Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Výsledek – 11 Nmet
Doporučené klinické postupy v adiktologii pro specifické cílové skupiny a specifické oblasti, a z hlediska dalších metod práce v adiktologii
Adiktologie u osob omezených na svobodě

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii
Číslo projektu: TITSUVCR936
Řešitel projektu: Český adiktologický institut
Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024
Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou.

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

BOX X
ADIKTOLOGIE U OSOB OMEZENÝCH NA SVOBODĚ

Východisko pro poskytování adiktologické péče o vězněné osoby poskytují dva mezinárodně uznávané principy: rovnocennost péče a kontinuita péče (EUDA, 2022).

Mnohé intervence zaměřené na snižování poptávky po návykových látkách, 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 návykových látek a adiktologická prevence, farmakoterapie, včetně opioidové substituční terapie (OST), psychosociální intervence, intervence cílené na infekční onemocnění související s užíváním návykových látek a příprava na propuštění a sociální reintegraci (EUDA, 2022).

Intervence nabízené ve věznicích v rámci prevence a kontroly infekčních onemocnění zahrnují testování, očkování proti hepatitidě typu B, 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 (EUDA, 2022).

1. Charakteristika cílové skupiny

Užívání návykových látek a další formy závislostního chování jsou v prostředí věznic výrazným fenoménem, s nímž se pojí další problémy, jako šíření infekčních onemocnění včetně HIV/AIDS a virových hepatitid (EUDA, 2012; NMS, 2017; EUDA, 2021). Pachatelé trestné činnosti a vězni mají obecně vyšší pravděpodobnost výskytu fyzických a duševních zdravotních problémů než běžná populace. Tyto zdravotní nerovnosti jsou často doprovázeny dalšími sociálními nerovnostmi, což může negativně ovlivnit jejich potenciál k zotavení. Zdravotní problémy mohou předcházet, doprovázet nebo být důsledkem problémového užívání návykových látek. Mezi touto skupinou je mnohem vyšší výskyt zneužívání alkoholu, kouření a dalších návykových látek. V krátkodobém horizontu je také výrazně vyšší prevalence sebepoškozování, sebevražd a úmrtí souvisejících s návykovými látkami, stejně jako dlouhodobá předčasná nemocnost a úmrtnost (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017). Ačkoli mnoho lidí po nástupu do výkonu trestu přestane užívat návykové látky 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 (EUDA, 2022).

Věznice je často vůbec prvním místem, kde se osoby ohrožené závislostním chováním dostávají do kontaktu se sociálními a zdravotními službami (EUDA, 2021). Přechody do prostředí trestního soudnictví, z něj a mezi nimi, např. mezi vazbami a soudy nebo při propuštění z vězení, vytvářejí potenciál pro přerušení poskytování terapeutických služeb a zvyšují riziko recidivy a úmrtí na předávkování.

Silné důkazy o úrovni těchto rizik, kterým lze předcházet, kladou jasnou odpovědnost na všechny odpovědné instituce tak poskytovatele služeb, jak v celospolečenském ohledu, tak ve všech zařízeních pro výkon vazby a trestu odnětí svobody, aby zajistili efektivní a včasnou diagnostiku, předávání informací a koordinaci péče. (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Prostředí věznic je ovšem nutné považovat za kritické místo pro řešení obtíží vysoce rizikových uživatelů návykových látek. Významným společenským přínosem může být zhodnocení situace uživatelů návykových látek a řešení jejich zdravotních a sociálních potřeb před propuštěním z výkonu trestu (EUDA, 2017). Detekce problémů spojených s duševním zdravím a s užíváním návykových látek v kombinaci s péčí založenou na důkazech a principy snižování rizik (harm reduction), mají potenciál zlepšovat stav uživatelů návykových látek, ale také společenství, do nichž se po výkonu vazby či trestu vracejí (Bukten et al., 2020). EUDA (2017) uvádí, že dvěma zásadními principy intervencí ve věznicích je rovnocennost ve srovnání s péčí poskytovanou na svobodě a návaznost péče poskytované na svobodě. To znamená, že v rámci výkonu trestu odnětí svobody musí být zajištěny služby zaměřené na prevenci, minimalizaci rizik a odbornou léči.

Terapie ve věznicích by měla vycházet z několika principů:

- závislostní chování je komplexním, a tedy i zdravotním problémem,
- adiktologická péče pro osoby omezené na svobodě je odpovědností celého státu,
- osoby zbavené svobody mají právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví,
- zdraví vězněných osob je součástí veřejného zdraví (Council of Europe, 2022).

V souladu s mezinárodními standardy by péče v prostředí věznic měly zahrnovat tyto principy:

- terapie a rehabilitace namísto trestání,
- péče v plném souladu s lidskými právy a etickými principy,
- využití všech možných alternativních opatření a možností péče, pokud možno mimo vězení,
- rovnocennost péče a úzká integrace s veřejnými zdravotními službami,
- snižování škod namísto bezpodmínečné abstinence,
- péče založená na důkazech, nikoli na ideologických konceptech,
- péče orientovaná na potřeby konkrétního klienta, nikoli na potřeby a omezení dané instituce (Council of Europe, 2022).

2. Zásady/nezbytné součásti

- **Péče musí být založena na důkladném posouzení a celkovém zhodnocení**; Pro naplánování vhodných intervencí je vhodné zhodnotit anamnézu a také přidružené obtíže či případné komorbidity, tak aby bylo možné sestavit plán péče na základě skutečných potřeb. Efektivní péče zapojuje účastníky do terapeutického procesu, udržuje je v péči po přiměřenou dobu a pomáhá jim naučit se udržovat abstinenci v průběhu času. Může být zapotřebí více epizod péče.

- **Péči je třeba individualizovat na základě charakteristik a potřeb klientů**; Současně by vždy měla být péče založena na práci s motivací ke změně, řešení problémů, budování dovedností v oblasti odolávání užívání návykových látek a kriminálního chování, nahrazení užívání a kriminální činnosti konstruktivním jednáním, zlepšení v oblasti řešení problémů a pochopení důsledků chování. Intervence mohou usnadnit rozvoj zdravých mezilidských vztahů a zlepšit schopnost účastníka komunikovat s rodinou, vrstevníky a ostatními v komunitě. Užívání návykových látek by v průběhu adiktologické péče mělo být pečlivě sledováno. Klienti, kteří se snaží zotavit ze závislosti, mohou prožít relaps nebo se vrátit k užívání návykových látek. Spouštěče relapsu jsou různé, běžné mezi ně patří stres a vztahy s vrstevníky a sociální situace spojené s užíváním návykových látek. Nezjištěný relaps může progredovat v excesivní užívání, ale zjištěný může vytvořit příležitost k terapeutické intervenci a zpracování události tak, aby mohla být zdrojem poučení v budoucnu.

- **Intervence by se vždy měly zaměřovat na faktory spojené s kriminálním chováním a myšlením, jenž je kombinací postojů a přesvědčení, které podporují kriminální životní styl a kriminální chování**; Žádoucí je podporovat změny v myšlení a chování.

- **Po výstupu musí péče vždy plynule navazovat, aby bylo možné udržet dosažené nebo započaté změny**; Věznice může být začátkem terapeutického procesu, který povede k redukci užívání návykových látek. Je vhodné posílení spolupráce trestního soudnictví, poskytovatelů služeb a probační služby a budování sítě služeb, které lze využít po propuštění. Účinné mohou být nepeněžní „sociální posilovače“, jako je uznání pokroku a úsilí, stejně jako odstupňované sankce, které jsou konzistentní, předvídatelné a jasné reakce na chování, které není v souladu s pravidly.

- **Farmakoterapie by měla být dostupná shodně s dostupností na svobodě**; Efektivní užívání léků (metadon, buprenorfin, psychiatrické léky) v indikovaných případech je žádoucí a významně zvyšuje efektivitu péče. Minimálně osobám, které jsou ve vazbě a již užívají substituční léčbu opioidů, by mělo být umožněno pokračovat v medikaci. U ostatních by měl být klinicky řízen nástup abstinenčních příznaků, aby se minimalizovaly symptomy a stres.

Léčba přidružených somatických obtíží jako HIV/AIDS, hepatitida B a C a tuberkulóza je nezbytná (NIDA, 2006).

- **Léčba a péče pro osoby v trestním systému by měla být stejně kvalitní, bezpečná a efektivní jako ta poskytovaná na svobodě**; Měly by být podporovány systémy pro rychlou klinickou komunikaci mezi veřejnou zdravotní péčí a zdravotní péčí v trestním systému, zejména při nástupu a propuštění z vazby či vězení, a to za účelem zajištění kontinuity péče a předepisování léků.

Standardy WHO a UNODC (2020) pro léčbu ve vězeňském prostředí stanovují, že:

- Adiktologická péče by měla být poskytována převážně v rámci zdravotních a sociálních systémů. Měly by existovat účinné mechanismy koordinace s trestněprávním systémem, které usnadní přístup k péči a sociálním službám pro osoby, které přijdou do styku s trestněprávním systémem.
- Účinná péče by měla být dostupná pro osoby, které páchají trestné činy a mají adiktologickou poruchu, a tam, kde je to vhodné, by měla být částečnou nebo úplnou alternativou k odsouzení nebo trestu.
- Vhodné právní rámce by měly chránit léčbu poruch užívání návykových látek, pokud je použita jako alternativa k uvěznění nebo je poskytována v trestněprávním prostředí.
- Trestněprávní prostředí by mělo poskytovat příležitosti pro osoby s poruchami užívání návykových látek, aby mohly získat stejnou úroveň adiktologické, zdravotní a sociální péče, která je dostupná ve společnosti.
- Intervence by neměly být vnucovány osobám s poruchami užívání návykových látek v trestněprávním systému proti jejich vůli.
- Osoby s poruchami užívání návykových látek v trestněprávním prostředí by měly mít přístup k základní prevenci a adiktologické péči, včetně mechanismů pro včasnou identifikaci a doporučení k adiktologické péči; prevenci přenosu krevně přenosných infekcí; farmakologickým a psychosociálním intervencím komorbidních poruch užívání návykových látek, jakož i psychiatrických a fyzických zdravotních stavů; rehabilitačních služeb a propojení s komunitními zdravotními a sociálními službami při přípravě na propuštění.
- Mělo by být zajištěno školení pro zaměstnance trestněprávního systému, včetně pracovníků v oblasti vymáhání práva, pracovníků vězeňského systému a soudních profesionálů, aby rozpoznali zdravotní a psychosociální potřeby spojené s poruchami užívání návykových látek a podporovali léčebné a rehabilitační úsilí.
- Adiktologická péče v trestněprávním systému by měla sledovat stejné důkazy podložené směrnice a etické a profesní standardy jako ve společnosti.
- Adiktologická péče a léčba komorbidních stavů by měla být zásadní součástí sociální reintegrace vězňů s poruchami užívání látek. Dále je třeba zajistit kontinuitu péče ve všech

případech prostřednictvím efektivní koordinace zdravotních a sociálních služeb v komunitách a trestněprávním systému. To sníží riziko relapsu, předávkování a recidivy.

- Veškeré úsilí by mělo směřovat k tomu, aby se snížila zátěž stigmatizace a zabránilo se diskriminaci osob s duševními obtížemi a poruchami užívání návykových látek, které navštěvují zdravotní služby, zatímco jsou v kontaktu s trestněprávním systémem.

3. Popis doporučené praxe

Obecně platí, že péče v systému trestní justice by měla mít stejný standard jako veřejně dostupná péče na svobodě (zásada rovnosti). Měly by existovat vazby mezi trestním systémem a veřejnými službami, aby se zajistila nepřerušovaná návaznost služeb, kontinuita, trvalá udržitelnost a kvalita péče. Vstup do adiktologické péče musí být vždy dobrovolný a založený na informovaném souhlasu klienta. V ideálním případě by osoby účastnící se terapie měly být podle potřeby odděleny od ostatních vězněných osob, aby bylo zachováno terapeutické prostředí. Pokud se lidé v terapeutickém procesu a během zotavování vrátí do vězeňského prostředí, hrozí vysoké riziko užívání návykových látek a recidivy, což může mařit dosažené výsledky. Pokud oddělené nebo samostatné prostředí pro péči není možné nebo dostupné, je důležité snažit se minimalizovat vystavení vnějším rizikovým faktorům (např. rizikovému prostředí) stanovením oddělených časů pro stravování a odpočinek. Při rozhodování o odborné péči je třeba také zohlednit dobu, která člověku zbývá do konce trestu a požadovat, aby klient před propuštěním absolvoval vhodný terapeutický program, nebo aby bylo pokračování v odborné péči zajištěno po jeho propuštění na svobodu (WHO a UNODC, 2020).

3.1 Obecná doporučení

- Proces přijímání, posouzení a zahájení předepisování léků a psychosociálních intervencí by měl být propojen s plánem pokračování péče během věznění ve všech případech adiktologické péče.

- Během první noci ve vězení by měly být řízeny jakékoli vznikající abstinenční příznaky a měla by být posouzena míra rozvoje závislostního chování, související rizika včetně rizika z odnětí a následně poskytovány adekvátní intervence, a to ve všech případech adiktologické péče.

- Pokud je péče ve věznici organizována jako ambulantní může zahrnovat období intenzivní péče, následovaná obdobími méně intenzivní péčí. Zvažte tuto metodu „snížení“ intenzity, která je zvláště vhodná pro jednotlivce přijímající intenzivní léčebné služby ve vězení a kteří, po propuštění stále potřebují léčebné služby, ačkoliv méně intenzivní. Zajistěte, aby postupné snižování intenzity péče záviselo na tom, zda jednotlivci splňují své cíle péče (WHO a UNODC, 2020).

- Pokud je péče ve věznici organizována jako rezidenční měla by být poskytována v oddělených specializovaných jednotkách. Zaměřujte při zvažování rezidenčně organizované péče pozornost zejména na cílové skupiny s vyšší mírou přidružených rizik, pro které je tento typ péče zvláště účinný. Jedná se zejména; mladistvé, ženy a osoby s psychiatrickými poruchami. Zajistěte, aby specializované rezidenční prostředí minimalizovalo kontakt klientů rezidenční péče s ostatními vězněnými. Tento specializovaný prostor také pomáhá řešit problémy důležité pro danou podskupinu (například se zaměřením na traumatizaci žen přeživších násilné a sexuálně násilné činy apod.) (WHO a UNODC, 2020).

- Závislost na opioidech by měla být během prvního dne či noci ve vězení léčena buď pokračováním v substituční terapii, nebo zahájením substituce ve vězení, s pravidelným sledováním a zvýšeným dohledem během prvních pěti dnů stabilizace. Obvykle by neměly být zaváděny povinné režimy pro snižování dávek opioidů u závislých. Abstinenční příznaky ve vězení by měly být aktivně léčeny pomocí náhradní opioidové terapie, doplňkových či symptomatických léků, podobně jako je tomu jinde. Detoxifikace ve vězení by měla být s klienty konzultována, aby si mohli zvážit přínosy a rizika, s ohledem na riziko návratu k užívání opioidů po propuštění.
  Kombinace dvou či více sedativ nebo tlumících léků by měla být během prvních dní používána velmi opatrně, zvláště během první noci.
  Pokračování udržovací léčby ve vězení spolu s plány na plynulé pokračování péče po propuštění je pro osoby s těžkou závislostí po krátkém trestu obvykle nejvhodnějším a nejefektivnějším přístupem. Je vhodné zajistit naloxon při propouštění kvůli snížení možnosti předávkování (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update, Independent Expert Working Group, 2017).

3.2 Doporučení pro diagnostiku

- **Provádějte screening** užívání návykových látek a poruch spojených s užíváním návykových látek u osob, které jsou v kontaktu se systémem trestní justice, nejlépe jako součást širšího zdravotního screeningu. Všechna kontaktní místa v rámci systému trestní justice by měla nabízet příležitosti k provádění screeningu a posouzení zdravotních poruch, včetně poruch způsobených užíváním návykových látek (WHO a UNODC, 2020).
- **Po pozitivním screeningu proveďte komplexní posouzení**. To umožní naplánovat a realizovat následné intervence. Ty jsou nezbytné zejména při zvládání odvykacích syndromů, aby se předešlo zbytečnému utrpení a v některých případech i nebezpečným a život ohrožujícím komplikacím (WHO a UNODC, 2020).
- **Posuzování pravidelně opakujte**. Posuzování je nepřetržitý proces a je vhodné jej opakovat v případě změn, například změny ve vnímané potřebě terapie, při změnách v motivaci nebo změnách zdravotního stavu. Zvláště zvažte riziko sebevraždy u všech fázích posuzování (WHO a UNODC, 2020).

- **Během screeningu se zaměřte zejména na tyto oblasti**:
  - zjistěte, zda existuje bezprostřední riziko ohrožení života, včetně rizika předávkování,
  - posuďte, zda osoba potřebuje okamžitou péči, například kvůli přítomnosti odvykacích příznaků nebo psychóze,
  - hodnoťte, zda vzor užívání návykových látek odpovídá vzoru škodlivého užívání nebo závislosti,
  - zjistěte, zda má osoba zájem o adiktologickou péči,
  - získejte informace o tom, jaké léčebné/terapeutické zkušenosti má člověk z minulosti (WHO a UNODC, 2020).
- **Identifikujte, jaký rozsah intervencí by mohl být účinný**. Zjistěte, jaké typy intervencí jsou dostupné a jejich dostupnost ověřte.
- **Zjistěte, o které z těchto intervencí má klient zájem**.
- **Zhodnoťte, zda existují související zdravotní problémy** (včetně psychiatrických stavů), které je třeba vzít v úvahu.
- **Zjistěte, jaká hrozí právní důsledky v případě, že péče je přijata nebo odmítnuta** (WHO a UNODC, 2020).
- **Naplánujte péči**. Na základě komplexního posouzení vypracujte postup přizpůsobený potřebám přímo realizovatelným v rámci péče a dalších důležitých životních oblastech (zdravotní, sociální, právní) (WHO a UNODC, 2020).
- **Postupujte multidisiplinárně**. Již rámci screeningu a posouzení je vhodná spolupráce odborností, například pro posouzení duálních diagnóz. Provádějte zhodnocení přítomnosti dalších poruch vedle závislostního chování, přičemž je vhodné řešit obě souběžné poruchy jako “primární” v rámci komplexní, flexibilní a individualizované péče (SAMHSA, 2020).

3.3 Doporučení pro psychosociální intervence a psychoterapi

Je doporučeno využívat na důkazech založených intervencí zaměřených na motivační, behaviorální, psychologické a sociální faktory. Bylo prokázáno, že snižují užívání návykových látek, minimalizují související rizika, zvyšují adherenci k terapii, předcházejí relapsu a podporují abstinenci.

Mezi intervence založené na důkazech, které lze aplikovat ve vazebních zařízeních, patří zejména: motivační rozhovory, poradenství a psychoterapie zaměřená na posílení motivace, pobídková terapie, psychoterapeutické přístupy zaměřené na změnu chování, myšlení postoje a rozhodovací procesy, terapeutická komunita a psychoterapie zaměřená na posilování vztahových a společenských vazeb. Dále pak svépomocné skupiny založené na principu 12 kroků. (Council of Europe, 2022).

a. Doporučení pro terapeutickou komunitu

Terapeutická komunita je metoda, kterou lze přizpůsobit využití ve věznici. Zajistěte, aby klienti využívající tuto metodu v rámci vězení byly umístěny v samostatné jednotce se strukturou a službami podobnými srovnatelným programům mimo vězeňské prostředí (WHO a UNODC, 2020).

Za dodržení obecných zásad adiktologické péče využívejte pro výše uváděné intervence doporučení v BOXU III a IV.

3.4 Doporučení pro farmakoterapii

b. Farmakoterapie pro odvykací stav

Pokud nápravné zařízení nemá k dispozici interní kapacity pro odvykání, zajistěte, aby byl dotyčný odkázán na externí zdravotní služby. Nepřipouštějte donucení klientů projít odvykáním bez lékařské péče, takový postup přináší četná rizika, včetně trvalých následků a život ohrožujících stavů. Mimo to je zcela v rozporu s etickými principy. (WHO a UNODC, 2020).

c. Farmakoterapie opioidy

Provádějte screening užívání opioidů a na jeho základě zvažte zahájení nebo pokračování v terapii. Každý uvězněný, bez ohledu na délku trestu, by měl pokračovat v léčbě závislosti na opioidech pomocí substituční terapie opioidy. Substituční léčba u vězeňské populace je účinnou intervencí. Zahájení léčby by mělo proběhnout minimálně 30 dní před propuštěním a měla by být zajištěna následná péče. (ASAM, 2015).

d. Prevence předávkování

Prevence předávkování opioidy je klíčovou intervencí, zejména při propuštění z vězení. Zajistěte, aby pro osoby se závislostí na opioidech bylo zahájení nebo pokračování v léčbě agonisty opioidů ve vězení dostupné a zaměřte se na prevenci předávkování opioidy po propuštění. Aby se snížilo riziko předávkování opioidy po propuštění z vězení, měli by lidé s historií užívání opioidů, stejně jako jejich rodiny a přátelé, být vybaveni naloxonem pro domácí použití, spolu s pokyny a/nebo školením o tom, jak ho použít v případě předávkování opioidy (WHO a UNODC, 2020). Zvýšená pozornost by měla být věnovaná období po nástupu výkonu trestu odnětí svobody a po jeho ukončení.

3.5 Doporučení pro Ochranné léčení a Nařízenou léčbu

Vzhledem k prevalenci osob užívajících návykové látky v prostředí trestní justice je pozornost zaměřena na odklon od klasických trestněprávních opatření. Alternativní přístupy zahrnují využívání povinných nebo dobrovolných léčebných programů, zabezpečovacích detencí, farmakologických a psychosociálních intervencí poskytovaných v různých prostředích včetně zabezpečených nemocnic, věznic a různých forem podpory nebo monitorování během alternativního trestu na svobodě. Povinná léčba je definována jako „jakákoliv forma léčby závislosti, která je nařízena, indikována nebo kontrolována systémem trestní justice“ (Tomlin et al., 2024).

V ČR se klient musí podrobit individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro ochranné léčení (OL), není však dotčeno jeho právo vybrat si z možných alternativ léčby. Zdravotní výkony nesouvisející s OL (např. léčba somatické nemoci) probíhají jako u jiných pacientů (tj. se souhlasem, pokud se nejedná o neodkladné stavy) (Švarc et al., 2018).

Z klinického, právního a etického hlediska zůstává ochranné léčení kontroverzní praxí, a možná ještě více, pokud se uplatňuje u klientů, kteří užívají návykové látky ve velkém množství a

dlouhodobě. Nedostatek konsensu ohledně přínosu OL a odborné neshody ztěžují uplatňování eticky správného klinického rozhodování. Z pohledu klienta vnímaný nátlak spojený se zkušeností, že „není vyslyšen“ může vést k tomu, že se klient cítí bezmocný a nerespektovaný. V souvislosti s nařízenou léčbou klienti uvádějí, že zažívají negativní emoce, například stigma, stud, zneuznání a pohrdání sebou samými. To, jak klienti vnímají nátlak, může záviset na konkrétním druhu použitého nátlaku a na způsobu, jakým je s klienty zacházeno. Míra procesní spravedlnosti, míra zapojení klienta do rozhodování a včasná kultivace pracovního spojenectví s klientem podílet se na definování jeho potřeb snižuje vnímaný nátlak a negativní emoce, zvyšuje motivaci k léčbě a může ovlivnit výsledek léčby (Nicolini et al., 2018). Podle United Nations (2022) by země měly zakázat povinnou léčbu, protože neexistují důkazy o její účinnosti a porušuje zásady lidských práv a lékařské etiky.

Dle Doporučení SNN ČLS JEP k ochrannému léčení (2020) by u spolupracujících nikoliv nebezpečných klientů délka neměla přesáhnout délku standardní léčby závislosti dobrovolných klientů (nejčastější délka takových programů je 3–6 měsíců). U klientů střední úrovně z hlediska spolupráce a bezpečnostních rizik se předpokládá úvodní čas pro adaptaci a pro diagnostiku. Shledá-li se u této úrovně nezájem o spolupráci nebo nemožnost změny, měla by směřovat k ukončení pro neúčelnost nebo změněna na zabezpečovací detenci.

Posouzení připravenosti ke změně je základním vstupním parametrem, který dále určuje, jaké adiktologické postupy budou v práci s klientem s nařízeným OL využívány.

Základní léčebné intervence v rámci výkonu ochranného léčení se v principu neliší od léčebných intervencí klientů podstupujících dobrovolnou léčbu závislosti.

Ukončování OL dle Doporučení SNN ČLS JEP:
Dle stupně motivace klienta a dle jeho spolupráce při výkonu ochranného léčení:
a) propuštění z OL,
b) přeměna na ambulantní formu OL,
c) ukončení OL pro neúčelnost (účelu nelze dosáhnout),
d) přeměna na zabezpečovací detenci,
a to na návrh poskytovatele, státního zástupce, klienta, nebo i bez návrhu.

4. Očekávaný výsledek/přínos pro klienta

Zapojení osob se závislostním chováním do trestního systému nabízí důležité příležitosti pro poskytování zdravotních a sociálních intervencí a péče. Závislost na návykových látkách je spojena s vysokou mírou páchání trestné činnosti a následným rizikem opakovaného zapojení do trestního systému, včetně uvěznění. Snižování tohoto rizika je rozumným klinickým cílem pro mnoho klientů a mělo by být zahrnuto do plánování péče a zotavení. Pomoc při snižování rizika opakovaného páchání trestné činnosti by měla být zohledněna v rámci procesu plánování adiktologické péče a péče o zotavení klientů se závislostí a závislostním chováním.

Očekávaným výsledkem substituční terapie ve vězení je snížení úmrtnosti během pobytu ve vězení a po propuštění, snížení či eliminace injekčního užívání, snížení sebepoškozujícího a sebevražedného chování, zapojení některých klientů do psychosociálních intervencí na podporu jejich zotavení (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Integrované, komplexní přístupy k adiktologické péči a následné péči po propuštění mohou pomoci snížit počet opětovných uvěznění a odsouzení, pokud jsou přizpůsobeny pro populaci vězňů (SAMHSA, 2020).
Cílem terapie by mělo být snížení poptávky po návykových látkách a užívání psychoaktivních látek, zlepšení zdraví a psychosociálního fungování a předcházet nebo omezit škody (Council of Europe, 2022).

Doplňující komentář

Doporučení pro péči o ženy omezené na svobodě jako zvláště ohroženou skupinu

Pro ženy může mít pobyt ve vězení obzvláště neblahý dopad. Ve srovnání s muži plní vězněné ženy mnohem častěji roli osob zajišťujících primární péči o děti, které jsou tak často umisťovány do náhradní péče poté, co ženy nastoupí výkon trestu. 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. Odsouzené uživatelky návykových látek jsou také po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody ve větší míře vystaveny riziku úmrtí spojených s návykovými látkami. Výsledky americké studie zaměřené na úmrtí v souvislosti s návykovými látkami po propuštění z vězení ukazují, že úmrtnost žen na předávkování byla o více než 50 % vyšší než v případě mužů (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 bydlení a čelit dalším obtížím, např. při hledání práce (Douglas et al., 2009).

Důkazy účinnosti

EUDA (EMCDDA, 2021) publikovala tabulku se sílou důkazů o jednotlivých intervencích a jejich účinnosti dle metodiky hodnocení GRADE. Na základě současného poznání a výsledků systematických review vyplývá, že příznivý efekt může mít farmakologická léčba (substituce metadonem) a to například na udržení klienta v péči, na snížení rizikového chování, snížení množství užívané látky či jako způsob, jak předcházet užívání nelegálních látek po propuštění. Příznivý efekt může mít pokračování v substituci i po výstupu. Jako pravděpodobně prospěšné se ukazuje

pokračovat v návazné péči po propuštění, poskytovat výměnný injekční program, k redukci výskytu HIV, HBV a HCV, poskytovat kondomy a lubrikant ke snížení dopadů rizikového sexuálního chování, administrace naloxonu a péče poskytovaná s využitím prvků terapeutické komunity. Příznivý efekt má také testování na infekční nemoci, podpora peer vzdělávání v oblasti přenosu infekčních onemocnění a testování a očkování na HBV během VTOS (EMCDDA, 2021)

I				II				III					IV				V		
a	**b**	**c**	**d**	a	b	c	d	a	**b**	c	d	e	a	b	c	d	a	**b**	c
3.	**1.**								**4.**									**6.**	
	2.								**5.**										

1. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.

2. SAMHSA (2020). Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. TREATMENT IMPROVEMENT PROTOCOL. TIP 42. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

3. Thekkumkara SN, Jagannathan A, Muliyala KP, Murthy P. (2022). Psychosocial Interventions for Prisoners with Mental and Substance Use Disorders: A Systematic Review. Indian J Psychol Med. 2022 May;44(3):211-217. doi: 10.1177/02537176211061655. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35656427; PMCID: PMC9125461.

4. Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M.C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S.A et al. (2016).The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 28 Pages 1-9. DOI: 10.1016/j.drugpo.2015.12.005

5. WHO a UNODC (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and

6. United Nations Office on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Další zdroje

Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Mueller, S. R., & Stern, M. F. (2013). Mortality after prison release: opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. Annals of internal medicine, 159(9), 592–600. https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005

Bukten, A., Lund, I., Kinner, S. et al. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. Health and Justice 8:10.
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), 749–754. https://doi.org/10.1136/jech.2008.080713
EUDA (EMCDDA) (2012). Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Lisbon: EMCDDA.
EUDA (EMCDDA). (2017). Health and social responses to drug problems. A European guide. Luxembourg.
EUDA (EMCDDA) (2021). Prison and drugs in Europe. Current and future challenges. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EUDA (2022), Prison and drugs in Europe: current and future challenges, Publications Office of the European Union, Luxembourg
Nicolini, M., Vandenberghe, J., Gastmans, Ch. (2017). Substance use disorder and compulsory commitment to care: a care-ethical decision-making framework. *Scandinavian Journal of Caring Science.* Doi: 10.1111/scs.12548
NMS (2017). Užívání návykových látek a hraní hazardních her ve vězeňské populaci ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Zaostřeno, 6/2017. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32756/796/Zaostreno_2017-06_v02.pdf
INCB (2018). Report 2018. International Narcotics Control Board. United Nations. Dostupné z: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_E_.pdf
Švarc, J., Páv, M., Papežová, S., Hollý, M. (2018). Ochranné léčení – postupy pro poskytovatele zdravotní péče. Psychiatr. praxi 2018; 19(2): 80–85.
Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (2020). Doporučení SNN ČLS JEP k ochrannému léčení protialkoholnímu, protitoxikomanickému, resp. F63.0. Dostupné z: https://snncls.cz/doporuceni-snn-k-ochrannemu-leceni/
Tomlin, J., Meise, E., Wegner, J., Völlm, B. (2024). Mandatory substance use treatment for justice-involved persons in Germany: a systema*tic* review of reoffending, treatment and the recurrence of substance use outcomes. *Frontiers in Psychiatry,* vol. 14. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1217561
United Nations (2022). Establishing and delivering evidence-based, high-quality opioid agonist therapy services. An operational tool for low- and middle-income countries. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Dostupné z: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/22-10821_eBook_OAT_implementing_tool.pdf

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]