresné způsoby implementace intervencí v tomto prostředí.

### **Identifikace zdravotních potřeb: vstupní zdravotní vyšetření**

Z důvodu stigmatizace a nevelkých očekávání od léčby ve vězení lze předpokládat, že míra duševních chorob, užívání návykových látek a infekčních onemocnění, např. TBC, HIV a hepatitid typu B a C, uváděná odsouzenými, může být ve skutečnosti vyšší. Identi- fikaci zdravotních potřeb v rané fázi umožňuje zdravotní screening prováděný při nástu- pu do vězení. Důkladné zhodnocení zdravotního stavu a zdravotních potřeb osob nastu- pujících do vězení vyžadují evropská i mezinárodní vězeňská pravidla (Council of Europe, 2006; United Nations General Assembly, 2015). O přínosu provádění takových prohlídek nebo nejefektivnějších či nejpříjemnějších způsobech jejich provádění nejsou k dispozici vědecké důkazy. Obecně se však má za to, že při nástupu do vězení by měl odsouzený ab- solvovat lékařskou prohlídku provedenou zdravotnickým profesionálem, jež by se vedle standardního fyzického vyšetření měla zaměřit také na infekční choroby, užívání alkoholu a dalších návykových látek, duševní zdraví, sebepoškozování a riziko sebevraždy (Enggist et al., 2014). Britský institut NICE zpracoval metodický materiál (NICE, 2016), jež posky- tuje vodítko pro praktické provádění těchto zdravotních posudků.

Posouzení zdravotního stavu při nástupu do vězení může mít velký význam pro oso- by s anamnézou užívání drog, včetně těch, které během pobytu ve výkonu trestu pod- stupují OST. Zatímco v prvním případě může vést včasný záchyt problémového užívání drog a souvisejících rizik k vypracování individualizovaného plánu podpory, ve druhém případě je zajištění kontinuity léčby nezbytné k tomu, aby u odsouzeného během pobytu ve vězení nedošlo k relapsu a návratu k vysoce rizikovému chování (ECDC & EMCDDA, 2018a,b,c).

### **Zvládání odvykacího stavu: farmakologické intervence**

O efektivitě farmakologické léčby odvykacího stavu ve vězeňském prostředí existuje jen velmi málo důkazů: autoři jedné americké studie hovoří o nárůstu injekčního užívá- ní v reakci na zavedení vynuceného postupného vysazování látky namísto pokračování v OST (Rich et al., 2015). Ze zkušeností mnoha evropských zemí, např. Španělska, Lucem- burska, Portugalska a Spojeného království, vyplývá, že ve vězeních lze úspěšně realizovat dobrovolnou farmakologicky asistovanou odvykací léčbu. V Lucembursku je kompenzace odvykacích symptomů podmínkou pro zařazení do adiktologické léčby ve vězení. Podle aktuálních systematických přehledů o asistovaném odvykání v komunitním kontextu však nelze jednoznačně prokázat, zda je z hlediska zvládání odvykacího stavu, optimalizace výsledků léčby či minimalizace potenciálních rizik některý z používaných přípravků, včet- ně naltrexonu, účinnější než jiný (Jarvis et al., 2018; Rahimi-Movaghar et al., 2018).



## Opioidová substituční terapie

V komunitním kontextu patří OST mezi intervence s prokázanou efektivitou při léčbě závislosti na opioidech. Ve vězeních se využívá v různých fázích adiktologické léčby. Při úvodním posouzení zdravotního stavu osob s anamnézou užívání drog lze OST využít k zvládnutí odvykacích symptomů, přičemž vysazení medikace u osob, které byly před nástupem do vězení zařazeny do nějakého programu OST, může být rizikové.

OST se ve věznicích rovněž používá jako léčebná intervence pro osoby, u nichž byl při vyšetření identifikován problém s užíváním opioidů. Autoři systematického přehledu hodnotícího 21 studií provedených ve vězeňském prostředí s cílem posoudit efektivnost opioidové udržovací léčby dospěli k závěru, že tento typ léčby poskytované ve vězení má podobný přínos jako v komunitních podmínkách. Při adekvátně dávkované medikaci vykazovala OST realizovaná ve vězení významnou souvislost s nižší mírou užívání heroínu, injekčního užívání a sdílení injekčního náčiní. Pro osoby, které podstupovaly OST před nástupem do vězení, je její pokračování zásadní z hlediska prevence relapsu a návratu k vysoce rizikovému chování během pobytu ve vězení (ECDC & EMCDDA, 2018a, 2018b, 2018c). Dále bylo zjištěno, že OST aplikovaná před propuštěním byla významně asociovaná s vyšší mírou nastoupení léčby a setrvání v ní po propuštění, pokud bylo zajištění kontinuity péče předem dohodnuto (Hedrich et al., 2012).

## Terapeutické komunity ve vězení

Terapeutické komunity bývají definovány jako bezdrogová prostředí, v nichž problémoví uživatelé drog společně pobývají v organizovaném a strukturovaném režimu, přičemž tato komunita je využívána jako způsob řešení zneužívání návykových látek a sociálních a psychologických problémů jejich jednotlivých členů (EMCDDA, 2014a). Výsledky dvou přehledů dostupné literatury (EMCDDA, 2014a; de Andrade et al., 2018) ukazují, že terapeutické komunity podle všeho účinně přispívají k snižování výskytu relapsu užívání drog i případů opakovaného výkonu trestu odnětí svobody. Přestože efekt této intervence na užívání návykových látek po propuštění je časově omezenější, bylo prokázáno, že jej lze posílit odpovídajícími intervencemi v oblasti následné péče (de Andrade et al., 2018). Závěry kvalitativních studií ze severovýchodních zemí vypovídají o tom, že personál věznic pracující v terapeutických komunitách vykazoval vysoký smysl pro profesionalitu, pozitivní přístup k dané intervenci a dobré vztahy s vězňenými osobami (Kolind, 2015; Kolind et al., 2015; Kolind & Duke, 2016). Z výsledků systematického přehledu studií zkoumajících efektivitu behaviorální terapie osob s adiktologickými problémy vyplývá, že uplatňování kognitivně-behaviorální terapie realizované v rámci terapeutických komunit ve vězení je aktuálně nejlepší praxí (Doyle et al., 2019).

## Individuální a skupinová psychologická podpora

Intervencím zaměřeným na nabízení psychologické podpory uživatelům drog ve vězení věnuje odborná literatura pozornost, a to zejména se zřetelem na specifické populační podskupiny, jako jsou vězňené ženy a osoby s duševním onemocněním (EMCDDA, 2017). Publikovaný narativní přehled analyzující různé intervence cílené na uživatelky drog

ve výkonu trestu odnětí svobody nebo odsouzené uživatele drog s psychiatrickými komorbiditami však žádné důkazy o takovém efektu na užívání drog neuvádí (Perry et al., 2015).

## Peer-to-peer intervence

Cílem tzv. peer intervencí, které odsouzeným poskytují jiní odsouzení, je zlepšit zdraví a omezit rizikové faktory. Popsány jsou různé formy peer-to-peer aktivit, např. peer edukace, peer podpora, peer mentoring a „překlenovací role“ (South et al., 2017). Peer-to-peer intervencemi ve vězeňském prostředí se zabýval jeden ze systematických přehledů. Ačkoli většina studií, které do něj byly zahrnuty, nevykazovala dobrou metodologickou úroveň, ze shromážděných poznatků vyplývá, že intervence na bázi peer edukace účinně přispívají ke snižování míry rizikového chování, jsou akceptovatelné a mají pozitivní dopad na osoby, na které jsou cíleny. Autoři této přehledové práce rovněž konstatují, že peer intervence mají současně pozitivní efekt i na osoby, které je poskytují (Bagnall et al., 2015). Tyto „vrstevnické“ intervence ve vězení mohou být také užitečným nástrojem výzkumných aktivit, např. při situačních analýzách nebo shromažďování informací, jak to dokládá analýza názorů a zkušeností ve vztahu k novým psychoaktivním látkám u odsouzených ve Spojeném království (User Voice, 2016).

Prevence a kontrola nakažlivých onemocnění u uživatelů drog: klíčové poznatky z prostředí věznic

Epidemiologická data z EU a Evropského hospodářského prostoru (EHP) ukazují vyšší prevalenci krví přenášených virových nákaz, zejména VHB, VHC a HIV, u vězňenských osob, zejména pak u těch, které užívají nebo užívaly injekčně drogy (ECDC, 2018).

Injekční uživatelé drog jsou navíc během odnětí svobody vystaveni vyššímu riziku nákazy jedním nebo více z těchto infekcí (Altice et al., 2016; Stone et al., 2017). Známým zdravotním problémem jsou u injekčních uživatelů drog infekce v místě vpichu a různá zranění (Health Protection Agency et al., 2012; Hope et al., 2014), přičemž větším důvodem k obavám mohou být právě v prostředí věznic, kde většinou není přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní (tabulka 6.2) příklánějí k uplatňování OST v zájmu předcházení šíření infekcí mezi osobami, které ve vězení užívají mimo jiné opioidy (ECDC & EMCDDA, 2018b), přičemž jiná studie poukazuje na souvislost mezi vysokou mírou pokrytí OST ve skotských věznicích a pozorovanou nižší incidencí nákazy VHC ve vězeňské populaci (Taylor et al., 2013). OST ve vězení se rovněž pozitivně promítá do dalších zdravotních aspektů. Studií zkoumajících její realizaci v rámci věznic je však velmi málo a neposkytují dostatek dat, na jejichž základě by bylo možné prokázat její efekt na snižování serokonverze uvnitř věznic.

**Tabulka 6.2**

**Přehled důkazů o efektivitě adiktologických a dalších zdravotních a sociálních intervencí určených k prevenci a kontrole nakažlivých chorob ve vězeňském prostředí**

Intervence	Podrobnosti	Hodnocení důkazů	Žadoucí výsledek	Odkaz
Testování na VHB, VHC a HIV při nástupu do vězení	Testování na VHB, VHC a HIV při nástupu do vězení v zájmu minimalizace přenosu infekce	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA, 2018a,b
Podpora zdraví a peer edukace týkající se testování na krví přenášené viry	Podpora zdraví a peer edukace zaměřené na větší využívání možnosti nechat se ve vězení otestovat na přítomnost krví přenášených virů	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA, 2018a
Farmakologická léčba	OST v zájmu minimalizace rizikových praktik při injekční aplikaci drog ve vězení	Přínosné	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b,c
Zajišťování očkování proti VHB ve vězení	Zajišťování očkování proti VHB ve vězení v zájmu minimalizace přenosu nákazy	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA, 2018b, c
Zajišťování léčby VHB, VHC a HIV ve vězení	Zajišťování léčby VHC a HIV ve vězení v zájmu minimalizace přenosu nákazy	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA, 2018b,c
Výměnné programy	Výměny jehel a stříkaček ve věznicích v zájmu minimalizace přenosu HIV a VHC při sdílení injekčního náčiní	Pravděpodobně přínosné	Omezit infekční onemocnění, omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b,c
Pre- a post-expoziční profylaxe HIV	Pre- a post-expoziční profylaxe HIV ve vězení v zájmu minimalizace nákazy virem HIV	Pravděpodobně přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA, 2018b
Poskytování kondomů a lubrikantů	Poskytování kondomů a lubrikantů ve věznicích v zájmu minimalizace sexuálního rizikového chování	Pravděpodobně přínosné	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b
Výměnné programy	Výměny jehel a stříkaček ve věznicích v zájmu minimalizace rizikových praktik při injekční aplikaci drog (sdílení injekčního náčiní)	Efektivita není známa	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA, 2018b
Farmakologická léčba	OST v zájmu minimalizace HIV a VHC ve vězení	Efektivita není známa	Omezit infekční onemocnění	EMCDDA, 2010
Programy bezpečného tetování a body piercingu	Programy bezpečného tetování a body piercingu v zájmu minimalizace šíření krví přenosných virů ve vězení	Efektivita není známa	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA, 2018b

Hodnocení důkazů je založeno na metodice GRADE.

Zdroj: Databáze vědeckých důkazů, portál dobré praxe EMCDDA.

## **Záchyt aktivních případů**

Z hlediska implementace odpovídajících primárních i sekundárních zdravotních opatření má zásadní význam včasné zjištění infekcí. Vyhledávání aktivních případů je strategie uplatňovaná v zájmu systematické identifikace jednotlivců a skupin, u nichž lze předpokládat, že budou ohroženy konkrétním onemocněním. Spočívá ve vytipování vhodných prostředků a využívání testů, vyšetření a dalších procedur, díky nimž lze včas stanovit diagnózu. Problematice realizace intervencí určených k záchytu aktivních případů v prostředí věznic se v odborné literatuře věnuje poměrně značná pozornost (ECDC & EMCDDA, 2017). Většina studií se zabývá testováním na krví přenášené viry při nástupu do výkonu trestu, ale k dispozici je také dostatek výzkumem ověřených poznatků o pohlavně přenosných infekcích a TBC (ECDC & EMCDDA, 2017). Podle dostupných důkazů je neefektivnějším přístupem, minimálně u krví přenosných virů a TBC, plošné vyhledávání aktivních případů, optimálně při nástupu do vězení, za předpokladu, že se provádí v důvěrném režimu a se souhlasem odsouzeného (ECDC & EMCDDA, 2017, 2018a).

## **Opioidová substituční léčba**

Efektivní přístup k řešení infekčních onemocnění představuje OST. V souvislosti s opatřeními zaměřenými na prevenci krví přenášených virů u injekčních uživatelů drog se vědecké důkazy přiklánějí k uplatňování OST v zájmu předcházení šíření infekcí mezi osobami, které ve vězení užívají mimo jiné opioidy (ECDC & EMCDDA, 2018b), přičemž jiná studie poukazuje na souvislost mezi vysokou mírou pokrytí OST ve skotských věznicích a pozorovanou nižší incidencí nákazy VHC ve vězeňské populaci (Taylor et al., 2013). OST ve vězení se rovněž pozitivně promítá do dalších zdravotních aspektů. Studií zkoumajících její realizaci v rámci věznic je však velmi málo a neposkytují dostatek dat, na jejichž základě by bylo možné prokázat její efekt na snižování serokonverze uvnitř věznic.

## Metodický pokyn ECDC a EMCDDA týkající se prevence šíření krví přenášených virů ve vězeňském prostředí: hlavní závěry

Na základě dostupných vědeckých důkazů i názorů expertů lze formulovat následující hlavní závěry:

### Prevence

*Nabídka uceleného souboru preventivních opatření určených vězněným osobám, jež splňují tytéž národní standardy jako intervence doporučené pro komunitní služby.*

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že i ve vězení přispívají kondomy a behaviorální intervence k bezpečnějšímu sexu.

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že opioidová substituční léčba snižuje míru užívání nelegálních opioidů a rizik spojených se sdílením injekčního náčiní a její pokračování po propuštění odsouzeného z výkonu trestu poskytuje ochranu před úmrtím na předávkování.

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že poskytování sterilního injekčního náčiní je v prostředí věznic možné a může být úspěšnou součástí programu zaměřeného na minimalizaci šíření krví přenosných virů.

### Očkování proti VHB

*Nabídka očkování proti VHB pro vězněné osoby s neznámou nebo negativní sérologií.*

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že aplikace zrychlených očkovacích schémat může vést k vyšší míře splnění kompletního očkovacího schématu.

### Testování na virové hepatitidy a HIV

*Aktivní nabízení testů na krví přenášené virové infekce všem osobám nastupujícím do vězení a průběžně po dobu jejich pobytu ve vězení.*

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že proaktivní poskytování testů na krví přenášené infekce vede k jejich vyššímu využívání. Bylo prokázáno, že míru využívání testů na HIV zvyšují intervence v oblasti podpory zdraví a peer edukace.

### Léčba virových hepatitid a HIV

*Nabídka odpovídající léčby ve vězení pro osoby, u nichž byla diagnostikována nákaza HIV, VHB nebo VHC, v souladu s doporučenými postupy uplatňovanými na tento typ péče na svobodě a při dodržení stejných standardů pro její poskytování.*

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že krví přenášené virové infekce lze ve vězení efektivně léčit.

### Kontinuita péče

*Aktivní podpora a zajišťování kontinuity péče mezi věznicí a službami poskytovanými na svobodě.*

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že propuštění z výkonu trestu odnětí svobody bývá zásadní bariérou z hlediska návaznosti a dodržování léčby závislosti a infekčních onemocnění.

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že spolupráce a partnerství mezi věznicí a komunitními zdravotními službami přispívá a napomáhá k zajištění návaznosti péče.

Z dostupných poznatků jednoznačně vyplývá, že aktivní zprostředkování kontaktu na externí služby má pozitivní vliv na dodržení navazující péče.

*Zdroj: EMCDDA & ECDC, 2018b.*

## Očkování

Podle WHO je očkování celoživotní intervence aplikovaná průběžně ve všech fázích života, včetně dospělosti (WHO Europe, 2013). Věznice může být vhodným místem pro zvýšení proočkovanosti mezi jedinci, kteří náleží k deprivovaným a sociálně marginalizovaným skupinám a kde se lze zaměřit na specifické rizikové skupiny, mezi něž patří například injekční uživatelé drog.

Přestože průkazných dat o očkovacích intervencích ve vězeňském prostředí je k dispozici velmi málo, vyplývá z nich, že očkování všech osob proti VHB při nástupu do vězení je přínosné (ECDC & EMCDDA, 2018b). Poznatky z nedávno provedené longitudinální studie ze Skotska poukazují na souvislost mezi implementací plošné vakcinace proti VHB ve vězení a vyšší proočkovaností u injekčních uživatelů drog na svobodě (Palmateer et al., 2018). Ve vztahu k vysoce rizikovým skupinám, jako jsou uživatelé drog, včetně těch injekčních, a osobám s vysokou prevalencí jaterních onemocnění (ECDC & EMCDDA, 2018b), stojí ve vězeních za zvážení i očkování proti virové hepatitidě typu A, které se již doporučuje v mnoha zemích EU/EHS (ECDC, 2016).

V některých evropských zemích se uvažuje i o dalších očkováních. Za důležité preventivní opatření lze považovat také očkování vězněných osob a vězeňského personálu proti chřipce, kterým lze během chřipkové sezóny předcházet epidemickému výskytu onemocnění v prostředí věznic, jak na to poukazuje šedá literatura anglické provenience (O'Moore et al., 2018). U injekčních uživatelů drog mohou mít smysl posilovací dávky očkování proti tetanu vzhledem k vyššímu riziku percutánních zranění při injekční aplikaci návykových látek.

V prvních fázích epidemie onemocnění COVID-19 vakcinologové WHO na základě definovaného hodnotového rámce pro alokaci vakcín a stanovení priorit očkování proti COVID-19 (WHO, 2020) doporučovali, aby byly sociální skupiny, jejichž členové nejsou schopni zachovávat od sebe fyzický odstup, např. osoby ve vězeňských nebo detenčních zařízeních, považovány z hlediska očkování proti COVID-19 za prioritní. Evropská komise toto doporučení následně rozšířila i na členské státy EU (European Commission, 2020).

## Léčba krví přenášených infekcí

K dispozici je aktuálně dostatek poznatků o léčbě VHC a HIV ve vězení, z nichž vyplývá, že tento typ léčby je ve vězeňském prostředí realizovatelný a současně přínosný (ECDC & EMCDDA, 2018b; Vroling et al., 2018), ať už je léčba poskytována v sebadministracím nebo přímo kontrolovaném režimu. O léčbě VHB v prostředí věznic nejsou aktuálně k dispozici žádná průkazná data (ECDC & EMCDDA, 2018b; Nakitanda et al., 2021).

## Výměnné programy

Vězeňské programy spočívající v zajišťování výměny injekčního náčiní jsou v Evropě implementovány ve velmi omezené míře. Provozování takových programů uvádí tři evropské země: Německo (v jedné věznici), Španělsko a Lucembursko (ECDC & EMCDDA, 2018b). Odborné literatury zabývající se zdravotními dopady výměnných programů ve vězení je zatím velmi málo (ECDC & EMCDDA, 2018b).

Existující důkazy nejsou dostatečně přesvědčivé, aby na jejich základě bylo možné prokázat pozitivní efekt těchto intervencí na bezpečné injekční praktiky. Na základě spolehlivých nepřímých důkazů plynoucích z komunitní realizace výměnných programů lze však usuzovat na pravděpodobnou přínosnost těchto intervencí i ve věznicích (Wiessing et al., 2014; EMCDDA, 2017; ECDC & EMCDDA, 2018b; Lazarus et al., 2018). Z dostupných poznatků o efektivitě výměny injekčního náčiní ve věznicích vyplývá, že toto opatření se pravděpodobně příznivě podílí na minimalizaci šíření krví přenášených virů u odsouzených, kteří si injekčně aplikují drogy (ECDC & EMCDDA, 2018b; Lazarus et al., 2018). Jak výzkumem ověřené poznatky, tak praktické zkušenosti pak vypovídají o minimálním riziku negativních dopadů, např. nárůstu násilí, v návaznosti na implementaci programů výměny injekčního náčiní ve vězeňském prostředí (ECDC & EMCDDA, 2018b).

## **Kontinuita péče**

Při návratu odsouzených do společnosti po propuštění z výkonu trestu je nutné zajistit návaznost péče, aby nedošlo k přerušení léčby onemocnění a zabránilo se recidivě onemocnění či vzniku mutací rezistentních vůči dosavadní léčbě (ECDC & EMCDDA, 2018b). Z dostupných výzkumem ověřených poznatků vyplývá, že propuštění z vězení je vůbec nejvýznamnějším faktorem spojovaným s přerušením léčby, zejména pak léčby virové hepatitidy typu C (Aspinall et al., 2016; ECDC & EMCDDA, 2018b). V literatuře se píše o řadě intervencí sloužících k zajištění kontinuity péče po propuštění vězňených osob na svobodu, včetně proaktivního zprostředkování návazné péče a předepsání potřebných léčiv (na adiktologické i jiné problémy) (ECDC & EMCDDA, 2018b). EU také v nedávné době financovala projekt s názvem „Mých prvních 48 hodin na svobodě“, jež se mimo jiné zabýval také problematikou kontinuity péče, jak ve vězení, tak po propuštění, u dlouhodobých uživatelů drog a zajišťováním case managementu ve čtyřech zemích EU (Belgii, Německu, Francii a Portugalsku). Přes řadu strategií, které mají tyto země zpracovány na národní úrovni, poukazuje projektová zpráva také na množství bariér, které vnímají jak uživatelé drog, tak pracovníci ve věznicích i komunitních službách (Stöver et al., 2019).

## **Další preventivní intervence**

Poznatky o dalších obecnějších intervencích určených k prevenci šíření krví přenášených infekcí mezi vězňenými osobami se omezují na nevelký počet opatření, mezi něž patří distribuce kondomů (Moazen et al., 2021), programy bezpečného tetování a intervence zaměřené na rozvoj potřebných dovedností. Dostupné důkazy jsou celkově nízké kvality (ECDC & EMCDDA, 2018b). Při absenci průkazných dat o dalších opatřeních vztahujících se konkrétně k vězeňskému kontextu, např. prevence přenosu nákazy z matky na dítě, pre- nebo post-expoziční profylaxe nebo bezpečné zdravotní služby, je na základě principu rovnocennosti péče možné realizaci výzkumem podložených intervencí ve vězeňském prostředí založit na jednoznačných důkazech pocházejících z jejich uplatňování v rámci komunitních služeb (ECDC & EMCDDA, 2018b).



## Prevence úmrtí uživatelů drog po jejich propuštění z vězení: klíčové poznatky z vězeňského prostředí

Zejména v případě injekčních uživatelů opioidů je mortalita po propuštění z vězení vážným problémem (viz kapitola 3). Vysoká úmrtnost v prvních měsících po propuštění, kdy maxima tyto hodnoty dosahují během prvních čtyř týdnů pobytu na svobodě, je hojně popsána v odborné literatuře (Farrell & Marsden, 2008; Binswanger et al., 2016). Úmrtím v souvislosti s užitím drog lze efektivně předcházet zejména poskytováním OST pro osoby závislé na opioidech během jejich pobytu ve vězení, zajišťováním kontinuity péče po propuštění a poskytováním školení v první pomoci při předávkování v kombinaci s vydáváním naloxonu při propuštění (tabulka 6.3).

**Tabulka 6.3**

**Přehled důkazů o efektivitě adiktologických intervencí ve vězení zaměřených na prevenci úmrtí po propuštění na svobodu**

Intervence	Podrobnosti	Hodnocení důkazů	Žádoucí výsledek	Odkaz
Farmakologická léčba	OST v zájmu minimalizace úmrtí ve vězení	Přínosné	Snížení mortality	Larney et al., 2014
Zajištění návazné OST po propuštění z vězení	Zajištění návazné OST poskytované komunitními službami v zájmu minimalizace úmrtnosti po propuštění z vězení	Přínosné	Snížení mortality	ECDC & EMCDDA, 2018b,c Degenhardt et al., 2014 EMCDDA, 2010
Aplikace naloxonu	Instrukce o použití naloxonu a jeho předepsání v zájmu minimalizace smrtelných předávkování opioidy po propuštění z vězení.	Pravděpodobně přínosné	Snížení mortality	Bird et al., 2016

Hodnocení důkazů je založeno na metodice GRADE.

Zdroj: Databáze vědeckých důkazů, portál dobré praxe EMCDDA.

### Opioidová substituční léčba

Odborná literatura přináší stále více důkazů, z nichž je zřejmé, že využívání OST ve vězení a pokračování v ní po propuštění má protektivní efekt z hlediska úmrtí v souvislosti s užitím drog (Hedrich et al., 2012; ECDC & EMCDDA 2018b, 2018c). Zejména provedené komparativní studie ukazují, že využívání OST během výkonu trestu se pojí s vyšší pravděpodobností pokračování v této léčbě po propuštění na svobodu, dřívějšího navázání kontaktu s komunitními službami a snížení rizika relapsu (ECDC & EMCDDA, 2018b). Podle výsledků dvou studií vykazuje využívání OST během pobytu ve vězení souvislost s podstatným snížením celkové úmrtnosti (75 %) a drogových úmrtí (85 %) v prvním měsíci po propuštění (Degenhardt et al., 2014; Marsden et al., 2017). U pacientů podstupujících OST má zajištění návaznosti péče po propuštění zásadní význam, neboť i jen krátký výpadek v léčbě může být spouštěčem návratu k užívání nelegálních opioidů (ECDC



& EMCDDA, 2018b, 2018c). V tomto kontextu je tak maximálně důležité zprostředkovat kontakt na příslušné služby na svobodě (ECDC & EMCDDA, 2018b).

### **Poskytování naloxonu při propuštění**

Naloxon je účinný přípravek působící jako antagonist opioidních receptorů, který se užívá k odvrácení respiračního útlumu způsobeného předávkováním opioidy. Programy distribuce naloxonu „na doma“ (*take-home naloxone*) kombinují instruktaž o první pomoci při předávkování s distribucí naloxonu (ve formě injekčního roztoku v ampulích, předplněných injekčních stříkaček nebo jako nosní sprej) osobám, které by se mohly stát svědky předávkování. Dosavadní výzkumy ukazují, že programy distribuce naloxonu mají z hlediska smrtelných předávkování protektivní efekt (EMCDDA, 2017; Horton et al., 2017; McDonald et al., 2017; Horsburgh, 2018). Proveditelnost a akceptovatelnost praxe poskytování naloxonu pro případné pozdější použití byla prokázána konkrétně ve vztahu k osobám propouštěným z penitenciárních zařízení (Bird et al., 2016; Horton et al., 2017; Parmar et al., 2017). Větší dostupnost naloxonu prostřednictvím skotského národního programu distribuce tohoto přípravku pro případné pozdější použití vykazovala souvislost s nižší mírou smrtelných předávkování u osob propuštěných z výkonu trestu (Bird et al., 2016). K větší akceptovatelnosti a využívání naloxonu může dále přispět širší dostupnost přípravku ve formě nosního spreje (Mohammed et al., 2016; EMCDDA, 2016). Prováděcí pokyn pro distribuci naloxonu při propouštění z výkonu trestu odnětí svobody byl zpracován v rámci projektu podpořeného z unijního programu Spravedlnost (Horsburgh, 2018).

### **Sociální reintegrace: klíčové poznatky a výzkumem podložené intervence**

Politiky a opatření směřující k podpoře sociální reintegrace tvoří základní komponenty komplexní protidrogové strategie, což se odráží i v mezinárodní a unijní politice (EMCDDA, 2012). Úspěšnost opatření v oblasti sociální reintegrace závisí na efektivní spolupráci mezi různými službami, zejména pokud se tato opatření zaměřují na osoby propouštěné z vězeňských zařízení (tabulka 6.4). V rámci projektu *Throughcare* financovaného z prostředků EU vznikl soubor specifických nástrojů určených konkrétně k zajišťování komplexní péče o odsouzené, jež jsou současně problémovými uživateli drog (MacDonald et al., 2011). Primárním cílem takové péče je pomáhat odsouzeným s přípravou na propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, pomáhat jim s opětovným návratem do společnosti a předcházet opakovanému páčání trestné činnosti.

**Tabulka 6.4**

**Přehled důkazů o efektivitě adiktologických intervencí ve vězení určených k optimalizaci sociální reintegrace odsouzených**

Intervence	Podrobnosti	Hodnocení důkazu	Žádoucí výsledek	Odkaz
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu vytváření podmínek pro pokračování v léčbě po propuštění z výkonu trestu	Přínosné	Udržet pacienty v léčbě	Moore et al., 2019
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu snižování míry užívání nelegálních opioidů po propuštění	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	Moore et al., 2019
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu snižování míry injekčního užívání drog po propuštění	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	Moore et al., 2019
Zajištění návazné léčby po propuštění z vězení	Kontinuita péče v zájmu předcházení rizikového chování po propuštění	Pravděpodobně přínosné	Udržet pacienty v léčbě	ECDC & EMCDDA, 2018b,c
Podávání naltrexonu	Farmakologická léčba naltrexonem v. nefarmakologická léčba v zájmu omezení trestné činnosti (opakovaného výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody) u odsouzených užívajících drogy	Pravděpodobně přínosné	Snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu	Perry et al., 2015
Terapeutické komunity	Terapeutické komunity ve věznicích v zájmu snižování počtu osob vracejících se do výkonu trestu a prevence návratu k zneužívání drog	Pravděpodobně přínosné	Snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu, snížit míru relapsů	Galassi et al., 2015
Intervence zaměřené na vzdělávání a profesní přípravu	Profesní příprava zaměřená na rozvoj dovedností uplatnitelných na trhu práce a snižování kriminální recidivy	Efektivita není známa	Zvýšit uplatnitelnost na trhu práce, snížit kriminální recidivu	EMCDDA, 2012
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu minimalizace opakování trestné činnosti po propuštění	Efektivita není známa	Snížit kriminální recidivu	Moore et al., 2019
Farmakologická léčba	Farmakologická v. nefarmakologická léčba jako způsob omezení užívání a trestné činnosti u odsouzených užívajících drogy	Efektivita není známa	Snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu	Perry et al., 2015

Hodnocení důkazů je založeno na metodice GRADE.

Zdroj: Databáze vědeckých důkazů, portál dobré praxe EMCDDA.

Uvádí se, že úspěšné programy komplexní péče by měly být založeny na základním principu, podle něhož by péče měla být individualizovaná a měla by pokrývat čtyři stěžejní intervenční oblasti: zdravotní péči, rodinu, finance a bydlení a zaměstnání (MacDonald et al., 2011). Na důležitost individuálně orientovaného posouzení situace dále upozorňuje i nedávno vydaný metodický materiál ECDC & EMCDDA a v jeho prospěch svědčí i výsledky některých studií, z nichž vyplývá, že individuální case management má pozitivní efekt na situaci odsouzených po propuštění na svobodu, což se například projevuje jejich kontaktem se službami zaměřenými na minimalizaci rizik (ECDC & EMCDDA, 2018b, 2018c). Autoři jednoho z nedávno provedených systematických přehledů hodnotícího postpenitenciární reintegrační programy pro problémové uživatele drog a osoby s duševními poruchami zjistili, že na úspěšné komplexní péči se podílejí tři hlavní faktory: systémový kontext, vstřícný přístup personálu a kontinuita péče, včetně přípravy na propuštění. Ve všech studiích zařazených do přehledu byly za nejzásadnější oblasti praktické podpory při minimalizaci kriminální recidivy označovány bydlení a zaměstnání (Kendall et al., 2018). Oproti tomu u cílených intervencí zaměřených například na rozvoj profesních dovedností žen ve výkonu trestu odnětí svobody se neprokázalo, že by měly nějaký znatelný efekt na jejich uplatnitelnost na trhu práce nebo opakované páčání trestné činnosti (EMCDDA, 2012). Intervence určené odsouzeným ženám s adiktologickými problémy, včetně reintegračních aktivit, jsou však zkoumány jen minimálně, a je proto možné, že v posledních letech mohlo v této oblasti dojít k určitým změnám.

### **Naltrexon s prodlouženým uvolňováním**

Naltrexon s prodlouženým uvolňováním je injekční forma tohoto úplného antagonisty  $\mu$ -opioidních receptorů s řízeným uvolňováním, která se užívá k předcházení relapsu u osob závislých na opioidech (Lee et al., 2016). Přestože průkazných dat je zatím obecně málo, výsledky systematického přehledu 34 studií z roku 2018 ukazují, že poskytování naltrexonu s prodlouženým uvolňováním při propouštění z výkonu trestu má oproti nefarmakologické léčbě pravděpodobně pozitivní efekt na snižování kriminální recidivy u odsouzených užívajících drogy (Perry et al., 2015).

### **Legislativní a systémový kontext: klíčové poznatky a výzkumem podložené intervence**

Na politiku ve vztahu k problematice drog ve vězení a její implementaci v evropských zemích má výrazný vliv legislativní a systémový kontext, přičemž způsoby začleňování výzkumem podložené zdravotní péče ve vězení do národních a místních politik (a přenášení těchto politik do praxe) jsou značně nejednotné. Přestože se jedná o široké a relativně složité téma, v tomto textu se zabýváme pouze dvěma přístupy: uplatňováním alternativních trestů a správou zdravotních služeb ve vězení.

### **Alternativy k donucovacím sankcím**

Řadu pozitivních aspektů, jako je eliminace škodlivých dopadů odnětí svobody a podíl na úspoře nákladů na vězeňský systém (např. infrastrukturu, personální kapacity), přináší odklon odsouzených s adiktologickým problémem od nepodmíněných trestů odnětí

svobody směrem k nápravným opatřením. Tento přístup současně koresponduje s působením na odsouzeného ve snaze o rozetnutí „začarovaného kruhu“ recidivy i jinak než hrozbou trestu (White, 2017). V intencích protidrogové strategie EU na období 2013-2020 se o alternativních trestech hovoří jako o „alternativách k donucovacím sankcím“. Jejich existenci a uplatňování v rámci Evropy shrnuje zpráva z roku 2016 tvořící výstup projektu financovaného Evropskou komisí (Kruithof et al., 2016). Zatímco výraz „alternativní trest nespojený s odnětím svobody“ je poněkud nejednoznačný, neboť může obnášet kárné i nápravné programy mimo věznici, „alternativy k donucovacím sankcím“ jsou obecně definovány jako opatření, jež obnášejí určitý nápravný prvek a jsou využívána namísto trestu. Identifikovaná opatření zahrnovala mj. absolvování krátké intervence namísto zaplacení pokuty, odložení trestu odnětí svobody pod podmínkou podstoupení adiktologické léčby nebo souhlas odsouzeného s podstoupením léčby ve vězení výměnou za zkrácení trestu odnětí svobody. Existuje také možnost nulové intervence, např. rozhodnutí nevznést obvinění či nezahájit trestní stíhání (Kruithof et al., 2016).

### Projekty financované EU: *Throughcare*

Cílem projektu *Throughcare* bylo zmapovat stávající služby komplexní a následné péče pro problémové uživatele drog vracející se do společnosti po výkonu trestu odnětí svobody. Účelem bylo také zkoumat potřeby lidí ve vztahu k identifikovaným službám, přičemž zvláštní pozornost byla věnována ženám, mladým lidem, příslušníkům etnických menšin o osobám s duševními problémy. V rámci projektu byla zpracována metodika sloužící jednotlivým zemím jako nástroj ke koncipování a implementaci intervencí určených k rozvoji efektivní spolupráce a koordinovanému postupu mezi vězeňskými orgány, komunitními službami a občanskou společností v zájmu zajištění kontinuity péče při návratu odsouzených do společnosti. Metodika je rozdělena do tematických částí věnujících se analýze potřeb a plánování způsobu jejich naplňování, kolaborativním pracovním postupům, potřebě vzdělávání a poskytování informací a monitoringu. Metodika je doplněna o kazuistiku z jednotlivých států, jež byly během projektu shromážděny.

### Ženy ve výkonu trestu a italský projekt ROSE

V Itálii tvoří ženy ve výkonu trestu odnětí svobody cca 4–5 % vězeňské populace. Pro tuto subpopulaci je charakteristický výskyt užívání návykových látek, HIV, virových hepatitid a pohlavně přenosných infekcí ve vyšší míře než mezi mužskou vězeňskou populací. Významné procento žen ve výkonu trestu se navíc navzdory značným zdravotním problémům odmítá léčit. V zájmu řešení tohoto problému byla v roce 2016 v rámci italské národní společnosti pro zdraví ve věznicích (SIMSPE) zřízena multidisciplinární síť s názvem RoSe (sanitapenitenziaria.org), resp. Rete Donne SIMSPE, jejímž cílem je rozšířit své služby na celý italský vězeňský systém a nezapomínat ani na ženy či transgender populace. Účelem sítě RoSe je shromažďovat relevantní informace o zdravotním stavu a zdravotních potřebách žen ve vězeňských nebo detenčních zařízeních v Itálii, kdy hlavním cílem je působit na vězeňská zařízení a vězeňské zdravotní služby, aby pro tuto zranitelnou skupinu zajišťovaly adekvátní péči, včetně lepšího screeningu, nasměrování na potřebnou péči a podpory pro při dodržování léčebného režimu.

V rámci Evropské unie je implementováno několik různých pojetí alternativ k donucovacím sankcím, nicméně důkazní základna těchto programů zůstává omezená vzhledem k malému množství provedených evaluací takových programů. Ty evaluace, které jsou k dispozici, mají většinou nedostatečně kvalitní design a evaluace s robustnějším designem byly obvykle provedeny mimo daný region a v jiném kontextu (EMCDDA, 2015; EMCDDA, 2017). Z výsledků nedávné studie financované Komisí vyplývá, že důkazy hovořící ve prospěch alternativ k donucovacím sankcím jsou sice slibné, ale vzhledem k nízkému počtu kvalitních studií nejednoznačné.

Nedostatečné jsou v této oblasti také evaluace výsledku, což je možná důsledek různých překážek v praktickém uplatňování alternativ k donucovacím sankcím, na něž upozornily provedené evaluace procesu na základě vyhodnocení dotazníkového šetření (Kruithof et al., 2016). Patří mezi ně nedostatečné povědomí o existenci možných alternativ k donucovacím sankcím, osobní přesvědčení představitelů justice o efektivitě, resp. neefektivitě nápravných intervencí, nastavení systémů monitorování výkonnosti justičních orgánů, které neviduje absenci trestu jako akceptovatelný výstup, administrativní faktory jako např. nedostatek prostředků k zajištění léčby, požadavky na evidentně náročný soudní monitoring procesu léčby nebo absence koordinace mezi justičními orgány a subjekty podílejícími se na výkonu nápravných opatření, dále legislativní faktory, které omezují počet a typ pachatelů, jimž mohou být ukládány takové alternativní tresty, a kontextové faktory, mezi něž patří např. změna politických a společenských nálad vůči pachatelům trestné činnosti, kteří užívají drogy (Kruithof et al., 2016).

Jednou z nejvíce zkoumaných intervencí v této oblasti je působení tzv. drogových soudů. Tyto soudy se specializují na rozhodování o drogových trestných činech a drogově závislých pachatelích. Jejich primárním cílem je snižovat míru kriminálního chování a podporovat reintegraci pachatelů ukládáním adiktologické léčby (EMCDDA, 2012) při současném zachování odstrašujícího prvku hrozby trestní sankce, včetně trestu odnětí svobody. Ve studii Evropské komise (Kruithof et al., 2016) se uvádí, že drogové soudy je příhodnější označovat za mechanismus nabídky alternativ k donucovacím sankcím spíše než za alternativu k donucovacím sankcím jako takovou.

Z provedených výzkumů vyplývá, že drogové soudy by potenciálně mohly mít pozitivní efekt na lepší uplatnitelnost odsouzených na trhu práce a snižování míry kriminální recidivy (viz tabulka 6.5). Ačkoli výsledky studií zpochybňují účinnost drogových soudů v porovnání s jinými alternativami k donucovacím sankcím, ve vztahu k agendě problematictějších pachatelů se jedná o nákladově nejefektivnější variantu.

**Tabulka 6.5****Přehled důkazů o efektivitě programů drogových soudů**

Intervence	Podrobnosti	Hodnocení důkazů	Žádoucí výsledek	Odkaz
Programy drogových soudů	Programy drogových soudů zaměřené na uplatnitelnost na trhu práce (zaměstnání, studium apod.)	Pravděpodobně přínosné	Lepší uplatnitelnost na trhu práce	EMCDDA, 2012
Programy drogových soudů	Programy drogových soudů v zájmu snížení kriminalní recidivy	Pravděpodobně přínosné	Snížení míry kriminální recidivy	Mitchell et al., 2012
Programy drogových soudů	Programy drogových soudů zaměřené na uplatnitelnost na trhu práce (roční příjem)	Efektivita není známa	Lepší uplatnitelnost na trhu práce	EMCDDA, 2012

Hodnocení důkazů je založeno na metodice GRADE.

Zdroj: Databáze vědeckých důkazů, portál dobré praxe EMCDDA.

**Správa vězeňských zdravotních služeb**

V roce 2013 vydalo WHO metodický materiál určený činitelům odpovědným za tvorbu příslušných politik, v němž se doporučuje, aby řízení a koordinace všech příslušných aktérů a prostředků podílejících se na zajišťování zdraví a osobní pohody vězněných osob byla zodpovědností státu sdílenou všemi zainteresovanými resorty a aby zdravotní služby ve vězeňském prostředí zajišťovala a za jejich poskytování odpovídala ministerstva zdravotnictví (WHO Europe, 2013). Od konce 90. let 20. století přecházela správa zdravotní péče ve stále více státech pod resorty zdravotnictví (viz kapitola 4). Důkazy o tom, že by tento přesun vedl ke zkvalitňování vězeňské zdravotní péče, se však získávají obtížně. Důvodem je hlavně obecný nedostatek výchozích zdravotních dat a metodologické a implementační problémy související s koncipováním a prováděním evaluací takových systémových procesů převodu kompetencí (WHO Europe, 2013). Mezi pozitiva uváděná jednotlivými členskými státy patří navyšování kapacit a finančních prostředků na řešení zásadních aspektů zdravotní problematiky ve věznicích a zapojování odsouzených do významných veřejnozdravotních iniciativ (WHO Europe, 2013). Aktuální data z předmětného regionu vypovídají o zkvalitnění práce vězeňských zdravotních služeb po jejich převedení pod ministerstva zdravotnictví (Leaman et al., 2017). Takové transfery mohou být příznivé pro rozvoj indikátorů zdraví ve vězeních, hodnocení výsledků činnosti příslušných služeb a začleňování zdravotních dat z vězení do národních zdravotních statistik (WHO Europe, 2013). Publikace Rady Evropy z roku 2019 poukazuje na potřebu tohoto převodu odpovědnosti jako způsobu posilování implementace zásady rovnocennosti péče ve vztahu k vězněným osobám, ačkoli nelze opomíjet potenciální obtíže a zásadní otázky, která se s tímto transferem pojí (Pont, 2019).

## Závěry

Podpora zkvalitňování zdravotní péče ve vězení a prosazování rovnocennosti péče se neobejde bez transparentnosti, sběru kvalitních dat a monitoringu dosahovaných výsledků (Leaman et al., 2017), což jsou všechno aspekty, které mohou přispívat k lepšímu porozumění zdravotní zátěži uvnitř vězeňské populace (a souvisejících zdravotní potřeb) a vytvářet základ pro adekvátní alokaci prostředků. Přes stále větší množství relevantních dat o zdravotních intervencích v prostředí věznic a výše zmiňované nové iniciativy existují ještě stále značné mezery. Bez ohledu na úskalí realizace výzkumů ve vězeňském prostředí, o nichž byla řeč v úvodu této zprávy, je třeba tyto mezery vyplňovat pomocí dalších konkrétně zaměřených studií, díky nimž bude možné v širším měřítku přijímat výzkumem podložené politiky pro oblast zdravotní péče ve vězeních.

V souvislosti se zkoumáním zajišťování zdravotní péče ve vězeňském prostředí by mohly být mimořádně cenné inovativní metodologické přístupy reflektující specifika jednotlivých vězeňských systémů. Mnohé výzkumné studie zabývající se zdravotními intervencemi ve věznicích se zaměřují na omezené a často špatně definované výstupy. Ačkoli lze na základě analogií hodnověrně čerpat z mnoha poznatků získaných o relevantních intervencích v obecné populaci, je třeba vždy zohledňovat specifika vězeňského prostředí (Stone, 2018). Platí to rovněž v případě zkoumání behaviorálních intervencí. Tato úskalí poznamenávají proces porovnávání a syntézy vědeckých důkazů a v konečném důsledku hatí příležitosti využívat dostupné poznatky jako podklad pro příslušnou politiku.

Efektivita některých intervencí, například bezdrogových zón nebo preventivních opatření směřujících k tomu, aby odsouzení nezačali brát drogy během pobytu ve vězení, je doposud jen málo prozkoumána. Jakékoli budoucí snahy o vyplnění těchto mezer budou muset obnášet metodologicky důslednější přístupy, včetně určení a definování cílových parametrů, a předcházet tak výše nastiněným úskalím.

Ačkoli za zlatý standard zdravotního výzkumu se považují randomizované klinické studie, je obecně známo, že tento výzkumný design není vždy možné reálně aplikovat. Dostatečně robustním a spolehlivým podkladem pro tvorbu politiky mohou být i jiné metodologické přístupy, např. klastrové studie nebo komparativní studie s dostatečně kvalitním designem. Propracovaný design budou muset mít výzkumné projekty věnující se kontroverzním otázkám, jako je např. implementace programů výměny injekčního náčiní ve věznicích. Přestože toto téma je obzvláště citlivé, vzhledem k důsledkům užívání nelegálních návykových látek ve vězeňském prostředí by se mělo stát z dobrých důvodů předmětem komplexního výzkumu, který by zhodnotil behaviorální a zdravotní dopady (např. šíření infekčních onemocnění), jakož i provozní aspekty (např. distribuce stříkaček, akceptovatelnost intervencí ze strany personálu apod.) takových opatření.

Prospěšné by obecně bylo zaměřovat se při výzkumu více na provozní stránky, neboť takové výstupy by mohly být zdrojem pragmatických informací o možnostech lepšího způsobu implementace intervencí ve vězeňském prostředí. Bylo by například užitečné zkoumat efektivní postupy poskytování léčby a komplexní péče. Opět platí, že takový výzkum by se měl orientovat na dobře definované parametry a měl by dostatečně podrobně popsat operační aspekty.



Důležitá je aktuálnost výzkumu, zejména v případě otázek, jako je poskytování léčby VHC na bázi podávání nových přímo působících antivirotik ve vězení. Konkrétně k tomuto tématu je sice možné čerpat robustní důkazy shromážděné na základě poskytování těchto služeb v komunitním kontextu, ale výzkum ve věznicích je nutný k prokázání potenciálního dopadu určitých intervencí nejen na vězeňskou populaci, ale i na širší společnost. Podobně by se dalo přistupovat k distribuci naloxonu v kontextu propuštění z výkonu trestu. Přestože praktická proveditelnost této intervence již byla ověřena, je třeba důsledně prozkoumat zdravotní dopady a implementaci takových programů.

Při formulování i evaluaci politik je důležité rozumět nákladům na protidrogová opatření. Dostupné informace o veřejných výdajích na řešení problematiky drog však v Evropě na lokálních i národních úrovních zůstávají kusé a nejednotné. Odhaduje se nicméně, že na zdravotní péči se vydává méně než 10 % rozpočtu určeného na vězeňství, ačkoli je známo, že rezidenční léčba ve vězení snižuje náklady spojené s ušlou produktivitou způsobenou výkonem trestu odnětí svobody a je nákladově efektivní, zejména pokud se odsouzení léčí i po propuštění z vězení (EMCDDA, 2014b; NIDA, 2014; Sridhar et al., 2018). Systematický a standardizovaný sběr dat o programech poskytování zdravotní péče v prostředí věznic by mohl rovněž přispět k odstraňování mezer ve výzkumu. Taková data by byla významným zdrojem informací sloužících k porovnání potenciálních nákladů a přínosů zdravotních intervencí a v konečném důsledku tak relevantním východiskem pro informované a výzkumem podložené rozhodování a alokaci prostředků.

Z informací uvedených v této kapitole je zřejmé, že kvalitní výzkum zaměřující se na efektivitu harm reduction intervencí ve vězeňském prostředí probíhal v posledním desetiletí jen minimálně, zatímco díky výzkumným aktivitám v komunitním kontextu došlo ve stejném období k markantní konsolidaci dosavadních poznatků o efektivitě těchto intervencí. Odůvodněnost použití efektivních intervencí také ve vězeňském prostředí je tak třeba vnímat ve světle potřeby poskytovat vězněným osobám stejně kvalitní péči jako osobám na svobodě. V neposlední řadě platí, že zdraví lidí ve vězeních je současně veřejným zdravím, a proto investice do zdraví vězněných osob se zúročí způsobem, který dalece přesahuje zdi vězeňských zařízení.

## Bibliografie

- Altice, F. L., Azbel, L., Stone, J., Brooks-Pollock, E., Smyrnov, P., Dvoriak, S., Taxman, F. S., et al. (2016), „The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia“, *Lancet* 388(10050), pp. 1228-1248.
- Aspinall, E. J., Mitchell, W., Schofield, J., Cairns, A., Lamond, S., Bramley, P., Peters, S. E., et al. (2016), „A matched comparison study of hepatitis C treatment outcomes in the prison and community setting, and an analysis of the impact of prison release or transfer during therapy“, *Journal of Viral Hepatitis* 23(12), pp. 1009-1016.
- Bagnall, A.-M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., Kinsella, K., et al. (2015), „A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons“, *BMC Public Health* 15(1), 290.



- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Yamashita, T. E., Mueller, S. R., Baggett, T. P. & Blatchford, P. J. (2016), „Clinical risk factors for death after release from prison in Washington State: a nested case-control study“, *Addiction* 111(3), pp. 499-510.
- Bird, S. M., Mcauley, A., Perry, S. & Hunter, C. (2016), „Effectiveness of Scotland’s National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006-10) versus after (2011-13) comparison“, *Addiction* 111(5), pp. 883-891.
- Charles, A. & Draper, H. (2012), „“Equivalence of care” in prison medicine: is equivalence of process the right measure of equity?“, *Journal of Medical Ethics* 38(4), pp. 215-218.
- Council of Europe (2006), *European prison rules*, Council of Europe, Strasbourg.
- de Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E. & Hides, L. (2018), „Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions“, *Epidemiologic Reviews* 40(1), pp. 121-133.
- Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., Weatherburn, D. J., et al. (2014), „The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study“, *Addiction* 109(8), pp. 1306-1317.
- Dolan, K., Rutter, S. & Wodak, A. D. (2003), „Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development“, *Addiction* 98(2), pp.153-158.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. & Wodak, A. D. (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100(6), pp. 820-828.
- Doyle, M. F., Shakeshaft, A., Guthrie, J., Snijder, M. & Butler, T. (2019), „A systematic review of evaluations of prison-based alcohol and other drug use behavioural treatment for men“, *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 43(2), pp. 120-130.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2016), *Hepatitis A virus in the EU/EEA, 1975-2014*, ECDC, Stockholm.
- ECDC (2018), *Hepatitis B and C epidemiology in selected population groups in the EU/EEA*, ECDC, Stockholm.
- ECDC & EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC, Stockholm.
- ECDC & EMCDDA (2017), *Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings*, ECDC, Stockholm.
- ECDC & EMCDDA (2018a), *Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings*, ECDC, Stockholm.
- ECDC & EMCDDA (2018b), *Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings*, ECDC, Stockholm.
- ECDC & EMCDDA (2018c), *Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings*, ECDC, Stockholm.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions) (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monographs 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2014a), *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*, EMCDDA Insights 15, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2014b), *Estimating public expenditure on drug-law offenders in prison in Europe*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

- EMCDDA (2015), *Alternatives to punishment for drug-using offenders*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2016), *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2017), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA & ECDC (2018), *Prevention and control of blood-borne viruses in prison settings: selected findings from ECDC and EMCDDA scientific guidance*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014), *Prisons and health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- European Commission (2020), Communication from the Commission to the European Parliament and the Council, *Preparedness for COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment*. COM/2020/680 final.
- Farrell, M. & Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales“, *Addiction* 103(2), pp. 251-255.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L. & Ali, R. (2008), „Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), DOI: 10.1002/14651858.CD004145.pub3.
- Health Protection Agency, Health Protection Scotland, Public Health Wales and Public Health Agency (Northern Ireland) (2012), *Shooting up: infections among people who inject drugs in the UK 2011. An update: November 2012*, Health Protection Agency London.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. & Mayet, S. (2012), „The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review“, *Addiction* 107(3), pp. 501-517.
- Hope, V. D., Hickman, M., Parry, J. V. & Ncube, F. (2014), „Factors associated with recent symptoms of an injection site infection or injury among people who inject drugs in three English cities“, *International Journal of Drug Policy* 25(2), pp. 303-307.
- Horsburgh, K. (2018), „*My first 48 hours out*“, *Naloxone-on-release: guidelines for naloxone provision upon release from prison and other custodial settings*, Frankfurt University of Applied Science, Frankfurt.
- Horton, M., McDonald, R., Green, T. C., Nielsen, S., Strang, J., Degenhardt, L. & Larney, S. (2017), „A mapping review of take-home naloxone for people released from correctional settings“, *International Journal of Drug Policy* 46, pp. 7-16.
- Jarvis, B. P., Holtyn, A. F., Subramaniam, S., Tompkins, D. A., Oga, E. A., Bigelow, G. E. & Silverman, K. (2018), „Extended-release injectable naltrexone for opioid use disorder: a systematic review“, *Addiction* 113(7), pp. 1188-1209.
- Kendall, S., Redshaw, S., Ward, S., Wayland, S. & Sullivan, E. (2018), „Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities“, *Health & Justice* 6(1), 4.
- Kolind, T. (2015), „Drugs and discretionary power in prisons: the officer's perspective“, *International Journal of Drug Policy* 26(9), pp. 799-807.
- Kolind, T. & Duke, K. (2016), „Drugs in prisons: exploring use, control, treatment and policy“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(2), pp. 89-92.
- Kolind, T., Frank, V. A., Lindberg, O. & Tourunen, J. (2015), „Officers and drug counsellors: new occupational identities in Nordic prisons“, *British Journal of Criminology* 55(2), pp. 303-320.

- Kruithof, K., Davies, M., Disley, E., Strang, L. & Ito, K. (2016), *Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes*, European Commission, Brussels.
- Larney, S., Gisev, N., Farrell, M., et al. (2014), „Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study“, *BMJ Open* 4:e004666. doi:10.1136/bmjopen-2013-004666
- Lazarus, J. V., Safreed-Harmon, K., Hetherington, K. L., Bromberg, D. J. Ocampo, D., Graf, N., Dichtl, A., Stöver, H. & Wolff, H. (2018), „Health outcomes for clients of needle and syringe programs in prisons“, *Epidemiologic Reviews* 40(1), pp. 96-104.
- Leaman, J., Richards, A. A., Emslie, L. & O'Moore, E. J. (2017), „Improving health in prisons-from evidence to policy to implementation-experiences from the UK“, *International Journal of Prisoner Health* 13(3-4), pp. 139-167.
- Lee, J. D., Friedmann, P. D., Kinlock, T. W., Nunes, E. V., Boney, T. Y., Hoskinson, R. A. Jr, Wilson, D., et al. (2016), „Extended-release naltrexone to prevent opioid relapse in criminal justice offenders“, *New England Journal of Medicine* 374(13), pp. 1232-1242.
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2011), *Throughcare services for prisoners with problematic drug use. A toolkit*, Social Research & Evaluation Unit, Birmingham City University, Birmingham.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012), „Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons“, *International Journal of Prison Health* 8(2): pp. 68-84.
- McDonald, R., Campbell, N. D. & Strang, J. (2017), „Twenty years of take-home naloxone for the prevention of overdose deaths from heroin and other opioids: conception and maturation“, *Drug and Alcohol Dependence* 178, pp. 176-187.
- Marsden, J., Stillwell, G., Jones, H., Cooper, A., Eastwood, B., Farrell, M., Lowden, T., et al. (2017), „Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England“, *Addiction* 112(8), pp. 1408-1418.
- Mitchell, O., Wilson, D. B., Eggers, A. & MacKenzie, D. L. (2012), „Drug courts' effects on criminal offending for juveniles and adults“, *Campbell Systematic Reviews* 8(1).
- Moazen, B., Mauti, J., Meireles, P., Černíková, T., Neuhann, F., Jahn, A. & Stöver, H. (2021), „Principles of condom provision programs in prisons from the standpoint of European prison health experts: a qualitative study“, *Harm Reduction Journal* 18(1):14, doi:10.1186/s12954-021-00462-y
- Mohammed, Z., Hughes, G. J., Hearty, P. & Wright, N. J. M. (2016), „The perceived and actual consequences of intranasal administration of buprenorphine or buprenorphine-naloxone by prisoners“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(2), pp. 99-102.
- Moore, K. E., Roberts, W., Reid, H. H., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S. & McKee, S. A. (2019), „Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review.“ *Journal of Substance Abuse Treatment* 99, pp. 32-43.
- Nakitanda, A. O., Montanari, L., Tavoschi, L., Mozalevskis, A., Duffell, E. (2021), „Hepatitis B virus infection in EU/EEA and United Kingdom prisons: a descriptive analysis“, *Epidemiology and Infection* 149:e59, doi:10.1017/S0950268821000169.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2016), *Physical health of people in prison*, NICE, London.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2014), *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: a research-based guide*, NIDA, Bethesda, MD.

- O'Moore, É., Czachorowski, M., Leaman, J., Peden, J. & Stürup-Toft, S. (2018), *Public Health England. Health and Justice Annual Review 2017/18*, Public Health England, London.
- Palmateer, N. E., Goldberg, D. J., Munro, A., Taylor, A., Yeung, A., Wallace, L. A., Mitchell, A., et al. (2018), „Association between universal hepatitis B prison vaccination, vaccine uptake and hepatitis B infection among people who inject drugs“, *Addiction* 113(1), pp. 80-90.
- Parmar, M. K. B., Strang, J., Choo, L., Meade, A. M. & Bird, S. M. (2017), „Randomized controlled pilot trial of naloxone-on-release to prevent post-prison opioid overdose deaths“, *Addiction* 112(3), pp. 502-515.
- Perry, A. E., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, J. M., Woodhouse, R., Godfrey, C. & Hewitt, C. (2015), „Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental illness“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6, CD010862, doi:10.1002/14651858.CD010862.pub2.
- Pont, J. (2019), „Prison governance: changes and implications for drug related interventions“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- Rahimi-Movaghar, A., Gholami, J., Amato, L., Hoseinie, L., Yousefi-Nooraie, R. & Amin-Esmaeili, M. (2018), „Pharmacological therapies for management of opium withdrawal“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6, CD007522, doi:10.1002/14651858.CD007522.pub2.
- Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J., Noska, A., Reddy, M. & Zaller, N. (2015), „Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial“, *Lancet* 386(9991), pp. 350-359.
- Rossman, S. B., Roman, J. K., Zweig, J. M., Rempel, M. & Lindquist, C. H. (Editors) (2011), *The impact of drug courts*, Urban Institute Justice Policy Center (<https://www.urban.org/research/publication/multi-site-adult-drug-court-evaluation-impact-drug-courts>).
- South, J., Bagnall, A.-M. & Woodall, J. (2017), „Developing a typology for peer education and peer support delivered by Prisoners“, *Journal of Correctional Health Care* 23(2), pp. 214-229.
- Sridhar, S., Cornish, R. & Fazel, S. (2018), „The costs of healthcare in prison and custody: systematic review of current estimates and proposed guidelines for future reporting“, *Frontiers in Psychiatry* 9:716.
- Stone, J., Martin, N. K., Hickman, M., Hutchinson, S. J., Aspinall, E., Taylor, A., Munro, A., et al. (2017), „Modelling the impact of incarceration and prison-based hepatitis C virus (HCV) treatment on HCV transmission among people who inject drugs in Scotland“, *Addiction* 112(7), pp. 1302-1314.
- Stallwitz, A. & Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review“, *International Journal Drug Policy* 18 (6), pp. 464-474.
- Stöver, H. & Hariga, F. (2016), „Prison-based needle and syringe programmes (PNSP): still highly controversial after all these years“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(2), pp. 103-112.
- Stöver, H., Jamin, D., Sys, O., Vanderplasschen, W., Jauffret-Roustide, M., Michel, L., Trouiller, P., et al. (2019), *Continuity of care for drug users in prisons and beyond in four European countries: final report*, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt.
- Sung, H.-E. (2011), „From diversion to reentry: recidivism risks among graduates of an alternative to incarceration program“, *Criminal Justice Policy Review* 22(2), pp. 219-234.

- Taylor, A., Munro, A., Allen, E., Dunleavy, K., Cameron, S., Miller, L. & Hickman, M. (2013), „Low incidence of hepatitis C virus among prisoners in Scotland“, *Addiction* 108(7), pp. 1296-1304.
- United Nations General Assembly (2015), United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules), United Nations General Assembly, Resolution A/ RES/70/175, 17. prosinec 2015.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), ILO (International Labour Organization), UNDP (United Nations Development Programme), WHO (World Health Organisation) & UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2013), *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*, UNODC, Vienna.
- User Voice (2016), *Spice: The bird killer. What prisoners think about the use of spice and other legal highs in prison*, User Voice, London.
- Vroling, H., Oordt-Speets, A. M., Madeddu, G., Babudieri, S., Monarca, R., O'Moore, E., Vonk Noordegraaf-Schouten, M., et al. (2018), „A systematic review on models of care effectiveness and barriers to hepatitis C treatment in prison settings in the EU/EEA“, *Journal of Viral Hepatitis* 12(1), pp. 1406-1422.
- White, H. (2017), *The effects of sentencing policy on re-offending: a summary of evidence from 12 Campbell systematic reviews*, Campbell Policy Brief, Campbell Collaboration, Oslo.
- WHO (World Health Organization) (2020), *WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>.
- WHO Europe (World Health Organization Regional Office for Europe) (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health Geneva*, WHO Europe, Copenhagen.
- Wiessing, L., Ferri, M., Grady, B., Kantzanou, M., Sperle, I., Cullen, K. J., Hatzakis, A., et al. (2014), „Hepatitis C virus infection epidemiology among people who inject drugs in Europe: a systematic review of data for scaling up treatment and prevention“, *PLoS ONE* 9(7), pp. e103345.
- World Health Organization (2013), *Global vaccine action plan 2011-2020*, World Health Organization, Geneva.

## Příloha

Tabulka 6.6

### Důkazy o efektivitě adiktologických intervencí ve vězeňském prostředí

Intervence	Podrobnosti	Přehled zjištění	Hodnocení důkazů	Žádoucí výsledek	Odkaz
Zajištění návazné OST po propuštění z vězení	Zajištění návazné OST poskytované komunitními službami v zájmu minimalizace úmrtnosti po propuštění z vězení	Efektivita OST z hlediska redukce úmrtnosti po propuštění z vězení i byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c). Výsledky kohortové studie (Degenhardt et al., 2014) zahrnující 16 453 osob (celkem 60 161 případů propuštění; všechno osoby závislé na opioidech, které nastoupily OST mezi lety 1985 a 2010 a byly alespoň jednou propuštěny z vězení mezi lety 2000 a 2012 v Austrálii) ukazují, že u osob, které bez přerušení pokračovaly v OST po propuštění z vězení (kontinuita péče), došlo ke snížení rizika úmrtí o 75 % (adjustovaný poměr rizik [HR] 0,25; 95 % CI 0,12 až 0,53). Z výsledků jedné RCT (Dolan et al., 2005) vyplývá, že setrvání v metadonové udržovací léčbě poskytnuté v prostředí věznic je asociováno se snížením celkové mortality (OR 0,54, 95 % CI 0,20 až 1,43) a snížením úmrtnosti na předávkování.	Přínosné	Snižit úmrtnost	ECDC & EMCDDA (2018b,c) Degenhardt et al. (2014) EMCDDA (2010)
Testování na VHB, VHC a HIV při nástupu do vězení	Testování na VHB, VHC a HIV při nástupu do vězení v zájmu minimalizace přenosu infekce	Efektivita testování osob na VHB, VHC a HIV při nástupu do vězení i všech odsouzených ve výkonu trestu z hlediska redukce přenosu HIV byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c). Z dostupných zjištění vyplývá, že strategie testování na HIV iniciované poskytovatelem vedou k vyšší míře provedených testů než v případě strategií iniciovaných samotnými odsouzenými.	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA (2018a,b)
Podpora zdraví a peer edukace týkající se testování na krvi přenášené viry	Podpora zdraví a peer edukace zaměřené na větší využívání možností testování na přítomnost krvi přenášených virů ve vězení	Efektivita podpory zdraví a peer edukace týkající se testování na krvi přenášené viry z hlediska navýšení počtu provedených testů na krvi přenášené viry ve vězení byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA (2018a)
Farmakologická léčba	OST v zájmu minimalizace úmrtí ve vězení	Výsledky kohortové studie (Larney et al., 2014) zahrnující 16 715 osob se závislosti na opioidech, které si v letech 2000 až 2012 odpovídaly trest odnětí svobody, ukazují, že jejich účast na OST vykazovala souvislost: <ul style="list-style-type: none"> <li>o 74 % nižším rizikem úmrtí ve vězení (adjustované HR 0,26; 95 % CI 0,13 až 0,50) v porovnání s nulovou intervencí</li> <li>o 87 % nižším rizikem nepřirozeného úmrtí (adjustované HR 0,13; 95 % CI 0,05 až 0,35) v porovnání s nulovou intervencí</li> <li>o 94 % nižším rizikem úmrtí z jakékoli příčiny během prvních čtyř týdnů pobytu ve vězení (adjustované HR 0,06; 95 % CI 0,01 až 0,48) v porovnání s nulovou intervencí</li> <li>o 93 % nižším rizikem nepřirozené smrti během prvních čtyř týdnů pobytu ve vězení (adjustované HR 0,07; 95 % CI 0,01 až 0,59) v porovnání s nulovou intervencí.</li> </ul>	Přínosné	Snižit úmrtnost	Larney et al. (2014)
Farmakologická léčba	OST v zájmu minimalizace rizikových praktik při injekční aplikaci drog ve vězení	Efektivita OST poskytované ve vězeňském prostředí z hlediska minimalizace rizikových praktik při injekční aplikaci drog ve vězení byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Přínosné	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA (2018b,c)
Farmakologická léčba	OST v zájmu minimalizace užívání návykových látek ve vězení	Efektivita OST z hlediska minimalizace užívání návykových látek ve vězení byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	ECDC & EMCDDA (2018b,c)



Intervence	Podrobnosti	Přehled zjištění	Hodnocení důkazu	Základní výsledek	Odkaz
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu vytváření podmínek pro zajištění návazné léčebné péče po propuštění z vězení	Efektivita OST na bázi podávání metadonu během výkonu trestu z hlediska vytváření podmínek pro zajištění návazné léčebné péče po propuštění na svobodu byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (Moore et al., 2019) (3 studie, $n = 216$ , OR 8,96; 95 % CI 2,46 až 30,75).	Přínosné	Udržet pacienty v léčbě	Moore et al. (2019)
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu snižování míry užívání nelegálních opioidů po propuštění	Efektivita OST na bázi podávání metadonu během výkonu trestu z hlediska snižování míry užívání nelegálních opioidů po propuštění na svobodu byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (Moore et al., 2019) (4 studie, $n = 407$ , OR 0,22, 95 % CI 0,15 až 0,32).	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	Moore et al. (2019)
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu snižování míry injekčního užívání drog po propuštění	Efektivita OST na bázi podávání metadonu během výkonu trestu z hlediska snižování míry injekčního užívání drog po propuštění na svobodu byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (Moore et al., 2019) (3 studie, OR 0,26, 95 % CI 0,12 až 0,56).	Přínosné	Omezit užívání návykových látek	Moore et al. (2019)
Zajišťování očkování proti VHB ve vězení	Zajišťování očkování proti VHB ve vězení v zájmu minimalizace přenosu nákazy	Efektivita poskytování očkování proti VHB při neznámé nebo negativní sérologii z hlediska minimalizace přenosu nákazy byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA (2018c)
Zajišťování léčby VHB, VHC a HIV ve vězení	Zajišťování léčby VHC a HIV ve vězení v zájmu minimalizace přenosu nákazy	Efektivita poskytování léčby VHB, VHC a HIV ve vězení z hlediska snižování míry přenosu VHB, VHC a HIV byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA (2018c)
Zajišťování návazné léčby po propuštění z výkonu trestu	Kontinuita péče v zájmu předcházení rizikového chování po propuštění	Určitý pozitivní efekt kontinuity péče ve vězení a na svobodě z hlediska setrvání v adiktologické léčbě a lepšího dodržování režimu léčby HIV a VHC byl zjištěn v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Pravděpodobně přínosné	Udržet pacienty v léčbě	ECDC & EMCDDA (2018b,c)
Programy drogových soudů	Programy drogových soudů zaměřené na uplatitelnost na trhu práce	Efektivita programů drogových soudů byla zjištěna v jedné kohortové studii (Rossman et al., 2011, $n = 1781$ ): <ul style="list-style-type: none"> <li>osoby, o jejichž věci rozhodovaly drogové soudy, vykazovaly při 18měsíční katamněze oproti srovnávací skupině významně vyšší poptávku po pomoci v oblasti hledání zaměstnání (27 % oproti 42 %) a vzdělání (25 % oproti 36 %) a finanční pomoci (28 % oproti 44 %)</li> <li>osoby, o jejichž věci rozhodovaly drogové soudy, navštěvovaly při 6měsíční katamněze oproti srovnávací skupině významně častěji nějakou školu (16 % oproti 8 %) a o něco častěji byly zaměstnány nebo chodily do školy také po 18 měsících (66 % oproti 60 %).</li> </ul>	Pravděpodobně přínosné	Zvýšit uplatitelnost na trhu práce	EMCDDA (2012)
Programy drogových soudů	Programy drogových soudů v zájmu snižování kriminální recidivy	V jednom ze systematických přehledů (Mitchell et al., 2012, 154 studií) byla efektivita programů drogových soudů zjištěna v následujících oblastech: <ul style="list-style-type: none"> <li>snižování recidivy při třetílé katamněze v případě drogových soudů pro dospělá (tři studie; průměrná velikost účinku odpovídající poklesu recidivy z 50 % u osob, o nichž nerozhodovaly drogové soudy, na cca 38 % u osob, jejichž věc byla postoupena drogovým soudům)</li> <li>snižování recidivy v případě drogových soudů řešících případy řízení pod vlivem alkoholu (4 studie; 3 zjištěly výrazné snížení recidivy, 1 experimentální hodnocení ukázalo negativní efekt)</li> <li>snižování recidivy v případě drogových soudů pro mladistvé, i když jen s malou velikostí účinku (průměrná velikost účinku odpovídající poklesu recidivy z 50 % u osob, o nichž nerozhodovaly drogové soudy, na cca 43,5 % u osob, jejichž věc byla postoupena drogovým soudům).</li> </ul>	Pravděpodobně přínosné	Snižit recidivitu	Mitchell et al. (2012)

Intervence	Podrobnosti	Přehled zjištění	Hodnocení důkazů	Žádoucí výsledek	Odkaz
Aplikace naloxonu	Instruktaž o použití naloxonu a jeho předepsání v zájmu minimalizace a jeho předávkování opioidů po propuštění z vězení	V rámci pre-post evaluace národní politiky (Bird et al., 2016) bylo zjištěno, že vlivem krátké instruktaže a standardizovaného vydávání naloxonu osobám ohroženým předávkováním opioidů došlo k 36% snížení úmrtí spojených s užitím opioidů během čtyř týdnů po propuštění z vězení (z 9,8 %, resp. 193/1 970 v období 2006-2010 na 6,3 %, resp. 76/1 212 v období 2011-2013).	Pravděpodobně přínosné	Snížení mortality	Bird et al. (2016)
Podávání naltrexonu	Farmakologická léčba naltrexonem v nefarmakologické léčbě v zájmu omezení trestné činnosti (opakovaného výkonu nepodmíněného trestu odněti svobody) u odsouzených užívajících drogy	Efektivita naltrexonu (antagonista opioidových receptorů) podávány za účelem předcházení relapsu z hlediska redukce kriminálních aktivit, resp. snížení počtu osob vracejících se do výkonu trestu byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (Perry et al., 2015) (2 studie, $n = 114$ , RR 0,40, 95 % CI 0,21 až 0,74).	Pravděpodobně přínosné	Snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu	Perry et al. (2015)
Výměnné programy	Výměny jehel a stříkaček ve věznicích v zájmu minimalizace výskytu HIV a VHC	Efektivita výměnných programů realizovaných ve vězení z hlediska minimalizace přenosu HIV a VHC mezi injekčními uživateli drog byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů.	Pravděpodobně přínosné	Omezit infekční onemocnění, omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA (2018c)
Pre- a post-expoziciční profylaxe HIV	Pre- a post-expoziciční profylaxe HIV ve věznicích v zájmu minimalizace nákazy virem HIV	Efektivita pre- a post-expoziciční profylaxe HIV z hlediska snižování míry přenosu HIV ve vězení byla zjištěna v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Pravděpodobně přínosné	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA (2018c)
Poskytování kondomů a lubrikantů	Poskytování kondomů a lubrikantů ve věznicích v zájmu minimalizace sexuálního rizikového chování	Určitý efekt poskytování kondomů a lubrikantů ve věznicích z hlediska minimalizace sexuálního rizikového chování byl zjištěn v jednom ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c).	Pravděpodobně přínosné	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA (2018c)
Terapeutické komunity	Terapeutické komunity ve věznicích v zájmu snižování počtu osob vracejících se do výkonu trestu a prevence návratu k zneužívání drog	V rámci systematického přehledu bez metaanalýzy (Galassi et al., 2015, 14 studií, $n = 8 245$ ) bylo zjištěno, že terapeutické komunity ve vězení (včetně následné péče, předchozích programů a bezdrogových zón) jsou v porovnání s kontrolní modalitou efektivnější z hlediska snižování počtu osob vracejících se do výkonu trestu (v pěti ze sedmi studií byly výsledky hodnoceny jako statisticky významné) a z hlediska minimalizace nebo prevence návratu k zneužívání drog (pozitivní výsledky zjištěny v sedmi z celkových devíti studií).	Pravděpodobně přínosné	Snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu, snížit míru relapsů	Galassi et al. (2015)
Programy drogových soudů	Programy drogových soudů zaměřené na uplatnitelnost na trhu práce	V rámci jedné kohortové studie ( $n = 1 781$ ; Rossman et al., 2011, citováno v EMCDDA, 2012, online příloha) nebyl u programů drogových soudů zaznamenán žádný rozdíl: osoby zařazené do programu drogového soudu vykázaly vyšší průměrné roční příjmy, avšak velikost rozdílu nenaplnovala kritéria statistické významnosti ( $p < 0,10$ ).	Efektivita není známa	Lepší uplatnitelnost na trhu práce	EMCDDA (2012)
Intervence zaměřené na vzdělávání a profesní přípravu	Profesní příprava zaměřená na rozvoj dovedností uplatnitelných na trhu práce a snižování kriminální recidivy	V rámci provedené sekundární analýzy dokumentace klientů ( $n = 406$ ; Sung, 2011) se nepodařilo prokázat efektivitu programu adiktologické léčby zaměřené na profesní přípravu a rozvíjení pracovních dovedností jako alternativy k trestu odněti svobody; z celkového počtu absolventů programu se 52 % dostavilo ke konzultaci týkající se pracovního poradenství a 40 % bylo s pomocí pracovního poradenství působícího v rámci programu nalezeno pracovní zařazení; 4 % (4) z 93 absolventů, k nimž byla k dispozici příslušná data, přijala nabízené zaměstnání od členů poradního výboru zaměstnavatelů zapojených do projektu; z výsledků analýzy dat vyplývá, že vyšší míra zaměstnanosti měla u absolventů programu preventivní efekt z hlediska recidivy trestné činnosti po absolvování léčby.	Efektivita není známa	Zvýšit uplatnitelnost na trhu práce, snížit recidivu	EMCDDA (2012)



Intervence	Podrobnosti	Přehled zjištění	Hodnocení důkazů	Žadoucí výsledek	Odkaz
Výměnné programy	Výměny jehel a stříkaček ve věznicích v zájmu minimalizace rizikových praktik při injekční aplikaci drog	Výměnné programy byly analyzovány v rámci jednoho ze systematických přehledů (ECDC & EMCDDA, 2018c), který neprokázal jejich významný efekt na snižování míry rizikových injekčních praktik ve vězení.	Efektivita není známa	Omezit riziková chování	ECDC & EMCDDA (2018c)
Farmakologická léčba	OST v zájmu minimalizace HIV a VHC ve vězení	Provedený systematický přehled (Gowing et al., 2008) bez metaanalýzy dostatečně neprokázal efekt OST na HIV sérokonverzi ve vězeňském prostředí. Na základě dat z provedené RCT (Dolan et al., 2003) v prostředí s nízkou prevalencí HIV nebyl zjištěn žádný rozdíl v incidenci HIV mezi osobami v metadonové údržovací léčbě a kontrolním vzorkem ( $n = 382$ , RR 1,09, 95 % CI 0,30 až 4,01). Autoři provedeného narativního přehledu (Stallwitz et al., 2007) nezjistili žádné důkazy, které by podporovaly či relativizovaly efektivitu OST ve vztahu k přenosu VHC ve vězeňském prostředí.	Efektivita není známa	Omezit infekční onemocnění	EMCDDA (2010)
Farmakologická léčba	Farmakologická vs. nefarmakologická léčba jako způsob redukce užívání drog a trestné činnosti u odsouzených užívajících drogy	V rámci zpracovaného systematického přehledu (Perry et al., 2015) nebylo zjištěno, že by farmakoterapie na bázi podávání antagonistů opioidních receptorů poskytovaná odsouzeným užívajícím drogou měla jiný efekt než nefarmakologické intervence, pokud jde o redukci: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zjišťované míry užívání drog (2 studie, <math>n = 237</math>, RR 0,72, 95 % CI 0,51 až 1,00)</li> <li>• užívání drog uváděného samotnými respondenty (3 studie, <math>n = 317</math>, RR 0,61, 95 % CI 0,31 až 1,18)</li> <li>• případů zatčení (1 studie, <math>n = 62</math>, RR 0,60, 95 % CI 0,32 až 1,14)</li> <li>• opakovaného výkonu trestu odnětí svobody (3 studie, <math>n = 472</math>, RR 0,77, 95 % CI 0,36 až 1,64).</li> </ul> Výsledky téže studie (Perry et al., 2015) nevyplývají o tom, že by rovněž farmakoterapie na bázi antagonistů opioidních receptorů (naltrexon) měla nějaký jiný efekt na pokles zjištěné míry užívání drog než nefarmakologické intervence (1 studie, $n = 63$ , RR 0,69, 95 % CI 0,28 až 1,70). Žádné statisticky významné rozdíly se ve vztahu k jakémukoli ze sledovaných parametrů neprojevily ani při porovnávání podávané medikace (metadon vs. buprenorfin, diamorfin a naltrexon).	Efektivita není známa	Snižžit míru užívání návykových látek, snížit počty osob vracejících se do výkonu trestu	Perry et al. (2015)
Farmakologická léčba	OST (na bázi metadonu) ve vězení v zájmu minimalizace opakování trestné činnosti po propuštění	Na základě provedeného systematického přehledu (Moore et al., 2019) nebylo zjištěno, že by OST na bázi metadonu poskytovaná ve výkonu trestu odnětí svobody (Moore et al., 2019) měla nějaký statisticky významný efekt na nižší míru kriminální recidivy (4 studie, $n = 400$ , OR 0,93, 95 % CI 0,51 až 1,68).	Efektivita není známa	Snižžit kriminální recidivu	Moore et al. (2019)
Programy bezpečného tetování a body piercingu	Programy bezpečného tetování a body piercingu v zájmu minimalizace šíření krví přenosných virů ve vězení	Z výsledků provedeného systematického přehledu zahrnujícího nevelký počet studií (ECDC & EMCDDA, 2018c) hodnotících přijatelnost a proveditelnost programů bezpečného tetování a body piercingu ve vězení vyplývá, že tyto intervence nemají statisticky významný efekt na snižování míry krví přenesených virových nákaz, ale tuto problematiku je třeba ještě dále zkoumat.	Efektivita není známa	Omezit infekční onemocnění	ECDC & EMCDDA (2018c)

Hodnocení důkazů je založeno na metodice GRADE.

CI – interval spolehlivosti, HR – poměr rizik, OR – poměr šancí, RCT – randomizovaná kontrolovaná studie, RR – relativní riziko.  
Zdroj: Databáze vědeckých důkazů, portál dobré praxe EMCDDA.



## **Kapitola VII.**

## Nabídka drog ve vězení

Paul Turnbull, Linda Montanari, Luis Royuela, Brendan Hughes a Liesbeth Vandam

Tato kapitola se zabývá nabídkou drog v evropských věznicích. Popisuje fungování trhu s návykovými látkami uvnitř věznic a hlavní zásobovací řetězce. Pozornost je rovněž věnována hlavním opatřením v oblasti snižování nabídky v evropských věznicích, se speciálním zaměřením na problematiku testování na drogy ve vězení.

### Distribuce drog ve vězení

Má-li se dařit potírat nabídku drog ve vězení, je důležité porozumět tomu, proč se lidé do distribuce drog ve vězení zapojují. Uváděné důvody se často týkají snahy o pokrytí vlastní potřeby na základě sdílení nebo výměny drog. Distribuce drog rovněž umožňuje odsouzeným (bez ohledu na to, zda drogy sami užívají) obstarat si příjem, díky němuž si mohou zpříjemnit svůj pobyt ve vězení, podporovat partnerku či partnera a rodinu nebo se prostě obohatit. Zaznamenány byly i různé formy nátlaku.

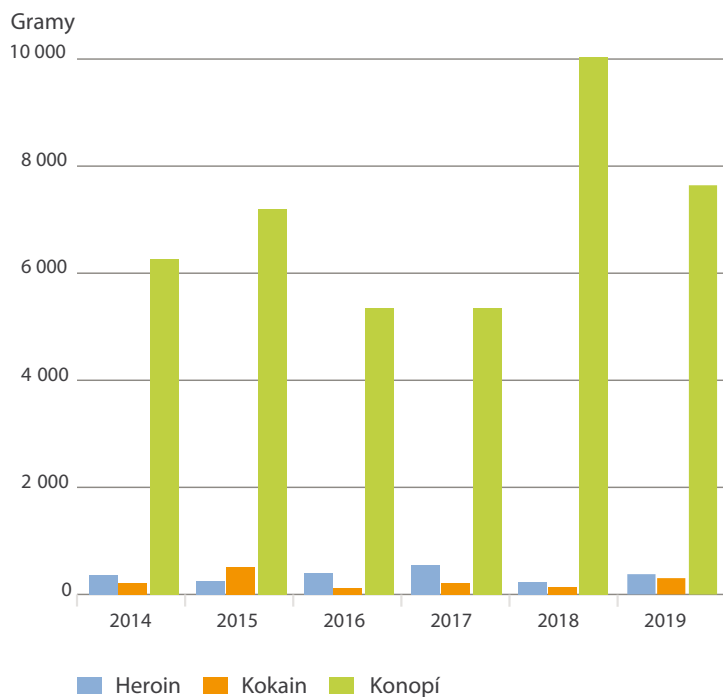
Ve vězeňském prostředí se za zakázané komodity platí vyšší ceny než mimo věznici. Uvádí se, že zisky z prodeje drog ve vězení mohou být až čtyřikrát vyšší než na svobodě (Crewe, 2006). U některých drog, např. nových psychoaktivních látek, může být marže ještě větší. Podle některých britských studií může být cena nových psychoaktivních látek ve vězení někdy až 30krát vyšší než mimo vězeňské prostředí (CSJ, 2015; Ralphs et al., 2017). Je pravděpodobné, že takto přemrštěné marže mohou přilákat pozornost organizovaných kriminálních skupin a přispět k jejich zvýšenému podílu na zásobování vězeňských drogových trhů. Několik zemí také referovalo o případech, kdy lidé úmyslně porušili pravidla svého podmíněného propuštění s dohledem, aby využili možnost vysokých zisků plynoucích z dodávání drog do vězení (EMCDDA, 2018).

### Záchyty drog ve vězení

Faktických poznatků o typu, množství a dostupnosti drog ve vězení je velmi málo. Data o záchytech drog ve věznicích za celou Evropu sice k dispozici nejsou, ale některé státy takové informace evidují. Podle dat poskytnutých vězeňskou službou britským médiím (BBC News, 2018) byly například v Anglii a ve Walesu v roce 2017 nalezeny drogy ve vězení v 13 119 případech. Španělsko hlásilo více než 4 700 záchytů. Nejčastěji zachycenou drogou je v evropských zemích obecně konopí, což koresponduje s epidemiologickými daty z průzkumů o užívání drog mezi vězňenými osobami prováděných na úrovni jednotlivých států.

**Graf 7.1**

**Záchyty drog v portugalských věznicích: vývoj množství zachycených drog v období 2014-2019**



Zdroj: Data z monitoringu v rámci sítě Reitox EMCDDA.

Další příklad nabízejí portugalská data o záchytech drog ve věznicích. Údaje o objemu záchytů ve věznicích v letech 2014 až 2019 poskytnuté portugalským ředitelstvím věznic nevyovídají o žádných jednoznačných trendech, pokud jde o záchyty konopí, kokainu nebo heroinu (graf 7.1). Uváděné změny v množství zachycených drog však mohou odrážet výkyvy v jejich dostupnosti ve věznicích, prevalenci užívání drog ve věznicích i mimo ně, intervence zaměřené na snižování nabídky ve věznicích, počty a typ lidí ve výkonu trestu odnětí svobody a jejich vzorce užívání drog a další doposud neznámé faktory.

### **Hlavní cesty a způsoby dodávání drog do vězení**

Přestože prolomení bezpečnostních opatření ve vězení vyžaduje značné úsilí, kontraband je v tomto prostředí každodenní součástí života. Nelegální návykové látky se do vězení dostávají šesti hlavními způsoby (Blakey, 2008), z nichž mnohé se využívají také k pro- pašování jiných předmětů (např. mobilních telefonů): prostřednictvím návštěv z venčí, poštovních zásilek, vězeňského personálu, překonání zdí věznic, osob, které nastupují vý- kon trestu nebo se do vězení vrací, a nových technologií.

Informace o nejčastěji využívaných cestách vězeňské služby neposkytují, ale lze je do určité míry dovodit ze zachycených dodávek nebo rozbitých distribučních kanálů.

Do způsobu dopravování drog do vězení se promítá také technologický pokrok znamenáný v posledním desetiletí. Namísto pouhého přehazování drog přes zdi věznic se dnes do areálů věznic věci dopravují pomocí dronů. Využívá si i několik cest současně a kombinovaně, čímž se předchází odhalení a zajišťuje se kontinuita dodávek. Nové technologie se využívají také k zabránění přísunu drog do vězení; nově se například zavádějí scannery ke kontrole obsahu poštovních zásilek.

## Návštěvy

Je důležité, aby si osoby ve výkonu trestu na základě pravidelných kontaktů s rodinou a přáteli (telefonicky, prostřednictvím poštovních zásilek či návštěv) udržovaly podpurné sociální vazby. Ve většině vězeňských systémů je proto odsouzeným standardně dovoleno přijímat návštěvy. Na základě provedených výzkumů bylo zjištěno, jak se prostřednictvím návštěv pronášejí do vězení nelegální drogy, ať už pro osobní spotřebu, k dalšímu prodeji nebo výměně za jiné zboží nebo služby (Penfold et al., 2005; Tompkins, 2016; EMCD-DA, 2018; Trestman & Wall, 2018). V některých případech jsou drogy ve formě malých balíčků ukryty někde na těle v oděvu nebo jinak (obr. 7.1); balíčky jsou pak odsouzenému předány buď ústy nebo jsou součástí obsahu něčeho jiného (např. potraviny nebo nápoje). Odsouzený si pak musí balíček ukrýt někde na těle, aby nebyl odhalen při následné prohlídce, která se provádí po každé návštěvě. Specifické způsoby pašování se uvádějí u syntetických kanabinoidů a syntetických opioidů: tyto látky se totiž dají snadno rozpustit v nějakém ředidle, např. acetonu, a nasprejovat na papír a tabák nebo je jimi možné naimpregnovat textil (Ford & Berg, 2018).

Mnohé věznic mají zavedeny kontrolní a preventivní postupy, jejichž cílem je odradit návštěvy od pronášení nelegálních drog a odsouzené od toho, aby své rodinné příslušníky a přátele do takových činností tlačili. Možnost opatřovat si drogy prostřednictvím návštěv se liší podle země, ale i v rámci téže země mohou jednotlivé věznic uplatňovat ve vztahu k průběhu návštěv různá pravidla a postupy. V některých věznicích platí přísná omezení na to, co mohou odsouzení od návštěv přijímat, a všechny předměty se automaticky skenují. V jiných vězeňských zařízeních taková omezení nejsou a skenování se neprovádí. Míra rizikivosti spojená s konkrétní osobou bude mít rovněž vliv na bezpečnostní opatření, která se budou vztahovat na návštěvy, které přijímá: vysoce rizikovým osobám nemusí být dovolen přímý kontakt s návštěvou nebo přijímání jakýchkoli věcí. Mezi opatření přispívající k důslednější kontrole průběhu návštěv patří vybavení návštěvních místností nízkým pevně uchyceným nábytkem (umožňujícím lepší kontrolu interakce), video monitoring, psi vycvičení k detekci drog a v případě potřeby také návštěvy realizované ve speciálním ochranném režimu (bez fyzického kontaktu a předávání věcí) nebo úplný zákaz návštěv (Wheatley, 2016; Trestman & Wall, 2018).

## Obr. 7.1

### Drogy ukryté v obuvi – záchyt během návštěvy



Zdroj: Italská vězeňská služba, odbor kontroly a dohledu.

### Poštovní zásilky

Odsouzení často uvádějí, že drogy dostávají v balíčcích nebo dopisech (Penfold et al., 2005; Tompkins, 2016; EMCDDA, 2018; Trestman & Wall, 2018). Způsobů, jak ukrýt drogy v zásilkách doručovaných do vězení, je mnoho: mohou být např. pod známkou, v přehybu obálky nebo nasprejované na dopis, mezi stránkami knih nebo časopisů, ukryté v zasláném oblečení nebo jiných předmětech.

Tímto způsobem lze propašovat pouze malá množství jednotlivých typů drog. Některé drogy, například konopí, jsou příliš objemné na to, aby se daly ukrýt v poště, ale jiné, např. nové psychoaktivní látky, se k tomuto způsobu pronesení do věznice hodí (Ralphs et al., 2017; EMCDDA, 2018). Řada zemí, včetně Německa, Litvy, Maďarska, Polska, Finska, Švédska a Spojeného království, uvádí, že na jejich území dochází k záchytu poštovních zásilek nasprejovaných novými psychoaktivními látkami, které jsou adresovány osobám ve výkonu trestu. Tento způsob obnáší zvláštní zdravotní rizika, neboť se s ním pojí možnost vzniku tzv. „hotspotů“, tj. částí papíru obsahujících vysoké koncentrace aktivní látky, což se pojí se zvýšeným rizikem předávkování. Některé britské věznice v reakci na tyto praktiky nepředávají odsouzeným originály dopisů, které jim přicházejí, ale pouze jejich fotokopie (Allison & Hattenstone, 2018).

### Personál

Na provozu věznice se podílí mnoho různých pracovníků, kteří vykonávají různé úkoly a patří k různým profesním skupinám (příslušníci vězeňské stráže, zdravotníci, vychovatelé atd.). Někteří z nich se mohou na pašování drog do vězení podílet (EMCDDA, 2018; Trestman & Wall, 2018). Častou motivací je osobní finanční prospěch, ale evidovány jsou i případy, kdy k takovému jednání dochází na základě nátlaku či vydírání. Jakmile se člena personálu podařilo jednou přimět nebo donutit k pronesení nějakého kontrabandu do vězení, stává se tím vydíratelný a jen obtížně se z takové účasti na nelegální činnosti

vyvazuje. Na základě zákona o svobodném přístupu k informacím získala britská média data, z nichž vyplývá, že mezi lety 2011 a 2017 bylo v Anglii a Walesu 341 příslušníků vězeňského personálu propuštěno, postaveno mimo službu, odsouzeno nebo kázeňsky řešeno v souvislosti s tím, že obstarávali odsouzeným drogy, mobilní telefony či zbraně

(Yeung, 2018). V dalších zemích jsou v tomto ohledu k dispozici jen velmi omezené informace. Mezi další faktory, díky nimž se mohou pracovníci věznic stávat náchylnějšími ke korupci, je nedostatek adekvátního proškolení a tlak, kterému jsou vystavováni v důsledku personálních škrťů (Yeung, 2018; Trestman & Wall, 2018). Uvádí se, že tímto způsobem lze do věznic pronést velké množství drog (Crewe, 2006).

Jako jedna z možností dodávek drog do vězení bývá označována také spolupráce s externími subdodavateli. Jako zdroje dodávek drog odsouzeným uvádějí některé země např. firmy zajišťující úklid, odvoz odpadu nebo zásobování kantýn. Distribuce drog prostřednictvím vězeňských kantýn se uvádí jako častý způsob: k ukrytí drog mohou posloužit zatavená balení některých potravin, např. kávy, instantních nudlí nebo krekrů (EMCDDA, 2018). Některé věznice v reakci na takové praktiky spolupracují jen s prověřenými dodavateli a prodejci zboží pro odsouzené (Wheatley, 2016).

### **Překonávání zdi věznice**

Drogy je možné házet přes zdi věznice, ale tento způsob je do značné míry závislý na stavebně technickém řešení věznice a jejím umístění (obr. 7.2). Při přehazování přes zeď mohou být drogy maskovány různým způsobem: mohou být například obsaženy v tenisových míčcích nebo mrtvých zvířatech, např. ptáčích nebo potkanech, anebo v jiných předmětech (The Economist, 2013; BBC News, 2019). Nové technologie umožňují i sofistikovanější způsoby: například dnes již běžně dostupné drony se používají k pašování drog, mobilních telefonů a dalšího zboží přes obvodové ploty či zdi věznic (EMCDDA, 2018; Trestman & Wall, 2018). K potírání přísunu drog do vězení přes zdi věznic lze využít různá opatření, mezi něž patří montáž vysokých plotů a sítí nebo zamezení vstupu odsouzeným do prostoru vnitřního obvodu věznice.

### **Osoby vracející se do výkonu trestu odnětí svobody**

Ve věznici probíhá neustálá cirkulace odsouzených: mnoho lidí nastupuje výkon trestu nebo se do vězení vrací po účasti na soudním jednání nebo po předchozím propuštění. Před příchodem do vězení mohou lidé drogy ukryt v tělních dutinách, což znesnadňuje jejich detekci. K této praxi se často uchylují odsouzení uživatelé drog, aby si zajistili zásobu na první dny ve vězení, která jim slouží buď k eliminaci odvykacího stavu, nebo k výměně za jiné zboží. Drogy mohou do vězení pronášet i osoby, které je neužívají, a to jako potenciální zdroj příjmu (Penfold et al., 2005; Tompkins, 2016).



## Obr. 7.2

### Osoby házející předměty přes zed' věznice



Zdroj: Stewart (Sam) MacLeod.

Uvádí se, že v Anglii se vysoké zisky plynoucí z prodeje syntetických kanabinoidů ve vězení stávají důvodem k úmyslnému porušování pravidel podmíněného propuštění a návratu do vězení s cílem propašovat sem tyto drogy (Ralphs et al., 2017). Podle politiky uplatňované v Anglii může být každý, kdo si vykonal trest odnětí svobody v délce přesahující jeden den, podmíněně propuštěn s tím, že se mu trest podmíněně odkládá na dobu minimálně 12 měsíců, během níž musí dodržovat stanovené podmínky. Pachatelé, kteří podmínky tohoto předčasného propuštění poruší nebo během zkušební doby spáchají další trestnou činnost, mohou být vráceni do výkonu trestu. Uvádí se, že v některých případech podmíněně propuštění pachatelé ukryli syntetické kanabinoidy v tělních dutinách a záměrně porušili podmínky podmíněného propuštění, aby se dostali zpět do vězení a tam drogy prodali. Většina vězeňských systémů má zaveden svůj vlastní soubor provozních postupů zaměřených na detekci drog při příchodu do věznice (o možných opatřeních pojednává podrobněji část „Opatření směřující k snižování nabídky drog ve vězení“).

### Nové technologie

O využívání dronů k dopravování nelegálních návykových látek do věznic jsme se již zmínili. Drony se ovládají pomocí rádiových frekvencí, které vysílají standardní mobilní telefony. Využívání dronů při dodávání drog do věznic vyžaduje dobrou organizaci a koordinaci mezi odsouzenými a lidmi venku, kam patří mimo jiné i různé taktiky sloužící k odpoutání pozornosti a následnému narušení střeženého perimetru. Tento distribuční kanál se často pojí s vysokým rizikem odhalení z důvodu monitorování perimetru věznice kamerovým systémem a dalších rutinně prováděných bezpečnostních kontrol (obr. 7.3). Lze také využít různé protidronové technologie, které ruší jejich signály: zde se nabízí široká škála dostupných metod od velmi jednoduchých až po velmi sofistikovaná technická řešení, byť o jejich efektivitě toho zatím mnoho nevíme (Hegranes, 2018).

### Obr. 7.3

#### Dron zajištěný v areálu věznice



Zdroj: Stewart (Sam) MacLeod.

Problém pro vězeňskou službu představují velmi malé mobilní telefony vyráběné s využitím nanotechnologií, neboť se dají snadno ukrýt a propašovat do vězení. Mobilní telefony jsou důležité k domlouvání se s kontakty na svobodě a organizování přísunu drog do věznice (EMCDDA & Europol, 2019).

### **Mechanismy a aktéři distribuce drog uvnitř věznice**

#### **Obchodování s drogami ve vězení**

Dostat drogy do vězení je jen prvním článkem zásobovacího řetězce. Další spočívá v organizaci distribučních systémů za zdi věznice (Dillon, 2001; Penfold et al., 2005; Crewe, 2006; Tompkins, 2016). Drogový trh ve vězení může fungovat různými způsoby, které ovlivňují aktéři, kteří se na něm podílejí (osoby zapojené do realizace dodávek, distribuce, prodeje a kupování drog), ale také konkrétní struktura, režim a fyzické prostředí věznice jako takové. Distribuce drog je dynamický proces, který je schopen se přizpůsobovat a měnit v reakci na působení těchto faktorů.

Nedílnou součástí dodavatelského řetězce jsou sítě, často vytvořené mezi odsouzenými, kteří se znali již před nástupem výkonu trestu. V několika studiích je popisována určitá míra reciprocity, např. obdarovávání se drogami nebo dělení se o ně, jako typický rys vězeňských trhů. Jedná se však primárně o snahu vytvořit stabilní síť odsouzených užívajících drogy, na které se jedinec může obrátit v případě, že mu dojdou zásoby nebo se jeho přísun drog ztenčí (Turnbull & Stimson, 1994; Dillon, 2001; Penfold et al., 2005; Crewe, 2006; Mjåland, 2014). Uvádí se, že dělení se o drogy je velmi efektivní formou zabezpečení jejich přísunu vzhledem k silnému závazku reciprocity, jakmile někdo ve vězení přijme

drogu darem od jiného odsouzeného. V otázce přísunu drog do vězení byly zaznamenány rozdíly mezi pohlavími: podle výsledků nedávno provedené německé studie existovalo v ženských věznicích méně organizovaných struktur podílejících se na distribuci drog, ale reciprocita zde stále hrála významnou roli.

Někdy dochází k zneužití substitučních přípravků a jejich podlounné distribuci uvnitř věznic, ať už osobami, které je mají užívat v rámci indikované terapie, ale namísto toho je ukryjí a přeprodají ve vězení, nebo např. ve formě ovoce napuštěného metadonem.

S drogami se ve vězení přímo obchoduje za úplatu nebo výměnou za jiné zboží a služby, ale transakci mezi kupujícím a prodávajícím může také ve vězení zprostředkovávat někdo třetí, kdo potom inkasuje odměnu ve formě drog (Crewe, 2006). Méně obvyklé je zprostředkování někým zvenčí, kdy dodavatel a kupující mají na svobodě spojku, jejímž prostřednictvím organizují výplatu odměny mimo věznici. Tento mechanismus je výhodný pro prodávajícího, protože využitelnost peněz je ve vězení omezená (Penfold et al., 2005), ale hodí se i kupujícímu, neboť ve vězení není vždy snadné získat přístup k prostředkům na zaplacení za drogy.

Na dodávkách drog do vězení a jejich distribuci se podílí celá řada osob (viz rámeček „Aktéři podílející se na dodávkách a distribuci drog ve vězení a jejich role“).

Aktéři distribuce drog ve věznicích mohou být velcí dodavatelé, dealeři nebo členové organizovaných kriminálních skupin. Někteří pokračují v provozování „živnosti“, které se věnovali před nástupem výkonu trestu, zatímco jiní využívají situace, v níž se ocitli, a obchodují se svými drobnými zásobami.

#### Aktéři podílející se na dodávkách a distribuci drog ve vězení a jejich role

**Dodavatel:** někdo zvenčí, kdo systematicky zajišťuje dodávky drog do vězení. Může se jednat o zavedené jednotlivce nebo organizované kriminální skupiny zabývající se distribucí drog.

**Kurýr:** osoba, která pronáší drogy do vězení. Kurýrem může být návštěva, člen personálu, přítel a rodinní příslušníci odsouzených nebo osoby, které nově nastoupily výkon trestu nebo se do vězení vracejí.

**Prodejce:** někdo ve vězení, kdo prodává drogy nebo s nimi jinak obchoduje. Roli prodejce mohou vykonávat vězeňští dealeři disponující velkými zásobami a různými dodavatelskými zdroji anebo uživatelé, kteří současně fungují jako dealeři, ale jejich zásoby a zdroje jsou omezenější.

**Spojka:** někdo ve vězení, kdo zajišťuje pohyb drog a zboží po věznicích a zařizuje realizaci jednotlivých transakcí; většinou je to někdo z odsouzených.

**„Podílník“:** odsouzený, s omezenými zásobami a prostředky, který se na základě reciprocit dělí o drogy s ostatními odsouzenými.

Z dostupných dat vyplývá, že vězeňský trh je jen málokdy závislý na jednom zdroji drog a ani jej nekontroluje nějaký jeden hlavní dealer. Důvodem je částečně většinou dynamický charakter vězeňské populace (Penfold et al., 2005). Závislost na jediném zdroji může být navíc ve vězení vysoce riziková strategie, vážíme-li míru kontroly a možnosti odhalení. Na zajištění průběžného zásobování věznic se proto mohou současně podílet různé vrstvy trhu (Crewe, 2006; Mjåland, 2014; Tompkins, 2016).

System nabídky drog v obecné populaci se často různě popisuje jako hierarchický, horizontální nebo dezorganizovaný. Hierarchickou nabídkou se myslí klasická pyramidová struktura, kdy na vrcholu stojí hlavní dealer, pod ním několik dealerů střední úrovně a v dolním patře množství prodejců či kurýrů působících na konkrétním trhu či v geografické oblasti (Hough & Natarajan, 2000). Horizontální nabídka je charakterizována velkým množstvím finančních transakcí, výměn drog a vzájemně propojených sítí organizovaných kolem malého počtu klíčových aktérů (Pearson & Hobbs, 2003). Třetí typ, dezorganizovaná nabídka, se vztahuje k malým, flexibilním sítím a partnerstvím samostatně podnikajících jedinců (Reuter & Haaga, 1989). Poslední vývoj, nastartovaný pravděpodobně nástupem internetu a dalších faktorů, jakým je např. globalizace, naznačuje, že drogové trhy jsou stále více „dezorganizované“, což souvisí s rostoucím počtem aktérů a podnikatelských subjektů působících na všech jeho úrovních (EMCDDA & Europol, 2016, 2019).

Ve vězení často fungují vedle sebe a do značné míry nezávisle na sobě různé typy drogových trhů (Penfold et al., 2005; Crewe, 2006; Tompkins, 2016). Vyjdeme-li z výše popsaných tří úrovní drogových trhů, pak ve vězení dolní úroveň představuje vzájemné zásobování se mezi uživateli drog, což je ve vězeňském prostředí důležitý prvek (Penfold et al., 2005; Crewe, 2006; Mjåland, 2014; Tompkins, 2016). Výměna drog mezi odsouzenými se uskutečňuje mnoha různými způsoby. Například ve Francii patří mezi preferované způsoby vzájemného předávání návykových látek procházky nebo „jojo“ (předávky z okna do okna mezi odsouzenými umístěnými na různých patrech) (Chantraine, 2004). Distribuce v rámci střední úrovně pomyslné pyramidy bývá popisována jako způsob zpříjemňování si života ve výkonu trestu i udržování si přístupu k drogám, což je případ uživatelů drog, kteří s drogami současně obchodují: vyměňují je za další zboží a služby, např. cigarety, potraviny, toaletní potřeby, stříhání vlasů nebo ošacení. Zboží a služby jsou preferovanou měnou, neboť peněžní hotovost má ve vězení omezenou hodnotu.

Zatímco vězeňští dealeri na dolní a střední úrovni spoléhají převážně na svou vynalézavost a podnikatelského ducha, na vyšší úrovni vyžaduje distribuce vyšší míru organizace, kontaktů a prostředků. Vzhledem k tomu, že dealeri v nejvyšším patře pomyslné pyramidy tuto činnost často provozovali i na svobodě, disponují potřebnými kontakty a prostředky k zajištění nepřetržitých dodávek velkého množství drog do vězení realizovaných buď prostřednictvím návštěv nebo jinými cestami. Kromě spojení se strukturami sahajícími za brány věznic se distribuce drog na této úrovni neobejde bez používání mobilních telefonů, rovněž propašovaných do vězení, a aktivního zapojení řady lidí.

Vrcholoví dealeri si ve vězení kupují další lidi, obvykle drogami nebo zbožím, a chtějí po nich, aby během návštěv přebírali drogy, přechovávali u sebe drogy na celách nebo jinde, předávali a přebírali zboží, poskytovali ochranu a „vybírali“ dluhy více méně stejně, jako se to dělá mimo vězení.

## Transakce, platby a násilí

Způsob iniciování a provedení transakce obnášející koupi drog ve vězení může záviset na různých faktorech, včetně délky pobytu ve vězení, rozsahu stávající sítě kontaktů a dostupnosti finančních prostředků. Dealeři si například musí zajistit dodavatele, vybudovat kontakty se zájemci o nákup, vyjednat jednotlivé obchody, zajistit finanční prostředky a zařídit platbu a zorganizovat dohodnuté transakce (s dodavateli nebo odběrateli). Každá transakce s novým aktérem vyžaduje pečlivou organizaci; s každou další pak nároky na organizaci klesají. Ve většině případů se však už dealeři či prodávající a kupující navzájem znají nebo se seznámí prostřednictvím společných známých (Penfold et al., 2005; Tompkins, 2016).

Výměna či platba za drogy může proběhnout na různých místech a v různých prostorech věznice, např. v kantýně ve frontě na výdej jídla, v tělocvičně, v kapli nebo modlitebně, ve vězeňské dílně, u dveří cely, v rámci výchovně-vzdělávacích programů nebo při socializačních aktivitách (tj. když mají odsouzení povoleno se volně potkávat ve společných prostorech) nebo během návštěv (Penfold et al., 2005).

Uvádí se, že z hlediska úspěšnosti předávek sehrávají zásadní roli odsouzení, kterým pracovníci vězeňské stráže svěřují ve věznici různé práce (např. vydávání jídla, úklid nebo práci v kuchyni či prádelně), jakož i členové personálu, kteří odsouzené monitorují během návštěv. Odsouzení, kteří se těší důvěře personálu, se mohou v prostorách věznice volně pohybovat a mohou tak plnit funkci kurýra či spojky: mohou doručovat drogy a vybírat platby, realizovat transakce u dveří cel v době, kdy ostatní vězni nemohou ven, a zajišťovat pohyb drog mezi jednotlivými odděleními a částmi vězeňského zařízení (Penfold et al., 2005; Crewe, 2006; Tompkins, 2016).

Uvádí se, že ve Španělsku odsouzení využívají k placení za drogy ve vězení poštovní systém okamžitých převodů finančních prostředků. Tento systém okamžitých finančních převodů, známý jako *giro*, umožňuje poukázat peníze z kterékoli pošty během několika minut jiné osobě, která si je následně může na kterékoli poště v zemi vybrat. Drogový dealer tak sdělí kupujícímu jméno osoby, která si má prostřednictvím tohoto platebního systému peníze vybrat. Kupující předá kontaktní informace (společně s údajem o výši částky, která má být převedena) rodinným příslušníkům nebo přátelům na svobodě, kteří pak na poště poukáží příslušnou částku. Podobný systém je zaveden ve Francii, kde je možné peníze předem poukázat prostřednictvím platební karty nebo telefonu (Protais & Jauffret-Roustide, 2019).

Jako v případě mnoha dalších nelegálních trhů, obchodování s drogami ve vězení s sebou nese určitou míru hrozby násilí nebo jeho reálného páčání (Crewe, 2006). Na rozdíl od života na svobodě jsou věznice uzavřeným prostředím s restriktivním režimem, které nahrává rychlé eskalaci násilí. Drobné spory mohou snadno vyústit v ostré konfrontace se závažnými následky. Vězeňské prostředí může rovněž měnit pravidla fungování trhu: je zde například omezená možnost obstarávat si prostředky, distribuce drog se pojí s vyšším rizikem odhalení a poptávka může najednou předčít nabídku. Napětí může vzít z potřeby užít drogu, nedostatku prostředků k platbě za drogy nebo nahromadění dluhu. Rozmach užívání nových psychoaktivních látek, který byl v poslední době zaznamenán v některých vězeních v Evropě, vyvolává obavy, že by tento jev mohl přispět k násilí



ve věznicích, a to nejen ve formě nárůstu násilného chování, k němuž dochází pod vlivem těchto látek, ale také kvůli vysokým ziskům, jež obchodování s nimi může vynášet (Ralphs et al., 2017). Enormní výše marží na nových psychoaktivních látkách ve vězení způsobila, že jsou do tohoto segmentu drogového trhu ve věznicích úzce zapojeny organizované zločinecké skupiny (EMCDDA, 2018).

## **Opatření směřující k snižování nabídky drog ve vězení**

Potírání nabídky drog ve vězení je obtížný úkol (Trestman & Wall, 2018). V evropských věznicích se v současnosti uplatňuje celá řada nejrůznějších intervencí zaměřených na snižování dostupnosti drog, jejichž cílem je odhalit a rozbít distribuční kanály a odradit odsouzené i další osoby od účasti na vězeňských drogových trzích. Zůstává však nejasné, která z těchto opatření, resp. jejich kombinace, jsou účinná (Dastouri et al., 2012; Wheatley, 2016). K dispozici je jen málo studií a možnost definování nevhodnějších přístupů neusnadňují ani rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, věznicemi a systémy vězeňské správy. Má se však za to, že úspěšnější bude pravděpodobně taková strategie, která obnáší kombinaci opatření zaměřených na snižování poptávky, léčbu, kontrolu a bezpečnost (Tompkins, 2016).

### **Intervence v oblasti snižování nabídky**

V uplatňování strategií směřujících k snižování nabídky drog ve věznicích existují mezi jednotlivými zeměmi rozdíly: lze je implementovat na institucionální úrovni (tj. na úrovni jednotlivých vězeňských zařízení) nebo koordinovaně na celostátní úrovni. Resortním orgánem zodpovědným za implementaci příslušných strategií je zpravidla národní ministerstvo, do jehož gesce spadá činnost vězeňské služby, ale svou roli zde může sehrávat i celostátní orgán odpovědný za intervence v oblasti drogové problematiky.

Nejčastější kontrolní a bezpečnostní opatření cílené přímo na distribuci drog ve vězení spočívají v provozních postupech směřujících k detekci drog a souvisejícího aplikačního náčiní, mezi něž patří osobní prohlídky a prohlídky cel, nábytku, osobních věcí a společných prostor, např. dvorů a dílen. Prohlídky a screening se často vztahují na všechny, kdo vstupují do objektu věznice, a to včetně personálu, návštěv a poskytovatelů služeb. Prohlídky se často provádějí prostřednictvím speciálně vycvičených psů. V některých věznicích se také využívá tzv. „elektronický nos“. Jedná se o přenosné elektronické zařízení na základě komerčně dostupných senzorů plynu na bázi oxidů kovů, jež lze použít k detekci různých typů drog (Haddi et al., 2011). Použít se dají také detekční nástroje založené na infračervené nebo Ramanově spektroskopii. Mezi další technologie používané k prohledávání a monitoringu patří kamerové systémy typu CCTV a bezpečnostní rentgeny (Wheatley, 2016). Jejich efektivitu je však třeba dále zkoumat.

Intervence zaměřené na prevenci a odhalování distribuce drog ve vězení lze doplňovat intervencemi, jejichž cílem je narušit systém zajišťování přísunu drog do věznic a jejich následnou distribuci. Slouží k tomu například kontrolní a bezpečnostní opatření zaměřující se na odhalení nezákonné komunikace o nakládání s drogami, mezi něž patří monitoring a kontrola komunikace mezi odsouzenými, včetně namátkového monitoringu poštovních zásilek a telefonických rozhovorů a využívání technologií osobních identifikačních čísel (PIN), díky nimž mohou odsouzení vytáčet pouze schválená čísla (Wheatley, 2016).

Efektivita posledních dvou způsobů klesá s počtem propašovaných mobilních telefonů (jejichž podloudné používání je těmito opatřeními o to více motivováno).

Jiné intervence spočívají v šíření informací (formou plakátů, letáčků apod.) o důsledcích distribuce drog, od trestněprávního postihu po režimové sankce typu zákazu nebo omezení návštěv (Wheatley, 2016). Efekt těchto sankcí na snižování nabídky drog ve vězení však není dostatečně prokázán (Trestman & Wall, 2018).

Jedna ze strategií snižování drogové nabídky ve vězení se zaměřuje na řešení poptávky po drogách. Vnější i vnitřní pohnutky k vyhledávání drog lze například omezovat prostřednictvím adiktologické léčby (viz kapitola 4 a 5). Odsouzení užívající drogy často uvádějí, že pokud by ve vězení byla k dispozici vhodná léčba, pravděpodobně by ji využili mimo jiné i proto, aby nemuseli čelit problémům a rizikům plynoucím z obstarávání si nelegálních drog ve vězení (např. odhalení, dluhy, zastrašování a násilí). V mnoha vězeňských systémech jsou však možnosti léčby omezené, což může u odsouzených naopak vyústit v závislostní chování.

Programy testování na drogy ve vězení jsou často realizovány s dvojím záměrem: potlačovat nabídku drog a současně podporovat adiktologickou léčbu ve výkonu trestu. O těchto opatřeních bude podrobněji pojednáno v dalších částech této kapitoly.

### **Úskalí snižování nabídky ve vězení**

Opatření zaměřená na snižování nabídky ve vězení se pojí s řadou problémů. Věznice jsou sice uzavřená prostředí, ale jejich branami proudí každodenně množství osob, zboží a materiálu. Řešení nabídky drog ve vězení vyžaduje určitou obeznamenost nejen s hlavními zásobovacími a distribučními kanály a systémy v konkrétní věznici, ale také s možnými dopady jejich rozbití.

Opatření směřující ke snižování nabídky a zajišťování bezpečnosti mohou mít nechtěné dopady. Narušením jednoho zásobovacího kanálu se tok dodávek může přelít do jiného. Bezpečnostní opatření mohou zvýšit tlak na nově příchozí odsouzené, včetně zastrašování a okrádání těch, o nichž se ostatní domnívají, že mohli do vězení pronést nějaké drogy. Někteří odsouzení mohou také v jejich důsledku přejít na drogy, jež se hůře detekují, např. heroin, nebo na škodlivější vzorce užívání, např. injekční aplikaci, se všemi riziky, které se s takovými praktikami pojí (Gore & Bird, 1996; EMCDDA, 2012; Ralphs et al., 2017). Jedním z hlavních uváděných důvodů nárůstu ve výskytu užívání syntetických kanabinoidů ve vězení byla jejich počáteční nedetekovatelnost při rutinních testech moči (User Voice, 2016). Ne vždy vedou systémové snahy o zpřísnění dozorových opatření k stabilizaci daného prostředí. Hrozí riziko rozkolísání současného stavu věcí, v jehož důsledku může eventuálně dojít k nárůstu napětí mezi odsouzenými a personálem (Penfold et al., 2005).

Problémem jsou také prostředky a kapacity, neboť mnohé věznice se v Evropě potýkají s přeplněností, podstavem personálu (resp. nedostatečně kvalifikovaným personálem) a omezenými rozpočty, což je všechno překážkou větší akceschopnosti. Díky novým technologiím je sice například možné efektivně zachytávat i malé množství různých návykových látek nebo jiného kontrabandu, ale jejich cena je vysoká a personál věznic je často nutné pro práci s nimi zaškolit (Dastouri et al., 2012). Pořizování fotokopíí korespondence

odsouzených se sice jeví jako relativně jednoduchý úkon, ale i ten vyžaduje vynaložení určitých prostředků, a navíc může znamenat porušování předpisů týkajících se ochrany soukromí. Velmi časté a efektivní je využívání speciálně vycvičených psů. Ti však mohou být nasazeni vždy jen na krátké časové úseky. Snahám o snižování nabídky ve věznicích mohou stát v cestě také konstrukčně-technické dispozice věznic, nicméně stavební úpravy jsou nákladné a zdlouhavé (Dastouri et al., 2012; Wheatley, 2016).

Pnutí existuje také mezi potřebou zajišťovat ve věznicích bezpečnost a pořádek a sledováním dalších cílů výkonu trestu odnětí svobody, jakými jsou příprava na návrat do společnosti po vypršení trestu. Patrný je například příznačný konflikt mezi regulací návštěv zvenčí a nápravnou funkcí udržování vztahů s rodinou (Keene, 1997; Trestman & Wall, 2018). Tyto výzvy poukazují na složitost předmětné problematiky. Je z nich patrné, že otázce nabídky drog lze lépe porozumět nikoli izolovaně, ale ve vztahu k poptávce po drogách a adiktologické léčbě, celkovým cílům trestu odnětí svobody, specifické situaci jednotlivých zařízení a příslušnému legislativnímu rámci.

## **Testování na drogy ve vězení**

Programy testování na drogy, prováděné hlavně na základě rozboru vzorků moči, se v mnoha evropských věznicích zavádějí jako intervence k snižování nabídky i poptávky již od 90. let 20. století. Z dostupných poznatků vyplývá, že povinné testování na drogy může některé osoby ve výkonu trestu od jejich užívání odrazovat (Singleton et al., 2005). Předpokládá se rovněž, že jako součást léčby nebo terapeutické intervence může testování přispět k dosažení změny nebo úzdravy a může snižovat míru užívání konopných drog (Dolan & Rodas, 2014). Někoho může testování na drogy donutit k přechodu od užívání detekovatelných drog k užívání nedetekovatelných drog, jak o tom svědčí rozmach užívání nových psychoaktivních látek ve vězení, případně může mít tato strategie jiné nepředvídané negativní důsledky, jakým je například větší povědomí o dostupnosti drog a možnosti jejich užívání (viz kapitola 2).

Testy moči nabízejí z hlediska detekce návykových látek specifické „okénko“, čímž se z časového harmonogramu testů stává v mnoha situacích významný prvek. Při kouření nebo injekční aplikaci je droga vstřebána téměř okamžitě a neprodleně dochází i k jejímu vyloučení do moči. Při perorálním podání je absorpce drogy pomalejší a k jejímu vyloučení může dojít až po několika hodinách.

Obecně nejčastěji detekovanou návykovou látkou je konopí. Důvodem je vysoká prevalence jeho užívání mezi odsouzenými, ale také dlouhá doba možnosti jeho detekce od momentu užití (až několik týdnů), a to zejména u osob, které je užívají častěji. Příčinou vysoké míry detekce konopí ve vězeních může být i skutečnost, že je to nejužívanější droga v obecné populaci, a mnoho lidí, kteří nastupují výkon trestu, mohli nějakou konopnou drogu užít krátce před absolvováním testu prováděném při nástupu do vězení. Může rovněž docházet ke zkreslení dat v souvislosti s vysokým počtem osob, které si opakovaně odpykávají krátké tresty odnětí svobody (Dolan & Rodas, 2014). Zaznávají argumenty, že testování na drogy může vést odsouzené k přecházení na škodlivější návykové látky, případně se mohou uchylovat ke vzorcům užívání, jejichž detekce je obtížnější (Gore & Bird, 1996; EMCDDA, 2012; Ralphs et al., 2017).



Informace z testování na drogy mohou poskytnout užitečná epidemiologická data a v kombinaci s dalšími informačními zdroji, např. průzkumy mezi odsouzenými, mohou přispět k ucelenému obrazu výskytu a vzorců užívání drog ve vězeních. Jako bezpečnostní opatření pomáhá testování na drogy identifikovat jejich užívání a může od něj odsouzené odradit, i když bez konkrétních návazných programů, jakými je léčba nebo poradenství, může současně zvyšovat napětí uvnitř věznice a odvádět pozornost od dalších důležitých otázek (MacDonald, 1997). Zdravotnická profesní etika i příslušná mezinárodní doporučení se vyslovují proti tomu, aby se na testování na drogy prováděného pro bezpečnostní a kontrolní účely podíleli poskytovatelé zdravotní péče (UN, 2016).

Tabulka 7.1 obsahuje přehled využívání programů testování na drogy v různých evropských zemích čerpající z dat získaných od legislativních zpravodajů EMCDDA v členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království a národních monitorovacích center sítě Reitox v roce 2018.

**Tabulka 7.1**

**Testování na drogy ve vězení v členských státech EU, Norsku, Turecku a Spojeném království (stav k roku 2019 nebo nejaktuálnější dostupné informace)**

Země	Cíl	Kontext	Realizátor
Belgie	Léčba	Bezdrogové programy	Informace nejsou k dispozici.
Bulharsko	Bezpečnost	Podezření na užívání (neaplikuje se ve větší míře)	Zdravotnický personál
ČR	Bezpečnost a léčba	Při nástupu, podezření na užívání, namátkově, bezdrogové zóny, léčba (OST, nařízená léčba, dobrovolná léčba)	Zdravotnický personál
Dánsko	Bezpečnost a léčba	Podezření na užívání, návštěvy zvenčí, namátkové kontroly, bezdrogové zóny, dobrovolná léčba	Vězeňský personál
Německo	Bezpečnost a léčba	Na národní úrovni není zaveden žádný jednotný systém. V některých věznicích se testování provádí v případech podezření na užívání nových psychoaktivních látek.	Vězeňská stráž
Estonsko	Léčba	Namátkové testování	Informace nejsou k dispozici.
Irsko	(Bezpečnost a léčba)	Aktuálně se plánuje zavádění testů na drogy ve vězení v rámci OST	Informace nejsou k dispozici.
Španělsko	Bezpečnost a léčba	Jako kontrola v rámci povolování přerušení trestu – před, během a při návratu – na základě předchozí dohody s odsouzeným; příprava na propuštění (až sedm dní u osob se specifickými požadavky)  Ve spojitosti s průběhem léčby v rámci metadonových udržovacích programů; při korekci dávkování u OST nebo odvykacích programů. V případě pozitivního nálezu se podnikají kroky k prevenci relapsu; k vyloučení z programu se nepřistupuje	Zdravotnický personál
Chorvatsko	Bezpečnost a léčba	Při nástupu, podezření na užívání, přeložení do jiné věznice, podstupuje-li odsouzený léčebný program, při návratu po každém dočasném pobytu mimo věznici	Vězeňská stráž, zdravotnický personál

Itálie	Bezpečnost a léčba	Při nástupu	Zdravotnický personál
Lotyšsko	Bezpečnost	Podezření na užívání	Vězeňská stráž
Litva	Bezpečnost	Podezření na užívání	Vězeňská stráž
Lucembursko	Bezpečnost	Podezření na užívání (jen zřídkka aplikováno)	Vězeňský personál nebo zdravotníci
Maďarsko	Bezpečnost a léčba	Povinné testování jednou za měsíc u odsouzených v bezdrogových zónách, při umístování do bezdrogové zóny a v případech podezření na užívání drog  Příležitostně při návratu z dočasného pobytu mimo věznici	Zdravotnický personál
Malta	Bezpečnost	Namátkové testování	Zdravotnický personál
Nizozemsko	Bezpečnost	Přesun do jiných zařízení; povinné testování před přerušením výkonu trestu.	Informace nejsou k dispozici.
Rakousko	Bezpečnost a léčba	OST	Zdravotnický personál
Polsko	Bezpečnost	Podezření na užívání	Vězeňská stráž
Portugalsko	Léčba	Namátkové testování  Testováním je podmíněn nárok na určité výsady  Vstupní screening při podezření namožené užívání	Zdravotnický personál
Rumunsko	Bezpečnost a léčba	Při zařazení do léčebného programu a kdykoli je to nutné během tohoto programu, při podezření na užívání	Zdravotnický personál
Slovinsko	Bezpečnost a léčba	Namátkově, existuje-li důvodné podezření, že je odsouzený pod vlivem drog, OST/jiná léčba (zákon o výkonu trestních sankcí)	Vězeňská stráž, zdravotnický personál
Slovensko	Bezpečnost	Vstupní screening Namátkové testování	Zdravotnický personál
Finsko	Bezpečnost	V roce 2016 bylo provedeno 46 000 testů; postih za pozitivní výsledek	Informace nejsou k dispozici.
Švédsko	Bezpečnost (léčba)	Na požádání, k vyloučení intoxikace	Vězeňská stráž (případně zdravotnický personál, pokud se odebírá krev)
Norsko	Bezpečnost a léčba	Podezření na užívání	Zdravotničtí pracovníci provádějí kontrolu tělních dutin a odběry krve.  Příslušníci vězeňské stráže provádějí testy z moči.
Spojené království	Bezpečnost/ léčba	Rozsáhlý program namátkového testování v Anglii a Walesu	Vězeňská stráž, zdravotnický personál

Ve vězení se testování na drogy neprovádí v Řecku, Francii a na Kypru. Za Turecko informace o testování na drogy ve vězení nejsou k dispozici.

Ve třech zemích (Řecku, Francii a na Kypru) se ve vězení testování na drogy neprovádí. Ve většině zemí, kde je toto testování k dispozici, plní jak účel podpory léčby, tak účel kontrolně represivní, nicméně v osmi zemích je zaměřen výlučně represivně a ve čtyřech slouží naopak výhradně k podpoře adiktologické léčby.

Tam, kde je testování na drogy obligatorní, je testovaná osoba povinna poskytnout na požádání vzorek moči, dechu, slin, potu, krve nebo vlasů, pakliže není této povinnosti zbavena na základě zdravotních nebo jiných důvodů. Programy povinného testování na drogy jsou nákladné a mohou v řádu dnů prodlužovat dobu strávenou ve výkonu trestu, což dále zvyšuje zátěž pro vězeňské systémy s nadkapacitními počty odsouzených a napjatými rozpočty (Singleton et al., 2005).

Ve většině zemí provádí testování na drogy zdravotnický personál, ale v některých státech jeho realizaci zajišťují vězeňští pracovníci, příp. se na něm podílí jak vězeňský personál, tak zdravotničtí pracovníci. Několik států se zmiňuje o testování při nástupu do vězení a při propouštění, testování při podezření na užívání návykových látek a namátkovém testování. Záleží také na hlavním cíli testu: léčbě nebo zajišťování bezpečnosti.

Rozsah využívání testování na drogy a situace a okolnosti, které jej podmiňují, se rovněž liší stát od státu, i když relevantních dat je v tomto ohledu celkově málo. Například Finsko uvedlo 46 000 testů provedených během jednoho roku (v rámci vězeňské populace čítající cca 3 000 osob), zatímco v Lucembursku je důvodem pro testování na drogy pouze podezření na možné užívání, a i v takovém případě se jen zřídka skutečně provádí.

## **Závěry**

Věznice představují velmi specifický soubor okolností i překážek jak pro osoby zapojené do distribuce drog, tak pro ty, kteří se snaží nabídku drog eliminovat. Jak vyplývá z dat o záchytech drog a prevalenci jejich užívání ve vězení, přes nezákonnost takového jednání se drogy do věznic dostávají a vězněné osoby je užívají. Odsouzení užívající drogy, resp. ti, kdo s drogami ve vězení obchodují, zde mají vytvořeny zásobovací kanály a distribuční mechanismy, které jsou přizpůsobeny specifikům vězeňského prostředí, ale jsou dostatečně flexibilní na to, aby byly schopny těžit z nových technologií nebo překonávat nové překážky, jakými jsou přísnější bezpečnostní opatření a úsilí vězeňských orgánů odrazovat vězněné osoby od užívání drog.

Vězeňské orgány zavádějí širokou škálu opatření k potírání, odhalování a narušování dodávek drog do vězení a jejich následné distribuce mezi odsouzené. O dopadu těchto opatření, z nichž každé má své výhody a nevýhody, neexistuje doposud dostatek informací. Výzva, které čelí všichni, kdo se podílejí na potírání nabídky drog ve vězení, spočívá v dosažení rovnováhy mezi péčí a kontrolou a v pochopení, že opatření zaváděná za účelem potírání nabídky drog mohou mít pozitivní i negativní dopady na jiné prvky vězeňského života.

Účinnost různých intervencí v oblasti snižování nabídky drog ve vězeních, ať už jednotlivě nebo ve vzájemné kombinaci, je třeba dále zkoumat (Dastouri et al., 2012). Výzkum role a motivace různých aktérů podílejících se na zajišťování nabídky drog v evropských věznicích také pravděpodobně přispěje k rozšíření vědomostní základny sloužící jako podklad pro koncipování politiky a praktických kroků vedoucích k prevenci podílu odsouzených na fungování vězeňských drogových trhů. Lepší poznání způsobu vzájemných souvislostí mezi nabídkou drog, adiktologickou léčbou a poptávkou po drogách ve vězeňském prostředí může podstatně přispět k udržitelnějšímu a nákladově efektivnějšímu uplatňování protidrogových intervencí ve vězení.

## Bibliografie

- Allison, E. & Hattenstone, S. (2018), „Prisons ban Christmas cards with glitter due to drugs epidemic in jails“, *The Guardian*, 23. prosinec 2018.
- BBC News (2018), „Hundreds of prison staff caught smuggling banned items“ *BBC News*, 2. září 2018.
- BBC News (2019), „Drugs smuggled into Guys Marsh prison in dead rats“, *BBC News*, 25. březen 2019.
- Blakey, D. (2008), *Disrupting the supply of illicit drugs into prisons: a report for the Director General of National Offender Management Service*, National Offender Management Service, London.
- Chantraine, G. (2004), *Par-delà les murs: expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Presses universitaires de France, Paris.
- Crewe, B. (2006), „Prison drug dealing and the ethnographic lens“, *Howard Journal of Criminal Justice* 45(4), pp. 347-368.
- CSJ (Centre for Social Justice) (2015), *Drugs in prison*, CSJ, London.
- Dastouri, S., Johnson, S. L. & Moser, A. E. (2012), *Drug detection strategies: international practices within correctional settings*, Correctional Service of Canada, Ottawa, ON.
- Dillon, L. (2001), *Drug use among prisoners, an exploratory study*, Health Research Board, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- Dolan, K. & Rodas, A. (2014), „Detection of drugs in Australian prisons: supply reduction strategies“, *International Journal of Prison Health* 10, pp. 111-117.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018), *New psychoactive substances in prison*, Rapid Communications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA & Europol (2016), *EU drug markets report: in-depth analysis*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA & Europol (2019), *EU drug markets report*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Ford, L. T. & Berg, J. D. (2018), „Analytical evidence to show letters impregnated with novel psychoactive substances are a means of getting drugs to inmates within the UK prison service“, *Annals of Clinical Biochemistry* 55(6), pp. 673-678.
- Gore, S. M. & Bird, A. G. (1996), „Cost implications of random mandatory drugs tests in prisons“, *Lancet* 348(9035), pp. 1124-1127.

- Haddi, Z., Amari, A., Alami, H., El Bari, N., Llobet, E. & Bouchikhi, B. (2011), „A portable electronic nose system for the identification of cannabis-based drugs“, *Sensors and Actuators B: Chemical* 155(2), pp. 456-463.
- Hegranes, J. (2018), „The past, present and future of anti-drone tech“, *Forbes*, 26. leden 2018.
- Hough, J. M. & Natarajan, M. (2000), „Introduction“, in Hough, J. M. & Natarajan, M. (eds.), *Illegal drug markets: from research to prevention policy*, Criminal Justice Press, New York.
- Keene, J. (1997), „Drug use among prisoners before, during and after custody“, *Addiction Research* 4(4), pp. 343-353.
- MacDonald, M. (1997), *Mandatory drug testing in prisons*, Centre for Research into Quality and Department of Sociology, University of Birmingham, Birmingham.
- Meier, J. & Bögelein, N. (2017), „Handelserfahrene und Expert\_innen über Konsum und Handel illergaler Drogen im Gefängnis: Ein empirischer Blick in den Haftalltag“, *Rausch* 4, pp. 236-246.
- Mjåland, K. (2014), „‘A culture of sharing’: drug exchange in a Norwegian prison“, *Punishment and Society* 16(3), pp. 336-352.
- Pearson, G. & Hobbs, D. (2003), „King pin? A case study of a middle market drug broker“, *Howard Journal of Criminal Justice* 42(4), pp. 335-347.
- Penfold, C., Turnbull, P. & Webster, R. (2005), *Tackling prison drug markets: an exploratory qualitative study*, Home Office Online Research Report, Home Office, London.
- Protais, C. & Jauffret-Roustide, M. (2019), *Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral Synthèse du second volet de l'enquête Circé*, Observatoire Français de Drogues et Toxicomanies, Paris.
- Ralphs, R., Williams, L., Askew, R. & Norton, A. (2017), „Adding spice to the porridge: the development of a synthetic cannabinoid market in an English prison“, *International Journal of Drug Policy* 40, pp. 57-69.
- Reuter, P. & Haaga, J. (1989), *The organization of high-level drug markets: an exploratory study*, Rand Corporation, Santa Monica, CA.
- Singleton, N., Pendry, E., Simpson, T., Goddard, E., Farrell, M., Marsden, J. & Taylor, C. (2005), *The impact of mandatory drug testing in prisons*, Home Office Online Report 03/05, Home Office, London.
- The Economist (2013), „Supply and remand“, *The Economist*, 5. prosinec 2013.
- Tompkins, C. N. E. (2016), „‘There’s that many people selling it’: exploring the nature, organisation and maintenance of prison drug markets in England“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(2), pp. 144-153.
- Trestman, R. L. & Wall, A. T. (2018), „Supply reduction in prison: the evidence“, in Kinner, S. A. & Rich, J. D. J. (eds.), *Drug use in prisoners: epidemiology, implications and policy responses*, Oxford University Press, New York, pp. 209-220.
- Turnbull, P. & Stimson, G. V. (1994), „Drug use in prison“, *British Medical Journal* 308(6945), 1716.
- United Nations General Assembly (2015), United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules), Resolution A/RES/70/175, 17. prosinec 2015.
- User Voice (2016), *Spice: the bird killer. What prisoners think about the use of spice and other legal highs in prison*, User Voice, London.
- Wheatley, M. (2016), „Drug misuse in prison“ in Jewkes, Y., Crewe, B. & Bennett, J. (eds.), *Handbook on prisons*, Routledge, London, pp. 205-223.
- Yeung, P. (2018), „Steep rise in prison officers smuggling drugs into jails“, *The Observer*, 1. září 2018.



## **Kapitola VIII.**

## Aktuální poznatky a budoucí výzvy

Ines Hasselberg, Linda Montanari, Liesbeth Vandam, Luis Royuela, Paul Turnbull a Jane Mounteney

Tato publikace EMCDDA z ediční řady *Insights* poskytuje na základě příspěvků z různých zdrojů ucelený přehled aktuálních poznatků a trendů v oblasti užívání drog v evropských věznicích. Je zde popsáno, co o užívání drog a souvisejících negativních dopadech mezi vězněnými osobami víme a jaké možnosti řešení tohoto jevu se nabízejí. V této závěrečné kapitole je souhrnně pojednáno o několika důležitých aspektech, které by mohly představovat budoucí výzvy v této oblasti.

Kapitola také čerpá z postřehů a názorů expertů prezentovaných na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA v Lisabonu v lednu 2019. Tato akce svedla dohromady odborníky z celé řady oblastí (včetně akademické sféry, státní správy, osob s bezprostředními zkušenostmi z tohoto prostředí, členů ostrahy věznic, zdravotníků a adiktologů a představitelů správy věznic), kteří zde měli možnost diskutovat o budoucích výzvách v dané oblasti a možnostech jejich uchopení v širším společenském kontextu. Tématem setkání byly i možné potřeby činitelů odpovědných za tvorbu příslušných politik, poskytovatelů léčebné péče, vedení věznic a pracovníků zajišťujících zdravotní a sociální intervence z hlediska zlepšování podmínek vězněných osob, které se potýkají s adiktologickými problémy, a komunit, do nichž se po vypršení trestu tito lidé vrací.

### Vězeňské populace a sociální zranitelnost

Vězeňské populace jsou rozmanitá, komplexní a vysoce dynamická společenství charakterizovaná zvýšeným výskytem multimorbidity. Páchání trestné činnosti a užívání drog mají společné množství rizikových faktorů, z nichž je patrné, byť je lze od sebe jen obtížně oddělit, že užívání drog je často jen jedním z mnoha vulnerabilit, jimiž se odsouzení vyznačují. Obzvláště to pak platí v případě žen.

V posledních letech bývá věnována pozornost tomu, jak rizikové faktory z hlediska užívání drog a trestů odnětí svobody často souvisejí s vícečetnými a kumulativními negativními zážitky z dětství, jež mohou mít i mezigenerační dopad. Patří sem zažívané sexuálního zneužívání, násilí, zanedbávání péče a dysfunkční rodiny (často s prvkem užívání návykových látek). Při koncipování intervencí zaměřených na tuto skupinu je nutné zohledňovat dopad mnoha takových negativních zkušeností na behaviorální a kognitivní vývoj dětí (Fuentes, 2014; Jones et al., 2018).

Další skupiny odsouzených, které mohou vykazovat specifické zdravotní potřeby, zahrnují cizí státní příslušníky, starší osoby a příslušníky LGBT komunity. Některé z těchto skupin jsou v posledních letech ve vězeních stále početněji zastoupeny (starší osoby, cizí státní příslušníci) nebo jsou více vidět (LGBT), aniž bychom toho mnoho věděli o jejich zdravotních a sociálních potřebách, jež mohou dále nabývat na naléhavosti, pokud tyto osoby mají navíc problémy s užíváním drog.



V budoucnu se může mnohonásobně vyplatit věnovat při implementaci protidrogových opatření ve věznicích cílenou pozornost právě těmto specifickým populačním skupinám. Například ženy ve výkonu trestu odnětí svobody vykazují vyšší výskyt infekčních onemocnění a více zkušeností s opakovanými traumaty, souvisejícími zejména s domácím násilím a zneužíváním v dětství (Fuentes, 2014). Uživatelky drog jsou obzvláště zranitelné a je proto třeba se intenzivněji zaměřit na zkoumání jejich vězeňských zkušeností, užívání drog a potřeb z hlediska léčby.

Cizí státní příslušníci tvoří 11 % vězeňské populace v Evropě (Aebi & Tiago, 2020) a přestože nejsou k dispozici žádná data vypovídající specificky o jejich potřebách z hlediska zdravotní péče (Tomita, 2019), z výsledků několika studií vyplývá, že cizinci ve vězení čelí jazykovým a kulturním bariérám, jejichž důsledkem se ocitají v izolaci a jen obtížně jsou schopni ventilovat obavy o své zdraví a přístup k adekvátní péči, a mohou zažívat značnou míru úzkosti z obav o svůj imigrační status a odloučení od rodiny (Singh Bhui, 2007; Bosworth et al., 2016). Provedené studie rovněž naznačují, že tato skupina často trpí neléčenými duševními problémy a je obzvláště náchylná k sebevraždám a sebepoškozování (Borrill & Taylor, 2009).

Mnoha různým problémům čelí ve vězení LGBT osoby a ze zkušeností transgender osob je patrné, s jakými problémy se v tomto prostředí potýkají právě ony. O užívání drog v této skupině a jejich vězeňských zkušenostech nebo uváděných možnostech léčby existuje jen minimum informací, nicméně určité indicie poskytuje prokazatelně vyšší riziko užívání návykových látek a adiktologických poruch a vyšší prevalence HIV mezi LGBT osobami mimo vězeňskou populaci (Glynn & van den Berg, 2017).

Specifické problémy se v Evropě také pojí s uživateli opioidů vyššího věku, z nichž mnozí mají zkušenosti s pobytem ve vězení. Pro starší uživatele drog je charakteristické dlouhodobě zhoršené zdraví, dlouhodobé užívání drog, chronické užívání tabáku a alkoholu a oslabení imunitního systému v souvislosti s věkem, což všechno přispívá k jejich větší náchylnosti k chronickým zdravotním problémům, zejména kardiovaskulárním a plicním chorobám. Kumulativní efekt užívání drog a problémů s tím spojených, včetně nefatálních předávkování a infekcí, zrychlují u této skupiny proces tělesného stárnutí, což se často negativně projevuje při léčbě a sociálně podpůrných službách (EMCDDA, 2010; Pirona et al., 2015).

Významnou populaci se specifickými potřebami představují také odsouzení mladšího věku a mladiství, byť tato problematika přesahuje záběr předkládané publikace. Právě na tuto skupinu cílí indikované preventivní intervence, jejichž účelem je minimalizovat drogové problémy a jejich negativní důsledky u jedinců s behaviorálními a psychickými problémy, u nichž se předpokládá vyšší riziko adiktologických problémů v pozdějším životě (Carapinha et al., 2016; EMCDDA, 2019).

Potřeby těchto skupin a jejich řešení je výzvou, které budou muset vězeňské služby v Evropě v nadcházejících letech v rostoucí míře čelit.

## Vězení a život na svobodě

Národní a mezinárodní zásady a doporučení pro poskytování a organizaci zdravotní a sociální péče ve vězení opakovaně poukazují na potřebu užšího sepětí mezi věznicemi a zbytkem společnosti. Život ve vězení a na svobodě nejsou dva oddělené světy; jsou propojeny a probíhá mezi nimi vzájemná interakce daná pohybem osob mezi oběma prostředími. Obzvláště to pak platí v případě osob užívajících drogy, u nichž se průměrná délka trestu odnětí svobody pohybuje v řádu několika měsíců. Představují proto dynamickou populaci s pravidelnými kontakty s většinou společnosti, což má důsledky pro veřejné zdraví. V kapitolách 2 a 3 je poukazováno na obecně vysoký výskyt užívání drog a souvisejících problémů mezi vězňenými osobami. S ohledem na pohyb osob mezi vězeními a zbytkem společnosti je zajištění kontinuity péče nezbytnou podmínkou dosahování udržitelných a efektivních výsledků léčby.

Vzhledem k tomu, že odsouzení přicházejí z většinové společnosti a zase se do ní po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody vrací, intervence realizované ve vězení budou mít pravděpodobně výrazný vliv na veřejné zdraví. Takové intervence mohou po propuštění sehrávat klíčovou roli při zajišťování návaznosti péče a předcházení drogových úmrtí a mohou mít také značný vliv na nemocnost, úmrtnost, veřejné zdraví a kriminální recidivu, což je dobré nejen pro odsouzené, ale profituje z toho celá společnost (O'Moore, 2015). Řešením drogových problémů ve vězeňském prostředí lze přispívat k lepšímu zdraví osob ve výkonu trestu i v komunitě, do níž se po propuštění vrací, a přinášet tak prospěch společnosti jako celku.

Dále platí, že ačkoli vězeňské podmínky mohou mít negativní dopad na mnohdy již poškozené zdraví uživatelů drog, věznice jsou rovněž prostředím, jež nabízí možnost poskytování zdravotních služeb. Je to často právě ve vězení, kde osoby, které jsou často považovány za skrytou populaci pro běžné zdravotní služby, přicházejí poprvé do kontaktu s tolik důležitými službami v oblasti prevence, léčby a minimalizace rizik a mají možnost řešit své užívání drog a problémy s ním spojené.

Lepší vzájemná koordinace zdravotních a sociálních služeb uvnitř věznic a mimo ně může mnohdy vyžadovat modifikaci dosavadních způsobů práce, větší pochopení pro potřeby odsouzených, lepší spolupráci mezi jednotlivými odborníky, prosazování opatření zaměřených na minimalizaci rizik ve vězení a podporu inovativních programů, včetně alternativních trestů nespojených s odnětím svobody. K lepší návaznosti a kontinuity péče poskytované ve vězení a na svobodě mohou přispívat nové technologie, např. e-Health. Slibné výsledky praktického využívání e-Health v rámci poskytování adiktologické léčby vykazují některé španělské věznice (EMCDDA, 2019; Morel- Darleux, 2019; Usieto, 2019).

Vězňené osoby neztrácejí své základní právo těžit se dobrému zdraví a mají nárok na lékařskou péči, jejíž úroveň má být minimálně rovnocenná standardu péče poskytované ve většinové společnosti. Cílem zákazu kouření zavedeného v britských věznicích v roce 2015 bylo aplikovat na vězení stejná preventivní opatření jako v obecné populaci v rámci řešení otázky značné zdravotní nerovnosti ve vězeňské populaci zasažené vysokou prevalencí užívání tabákových výrobků a tzv. pasivního kouření. Vyhodnocování dopadu zákazu kouření ve věznicích doposud neprokázalo žádný negativní efekt na duševní zdraví odsouzených či bezpečnost, resp. násilí (Maddalena, 2019). Probíhající studie realizovaná

anglickou peer-to-peer organizací nicméně přináší informace o potřebě věnovat pozornost problémům, s nimiž se potýká velké procento silných a dlouhodobých kuřáků ve výkonu trestu odnětí svobody poté, co přestanou kouřit, jakož i potřebě poskytovat adekvátní podporu při odvykání kouření ve vězení i po propuštění (User Voice, 2016).

### COVID-19 a drogy ve vězení: dopad „dvojitého lockdownu“

Jako prostředí s vysokou koncentrací osob na omezeném prostoru, nehledě na jejich častou přeplněnost, představují věznice problém z hlediska kontroly šíření infekčních onemocnění, včetně COVID-19. Ve srovnání se zbytkem populace se navíc vězněné osoby vyznačují horším zdravotním stavem (Enggist et al., 2014). Mezinárodní organizace a různá NNO pohotově vydaly metodické pokyny a doporučení k prevenci šíření COVID-19 ve vězeňském prostředí a různá preventivní a ochranná opatření se v evropských zemích realizují již od března 2020. Ve většině zemí Evropy došlo k pozastavení návštěv, poskytování služeb od externích dodavatelů a skupinových činností. Personál věznic a dle možností také všechny vězněné osoby začaly používat osobní ochranné prostředky a zvýšila se pozornost věnovaná hygieně a edukaci a školení v oblasti COVID-19 (EMCDDA, 2020). Osoby s podezřením na COVID-19 byly umísťovány do karantény a probíhaly diagnostika, monitoring a léčba (WHO Europe, 2020). V zájmu eliminace přeplněnosti jako významného rizikového faktoru pro šíření onemocnění zavedlo několik evropských zemí opatření k dřívějšímu propouštění některých odsouzených, což se projevilo přibližně 10% snížením vězeňské populace v některých evropských zemích (Council of Europe, 2020; Europris, 2020).

Z výsledků dvou studií EMCDDA realizovaných v květnu 2020 a únoru 2021 vyplývá, že tato opatření mají výrazný dopad na problematiku drog ve vězeňském prostředí, včetně aspektů dostupnosti drog a jejich užívání, újmy působené užíváním drog a poskytování adiktologických služeb (EMCDDA, 2020, 2021).

Dočasným zrušením návštěv došlo podle všeho k eliminaci jednoho ze způsobů propašování drog do vězeňského prostředí. Ačkoli podle dostupných informací je tento kanál zčásti nahrazován nejrůznějšími novými metodami, mezi něž patří přehazování drog přes zdi věznic nebo přepravování drog pomocí dronů, uvádí se, že dostupnost drog ve věznicích v mnoha případech celkově poklesla. Podle odborníků tato skutečnost přispěla k obecnějšímu snížení míry užívání nelegálních drog ve vězení. S výjimkou určitých výkyvů zůstává od března 2020 míra užívání drog na celkově nižších úrovních než v době před pandemií COVID-19.

Zavedení protiepidemických opatření rovněž zasáhlo do poskytování adiktologických služeb ve vězení, a to včetně služeb, jež obnášejí skupinové aktivity, mezi něž patří psychosociální intervence a peer intervence, jakož i služeb zajišťovaných externími poskytovateli.

V tomto kontextu probíhají snahy o zachování poskytování služeb v uzavřeném prostředí, jež podléhá mnoha omezením. Tyto překážky se dají překonávat zaváděním inovativních řešení, mezi něž patří častější využívání telemedicíny. Zvláštní úsilí bylo věnováno poskytování OST ve vězení a prevenci a léčbě infekčních onemocnění souvisejících s užíváním drog. Uváděn byl také nárůst psychických problémů u osob ve výkonu trestu odnětí svobody, včetně odsouzených s drogovými problémy.

V důsledku pandemie COVID-19 se stal problém drog ve vězení viditelnější a potřeba jej řešit o to naléhavější (Montanari et al., připravuje se k vydání).

Vzhledem k tomu, že mnoho vězňených osob pochází ze zranitelných populací, rovnocennost poskytované péče nemusí vždy vést k dosažení téže úrovně zdraví, které se těší obecná populace. Dosažení rovnocennosti výsledků zdravotní péče může proto ve vězení vyžadovat další intervence. Ve většině případů však osoby ve výkonu trestu nemají možnost využívat celé spektrum léčebné péče a princip rovnocennosti a kontinuity péče tak ve většině zemí Evropy zůstává nenaplněn.

Většina intervencí, jež se osvědčuje v obecné populaci, se zavádí i ve věznicích, ale s určitou prodlevou a nedostatečným pokrytím (kapitola 4). Například OST, která se s jedinou výjimkou poskytuje ve všech zemích, které sdělují příslušná data, je stále k dispozici jen malé části osob, které ji potřebují. Je tomu tak i přes její prokázanou účinnost při léčbě užívání opioidů a minimalizaci šíření krví přenašených virů, jakož i její protektivní efekt z hlediska drogových úmrtí po propuštění z vězení. Důležitý vliv na veřejné zdraví má testování vězňených osob na infekční onemocnění a jejich léčba (Meroueh, 2019; Stöver et al., 2019b). Ačkoli testování na HIV, VHC a VHB a jejich léčba se provádí v mnoha evropských věznicích, o míře pokrytí a počtech osob, které léčbu potřebují, toho víme málo. Výměnné programy určené k předcházení šíření krví přenosných virů, jež se v rámci obecné populace v Evropě realizují ve značné míře, jsou ve vězení k dispozici pouze ve třech členských státech EU. Vzhledem k vysoké rizikovosti vězeňského prostředí, pokud jde o šíření krví přenosných infekcí, lze očekávat, že komplexní přístup k problematice minimalizace rizik ve vězení by mohl sehrát významnou roli ve vztahu ke zdraví vězňených osob i obecné populace (UNODC et al., 2013; Michel et al., 2015; Stöver & Hariga, 2016; Stöver et al., 2019a).

V porovnání s počátkem tisíciletí se v některých evropských zemích dostupnost a míra poskytování zdravotní a sociální péče zaměřené na potřeby vězňených uživatelů drog zlepšila, nicméně ještě toho zbývá hodně vykonat, aby byla vězeňská zdravotnická zařízení v Evropě schopna poskytovat léčbu a péči v podmínkách srovnatelných se službami využívanými lidmi na svobodě.

Mezi překážky implementace protidrogových opatření ve vězeňském prostředí patří přeplněnost, nedostatek personálu a chybějící prostředky. Věznice jsou navíc místem, kde jsou lidé za trest. Reagovat na potřeby vyvstávající z nelegálního jednání bývá na jednu stranu náročné i na svobodě, natož pak ve vězeňském prostředí, kde mohou mít lidé pocit, že se přiznáním k nezákonné činnosti mohou vystavit většímu riziku dalšího postihu; nesmírně důležité je v tomto prostředí vybudovat důvěru mezi odsouzenými a zdravotnickým personálem. Na druhou stranu, realizaci intervencí, které jsou běžně dostupné na svobodě, může v prostředí věznic negativně poznamenávat veřejné mínění a politická vůle utvářené představou zaslouženosti trestu, který si lidé ve vězení odpykávají (Stöver et al., 2019a).

Budování silné důkazní základny pro adiktologické intervence ve věznicích prostřednictvím operačního výzkumu a evaluací programů hodnotících jejich dopad na vězňené osoby a širší společnost pak může být zdrojem argumentů ve prospěch alokování zdrojů do této oblasti.

## Péče a kontrola

Za péči o osoby pobývající ve vězeňských zařízeních zodpovídají vězeňské orgány. Ty mají také na starosti zajišťování pořádku a bezpečnosti ve vězení, kam také spadá potírání distribuce drog a násilí. Násilí ve vězení se často pojí s užíváním a distribucí drog a minimálně zčásti se v něm odrážejí zúčastněné osoby i prostředí věznic jako takové. V kapitole 7 bylo podrobněji poukázáno na hledání rovnováhy mezi péčí a kontrolou, jež představuje specifickou výzvu při snižování nabídky drog ve vězení, přičemž je důležité mít na paměti, že opatření zaváděná ke kontrole nabídky drog mohou mít pozitivní i negativní dopad na další aspekty života ve vězení. Vězněné osoby jsou schopny rychle přejít na nové praktiky, pokud jde o užívání drog (EMCDDA, 2018).

Do způsobu fungování vězeňských služeb se promítá prudký rozmach užívání nových psychoaktivních látek. Tyto látky se dají snadněji ukrýt než jiné drogy a obtížněji se detekují pomocí stávajících kontrolních systémů. Jejich užívání ve vězení je také spojováno se zvýšenou paranoiou, agresivním chováním a drogovými úmrtími (EMCDDA, 2018). Od roku 2014 se uvádějí rostoucí počty odsouzených užívajících syntetické kanabinoidy jako důsledek specifčnosti drogového trhu ve vězení.

Překážkou otevřené debaty o nových psychoaktivních látkách s vězňnými osobami jsou jejich obavy z prozrazení nezákonného jednání. Při průzkumu prováděném v anglických věznicích bylo zjištěno, že více než 50 % vězňných osob by nevyhledalo pomoc ze strachu z možného postihu a také, že podle jejich mínění, je zájmem dozorců spíše trestat než pomáhat (User Voice, 2016; Johnson, 2019). Je možné, že v tomto kontextu by se dal nedostatek důvěry překonat pomocí peer intervencí, jejichž realizátoři by současně mohli být pro odsouzené pozitivními vzory. Peer-to-peer intervence mohou mít současně širší sociální dopad, neboť přispívají k budování sociálního kapitálu a odolnosti uvnitř deprivovaných komunit (Fletcher, 2012; Johnson, 2019). Díky těmto intervencím lze rovněž zajistit snazší přístup k informacím o nových drogách nebo závislostních chováních, což může zase vězeňskému a zdravotnickému personálu pomoci včas a adekvátně reagovat, vytvářet adresné intervence a poskytovat vězňným osobám relevantní informace. Díky včasné identifikaci nových vzorců užívání drog na základě plošného screeningu lze rovněž včas reagovat na vznikající problémy.

Vězeňské orgány zavádějí širokou škálu opatření k potírání, odhalování a narušování dodávek drog do vězení a jejich následné distribuce mezi odsouzené. Jako doplněk tradičních prohlídek osob, osobních věcí, cel a dalších prostor, jakož i monitoringu a kontroly komunikace mezi odsouzenými v rámci běžného provozu se v některých věznicích zavádějí různé nové technologie, např. drony, pokročilejší zařízení na testování na drogy a tzv. „elektronické nosy“ (kapitola 7). O dopadu těchto opatření však zatím neexistuje dostatek informací. Je proto potřeba provádět další výzkumy, jejichž výsledky by posloužily jako podklad pro politiku a praxi směřující k odrazování osob od účasti na fungování drogových trhů ve vězení. Tlak na jedince směrem k vyhledávání nových drog a jeho touhu po nových drogách lze snižovat prostřednictvím adiktologické léčby. Lepší poznání způsobu vzájemných souvislostí mezi nabídkou drog, adiktologickou léčbou a poptávkou po drogách ve vězeňském prostředí pak může podstatně přispět k udržitelnějšímu a nákladově efektivnějšímu uplatňování protidrogových intervencí ve vězení.

Role příslušníků vězeňské stráže při zajišťování adiktologické léčby a intervencí v oblasti minimalizace rizik se napříč evropskými věznicemi různí a bývá předmětem diskuse (Kolind, 2015). Vězeňští dozorcí pracují v bezprostředním kontaktu s odsouzenými, a proto lépe než kdo jiný rozumí každodenním problémům života ve vězení a jsou schopni v případě potřeby poskytnout podporu. Odpovědnost příslušníků vězeňské stráže za zajišťování pořádku a bezpečnosti nemusí být vždy v souladu s jejich snahou o budování terapeutického vztahu s odsouzeným založeného na vzájemné důvěře a podpoře, což může vést ke konfliktu povinností. Odsouzení nemusejí být navíc ochotni se vězeňským dozorcům se svým nezákonným jednáním svěřovat (Kolind, 2019; Torsten, 2019).

Stále větší počet zemí hledá zřetelnou linii mezi poskytováním zdravotních služeb a každodenním během vězeňského života, která by zamezovala potenciálním konfliktům povinností mezi zajišťováním péče a udržováním kontroly. Za důležitý prvek poskytování kvalitní zdravotní péče ve vězeňských zařízeních se považuje klinická nezávislost zdravotnického personálu, neboť vztah mezi pacienty a poskytovateli péče zde není založen na svobodné volbě a prostředí výkonu trestu může představovat různá úskalí z hlediska poskytování optimální lékařské péče (Pont et al., 2018). Klinická nezávislost také zdravotnickému personálu umožňuje odmítnout podílet se na výkonu kárných opatření.

Tyto obavy jsou jedním z faktorů, které vedou mnohé evropské země k přenesení odpovědnosti za zdravotní péči ve vězení z resortu vnitra na resort zdravotnictví. Ačkoli jsou však prvotní výsledky takového přenesení odpovědnosti za zdravotní péči slibné, bude ještě nutné vyhodnotit a potvrdit, zda mohou tato opatření přispět a již přispívají k lepšímu zdraví vězňených osob a jak dosáhnout pozitivních systémových změn.

## **Alternativní přístupy k řešení problematiky drog ve vězení**

Pro někoho, kdo má zkušenosti s užíváním nelegálních návykových látek v běžném životě, může být pobyt ve výkonu trestu odnětí svobody spojen s množstvím negativních následků, mezi něž patří příležitosti k novým vzorcům užívání drog, expozice infekčním onemocněním, přerušování adiktologické léčby a odloučení od zdrojů sociálního zázemí. Stigmatizace pojící se s trestní minulostí může navíc po propuštění přispět k horší uplatnitelnosti na trhu práce a snížit pravděpodobnost sociální reintegrace.

V evropských zemích se diskutují a zavádějí některá opatření, jež by mohla potenciálně ovlivnit počty odsouzených, neboť by v jejich důsledku došlo ke snížení počtu osob odpykávajících si nepodmíněný trest odnětí svobody nebo jiné formy trestu za užívání drog nebo jiné drogové delikty. Patří sem dekriminalizace užívání drog, rušení krátkodobých trestů v trvání do 12 měsíců (Gjersing, 2019) a zavádění alternativ k donucovacím sankcím.

Autoři nedávné norské studie zpracovávali modely účinků různých scénářů tamější protidrogové politiky. Zjistili, že rušení nepodmíněných trestů za užívání a přechovávání nelegálních drog by vedlo k 18% snížení případů uvěznění, ale že zrušení nepodmíněných trestů odnětí svobody za veškerou drogovou kriminalitu (trestné činy spáchané za účelem podporování užívání drog, delikty spojené s užíváním drog bez ohledu na množství, výrobou a distribucí) by vedlo téměř k 60% snížení případů uvěznění (Gjersing, 2019). V jiných studiích se uvádí, že odklon pachatelů s problémovými vzorci užívání drog směrem



k nápravným opatřením, resp. od trestů spojených s odnětím svobody, může přinést mnohá pozitiva, mezi něž patří předcházení škodlivým dopadům odnětí svobody a úspora nákladů na vězeňský systém (White, 2017).

Alternativní tresty nespojené s odnětím svobody jsou specifickým typem alternativy k donucovacím sankcím zamýšleným jako opatření s retributivním cílem, jehož výkon se realizuje mimo věznici. Zatímco koncept „alternativ k odsouzení či donucovacím sankcím“ klade důraz na cíl reakce dané politiky, v rámci „alternativních trestů nespojených s odnětím svobody“ spočívá důraz na prostředí. Alternativní tresty nespojené s odnětím svobody spočívají v uložení podmíněného trestu, kdy podmínkou je absolvování adiktologické léčby nebo souhlas s podstoupením léčby ve vězení a následným zkrácením pobytu ve vězení (Kruithof et al., 2016).

Alternativy k donucovacím sankcím jsou v Evropě zaváděny v mnoha zemích, kdy zvláštní pozornost je věnována vysoce rizikovým uživatelům drog. Na úrovni dané politiky jsou argumenty ve prospěch implementace těchto opatření vedeny dvěma hlavními směry: minimalizace újmy pro jednotlivce a společnost působené vysoce rizikovým užíváním drog a řešení systémové zátěže pro soudní systém představované neproblémovými uživateli drog, tzn. snižování zátěže pro systém trestní justice upouštěním od stíhání některých drogových deliktů, např. přechovávání návykových látek pro vlastní potřebu. Nejasnosti při výběru jednoho z těchto dvou cílů často vede k rozdílným úhlům pohledu a může vést ke ztrátě politické podpory pro taková nápravná opatření. Ačkoli panuje široká shoda, že hrozba trestu má obecně malý efekt na míru konzumace nelegálních drog, užívání drog a problémy s ním spojené jsou mnohými primárně považovány za věc trestní justice a opatření směřující mimo sféru represivních sankcí stále narážejí na určitý odpor.

Několik evropských zemí se rozhodlo pro široké uplatňování nápravných (rehabilitativních) přístupů. Pokud jsou takové politiky přijaty, jejich realizace často probíhá bez robustního monitoringu či evaluace, přestože investice do takových aktivit by se mohly z dlouhodobého hlediska vyplatit v podobě informací, na jejichž základě lze zvyšovat účinnost a efektivitu implementovaných programů. Avšak i pokud výsledná zjištění nejsou dostatečně průkazná, zdá se, že klíčem k úspěchu je podle všeho i samotná škála možných intervencí, jimiž lze adekvátně reagovat na potřeby osob s různými typy a stupni problémů s drogami (EMCDDA, 2015). Důkazní základnu pro alternativy k donucovacím sankcím je nutné zkvalitňovat pomocí dalších studií, přičemž zvláštní pozornost si zasluhují ty skupiny, které z nich mohou mít největší prospěch, a fáze trestněprávního procesu, v nichž je lze nejlépe uplatnit.

## **Důsledky pro politiku a praxi**

Evropské země mají jedinečnou příležitost zaujmout pragmatický a vědecky fundovaný přístup k zdravotním a sociálním potřebám vězněných osob, které mají problémy s drogami, a pochopit tak dopad otázek pramenících z rozhraní mezi drogami a vězeňským prostředím a přispět k jejich řešení. V následujícím přehledu poukážeme na několik klíčových témat s přesahem do politiky a praxe.

- Podle principu **rovnocennosti péče** a **kontinuity péče** by vězněným osobám s adiktologickým problémem mělo být poskytováno totéž spektrum výzkumem podložených intervencí jako týmž osobám na svobodě, tyto služby by měly poskytovat osoby s odpovídající kvalifikací pro léčbu závislosti (ať už personál věznice nebo externí odborníci) a měly by být uplatňovány mechanismy k zajištění kontinuity léčebné péče, což je zejména důležité u osob s kratšími tresty odnětí svobody.
- Mezinárodní instituce se vyslovují pro **meziřesortní odpovědnost** za správu zdravotní péče ve vězení (metodický pokyn WHO) a zajišťování opatření v oblasti minimalizace rizik (harm reduction) ve vězení (metodický pokyn OSN/WHO).
- **Zdravotní a sociální péče** ve vězení může mít významný dopad na nemocnost a úmrtnost vězeňské populace, jakož i na většinovou společnost, což má celkově významný veřejnozdravotní přínos. Za prvé, přivedením osob s drogovými problémy k léčbě lze snížit míru jejich užívání drog a rizikového chování ve vězení a současně redukovat riziko předávkování po propuštění. Za druhé, plošným nabízením testování na infekční onemocnění při nástupu do vězení a v případě potřeby následnou nabídkou další léčby lze snížit prevalenci infekčních onemocnění ve vězeňské populaci, včetně osob, které mají problémy s drogami.

Mezi hlavní intervence zaměřené na problémy související s drogami ve vězení patří:

- zdravotní prohlídka při nástupu do vězení, včetně vyšetření na možné užívání drog a problémy s ním související
- cílená prevence rizikových faktorů společných jak užívání drog, tak výkonu trestu odnětí svobody, včetně intervencí, které se zaměřují na řešení nejrůznějších negativních zážitků z dětství
- široká škála adiktologických intervencí, včetně OST u osob, které mají problémy s užíváním opioidů
- intervence zaměřené na rizikové chování a infekční onemocnění, včetně opatření v oblasti harm reduction a prevence a léčby infekčních onemocnění – důležitým výchozím bodem může být testování na infekční onemocnění nabízené každému, kdo nastupuje do vězení
- minimalizace rizika předávkování v souvislosti s propuštěním z vězení prostřednictvím celé škály intervencí aplikovaných v rámci přípravy na propuštění, včetně návaznosti léčby a zprostředkování kontaktů na komunitní služby, a aktivity související s prevencí předávkování se zřetelem na poskytování naloxonu pro případné pozdější použití
- příprava na propuštění, jež zahrnuje aktivity na podporu sociální reintegrace osob s drogovými problémy.



- **Alternativy k donucovacím sankcím** se v některých zemích zavádějí ve vztahu k pachatelům trestné činnosti s vysoce rizikovými vzorci užívání drog. Je všeobecně známo, že hrozba trestu lidi od užívání drog neodradí, a naopak některé studie poukazují na možný efekt alternativních opatření směrem k redukci kriminality a užívání drog (Kruithof et al., 2016). Důkazy o efektivitě těchto opatření je třeba zkvalitňovat a rozšiřovat prostřednictvím dalších studií.
- Důležité je posilovat **transfer dobré praxe** shromažďováním a šířením osvědčených intervencí a existujících metodických materiálů pojednávajících o protidrogových intervencích ve vězení.
- Je nutné **navýšit míru realizace efektivních intervencí** a usilovat o plnou implementaci protidrogových intervencí ve vězení, jejichž efektivita je dostatečně prokázána dosažitelným výzkumem.
- **Je důležité zvyšovat kvalitu důkazů** o intervencích v oblasti zdravotní a sociální péče ve vězení a o potřebách vězněných osob s drogovými problémy, včetně minoritních skupin, mezi něž patří ženy, LGBT osoby a cizí státní příslušníci. Data týkající se různých témat ve vztahu k problematice drog a vězeňství v Evropě mohou být podkladem pro analýzy potřeb, plánování služeb a organizaci léčby a poskytovat představu o profilu a potřebách osob s adiktologickými problémy v obecné populaci.
- Navýšení **monitoringu a výzkumných aktivit** ve vězeních je nezbytným předpokladem pro budování důkazní základny nutné k poskytování adekvátních intervencí zaměřených na problematiku drog ve vězení. Má-li být plně využita hodnota shromážděných informací, je důležité dosáhnout sjednocení systému sběru dat napříč jednotlivými evropskými zeměmi, zejména pokud se jedná o porovnatelnost příslušných dat. Platí to pro vzájemné porovnávání zkušeností, problémů a jejich řešení mezi jednotlivými zeměmi i pro snazší sdílení a propagaci příkladů dobré praxe ve vztahu k protidrogovým intervencím v Evropě. Zvyšováním synergie mezi mezinárodními organizacemi se bude dařit eliminovat duplicitu dat a zajistit jejich validitu.

## Bibliografie

- Aebi, M. F. & Tiago, M. M. (2020), *Council of Europe annual penal statistics SPACE I: prison populations survey 2019*, Council of Europe, Strasbourg.
- Borrill, J. & Taylor, D. A. (2009), „Suicides by foreign national prisoners in England and Wales 2007: mental health and cultural issues“, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20(6), pp. 886-905.
- Bosworth, M., Hasselberg, I. & Turnbull, S. (2016), „Imprisonment in a global world: rethinking penal power“, in Jewkes, Y., Bennett, J. & Crewe, B. (eds.), *Handbook on prisons*, Routledge, Abingdon, UK, pp. 698-711.
- Carapinha, L., Guerreiro, C., Ribeiro, C. & Ferreira, L. (2016), *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos 2015*, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Lisbon.

- Council of Europe (2020), *COVID-19 pandemic: urgent steps are needed to protect the rights of prisoners in Europe*, <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/covid-19-pandemic-urgent-steps-are-needed-to-protect-the-rights-of-prisoners-in-europe>, zobrazeno 13. června 2020.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2010), *Treatment and care for older drug users*, EMCDDA Selected Issues, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2015), *Alternatives to punishment for drug-using offenders*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018), *New psychoactive substances in prison*, Rapid Communications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2019), *Drug prevention: exploring a systems perspective*, Technical Reports, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2020), *Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe*, EMCDDA Trendspotter briefing, Lisbon.
- EMCDDA (2021), *Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons: results from an EMCDDA trendspotter study*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014), *Prisons and health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Europpris (2020), *Prevention measures in European prisons*, <https://www.euoppris.org/covid-19-prevention-measures-in-european-prisons/>, zobrazeno 14. června 2020.
- Fletcher, S. W. (2012), *Twelve months in an English prison*, RareBooksClub.com.
- Fuentes, C. M. (2014), „Nobody’s child: the role of trauma and interpersonal violence in women’s pathways to incarceration and resultant service needs“, *Medical Anthropology Quarterly* 28(1), pp 85-104.
- Gjersing, L. (2019), „Decriminalization and possible impact on incarcerations in a cohort of street- and low threshold service recruited illegal substance users“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- Glynn, T. R. & van den Berg, J. J. (2017), „A systematic review of interventions to reduce problematic substance use among transgender individuals: a call to action“, *Transgender Health* 2(1), pp. 45-59.
- Johnson, M. (2019), „Peer to peer approach“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- Jones, M. S., Worthen, M. G. F., Sharp, S. F. & McLeod, D. A. (2018), „Life as she knows it: the effects of adverse childhood experiences on intimate partner violence among women prisoners“, *Child Abuse & Neglect* 85, pp. 68-79.
- Kolind, T. (2015), „Drugs and discretionary power in prisons: the officer’s perspective“, *International Journal of Drug Policy* 26(9), pp. 799-807.
- Kruihof, K., Davies, M., Disley, E., Strang, L. & Ito, K. (2016), *Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes*, European Commission Brussels.
- Maddalena, N. (2019), „Effects of tobacco smoking bans on drug use in prison“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.

- Meroueh, F. (2019), „New hepatitis C treatment among drug users in prison“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- Michel, L., Lions, C., Van Malderen, S., Schiltz, J., Vanderplasschen, W., Holm, K., Kolind, T., et al. (2015), „Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern“, *BMC Public Health* 15(1), 1093.
- Montanari, L., Teltzrow, R., Vanmalderen, S., Ranieri, R., Martín Peláez, J. A., Vandam, L., Mounteney, J., et al. (připravuje se), „The impact of the COVID-19 lockdown on drug service provision in European prisons“, *International Journal of Prisoner Health*.
- Morel-Darleux, J. (2019), „Continuity of care“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- O'Moore, É. (2015), „The community dividend: why improving prisoner health is essential for public health“, *Public health matters*, <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2015/07/06/the-community-dividend-why-improving-prisoner-health-is-essential-for-public-health/>, zobrazeno 9. listopadu 2020.
- Pirona, A., Guarita, B., Montanari, L. & Noor, A. (2015), *Ageing and addiction: challenges for treatment systems*, poster prezentovaný na konferenci Lisbon Addictions konané ve dnech 23-25. září 2015.
- Pont, J., Enggist, S., Stöver, H., Williams, B., Greifinger, R. & Wolff, H. (2018), „Prison health care governance: guaranteeing clinical independence“, *American Journal of Public Health* 108(4), pp. 472-476.
- Singh Bhui, H. (2007), „Alien experience: foreign national prisoners after the deportation crisis“, *Probation Journal* 54(4), pp. 368-382.
- Stöver, H. & Hariga, F. (2016), „Prison-based needle and syringe programmes (PNSP): still highly controversial after all these years“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(2), pp. 103-112.
- Stöver, H., Jamin, D., Sys, O., Vanderplasschen, W., Jauffret-Roustide, M., Michel, L., Trouiller, P., et al. (2019a), *Continuity of care for drug users in prisons and beyond in four European countries: final report*, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt.
- Stöver, H., Meroueh, F., Marco, A., Keppler, K., de la Hoya, P. S., Littlewood, R., Wright, N., et al. (2019b), „Offering HCV treatment to prisoners is an important opportunity: key principles based on policy and practice assessment in Europe“, *BMC Public Health* 19(1), 30.
- Tomita, M. (2019), „Migrants and refugees in prison: challenges for drug related problems and responses“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- Torsten, K. (2019), „Prison officers: tole on drug related issues perspectives from everyday prison work“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- UNODC, ILO (International Labour Organization), UNDP (United Nations Development Programme), WHO (World Health Organisation) & UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2013), *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*, UNODC, Vienna.
- User Voice (2016), *Spice: the bird killer. What prisoners think about the use of spice and other legal highs in prison*, User Voice, London.

- Usieto, E. G. (2019), „E-health in prison“, příspěvek přednesený na odborném setkání „Vězení a drogy v Evropě: budoucí výzvy“ pořádaném EMCDDA 17. a 18. ledna v Lisabonu.
- White, H. (2017), *The effects of sentencing policy on re-offending. A summary of evidence from 12 Campbell systematic reviews*, Campbell Policy Brief, Campbell Collaboration.
- Wephren (Worldwide Prison Health Research and Engagement Network) (2020), <https://wephren.tghn.org/>.
- WHO Europe (World Health Organization Regional Office for Europe) (2020), *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: interim guidance* (dostupné na <https://www.euro.who.int>).

## Zkratky

ADHD	Attention Deficit-Hyperactivity Disorder / porucha pozornosti s hyperaktivitou
ASD	Autism Spectrum Disorder / porucha autistického spektra
CPT	European Committee for the Prevention of Torture / Evropský výbor pro prevenci mučení
ČR	Česká republika
DD	Dual Diagnosis / duální diagnóza
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
EQDP	European questionnaire on drug use among people living in prison / evropský dotazník zaměřený na užívání návykových látek mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody
EFSQ-P	European facility survey questionnaire for the prison setting / evropský dotazník mapující poskytování specifických služeb ve vězeňském prostředí
HA-REACT	Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction / evropský program, který se mimo jiné zaměřuje na harm reduction ve věznicích
HIPED	Health in Prisons European Database / Evropská databáze o zdraví ve vězení
HIPP	Health in Prison Programme (WHO) / Program WHO Zdraví ve vězení
HIV	Human Immunodeficiency Virus / virus lidské imunodeficience
ID	Intellectual Disability / porucha intelektu
LGBT	lesby, gayové, bisexuálové a transgender osoby
NNO	nestátní neziskové organizace
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (UK) / britský Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu
NPL	nové psychoaktivní látky

OSN	Organizace spojených národů
OST	opioidová substituční terapie
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder / posttraumatická stresová porucha
SDG	(UN) Sustainable Development Goal / cíl OSN pro udržitelný rozvoj
SUD	Substance Use Disorder / porucha související s užíváním návykových látek
TBC	tuberkulóza
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime / Úřad OSN pro drogy a kriminalitu
VHB	virová hepatitida typu B
VHC	virová hepatitida typu C
VTOS	výkon trestu odnětí svobody
WHO	World Health Organization / Světová zdravotnická organizace

## **Obrat'te se na EU**

### **Osobně**

Na celém území Evropské unie se nacházejí stovky informačních center Europe Direct. Adresu nejbližšího centra můžete najít na stránkách <http://europa.eu/contact>

### **Telefonicky nebo e-mailem**

Europe Direct je služba, která odpoví na vaše dotazy o Evropské unii. Můžete se na ni obrátit

- prostřednictvím bezplatné telefonní linky: 00 800 6 7 8 9 10 11 (někteří operátoři mohou tyto hovory zpoplatňovat),
- na běžném telefonním čísle: +32 22999696 nebo elektronickou poštou prostřednictvím internetové stránky <http://europa.eu/contact>

## Vyhledávání informací o EU

### On-line

Informace o Evropské unii ve všech úředních jazycích EU jsou dostupné na internetových stránkách *Europa* na adrese: <http://europa.eu>

### Publikace EU

Publikace EU, ať už bezplatné nebo placené, si můžete stáhnout nebo objednat prostřednictvím internetových stránek *EU Bookshop* na adrese: <http://bookshop.europa.eu>. Chcete-li obdržet více než jeden výtisk bezplatných publikací, obraťte se na službu *Europe Direct* nebo na místní informační střediska (viz <http://europa.eu/contact>).

### Právo EU a související dokumenty

Právní informace EU včetně všech právních předpisů EU od roku 1951 ve všech úředních jazykových verzích jsou dostupné na stránkách EUR-Lex na adrese: <http://eur-lex.europa.eu>

### Veřejně přístupná data od EU

Portál veřejně přístupných dat EU (<http://data.europa.eu/euodp/en/data>) umožňuje přístup k datovým souborům z EU. Data lze bezplatně stahovat a opakovaně použít pro komerční i nekomerční účely.



## Základní údaje o této publikační řadě

Publikační řadu EMCDDA *Insights* tvoří tematicky zaměřené materiály, které uceleným způsobem referují o aktuálních výzkumných a odborných poznatcích vztahujících se ke konkrétní problematice v oblasti drog. Tato publikace přináší přehled aktuálních poznatků a nejnovějšího vývoje ve vztahu k problematice užívání drog v evropských věznicích. Tento materiál se podrobně zabývá epidemiologií užívání drog a souvisejících problémů ve vězeňské populaci, zdravotními a sociálními intervencemi, jimiž lze v současnosti problémy s užíváním drog ve věznicích řešit, včetně nejnovějších výzkumem ověřených poznatků o jejich efektivitě, jakož i nabídkou drog ve věznicích a obchodováním s nimi v tomto prostředí. Pojednává rovněž o současných i budoucích výzvách v této oblasti. Tato zpráva je určena činitelům odpovědným za tvorbu příslušných politik a jejich poradcům, specialistům a odborníkům z praxe, výzkumníkům, vědcům a všem, jichž se problematika vězeňství a drog týká.



Evropské monitorovací centrum  
pro drogy a drogovou závislost

## Základní údaje o EMCDDA

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) je ústředním zdrojem informací a všeobecně uznávanou autoritou ve vztahu k problematice návykových látek v Evropě. Již více než 20 let shromažďuje, analyzuje a šíří vědecky fundované informace o drogách a drogových závislostech a jejich následcích. Odborné i laické veřejnosti tak poskytuje celoevropský obraz o situaci ve věcech drog, který vychází z ověřených a vědecky podložených faktů.

Publikace EMCDDA jsou primárním zdrojem informací pro široké spektrum cílových skupin, ať už jsou to činitelé zodpovědní za tvorbu příslušných politik a jejich poradní týmy, odborníci a výzkumní pracovníci zabývající se problematikou návykových látek, či v širším kontextu média a veřejnost. EMCDDA je jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie. Sídlí v Lisabonu.

## Přehled titulů vydaných v edici Institutu pro kriminologii a sociální prevenci od roku 2012

### Ediční řada Studie:

#### 2022

- 472 Holas, J. (ed.) *Research on Crime and criminal Justice in the Czech Republic (selected results of research activities of IKSP in the years 2016–2019).*

#### 2021

- 465 Háková, L. *Zločin a trest v kriminálním zpravodajství.*
- 468 Blatníková, Š., Novopacká, M., Přesličková, H. & Zeman, P. *Kriminální historie pachatelů závažného násilí v ČR.*
- 469 Diblíková, S., Špejra, M. & Vlach, J. *Vyhodnocení procesu spuštění elektronického monitorovacího systému (EMS) v ČR.*
- 470 Scheinost, M., Diblíková, S., Frydrych, J., Háková, L., Holas, J., Hulmáková, J., Kasal, Z., Kudrlová, K., Kutil, L., Šereda, P., Štěpánek, Z., Večerka, K. & Vlach, J. *Analýza trendů kriminality v ČR v roce 2020.*

#### 2020

- 462 Scheinost, M., Barbořík, M., Čáp, J., Diblíková, S., Frydrych, J., Holas, J., Hulmáková, J., Karban, M., Linhartová, H., Martinková, M., Raszková, T., Večerka, K. & Zhřivalová, P. *Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2019.*
- 463 Vlach, J., Kudrlová, K. & Paloušová, V. *Kyberkriminalita v kriminologické perspektivě.*
- 464 Rozum, J., Háková, L., Hulmáková, J., Špejra, M. & Zhřivalová, P. *Zprávy PMS pro účely rozhodnutí v trestním řízení: kvalita, význam, efektivita.*

#### 2019

- 449 Roubalová, M., Holas, J., Kostelníková, Z. & Pešková, M. *Oběti kriminality. Poznátky z viktimizační studie.*
- 452 Tomášek, J., Diblíková, S., Hamplová, N. & Rozum, J. *Rodinné skupinové konference.*
- 453 Zeman, P., Blatníková, Š., Grohmannová, K., Koňák, T., Novák, P., Roubalová, M. & Trávníčková, I. *Uživatelé drog ve vězení – hodnocení účinnosti terapeutických programů.*
- 454 Diblíková, S., Cejp, M., Hulmáková, J., Raszková, T., Roubalová, M., Scheinost, M., Večerka, K. & Zhřivalová, P. *Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2018.*
- 455 Roubalová, M., Grohmannová, K., Trávníčková, I. & Zeman, P. *Možnosti zjišťování míry a struktury sekundární drogové kriminality v podmínkách České republiky.*
- 456 Blatníková, Š. & Zeman, P. *Evidence dat o ochranném léčení a zabezpečovací detenci v ČR – nedostatky a možná řešení.*
- 457 Martinková, M. & Biedermanová, E. *Senioři v České republice jako oběti i pachatelé kriminálních deliktů.*

- 458 Večerka, K., Hulmáková, J. & Štěchová, M. *Mladiství v procesu poruchové socializace.*  
459 Holas, J. *Bezpečí, kriminalita a prevence.*  
460 Tomášek, J., Háková, L. & Kostelníková, Z. *Probace a její efektivita pohledem pachatelů, veřejnosti a médií.*

## 2018

- 447 Diblíková, S., Cejp, M., Hulmáková, J., Pešková, M., Scheinost, M. & Večerka, K. *Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2017.*  
446 Scheinost, M., Cejp, Diviák, T. & Pojman, P. *Trendy vývoje organizovaného zločinu a jeho vybraných forem.*

## 2017

- 440 Zeman, P. (ed.) *Research on Crime and Criminal Justice in the Czech Republic (selected results of research activities of IKSP in the years 2012-2015).*  
441 Tomášek, J., Faridová, P., Kostelníková, Z., Přesličková, H., Rozum, J. & Zhříválová, P. *Zaměstnání jako faktor desistence.*  
443 Karabec, Z., Diblíková, S., Hulmáková, J., Vlach, & Zeman, P. *Criminal Justice System in the Czech Republic. 3rd amended and revised edition.*  
444 Budka, I. *Využití právních nástrojů pro potírání organizovaného zločinu.*  
445 Diblíková, S., Hulmáková, J., Karban, M., Martinková, M., Scheinost, M. & Večerka, K. *Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2016.*

## 2016

- 431 Blatníková, Š., Faridová, P., Vranka, M. *Kriminální styly myšlení: Inventář PICT-cz.*  
432 Marešová, A., Biedermanová, E., Rozum, J., Tamchyna, M. & Zhříválová, P. *Výkon nepodmíněného trestu odnětí svobody – kriminologická analýza.*  
433 Blatníková, Š. *Nebezpečnost a násilí ve vězeňském prostředí.*  
435 Holas, J., Háková, L., Krulichová, E. & Scheinost, M. *Regionální kriminalita a její odraz v kvalitě života obyvatel.*  
437 Diblíková, S., Cejp, M., Martinková, M., Smejkal, V. & Štefunková, M. *Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2015.*  
438 Tomášek, J., Diblíková, S. & Scheinost, M. *Probace jako efektivní nástroj snižování recidivy.*  
439 Rozum, J., Háková, L., Tomášek, J., & Vlach, J. *Efektivita trestní politiky z pohledu recidivy.*

## 2015

- 423 Scheinost, M., Háková, L., Rozum, J., Tomášek, J. & Vlach, J. *Trestní sankce – jejich uplatňování, vliv na recidivu a mediální obraz v televizním zpravodajství. (Teoretické a trestněpolitické aspekty reformy trestního práva v oblasti trestních sankcí III.).*  
424 Marešová, A., Havel, R., Martinková, M. & Tamchyna, M. *Násilná kriminalita v nejisté době.*  
425 Marešová, A., Biedermanová, E., Diblíková, S., Požár, J. & Martinková, M. *Analýza trendů kriminality v ČR v roce 2014.*  
426 Zeman, P., Štefunková, M. & Trávníčková, I. *Drogová kriminalita a trestní zákoník.*

- 427 Večerka, K. & Štěchová, M. *Preventivní praxe po novelizaci zákona o sociálně-právní ochraně dětí.*
- 428 Blatníková, Š., Faridová, P. & Zeman, P. *Znásilnění v ČR – trestné činy a odsouzení pachatelé.*
- 429 Scheinost, M., Válková, H., (eds.) *Sankční politika a její uplatňování. (Teoretické a trestněpolitické aspekty reformy trestního práva v oblasti trestních sankcí IV.).*
- 430 Cejp, M., Blatníková, Š., Háková, L., Holas, J., Trávníčková, I. & Vlach, J. *Společenské zdroje vývoje organizovaného zločinu.*
- 422 Škvain, P. *Zabezpečovací detence z pohledu vybraných zahraničních právních úprav.*

#### **2014**

- 414 Martinková, M., Slavětínský, V. & Vlach, J. *Vybrané problémy z oblasti domácího násilí v ČR.*
- 415 Štěchová, M. & Večerka, K. *Systémový přístup k prevenci kriminality mládeže.*
- 417 Marešová, A., Cejp, M., Holas, J., Martinková, M. & Rozum, J. *Analýza trendů kriminality v roce 2013.*
- 418 Blatníková, Š., Faridová, P. & Zeman, P. *Násilná sexuální kriminalita – téma pro experty i veřejnost.*
- 419 Scheinost, M., Háková, L., Rozum, J., Tomášek, J. & Vlach, J. *Sankční politika pohledem praxe. (Teoretické a trestněpolitické aspekty reformy trestního práva v oblasti trestních sankcí II.).*

#### **2013**

- 403 Košťál, J. *Vybrané metody vícerozměrné statistiky. (Vybrané metody kriminologického výzkumu, svazek 4).*
- 404 Pojman, P. *Ruský a ukrajinský organizovaný zločin.*
- 405 Tomášek, J. *Self-reportové studie kriminálního chování. (Vybrané metody kriminologického výzkumu, svazek 5).*
- 406 Holas, J. *Politický radikalismus a mládež.*
- 408 Zeman, P., Diblíková, S., Slavětínský, V. & Štefunková, M. *Zkrácené formy trestního řízení – možnosti a limity.*
- 410 Scheinost, M., a kol. *Trestní sankce a jejich odraz v praxi, tisku a v názorech veřejnosti. (Teoretické a trestněpolitické aspekty reformy trestního práva v oblasti trestních sankcí I.).*
- 411 Marešová, A., Cejp, M., Holas, J., Kuchařík, K., Martinková, M. & Scheinost, M. *Analýza trendů kriminality v roce 2012.*
- 412 Holas, J. & Večerka, K. *Stát a občan v prevenci kriminality.*

#### **2012**

- 397 Cejp, M. (ed.) *Selected Results of Research Activities of ICSP in the Years 2008-2011.*
- 398 Marešová, A., Cejp, M., Martinková, M., Tomášek, J., Vlach, J. & Zeman, P. *Crime in the Czech Republic in 2010.*
- 399 Večerka, K. *Mládež o kriminalitě a etice každodennosti.*
- 402 Marešová, A., Biedermanová, E., Cejp, M., Holas, J., Martinková, M. & Tomášek, J. *Analýza trendů kriminality v roce 2011.*

## Ediční řada Prameny:

### 2022

471 14. kongres OSN o prevenci kriminality a trestní justici. Kjóto, Japonsko, 7.-12. března 2021.

### 2021

466 *Dokumenty OSN k dopadům pandemie Covid-19 na kriminalitu.*

467 *Zabezpečovací detence a trest odnětí svobody (Empirický výzkum výkonu zabezpečovací detence a trestu odnětí svobody předcházejícího zabezpečovací detenci).*

### 2020

461 *Globální studie o pašování migrantů 2018.*

### 2019

448 Heiskanen, M. & Lietonen, A. *Kriminalita a gender. Studie zaměřená na zastoupení mužů a žen v mezinárodní statistice kriminality.*

450 *Škody působené kybernetickou kriminalitou. Zpráva shrnující hlavní poznatky Pracovní skupiny k nákladům kyberkriminality.*

451 *Příručka k evaluaci. Pokyny k navrhování, provádění a používání nezávislé evaluace v UNODC.*

### 2017

442 UNODC: *Mezinárodní klasifikace trestných činů pro statistické účely.*

### 2016

434 Heiskanen, M., Aebi, M. E., van der Brugge, W., Jehle, J.-M. *Evidence alternativních trestů a zjišťování míry atrice. Metodologická studie komparativních dat v Evropě.*

436 13. kongres OSN o prevenci kriminality a trestní justici. Dauhá, Katar, 12.-19. dubna 2015

### 2015

420 Francis, B., Humphreys, L., Kirby, S. & Soothill, K. *Kriminální kariéra v organizovaném zločinu.*

421 Mendel, R. A. *Mládeži nepřístupno. Argumenty pro snižování počtu odnětí svobody umladistvých.*

### 2014

416 Benes, M. & Astbury, B. (eds.) *Problémy trestního soudnictví: evaluace programů, prevence kriminality, strach z kriminality a recidiva – pohledem australských kriminologů.*

**2013**

- 407 United Nations Office on Drugs and Crime *Odhad nezákonných finančních toků plynoucích z obchodu s drogami a jiného nadnárodního organizovaného zločinu.*
- 409 United Nations Office on Drugs and Crime *Světová zpráva o obchodování s lidmi 2012.*
- 413 European Forum for Urban Security *Pouliční násilí v EU: Skupiny mladistvých a násilí na veřejnosti.*

**2012**

- 395 Cejp, M. (ed.) *Britské strategické dokumenty k prevenci a potírání závažné trestné činnosti.*
- 396 Goodey, J. & Aromaa, K. (eds.) *Trestné činy z nenávisti (příspěvky ze Stockholmského kriminologického sympozia 2006 a 2007).*
- 400 Marešová, A. (ed.) *Trendy kriminality ve světě a nové problémy a reakce v oblasti prevence kriminality a trestní justice.*
- 401 Diblíková, S. (ed.) *Rada Evropy a International Juvenile Justice Observatory k soudnictví nad mládeží.*

**Plné texty všech titulů, publikovaných v edici Institutu pro kriminologii a sociální prevenci od roku 2000, jsou volně dostupné na webu IKSP [www.kriminologie.cz](http://www.kriminologie.cz) v sekci Publikace.**

## **Vězeňství a drogy v Evropě. Aktuální a budoucí výzvy**

Editoři: Linda Montanari  
Luis Royuela  
Ines Hasselberg  
Liesbeth Vandam

Vydavatel: Institut pro kriminologii a sociální prevenci  
Nám. 14. října 12, Praha 5

Určeno: Pro odbornou veřejnost

Design: addnoise.org

Sazba: Metoda s.r.o.

Vydání: první v českém jazyce, prosinec 2022

