

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Brno 2010**

**Bc. Hana Musilová**

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ  
Institut mezioborových studií Brno

Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu  
odnětí svobody jako základ kvality života

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:  
PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

Vypracovala:  
Bc. Hana Musilová

Brno 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“ zpracovala samostatně, pod vedením pana PhDr. Miloslava Jůzla, Ph.D., s použitím literatury, kterou jsem uvedla v příloženém seznamu literatury a pramenů.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Blansku 26. března 2010

.....

Bc. Hana Musilová

## **Poděkování**

Děkuji panu PhDr. Miloslavovi Jůzlovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi jako konzultant poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Bc. Hana Musilová

# OBSAH

ÚVOD.....	3
Vymezení teoretického rámce základních pojmů .....	6
Seznam použitých zkratk ..... 8	8
<b>1. Poskytování zdravotní péče ve věznicích .....</b>	<b>9</b>
1.1 Trestní právo a zdravotnictví .....	12
1.2 Evropská vězeňská pravidla.....	14
1.3 Zdravotnická zařízení Vězeňské služby.....	16
1.4 Práva a povinnosti odsouzených vzhledem ke zdravotní péči.....	17
1.5 Dílčí závěr .....	21
<b>2. Vězeňské prostředí.....</b>	<b>22</b>
2.1 Vliv vězeňského prostředí na lidské zdraví .....	23
2.2 Zásady hygieny, bezpečnosti, ochrany zdraví a požární ochrany .....	28
2.3 Preventivně výchovné programy .....	29
2.3.1 Harm reduction .....	29
2.3.2 Projekt WHO „Zdravé věznice“ .....	30
2.3.3 Drogová substituční terapie .....	31
2.4 Dílčí závěr .....	34
<b>3. Mimořádné události.....</b>	<b>36</b>
3.1 Agrese .....	36
3.2 Útěky.....	38
3.3 Sebevražednost a sebepoškození .....	38
3.4 Individuální hladovka .....	40
3.5 Vzpoura.....	41
3.6 Zneužití drogy .....	44
3.7 Dílčí závěr .....	47
<b>4. Koncepce zdravotní péče o vězněné osoby.....</b>	<b>48</b>
4.1 Statistika léčebně preventivní péče vězněných osob .....	51
4.1.1 Statistické metody ve výzkumných metodách .....	51
4.1.2 Kvalitativní dotazování .....	53
4.1.3 Kvalitativní rozhovor .....	55
4.1.4 Zařízení zdravotní péče v systému péče .....	58
4.1.5 Metodologie rozhovoru.....	70
4.1.6 Vyhodnocení realizovaných rozhovorů .....	75
4.2 Nejčastější příčiny využívání zdravotní péče u vězněných osob a jejich analýza	82

4.3 Popis současného stavu opatření pro minimalizaci mimořádných událostí.....	85
4.4 Návrhy zlepšení opatření pro minimalizaci mimořádných událostí .....	88
4.5 Dílčí závěr .....	89
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>92</b>
<b>RESUMÉ .....</b>	<b>96</b>
<b>ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>98</b>
<b>CITACE .....</b>	<b>99</b>
<b>LITERATURA A PRAMENY.....</b>	<b>100</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>103</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>104</b>

# ÚVOD

Téma diplomové práce „Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“ jsem si zvolila z důvodu, že jsem téměř 8 let pracovala nejprve jako příslušnice justiční stráže a později jako příslušnice vězeňské stráže ve Vazební věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno. Mohu konstatovat, že mám jisté zkušenosti, s děním ve věznici a s prací s osobami ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody, které jsem po dobu výkonu služby získala. Tyto zkušenosti chci využít při realizaci této diplomové práce.

Zdravotnický personál Vězeňské služby ČR plní své úkoly ve specifických podmínkách. Všeobecně jsou věznice zaměřeny nejen na izolaci obviněných a realizaci programů zacházení s odsouzenými, ale v přímé souvislosti s výkonem vazby a výkonem trestu odnětí svobody, zajišťují diagnostickou a léčebně preventivní zdravotní péči vězněným osobám. Vězeňská služba ČR disponuje dvěma vězeňskými nemocnicemi. Jedna je umístěna ve Vazební věznici Praha – Pankrác a druhá se nachází ve Vazební věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno. Dnem 1.1.2009, jako první takové zařízení v ČR, zahájil svůj provoz Ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno. Zabezpečovací detence je nový typ ochranného opatření pro pachatele závažné trestné činnosti trpícími těžkými psychickými poruchami. Důvodem pro zřízení tohoto ústavu byla snaha zajistit vyšší společenskou ochranu před nebezpečnými jedinci. Zabezpečovací detence, jako nový fenomén v českém vězeňství, je zatím velkou neznámou. Jeho význam ukáže čas a následná praxe.

Mým hlavním úkolem při zpracování diplomové práce bude zmapovat péči o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, především se chci zaměřit na zajištění zdravotní péče ve věznicích, která je realizována prostřednictvím zdravotnických zařízení Vězeňské služby ČR. Chci se dozvědět, na jaké úrovni je zdravotní péče odsouzeným poskytována a zda je dostupná pro všechny vězněné osoby. Následně se chci zaměřit na vězeňské prostředí z hlediska jeho vlivu na lidské zdraví a chci popsat jaké preventivně výchovné programy jsou v současnosti v českém vězeňství dostupné. Nejenže se chci v této práci zabývat zdravotní péčí, ale mým

záměrem je i přihlídnout k mimořádným událostem, které úzce souvisejí se zdravotní péčí v podmínkách vězení. Uvedu mimořádné události, ke kterým nejčastěji ve věznicích dochází a na jednotlivé z nich blíže poukáži.

Jak již vyplývá z názvu diplomové práce, mým hlavním cílem bude popsat, jak je zajištěna péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody v přímé souvislosti s ohledem na kvalitu života v podmínkách vězení. Životní podmínky uvězněných osob lze chápat jako instituci vytvořené komplexní prostředí, v němž jsou prostřednictvím této instituce určitým způsobem uspokojovány nebo neuspokojovány jejich potřeby. Chci zjistit nejčastější příčiny využívání zdravotní péče u vězňů osob. Cílem výzkumu bude stanovit návrhy na opatření v zájmu péče o zdraví vězňů a to na základě zjištění na jaké úrovni je poskytována zdravotní péče v podmínkách vězení.

Pro zpracování diplomové práce využiji několik metod – studium odborné literatury, rozhovory, pozorování, informačních zpráv o mimořádných událostech ve VS ČR a znalostí, které jsem praxí ve Vazební věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno sama získala. Studium statistik bude v předpokládaném rozsahu 7 let, což můžeme považovat za dostatečně reprezentativní statistický soubor dat pro vyhodnocení a formulování závěrů. Tyto závěry můžeme považovat za natolik obecné, že jejich interpretace je významnou složkou pro jejich implementaci do praxe.

V závěru mé diplomové práce chci provést, pomocí tabulek a grafů, vyhodnocení statistik, které zpracuji ze získaných údajů. Dále chci okomentovat významné statistické události, zejména v důrazu na příčiny a dopady těchto mimořádných událostí a na celkové sociálně patologické jevy, projevující se v podmínkách věznic a vazebních věznic.

Vzhledem k danému tématu použiji kvalitativní metody zkoumání, a to zejména proto, že se ve svém výzkumu chci zabývat hledáním odpovědí na své otázky a proniknout do hloubky zkoumaného problému, nikoliv pouze testováním hypotéz. Výzkumná metoda v mé diplomové práci bude kvalitativní průzkum, který chci pojmut jako strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Můj výzkum bude



vycházet z triangulace použitých metod, což je kombinace dotazování, pozorování a obsahové analýzy dokumentů. I když techniku rozhovoru považuji za primární, tak se nechci zaměřit pouze na tuto metodu, ale budu vycházet i ze zákonů uvedených v teoretické části mé práce, které se týkají problematiky zajištění zdravotní péče vězňených osob. Z doplňujících technik pro získání potřebných údajů pak využiji studium dokumentů - statistik o poskytované léčebně preventivní péči vězňeným osobám za období od roku 2002 do roku 2008, tj. za období 7 let. K doplnění informací, které získám především realizací strukturovaných rozhovorů, rovněž použiji obsahovou analýzu dokumentů. K této metodě využiji studium odborné literatury o dané problematice.

## Vymezení teoretického rámce základních pojmů

Pro pochopení dalšího textu je třeba vymezit některé pojmy, které jsou používány v rámci celé diplomové práce a mají pro její pochopení a význam zcela zásadní charakter.

### *Zdraví*

Definice zdraví není pouze jedna, ale existuje jich řada. Za nejznámější definici zdraví lze považovat tu, kterou uveřejnila Světová zdravotnická organizace (WHO–World Health Organization). Dle této definice je zdraví stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti. V této diplomové práci se budu zabývat definicí zdraví ve smyslu schopnosti adaptace jako schopnosti přizpůsobit se prostředí. Tuto schopnost lze považovat za přirozenou lidskou schopnost adaptovat se prostředí. V tomto smyslu je zdraví schopnost pozitivně reagovat na různé nepříznivé situace, s nimiž se člověk ve výkonu trestu odnětí svobody může setkat, tedy schopnost pozitivně reagovat na různé výzvy životního prostředí, které pociťuje ve vězení.

### *Kvalita života*

Kvalita života, je pojem, který je v názvu diplomové práce taky zmiňován a je spojen s vlastním systémem hodnot, s dosahováním cílů určujících směřování života u konkrétní osoby. Definice dle Jara Křivohlavého, ve které jsou oba pojmy uvedeny (zdraví a kvalita života) je také dosti výstižná: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2001, s. 40).

### *Výkon trestu odnětí svobody*

Výkonem trestu odnětí svobody se rozumí výkon trestního opatření odnětí svobody, které je uloženo osobě odsouzené za spáchaný trestný čin. Trest stanoví soud a vykonává se ve věznicích nebo v samotném oddělení vazební věznice. Způsob VTOS upravuje zákon č. 169/1999 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody. VTOS zajišťuje Vězeňská služba České republiky, řízená generálním ředitelem. VS ČR spadá do resortu ministerstva spravedlnosti České republiky. Ve věznicích mohou být zřízena tzv. vězeňská zařízení, jako jsou např. nemocnice nebo specializovaná oddělení pro vězně

s psychopatickou strukturou osobnosti. Jsou to státní instituce zajišťující v celém komplexu zacházení s vězněnými osobami.

### ***Vězeňská služba České republiky***

Vězeňská služba České republiky je ozbrojený bezpečnostní sbor, který zajišťuje výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, jakož i ochranu pořádku a bezpečnosti při výkonu soudnictví a správě soudů, při činnosti státních zastupitelství a Ministerstva spravedlnosti. Má postavení správního úřadu a účetní jednotky. Vězeňská služba byla zřízena s účinností od 1. ledna 1993 zákonem č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stáži České republiky. Vznikla transformací dosavadního Sboru nápravné výchovy, který nahradila.

### ***Zdravotní péče***

Zdravotní péčí se rozumí prevence, ošetřování a zvládání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví využitím služeb zdravotního, ošetřujícího a pomocného personálu. Mezi zdravotnická zařízení patří nemocnice, polikliniky, ordinace lékařů, zdravotnická záchranná služba, hygienická služba, specializované léčebné ústavy, výzkumné ústavy, laboratoře a doprava nemocných, raněných a rodiček.

### ***Dispenzární péče***

Dispenzární péče je aktivním sledováním zdravotního stavu pacienta, ohroženého nebo trpícího onemocněním, které v době zařazování do dispenzární péče nevyžaduje poskytování akutní zdravotní péče, ale z předpokládaného vývoje nemoci lze důvodně očekávat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zachycení může mít zásadní význam pro další léčbu a vývoj onemocnění a včasné zjištění nepříznivého vývoje zdravotního stavu pacienta.

# Seznam použitých zkratk

(vysvětlení uvedených pojmů je podáno v textu)

ČRD – časový rozvrh dne

EVP – Evropská vězeňská pravidla

GŘ VS ČR – Generální ředitelství Vězeňské služby České republiky

KSČ – Komunistická strana Československa

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NGŘ – nařízení generálního ředitele Vězeňské služby ČR

NMS – nařízení ministra spravedlnosti

OPaS – oddělení prevence a stížností

OSN – Organizace spojených národů

PČR – Policie České republiky

PT – počátek trestu

RMS – rozkaz ministra spravedlnosti

RZS – rychlá záchranná služba

SNB – Sbor národní bezpečnosti

V – věznice

VS ČR – Vězeňská služba České republiky

VTOS – výkon trestu odnětí svobody

VV – vazební věznice

VVaÚpVZD – vazební věznice a ústav pro výkon zabezpečovací detence

VVOS – výkon vazby odnětí svobody

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZS – zdravotnické středisko

# 1. Poskytování zdravotní péče ve věznicích

K názornějšímu pochopení problematiky vězeňství na území Čech, Moravy a Slezska považují nejprve za nutné provést seznámení s historií a vývojem organizace zabezpečování a poskytování zdravotní péče pro osoby ve výkonu trestu odnětí svobody.

Tresty existují po celou dobu existence lidstva. Ve středověku poskytovala zdravotní péči vězňům církev, která s městy organizovala tzv. špitály. S organizovanou zdravotní péčí poskytovanou vězňům se setkáváme na konci 18. století. V této době dochází k rušení klášterů a jejich přeměna na trestnice. Vězeňství výrazně ovlivnily i reformy Josefa II, který v roce 1783 zřídil věznici na Špilberku, ve které se začalo se zajišťováním zdravotní péče o vězněné osoby. Byly zavedeny tři stupně výkonu trestu odnětí svobody: těžký žalář, tuhé vězení, obyčejné vězení.

- **Těžký žalář** – takovým vězením byl Špilberk, který byl určen pro nejtěžší zločince. Odsouzení byli umístěni v tmavých celách bez přístupu denního světla, byli přikováni ke zdi a dostávali jen chléb a vodu.
- **Tuhé vězení** – byli zde umístěni recidivisté za spáchání závažných trestných činů. Strava tu byla bohatší oproti těžkému žaláři a cely byly osvětleny.
- **Obyčejné vězení** – pro vězně, kterým byl uložen krátký trest. Většina takových věznic byla v budovách soudů. Vězni denně dostávali teplou stravu včetně masa a mohli je i navštěvovat příbuzní.

Počátkem 19. století byli oddělováni mladiství od dospělých. Dochází k zlepšení stravy, která je v týdnu poskytována 3x formou teplého jídla a z toho jednou týdně vězni dostávali maso. Vězni se jednou za měsíc koupali, jednou týdně holili a jednou měsíčně stříhali. Zvláštní postavení náleželo vězeňskému lékaři, který byl rádcem správy trestnice nejen v otázkách zařízení ústavu (otopu, ventilace, desinfekce), ale se i podílel na vlastním výkonu trestu. Lékař se podílel při ukládání práce a disciplinárního trestu, při žádosti o změnu stravy nebo o jiné zaměstnání apod. Dalším úkolem vězeňského lékaře bylo pozorování duševního stavu trestanců a rozhodování o tom, zda

trestanec, v případě projevení známky duševní choroby, bude umístěn do blázince. V letech 1855-1859 byla vybudována trestnice v Praze na Pankráci, jejíž součástí bylo i nemocniční oddělení pro 80 vězňů.

Po vzniku samostatného Československa došlo k velkému rozmachu vězeňství. Vězni byli vedeni k osobní hygieně. Mohli se vyučit i řemeslům (např. švec, zahradník) při některých věznicích. Do věznic docházeli lektoři, jejichž úkolem bylo kulturně a mravně působit na vězně. Lektoři vedli přednášky o zdravotvědě, historii a dalších zajímavostech. Ve věznicích byly zřízeny knihovny. Vězni mohli i přijímat návštěvy. V roce 1934 schválila Společnost národů Soubor pravidel pro zacházení s vězni. Soubor pravidel obsahoval podmínky zajištění zdravotní péče, požadoval dostupnost léčebně preventivní a odborné lékařské péče, včetně péče stomatologické a psychiatrické.

V období od roku 1945-1955 dochází u nás k odklonu od požadavků Souboru pravidel zacházení s vězni. Od roku 1953 bylo poskytování zdravotní péče ve věznicích v rukou vězeňského personálu Ministerstva národní obrany a později Ministerstva vnitra. Vězeňští lékaři měli nařízeno s léčivem a zdravotnickým materiálem co nejvíce šetřit. Vězni mohli být kázeňsky trestáni za předstírání nemoci. Rok 1948 byl zlomový v systematice budování vězeňství. Ve věznicích byli umisťováni lidé odsouzení za politické delikty a ti, kteří byli nepohodlní tehdejšímu režimu. Po roce 1948 bylo při výběru zaměstnanců vězeňství přihlíženo k jejich členství v KSČ. Ve věznicích byly zřízeny funkce politických pracovníků a byl zajištěn dohled vyšších orgánů KSČ. Samozřejmě, že do věznic i nadále byli umisťováni ostatní kriminální pachatelé. Pozitivum té doby byl vězeňský řád z roku 1950, který zavedl institut přerušování trestu. Tento řád nařizoval, aby odsouzení byli nejméně dvakrát ročně prohlédnuti lékařem a v případě mladistvých vězňů každé dva měsíce.

Až do roku 1964 bylo poskytování zdravotnických služeb vězňům zabezpečováno zdravotnickými zařízeními, které byly součástí jednotlivých Útvarů nápravných zařízení Ministerstva vnitra. V roce 1964 byla ustanovena Zdravotnická správa Ministerstva vnitra ČSR. Lékaři a zdravotní sestry byli podřízeni zdravotnickým oddělením krajských správ SNB, kromě pražských zařízení, jež byla organizována v Ústředním zdravotnickém ústavu MV. Lékaři a zdravotníci byli v rámci správy vyňati z pravomoci vedoucích útvarů nápravných zařízení.

V roce 1969 nápravně výchovné ústavy a věznice přestaly spadat pod Ministerstvo vnitra a byly zahrnuty do rámce Ministerstva spravedlnosti ČSR. V roce 1973 byla zřízena Zdravotnická služba Sboru nápravné výchovy ČSR. Postupně docházelo k doplňování zdravotnického personálu, jehož činnost byla zaměřena mimo poskytování zdravotnických služeb vězňům a i na organizaci a vydávání základních služebních předpisů, sjednocující léčebně preventivní a hygienicko-protiepidemické postupy. Současně bylo zavedeno protialkoholní ochranné léčení u odsouzených. Toto léčení bylo nejprve zavedeno ve dvou nápravně výchovných ústavech, a protože mělo dobré výsledky, tak o rok později již bylo uskutečňováno v šesti nápravně výchovných ústavech. Postupem času na úseku hygienicko-protiepidemické péče docházelo ke zkvalitnění práce. Byla uskutečňována spolupráce mezi zařízením zdravotnické služby Sboru nápravné výchovy a hygieniky.

„Po roce 1989 byla provedena hloubková analýza nedostatků českého vězeňství a příčin jeho stagnace spojená s porovnáním se Standardními minimálními pravidly, Evropskými vězeňskými pravidly, Listinou základních práv a svobod a dalšími mezinárodními předpisy a úmluvami. Rovněž byla provedena komparace s vězeňskými systémy zejména evropských zemí. Na základě této analýzy byla zpracována koncepce rozvoje českého vězeňství, jehož cílem bylo vytvoření moderního vězeňského systému jako speciální formy sociální služby. Návrh vyšel především ze zásad humanizace výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody, jeho depolitizace a demilitarizace“ (Sochůrek, 2007, s. 32). Personální změny a přeorganizování struktury změnilo charakter a poslání vězeňské služby ČR.

Odsouzenému je v podmínkách našeho státu poskytována zdravotní péče jako kterémukoliv jinému člověku. Vězeňská služba ČR disponuje dvěma nemocnicemi. Nelze-li péči odsouzenému poskytnout v některém vězeňském zdravotnickém zařízení, musí být odsouzený střežen v nemocnici, která není vězeňská. V některých případech soud rozhodne o propuštění odsouzeného na svobodu. „Zacházení s odsouzenými v ČR je prováděno v souladu s Listinou základních práv a svobod i doporučeními Rady Evropy v oblastech zacházení s vězněnými osobami a dodržování lidských práv“ (Sochůrek, 2007, s. 37).

## 1.1 Trestní právo a zdravotnictví

Právo na ochranu zdraví je především právo člověka nebýt pouhým objektem péče státu či jiného orgánu o své zdraví. Nelze však tvrdit, že každý je sám odpovědný za své zdraví. Každý jednotlivec má odpovědnost, která spočívá v tom, že nelze ohrožovat zdraví dalších osob. Úlohu zde hraje i koncepce politiky státu, kdy stát má povinnost dbát o to, aby vzájemný vztah jednotlivce a dalších členů státu byl v souladu s touto koncepcí spojenou s ochranou zdraví. Zdravotní péče je vykládána v duchu Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod (článek 6 a 31). Pojmem zdraví se rovněž zabývá zákon o péči o zdraví lidu, ve kterém je uvedena právní úprava poskytování zdravotní a léčebné péče, jakož i vztah pacient versus lékař, včetně odpovědnosti za poskytování této péče a vymezení úkolů ve zdravotní výchově obyvatelstva, vědě a ve výzkumu. Financování zdravotní péče je upraveno zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Platby pojistného na zdravotní pojištění upravuje zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tyto zmiňované zákony a řada dalších upravují problematiku zdravotní péče a dotýkají se poskytování zdravotní péče i o vězněné osoby.

V současnosti se vychází při poskytování zdravotní péče vězněným osobám z těchto právních norem:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MS č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MS č. 109/1994 Sb., kterou se vydává řád výkonu vazby, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů



- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřbnictví a o změně některých zákonů
- Zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi
- Vyhláška MZ č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřbnictví
- Vyhláška MPSV č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře

- Vyhláška MZ č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
- Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami
- Vyhláška MZ č. 342/1997 Sb., kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají
- Vyhláška MV č. 393/2006., o zdravotní způsobilosti
- Vyhláška MZ č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů
- Listina základních práv a svobod č. 2/1993 Sb., ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

## 1.2 Evropská vězeňská pravidla

Z historického pohledu má trestní politika státu své kořeny. Nelze, aby byla nesystémově ovlivňována dočasnými politickými kampaněmi. Česká republika se zapojila do procesu humanizace trestního zákonodárství už jen tím, že dlouhodobě udržuje s evropskými státy spolupráci v sociální, ekonomické a kulturní oblasti. Výkon trestu odnětí svobody nemůže být ovlivňován vůli jednotlivých politiků či politických stran. Rozsáhlý kontext evropský a světový klade na vysokou úroveň zacházení s pachateli trestných činů, a to nejen svým humánním akcentem, ale také propracovaností myšlenek, k nimž se přihlásil i náš stát, jako členský stát Rady Evropy. Náš trestní zákon poskytuje dostatečný rozsah rejstříků trestů a stejně rozsáhlá je i plocha pro tvůrčí uplatnění vězeňské správy, legislativy i řadových členů vězeňského systému. Evropská vězeňská pravidla používají vysoké autority a jsou založena na vysokých morálních hodnotách. Opírají se ve stále větší míře o realizaci moderních vězeňských programů a o globální přístup inspirovaný Stanovami Rady Evropy. Tento přístup v sobě integruje lidskou důstojnost, lidské hodnoty, etické sociální cíle i evropskou vězeňskou filozofii. Je to jakýsi mechanismus práce a činnosti Evropského výboru pro trestní problémy a Výboru pro spolupráci ve vězeňské oblasti. Evropská vězeňská pravidla jsou základem pro řízení vězeňských ústavů.

Obsah Evropských vězeňských pravidel tvoří:

- Standardy zásad pro všechny vězeňské správy. Pravidla podporují důstojnost, lidskost a podmínky života ve vězení.
- Podněcují vězeňské správy, aby vytvářely styl své práce i praxi na zásadě spravedlnosti, kompenzace chyb a na konkrétních zásadách účelu trestu.
- Podněcují k realizaci a vytváření základních kritérií, podle kterých lze posuzovat vězeňské služby jednotlivých zemí.

Základní principy evropských vězeňských pravidel (Sochůrek, 2007, s. 35):

- Se všemi osobami, zbavenými svobody, bude zacházeno tak, aby byla respektována jejich práva.
- Osobám, zbaveným svobody, budou ponechána veškerá práva, která jim nebyla zákonně odňata uložením výkonu trestu nebo vazby.
- Omezení ukládaná osobám, zbaveným svobody, budou v nezbytně minimálním rozsahu a úměrná legitimnímu účelu, pro který byla uložena.
- Vězeňské podmínky, které porušují lidská práva vězňů, nelze ospravedlnit nedostatkem prostředků.
- Život ve vězení se musí co možná nejvíce přibližovat pozitivním aspektům života na svobodě.
- Výkon trestu bude zajišťován tak, aby umožnil osobám, zbaveným svobody, jejich opětné začlenění do svobodné společnosti.
- Je nutno podporovat spolupráci s externími sociálními službami co možná nejvíce i zapojení občanských sdružení do vězeňského života.
- Vězeňští pracovníci vykonávají důležitou veřejnou službu a jejich přijímání, zaškolení a pracovní podmínky jim musí umožnit udržování vysoké úrovně jejich péče o uvězněné osoby.
- Ve všech věznicích musí probíhat státní inspekce a nezávislé kontroly.

Hlavní zásady evropských vězeňských pravidel (Sochůrek, 2007, s. 36):

- Odnětí svobody se má provádět za takových materiálních a mravních podmínek, které zabezpečují respekt k důstojnosti člověka a jsou v souladu s těmito pravidly.

- Pravidla se aplikují nestranně. Nelze diskriminovat na základě rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, politického nebo jiného přesvědčení, národnostního nebo sociálního původu, narození, hospodářského nebo jiného postavení. Je třeba respektovat náboženské vyznání a mravní nařízení skupiny, ke které vězeň náleží.
- Účelem jednání s osobami ve vězení je zachování jejich zdraví a sebeúcty, a pokud to doba výkonu trestu dovolí, rozvíjet jejich osobní pocit odpovědnosti a podporovat ty postoje a dovednosti, které jim pomohou k návratu do společnosti s co největší nadějí vést, po propuštění, soběstačný život respektující zákony.
- Věznice se budou pravidelně kontrolovat kvalifikovanými a zkušenými inspektory jmenovanými příslušným úřadem. Jejich úkolem je zejména to, aby sledovali, zda a jak dalece jsou tyto ústavy vedeny dle platných zákonů a předpisů, cílů vězeňských služeb a požadavků těchto pravidel.
- Se zvláštním ohledem na zákonnost výkonu vazebních opatření se ochrana osobních práv vězňů zabezpečí prostřednictvím kontroly prováděné v souladu s vnitrostátními předpisy soudním nebo jiným řádně ustanoveným úřadem, oprávněným navštěvovat vězně, aniž by spadal pod vězeňskou správu.
- Tato pravidla budou lehce přípustná personálu v národních jazycích. Je třeba učinit je přístupná i pro vězně, a to pokud možno v jazyce, kterému rozumí.

### **1.3 Zdravotnická zařízení Vězeňské služby**

Zdravotnická služba VS ČR plní své úkoly ve specifických podmínkách, ke kterým patří péče o zdraví pracovníků VS ČR a osob ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody. Odbor zdravotnické služby Generálního ředitelství VS ČR je nejvyšším a metodicky řídicím orgánem v rámci VS ČR, v jehož čele je ředitel odboru. Tento odbor tvoří oddělení pro léčebnou, diagnostickou a preventivní péči, oddělení organizační a materiálně technického zabezpečení a oddělení lékařské posudkové činnosti. Všem zdravotnickým zařízením ve VS ČR je metodicky nadřazen odbor zdravotnické služby Generálního ředitelství VS ČR, který koordinuje činnost zdravotnických zařízení VS ČR, řídí zdravotnickou službu, dohlíží na plnění úkolů zdravotnické služby a současně kontroluje její činnost. Úkolem tohoto odboru je

i zajišťování součinnosti s příslušnými orgány Ministerstva vnitra, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva obrany a Ministerstva spravedlnosti. V posudkových sporech a proti rozhodnutí orgánů ochrany veřejného zdraví je hlavním řídicím orgánem. Další úkoly spočívají v řešení stížností na léčebně hygienickou, protiepidemickou a preventivní péči; v navrhování zajišťování kvalifikačních předpokladů pro zdravotnické pracovníky a způsobu jejich doškolování; v navrhování norem vybavování jednotlivých zdravotnických zařízení zdravotním materiálem.

Mezi zdravotnická zařízení VS ČR patří:

- zdravotnické středisko věznice
- lůžková ošetrovna věznice
- střediska ochranného léčení a střediska zvláštní ambulantní péče
- nemocnice VS ČR
- ústavy pro výkon zabezpečovací detence

Mezi oblasti zdravotnické služby patří 4 oblasti, které jsou rozděleny dle uzemní příslušnosti k sídlu oblastní lékařské komise:

- Oblast č. 1: sídlo VV Praha-Pankrác
- Oblast č. 2: sídlo Věznice Všehrdy
- Oblast č. 3: sídlo Věznice Stráž pod Ralskem
- Oblast č. 4: sídlo Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence  
Brno

Každá z těchto oblastí má v působnosti několik věznic či vazebních věznic. Tyto oblasti jsou spádové pro přilehlá zařízení.

## **1.4 Práva a povinnosti odsouzených vzhledem ke zdravotní péči**

Dle zákona č. 555/1992 Sb. o Vězeňské službě a justiční strážní ČR v § 1 písm. j), Vězeňská služba poskytuje zdravotní péči osobám ve výkonu vazby, osobám ve výkonu trestu odnětí svobody, příslušníkům a občanským zaměstnancům Vězeňské služby; v případě potřeby zabezpečuje specializovanou zdravotní péči i mimo vězeňských

zdravotnických zařízení. Další dokumenty zabývající se zdravotní péčí odsouzených je zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., řád výkonu trestu odnětí svobody.

Dle vnitřního řádu, který je součástí každé věznice či vazební věznice, jsou stanovena konkrétní pravidla, dle kterých se zabezpečují některá práva uvězněných. Součástí tohoto řádu je časový rozvrh dne, nabídka základních preventivně výchovných, vzdělávacích, zájmových a sportovních programů. V časovém rozvrhu dne (příloha č. 7), jsou stanoveny ordinační hodiny praktického lékaře pro odsouzené, doba a způsob výdeje léků.

V tomto řádu jsou upravena i pravidla pro poskytování lékařské péče. Odsouzený se k lékaři může nahlásit v pracovních dnech, zpravidla při ranní kontrole cel, oznámením vrchnímu dozorcí nebo jinému zaměstnanci. V době, kdy není ve věznici přítomen lékař, se ošetření odsouzeného provede po příjezdu lékaře lékařské služby první pomoci nebo rychlé zdravotnické pomoci nejbližšího zdravotnického zařízení do věznice nebo v příslušném zdravotnickém zařízení mimo věznici. Jestliže lékař lékařské služby první pomoci nebo zdravotnické záchranné služby nařídí převoz odsouzeného k ambulantnímu ošetření či hospitalizaci do zdravotnického zařízení umístěného mimo věznici nebo hospitalizaci v některém nemocničním zařízení Vězeňské služby, jsou jeho pokyny k provedení tohoto postupu pro orgány Vězeňské služby závazné a musí být splněny bez zbytečného odkladu. Pracující odsouzení, kteří jsou zařazeni do některého z programů zacházení, navštěvují ordinaci lékaře zpravidla mimo svou pracovní dobu a realizaci těchto programů. To se nevztahuje na bolestivé a akutní případy, včetně objednané návštěvy u odborného lékaře.

Odsouzení užívají pouze léky předepsané lékařem a ve stanoveném množství, není jim dovoleno opatřovat sobě nebo jinému jakékoliv léky, které nebyly lékařem předepsány. Odsouzení se koupou v teplé vodě nejméně 2x týdně. Na základě rozhodnutí lékaře nebo pokud to vyžadují hygienické důvody, zajistí věznice koupání častěji (např. u lidí, kteří mají lupénku apod.).

Odsouzení mají právo účastnit se vycházky, která se uskutečňuje ve vymezeném prostoru věznice v trvání nejméně jedné hodiny denně. Tato vycházka může být

z důležitých důvodů omezena nebo zrušena. Pokud je odsouzený nemocný, tak se vycházka koná se souhlasem lékaře.

Při přijetí do věznice se u odsouzených provedou potřebná hygienická a protiepidemická opatření, zároveň je odsouzený povinen podrobit se vstupní lékařské prohlídce včetně nezbytných diagnostických a laboratorních vyšetření. Odsouzený s těžkým zdravotním postižením má právo na to, aby mu byly zajištěny takové podmínky umožňující důstojný výkon trestu.

Pokud je zapotřebí odsouzenému neodkladně poskytnou zdravotní péči, kterou nelze zajistit ve věznici či ve specializovaném zdravotnickém zařízení VS ČR, může ředitel věznice, na dobu nezbytně nutnou, výkon trestu odsouzenému přerušit. Doba přerušování výkonu trestu nepřesahující 30 dnů v kalendářním roce se započítává do doby výkonu trestu a to v případě, že si odsouzený újmu na zdraví nezpůsobil úmyslně.

U vězňených osob s poruchou chování, poruchou duševní nebo s poruchou osobnosti způsobenou užíváním psychotropních látek či s mentální retardací, se přihlíží k závěrům odborného lékařského posouzení těchto odsouzených a k nutnosti individuálního nebo skupinového terapeutického působení. Ve vnitřním řádu věznice je, u této skupiny odsouzených, s přihlédnutím na předchozí uvedené poruchy, zejména stanovena volba obsahu a forma programu zacházení.

Pokud u odsouzeného došlo k úrazu nebo závažně onemocněl a jeho stav vyžaduje hospitalizaci, vyrozumí věznice bez odkladu manželku, družku nebo rodiče odsouzeného, anebo děti, pokud to odpovídá jejich věku a to v případě, že to odsouzený nemůže učinit sám. Není-li těchto osob, vyrozumí věznice osobu, kterou odsouzený určí sám. Dojde-li k úmrtí odsouzeného, věznice vždy vyrozumí bez odkladu některou z výše uvedených osob. Odsouzený má povinnost pokud onemocní, stane se mu úraz nebo je zraněn, tyto skutečnosti neprodleně ohlásit zaměstnanci Vězeňské služby. V případě, že si odsouzený úmyslně způsobil újmu na zdraví nebo jinému úmyslně způsobil újmu na zdraví anebo se opakovaně dopustil porušování léčebného režimu, či zneužil zdravotní péči předstíráním poruchy zdraví, anebo z vlastního rozhodnutí se nepodrobil lékařskému zákroku, ke kterému dal předchozí souhlas či o něho požádal, je povinen nahradit škodu způsobenou VS ČR a to i zvýšené náklady střežení, náklady na

dopravu a předvedení do zdravotnického zařízení vynaložené Vězeňskou službou. Odsouzeným je zakázáno předstírat poruchu zdraví nebo se úmyslně poškozovat na zdraví. U odsouzeného, který je propuštěn z výkonu trestu se opět provádí preventivní výstupní lékařská prohlídka.

Zdravotní péči u osob ve výkonu trestu zajišťuje především zdravotnické středisko ve věznici nebo jiné zdravotnické zařízení Vězeňské služby. Veškeré lékařské prohlídky, mezi než patří vstupní, periodická, mimořádná a výstupní prohlídka, odsouzených musí být prováděny mimo doslech, a jestliže lékař nerozhodne jinak, i mimo dohled zaměstnanců Vězeňské služby s výjimkou zdravotnického personálu.

Vnitřní řád věznice, včetně dalších předpisů a nařízení, stanovuje obsah a formy zacházení s odsouzenými ženami. Zde je přihlíženo zejména k psychickým a fyziologickým zvláštnostem žen, a to i k potřebám těhotných žen, žen krátce po porodu a kojících matek. Pokud matce bylo povoleno ve výkonu trestu odnětí svobody mít u sebe a starat se o své nezletilé dítě, tak tato matka o dítě celodenně pečuje. Celodenní péče ze strany matky zahrnuje především péči o jeho zdraví a o jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj. Úkolem matky je i zajištění stravy, hygieny, praní, žehlení pro dítě apod. Důraz je kladen na to, jak matka aktivně využívá trávení času s dítětem. Je žádoucí, zda tento čas je vyplňován formou vycházek, her, hudebních, sportovních a výtvarných činností odpovídajících věku dítěte a zajišťující rozvoj jeho osobnosti. Veškeré potřeby pro dítě zajišťuje matka z vlastních prostředků. Nastoupí-li do výkonu trestu těhotná žena, tak je vyšetřena odborným lékařem – gynekologem. Každý případ zjištění těhotenství předloží lékař zdravotnického střediska k posouzení příslušné nemocniční lékařské nebo oblastní komisi. Tato komise písemně upozorní místně příslušný soud na změnu zdravotního stavu u odsouzené ženy. V tomto písemném sdělení komise navrhuje přerušení tohoto trestu či upuštění od výkonu trestu.

Obvinění a odsouzení mají právo na uspokojování základních sociálních potřeb a poskytování zdravotní péče a zároveň mají povinnost podrobit se některým omezujícím opatřením. Vězněným osobám nepřísluší právo svobodné volby lékaře, klinického psychologa, zdravotnického zařízení a dopravní služby. Uplatnění svých práv a oprávněných zájmů mohou vězněné osoby uskutečnit podáním stížnosti či žádosti ke státním orgánům České republiky, tak i k mezinárodním orgánům



a organizacím, které jsou na evropské i celosvětové úrovni považovány za součást procesu získávání a prošetřování informací o porušování lidských práv.

## **1.5 Dílčí závěr**

Po roce 1990 bylo zapotřebí přehodnotit vývoj českého vězeňství v předchozích letech, s ohledem na negativní vlivy po roce 1948, ale také s ohledem na úspěchy v oblasti využívání penologie a penitenciární teorie v letech 1969-1980. Za zdroj inspirace lze považovat zkušenosti západoevropského vězeňství, ale i pozitiva ve výsledku vězeňství první republiky. Dnes lze české vězeňství považovat za transformované v tom smyslu, že je akceptován trest odnětí svobody ve smyslu současných vývojových evropských standardů a ve smyslu Evropských vězeňských pravidel. České vězeňství je záležitostí dynamickou, je procesem, který se stále vyvíjí.

Ochrana veřejného zdraví je hlavní a jeden z nejdůležitějších argumentů pro přijetí příslušných opatření. Lidé rozhodující o strategiích a službách ve věznicích, by měli mít k dispozici vedle pozitivních zkušeností v dané věznici i zkušenosti z řady dalších států. Největším problémem veřejné zdravotní politiky, jež čelí všechny společnosti, je epidemie HIV/AIDS a pandemie škodlivého užívání psychoaktivních látek v podobě drog.

## 2. Vězeňské prostředí

Vězeňské prostředí má svá specifika, která nezpochybnitelným způsobem ovlivňují psychiku a sociální chování člověka. Lze konstatovat, že ženy mnohem hůře snášejí stres spojený s uvězněním. Sociální důsledky postihující odsouzené ženy a jejich nejbližší okolí jsou závažné, bohužel mnohdy nenapravitelné. Děti, těchto odsouzených matek, si následky spojené s její nepřítomností nesou dlouho do dospělosti. „Uvěznění člověka (ať vzetí do vazby nebo nástup do výkonu trestu odnětí svobody) je nutné chápat nejen v souvislostech trestního řízení a vymezení pojmu trest ať z hlediska právního, pedagogického či psychologického, ale především z hlediska dopadů na psychiku člověka a jeho život v nejširších souvislostech“ (Sochůrek, 2007, s. 21). Humanizace vězeňství je z úst veřejnosti vnímána jako vytvoření nadstandardních materiálních podmínek ve věznicích. Odsouzení obvykle kritizují podmínky ve věznici, stěžují si např. na zdevastovaný interiér cel, lékařskou službu, na množství a kvalitu stravy atd. V mnoha případech si odsouzení stížnostmi pouze krátí svůj čas. Dochází tak z jejich strany k zneužívání demokracie.

Vězeňská strava je sestavena tak, aby byla odpovídající k udržení zdraví. Přihlíží ke zdravotnímu stavu, věku a obtížnosti vykonané práce u odsouzených. Základní stravní norma je 48,00 Kč na osobu a den. Pro odsouzené pracující, mladistvé a nemocné jsou poskytovány přídatky stravy. Se souhlasem a doporučením lékaře může vězeň dostávat dietní stravu. Tato strava se připravuje za dohledu nutriční terapeutky ve vězeňské kuchyni. Patří jsem např. dieta diabetická, bezlepková, žaludeční, výživná apod. Při sestavování jídelníčku se přihlíží i k požadavkům kulturních a náboženských tradic. Jedná se především o požadavky na vegetariánskou a muslimskou stravu. Odsouzeným se poskytuje strava třikrát denně a to v pravidelných intervalech, z toho s výjimkou neděle dvakrát denně teplá strava. Pokud má být odsouzený eskortován, tak je mu poskytnuta studená strava včetně nápoje. Vyžaduje-li zdravotní stav odsouzeného dietní stravu, tak je přiznána lékařem na dobu nezbytně nutnou, nejdéle jí lze přiznat na dobu tří měsíců. Lékař na základě kontrolního vyšetření rozhoduje o prodloužení doby přiznané diety. Jestliže pominuly důvody přiznání diety nebo pokud vězněná osoba porušuje zásady lékařem stanovené životosprávy, tak se tomuto odsouzenému dieta zruší. Pokud se vězněné osobě vlivem diety výrazně zlepšil zdravotní stav, tak jí tato

dietní strava je přiznána trvale. Pokud věznice není schopna lékařem předepsanou dietu zajistit, tak vězněná osoba se zjištěnou nemocí vyžadující dietu musí být přemístěna na návrh ošetřujícího lékaře do věznice, kde lze tuto předepsanou dietu zajistit.

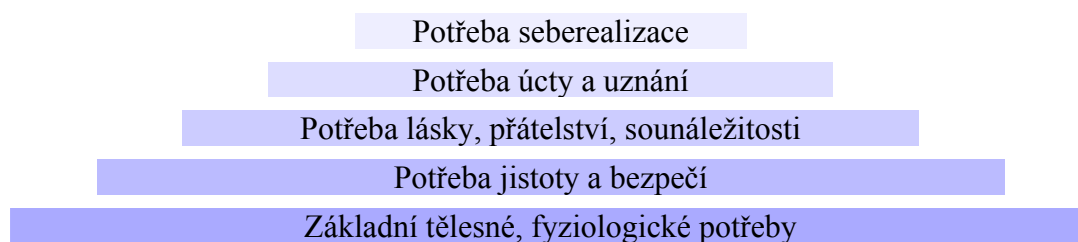
V současné době v českých věznicích je značně aktuální problém přeplnění věznic, který má za následek, že odsouzení jsou umístěni většinou po čtyřech a více na jedné cele. Lze se setkat i s deseti odsouzenými, kteří jsou společně ubytováni na jedné cele. Ubytovaní vězně samostatně či po dvou je výjimkou. Často spolu musejí žít na jedné cele vězni, kteří svými vlastnostmi, charakterem a dalšími aspekty osobnosti se spolu nesnesou. Mezi další faktory patří i nuda či homosexuální vztahy. Problematikou se stává i to, že v našich věznicích přibývá počet uvězněných cizinců.

## **2.1 Vliv vězeňského prostředí na lidské zdraví**

Jedna z definic zdraví hovoří o schopnosti pozitivně reagovat na různé výzvy života, tj. na nepříznivé situace, s nimiž se člověk v životě setkává. Člověk je schopen se přizpůsobit prostředí. Optimální stav zdraví určitého člověka závisí na stavu souboru podmínek, které mu umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny realistické a biologické možnosti.

V podmínkách vězení, nedochází u odsouzených k uspokojování všech potřeb. Neuspokojování potřeb u člověka vytváří stav napětí a nerovnováhy. Existuje řada motivů, které vedou k tendenci udržování a obnovení vnitřní rovnováhy člověka. Narušení vnitřní rovnováhy je vždy nepříjemné, avšak udržování a obnovování je spojeno se stavem radosti, spokojenosti a štěstí. Motivy vyjadřují konfrontaci člověka s požadavky života, tedy i s jeho životními podmínkami. Člověk jako bytost společenská a biologická chce uspokojovat své fyziologické potřeby, ale také chce udržovat hodnotu svého já. Podle hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Maslow (\*1908 - †1970) v roce 1943, má člověk pět základních potřeb, které jsou společné pro všechny lidi. Jeho teorie tvrdí, že v případě uspokojení nižší potřeby se stává dominantní potřeba vyšší.

## Maslowova pyramida potřeb



Na nejnižším stupni jsou fyziologické potřeby, které tvoří základní potřeby a zajišťují člověku přežití. Patří sem potřeba vody, potravy, vzduchu, sexu, přiměřených klimatických podmínek a vše co je potřebné k udržení života. V podmínkách vězeňství lze tvrdit, že u odsouzených dochází k uspokojování potřeb postihující nejnižší stupeň této Maslowovy pyramidy potřeb. Výjimku výše uvedeného tvoří potřeba sexu, která v prostředí vězení není uspokojována, a proto někdy u odsouzených dochází k navozování homosexuálních vztahů. Následující čtyři stupně této hierarchie potřeb nenaplnují plně uspokojování daných potřeb odsouzených. Patří mezi ně potřeby jistoty a bezpečí, které zajišťují a uchovávají existenci člověka. Další je potřeba sounáležitosti, lásky a přátelství, které jsou důležité pro začlenění člověka do nějaké skupiny či celku, kde jde člověku zejména o vytváření dobrých vztahů k ostatním lidem. Potřeby úcty a uznání zajišťují respekt a uznání ze strany ostatních osob. Vrchol pyramidy tvoří potřeba seberealizace, ve které jde o lidskou snahu realizovat svoje schopnosti a záměry. Je to snaha být nejlepším, jakým člověk může být. Dlouhodobé neuspokojování potřeb vede k frustraci.

Na psychický stav člověka mají vliv těžké situace, které člověk zažije. Američtí psychologové Holme a Rahe (1967) zveřejnili výsledky svého studia, které bylo zaměřeno na pozorování stresových situací. Účelem jejich práce bylo uspořádat těžké životní situace podle jejich obtížnosti pro ty, kteří se v nich nacházejí. Použili metodu párového porovnávání, která se používá v psychometrice při škálování. Stupnice těžkých životních situací, která byla výsledkem jejich studia, obsahovala 43 situací seřazených do poměrně nejtěžší situace (100 bodů) po relativně nejlehčí (11 bodů). Zde je výňatek ze stupnice těžkých životních situací:

1. Smrt manžela či manželky.....100 bodů
2. Rozvod.....73 bodů

- 3. Rozchod manželů.....65 bodů
- 4. Odchod do žaláře (uvěznění).....63 bodů
- .....
- 43. Drobné právní přestupky (nezaplacení parkovného, narušení klidu)...11 bodů

**Světelné podmínky** výrazně ovlivňují zdraví a psychiku vězněného člověka. V tomto ohledu je současný stav našich věznic neuspokojivý. Většinu věznic tvoří starší objekty, které byly postaveny před mnoha lety, a proto nelze zajistit denní (přirozené) osvětlení, které by nejlépe vyhovoval fyziologickým a psychickým potřebám člověka. Umělé světlo není proměnlivé, dynamické a ani nemá příznivé spektrální složení. Také je třeba zdůraznit, že všechny zdroje umělého osvětlení nejsou mnohdy ve věznicích využívány. Často jsou vězeňská okna a osvětlovací tělesa zaprášená a neposkytují kvalitní osvětlení. Nekvalitní osvětlení má vliv na zdravotní stav člověka, způsobuje bolesti hlavy, svědění a pálení očí a vede k celkové námaze očí a únavě organismu.

**Psychohygienu** věnuje pozornost barevnému řešení interiérů. Až do roku 1990 byl interiér našich věznic převážně vymalován na zeleno. Z psychohygienického hlediska ve vztahu k lidskému organismu tato barva není příznivá. Tato barva v českém vězeňství reprezentuje předchozí totalitní režim. Vznikla určitá psychologická bariéra, která slábne pozvolna. Barvy mohou ovlivňovat i některé fyziologické ukazatele člověka. Na základě výzkumů bylo zjištěno, že desetiminutový soustředěný pohled na studené barvy zpomaluje frekvenci srdečního tepu a dýchání a také snižuje krevní tlak. U teplých barev je to naopak, zvyšují a zrychlují uvedené fyziologické funkce. Správně zvolená barva v interiéru má vliv na větší chuť do práce, ale také může ovlivnit pokles nemocnosti a zvýšit osobní hygienu. Tmavé a studené prostory se doporučuje zpříjemnit jasnými barvami, z nich je vhodná červená a žlutá. Horké a prosluněné prostory zase naopak studenými barvami, z nichž je vhodná modrá, zelená a černá.

**Hluk** také představuje výrazný stresový faktor vězeňského prostředí. Většina vězeňských objektů je umístěna v blízkosti rušných ulic a silnic. Protože většina objektů je zastaralých, probíhají v nich rekonstrukce a další modernizační stavební práce, které mohou také neúměrně zvyšovat hluk. Vězněné osoby nemohou tomuto hluku uniknout, což vede ke stresu. Nelze opomenout také zvyšování hluku z důvodu přeplnění cel.

Důvody ke spokojenosti nejsou ani v oblasti teploty, prašnosti, vlhkosti a cirkulace vzduchu. Ve vězeňské populaci je velké množství kuřáků, kteří svým kouřením způsobují znečištění prostředí uvnitř věznice. Pokud kuřák v místnosti vykouří jednu cigaretu, tím redukuje počet lehkých záporných iontů na dobu mnoha hodin. Tyto záporné ionty mají pozitivní vliv na lidský organismus. V takovémto zakouřeném prostředí se někteří lidé stávají podrážděnými, vyskytují se u nich problémy v soustředění a zvýšená unavitelnost. Za závažnou skutečnost považují, že se nadměrnému kuřáctví v českých věznicích nevěnuje téměř žádná pozornost.

„Předpokladem účinnosti resocializačního působení je minimalizace nepříznivých účinků výkonu trestu odnětí svobody na psychiku odsouzených“ (Suchý, 1992, s. 35). Společenství vězňů, tedy disociálních jedinců s narušenými sociálními vztahy, tvoří sociální prostředí, ve kterém se trest odnětí svobody vykonává. Toto prostředí, ve kterém je odsouzený začleněn a je s ním v každodenní interakci, nelze označit za prostředí výchovné. Spolužití a seskupování ve věznicích vytváří možnost vzájemného ovlivňování. Toto ovlivňování je společensky nežádoucí a může vést k antisociálním postojům a k utvrzování kriminálních sklonů. „Proces psychické adaptace vězeňskému životu bývá označován jako prizonizace. Přizpůsobení režimu vězeňského ústavu, normám a dogmatům vězeňské subkultury; proces prizonizace se dovršuje, zločinecké sklony vězně se utvrzují, vězeň se stává vůči konvenčním společenským normám relativně imunním“ (Suchý, 1992, s. 35). Délka trestu odnětí svobody je jeden z faktorů, který také určuje stupeň adaptace na vězeňskou subkulturu. Pokud odsouzený jen krátkodobě vykonává trest odnětí svobody je tedy vystaven jen krátkému působení vězeňské subkultury. Adaptace na tuto subkulturu bude malá oproti dlouhodobým trestům odnětí svobody, kdy působení vězeňské subkultury bude značně velké. Důležitou roli zde hraje i fakt, zda se vězeň připojí k některé klice vězňů. Význam tu může sehrát i rozmístění vězňů. Vliv této subkultury bude značný, pokud vězeň bude umístěn mezi typické zločince nebo dokonce mezi zločinecké vůdce. Každý odsouzený ve výkonu trestu podléhá více či méně institucionalizaci. Odsouzený se může zcela adaptovat na podmínky výkonu trestu odnětí svobody akceptací forem organizace. Někdy se může jednat o adaptaci vnější, tedy formální, nezaručující ještě záruku skutečné nápravy odsouzeného. „Vězeňská subkultura má největší vliv ve střední fázi výkonu trestu, kdy vězeň má před sebou perspektivu ještě dlouhotrvající izolace od vnějšího světa a kdy problémy s tím spojené jsou pro něho osobně značně

tíživé. Naproti tomu s blížícím se propuštěním vyvstávají před vězňem problémy spojené s životem na svobodě po výkonu trestu, antisociální postoje vězně ztrácejí na své váze. Tato zjištění však nechávají otevřenou otázku, kteří vězni se v průběhu výkonu trestu oprostí od vlivu vězeňské subkultury, zda jsou to vězni pseudosociálního typu“ (Suchý, 1992, s. 36, 37). Mezi další objektivní faktory, které resocializaci ztěžují, patří to, že odsouzený je izolován od vnějšího společenského prostředí. Jde o společenskou izolaci, ke které dochází již v období před odsouzením. Je vlastně důsledek porušování základních norem společenského soužití. Kolem jedince vzniká společenské vakuum, protože porušuje uznávané zásady vztahů mezi lidmi a je odsouván na okraj společnosti, a tím ztrácí bezprostřední kontakt s lidmi. Vztah jedince mezi společenským prostředím je omezen. Někdy jsou vztahy zcela přerušeny v důsledku jeho trestné činnosti a samotným odsouzením. Mění se společenský status, a dochází ke ztrátě sociálních rolí odsouzeného. Pro odsouzeného to není jednoduchá záležitost vyrovnat se s touto situací. Záleží i na tom, jaké má odsouzený postoje ke spáchanému trestnému činu. Zda trest bere za oprávněný. Nezastupitelnou a důležitou roli hraje vazba na lidi mimo vězeňské prostředí, tedy rodinu, kamarády apod. Pokud odsouzený udržuje sociální kontakty s těmito lidmi i po dobu výkonu trestu, tak je zde šance, aby se začlenil po návratu z výkonu trestu jako rovnocenný člen společnosti. Při dlouhodobé sociální izolaci dochází k deformaci osobnosti. Mezi tyto stavy patří apatie, deprese, neadekvátnost hodnocení skutečnosti apod. Může vzniknout i trvalá deformace osobnosti, při které se upevňují ty reakce a chování, které vznikly po dobu izolace. U některých odsouzených se ve výkonu trestu vyskytují poruchy emocionality, zejména agresivita a hostilita. Tyto poruchy zesilují v podmínkách výkonu trestu a někdy dosahují krizového stádia. Socializace je proces trvalý a probíhá ve vzájemné interakci člověka s ostatními lidmi. Postoje a tendence lidí mu spontánně poskytují vzorce chování a jedinec se učí na ně reagovat a učí se specifickým lidským návykům. Bohužel u odsouzených se tyto vzorce chování většinou nevytvářely tak, jak by bylo žádoucí, aby odpovídaly společensky uznávaným normám. Nové sociálně přijatelné vzorce chování se vytvářejí v průběhu resocializačního procesu. „Žádoucí změny v osobnosti odsouzeného, ke kterým má docházet v procesu penitenciární resocializace, jsou přímo spolupodmíněny vytvářením adekvátního sociálního prostředí. V jeho rámci, pak efektivně realizované skupinové formy práce mohou vést k žádoucí restrukturalizaci osobnosti odsouzených. Právě nedostatky ve vytváření adekvátního sociálního prostředí jsou objektivním faktorem neúčinnosti trestu“ (Suchý, 1992, s. 38).

## **2.2 Zásady hygieny, bezpečnosti, ochrany zdraví a požární ochrany**

Z hlediska bezpečnosti věznic, je zapotřebí dobudovat bezpečnostní systémy a to uplatňováním technických prvků a současně zajišťováním vnitřní bezpečnosti. Vnitřní bezpečnost věznice souvisí se sociálním klimatem uvnitř každé věznice. Sociální klima lze spatřovat především v profesionální úrovni personálu. Je to schopnost personálu předcházet vzniku napětí a schopnost řešit konflikty mírnou cestou. Jen v bezpečné věznici lze realizovat kvalitní a odborné zacházení s odsouzenými. Nelze bezpečnost opomíjet ani preferovat na úkor jiných oblastí.

Veškeré základní povinnosti pro odsouzené vyplývají z obecně závazných právních předpisů upravujících oblast ochrany zdraví, bezpečnosti a požární ochrany. Zásady ochrany zdraví, bezpečnosti a požární ochrany jsou uvedeny ve vnitřním řádě, který je součástí každé cely a odsouzení mají povinnost se s ním seznámit. V tomto vnitřním řádě je uvedeno vše co se týká úpravy vlasů a vousů, ustrojení, úpravy lůžka. Odsouzení jsou povinni dodržovat zásady bezpečnosti a ochrany zdraví při práci včetně protipožárních opatření. Chovat a jednat tak, aby nemohlo dojít ke vzniku úrazu nebo požáru. Odsouzeným je zakázáno přemísťovat nábytek. Mohou tak učinit pouze se souhlasem vrchního dozorce. Jsou povinni hlásit úraz okamžitě vrchnímu dozorce či jinému zaměstnanci věznice. Jsou vedeni i k předcházení ekologických škod tříděním komunálního odpadu. Je jim zakázáno zasahovat do elektroinstalace, televizních přijímačů, anténních rozvodů, rozvodů tepla a vody. Jsou povinni hlásit případné závady a poruchy, aby byly včas odstraněny. Nesmějí narušovat vlastní úpravou a výzdobou cel bezpečnost, pořádek nebo ohrožovat mravnost. Odsouzeným je zakázáno poškozovat zařízení cely, kouřit na lůžku a v prostorách, kde je to zakázáno. Nesmějí používat poškozené či vadné elektrospotřebiče. Elektrické spotřebiče musí mít nehořlavou tepelně izolační podložku a bez povolení zaměstnance věznice je přemísťovat. V případě vzniku požáru jsou povinni požár ohlásit a podle svých možností i uhasit. Pokud je třeba provést evakuaci osob z důvodu požáru, jsou odsouzení povinni uposlechnout příkazu zaměstnance věznice. Elektrická zařízení pod napětím nelze hasit vodou a vodními ručními hasicími přístroji. Odsouzeným je zakázáno poškozovat a zneužívat protipožární techniku. Použité bateriové zdroje jsou



povinni ukládat do nádob k tomuto účelu instalované. Jsou povinni odděleně ukládat nádoby znečištěné ředidly, barvami, ropnými látkami a vyřazené zářivkové trubice. Z hygienických důvodů je odsouzeným zakázáno přechovávat či chovat v celách i dalších prostorech věznice drobné zvířectvo.

## 2.3 Preventivně výchovné programy

V roce 1995 zahájila Evropská kancelář Světové zdravotnické organizace (WHO) projekt „Zdravé věznice.“ Tento projekt byl vytvořen s cílem utvořit síť států z Evropského regionu WHO, které jsou ochotny spolupráce při řešení závažných problému veřejného zdraví v oblasti vězeňství. Po vzájemné dohodě vypracovat směrnice a rozšířit příklady dobré praxe. V roce 1999 Evropská kancelář WHO vydala směrnice o infekci HIV a AIDS ve věznicích. V roce 2002 přijal Regionální výbor WHO pro Evropu usnesení, ve kterém vyzývá členské státy k tomu, aby posilovaly, podporovaly a šířily opatření založená na ověřených poznatcích o vysoce rizikových skupinách, a aby apelovaly v souladu s celostátními strategiemi na šíření těchto poznatků ve všech ohrožených komunitách včetně věznic. Mezi tyto opatření patří prevence, léčba a programy harm reduction.

V současném vězeňství se uplatňují tyto programy:

### 2.3.1 Harm reduction

**Harm reduction** = rozšířené programy výměny jehel a stříkaček, dobrovolné poradenství a testování na HIV, distribuce chlorových dezinfekčních přípravků a kondomů, substituční drogová terapie, diagnostikování a léčba sexuálně přenosných infekcí. V oblasti veřejného zdraví je termín užíván ve snaze předcházet zdravotním negativním důsledkům a tyto důsledky minimalizovat. Cílem harm reduction je v rámci komplexních intervencí v souvislosti s injekční aplikací drog předcházet přenosu HIV a dalších infekcí. Zabránit přenosu, ke kterému dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a pomůcek určených k výrobě drog. V dnešní době si stále více států uvědomuje zdravotní, ekonomický a sociální přínos aktivit harm reduction jak pro jednotlivce i celou společnost. Vzhledem k tomu je třeba vyvinout společné úsilí, které by směřovalo politickou vůli k důslednějším zavádění vědeckých poznatků ze zhodnocení celosvětově realizovaných intervencí do praxe.

### 2.3.2 Projekt WHO „Zdravé věznice“

Projekt WHO „Zdravé věznice“ se zabývá negativními zdravotními důsledky vyplývajícími z uvěznění. Souvisí s dopadem na duševní zdraví, s potřebou snížit riziko předávkování drogami při propuštění z vězení, s rizikem sebevraždy a sebepoškozování a škod z nevhodného umisťování osob. Opatření harm reduction vychází ze zásad veřejné zdravotní politiky a z lidských práv. Veřejná zdravotní politika je činnost, kterou společnost podniká s cílem zajistit podmínky pro zdraví občanů. V rámci lidských práv by měla být uvězněným bezplatně zpřístupněna zdravotní péče, kterou lze považovat za srovnatelnou péči, kterou mají k dispozici všichni lidé. Tato péče by měla poskytovat rovný přístup k opatřením veřejné zdravotní politiky a samozřejmě i k preventivním opatřením. Všechny tyto zásady je nezbytné respektovat i u programů harm reduction ve věznicích. Aby tento program byl úspěšný je důležitá spoluúčast vládních institucí, osob z vlastní zkušeností z tohoto prostředí a personálu věznice jakož i jejich vzájemná spolupráce. Úspěšnost tohoto programu je založena na existenci sociálního, politického a legislativního prostředí, které minimalizuje rizika plynoucí z problémového užívání drog. To vše nepatří pouze do oblasti zdravotní, ale dotýká se i oblasti právní, sociální, kulturní a ekonomické. Realizace je možná v případě zapojení všech úrovní státní správy a samosprávy, nevládních a místních organizací a občanské společnosti. Cílem opatření harm reduction je předcházet negativním zdravotním dopadům injekční aplikace drog, snižovat riziko infekce a zlepšovat nejen svůj zdravotní stav a sociální postavení, ale i sociální a zdravotní podmínky všech členů společnosti. Je třeba přijmout i skutečnost, že mnoho uživatelů drog není schopno v krátkém čase s užíváním psychoaktivních látek přestat. V roce 1990 zavedla řada států ve věznicích preventivní programy. Z 15 států (Rakousko, Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Německo, Řecko, Irsko, Itálie, Lucembursko, Nizozemí, Portugalsko, Španělsko, Švédsko a Spojené království) patřící mezi členy Evropské unie před 1. květnem 2004, tak ve většině z nich, existují předpisy upravující opatření harm reduction. Bohužel v těchto státech nejsou tato opatření uplatňována konzistentně. Výjimku tvoří Španělsko, kde jsou služby harm reduction poskytovány ve všech věznicích. V ostatních věznicích dochází často k tomu, že vězni nejsou informováni např. o očkování proti hepatitidě, nejsou ani řádně proškoleni např. na to jak mají využívat distribuce chlorových dezinfekčních přípravků. Tyto rozdíly mají zásadní význam pro politiku jednotlivých států a také pro dostupnost služeb harm reduction ve vězeňství. Pro všechny preventivní programy je prvořadě nejdůležitější informovanost

věznů i celého personálu věznice. Za tímto účelem by se měly vypracovat vhodné informační materiály, které by měly informovat o rizicích injekční aplikace a možnostech snižování těchto rizik. Toto poradenství je založeno především na přímé komunikaci prostřednictvím terénních pracovníků, zdravotnických a nízkoprahových zařízení. Cílem těchto materiálů je i zamyšlení nad získanými informacemi, které má vést k tomu, aby uživatelé drog reálně změnili své chování. Zásadní význam těchto materiálů je v tom, aby byly začleněny do komplexních programů prevence, léčby a pomoci problémovým uživatelům drog. Je důležité i vzít na vědomí zvláštní potřeby etnických menšin, které se v prostředí věznice také nacházejí. Proto je nezbytné zavést opatření zaměřená na informovanost, vzdělání a vzájemnou komunikaci cizích státních příslušníků. V oblasti harm reduction hraje významnou úlohu úroveň implementace projektu WHO „Zdravé věznice“ do veřejné zdravotní politiky daného státu.

### **2.3.3 Drogová substituční terapie**

**Drogová substituční terapie** = léčba osob závislých na opioidech např. metadonem, předepsaným pod lékařským dohledem. Tyto látky se využívají při udržovací i detoxifikační terapii. Hodně problémů při nástupu do vězení je spojeno s odvykacím syndromem. Často dochází u lidí s odvykacím syndromem k sebepoškozování a násilí. Součástí klinického programu léčby drogově závislých věznů by měla být detoxikace. Lze dosáhnout stabilizace stavu těchto věznů užíváním vhodných léků. Řešení spočívá v řízeném odvykání při nástupu do vězení formou postupné detoxikace. Na detoxikaci navazuje dlouhodobá substituční terapie nebo léčba zaměřená na abstinenci. Úspěšnost terapie nebo léčby spočívá v přizpůsobení potřebám konkrétních pacientů a v individuální aplikaci podle aktuální potřeby. Substituční léčba může předcházet úmrtím způsobených předávkováním a také dalšímu šíření nákazy viru HIV. Metadonová udržovací léčba zlepšuje zdravotní stav HIV pozitivních uživatelů. Substituční udržovací léčba nabízí omezení užívání heroínu a další pozitivní dopady jsou v tom, že dochází ke stabilizaci těchto uživatelů. Z hlediska prevence přenosu HIV a hepatitidy a i z hlediska péče u uživatele drog nakažené HIV/AIDS i jinými nemocemi je substituční léčba nejúčinnější léčbou závislosti na opioidech.

Ve věznicích i vazebních věznicích jsou zřízené **poradny drogové prevence**. Nikdo z vězněných osob v současném českém vězeňství není při řešení problémů

s drogami zanechán bez pomoci. S těmito osobami pracují formou individuální i skupinové terapie lékaři, sociální pracovníci, psychologové a další specialisté. Je vhodné pokud nelze pacientovi nabídnout léčbu vedenou k abstinenci, tak alespoň mírnit škody spojené s pokračováním užívání drog. Odborní zaměstnanci těchto protidrogových poraden plní především tyto úkoly:

- ✓ Zabezpečují primární prevenci s cílem minimalizovat sociální a zdravotní rizika, poskytují odborné poradenství vězněným osobám, motivují uvězněné k dobrovolné účasti na léčbě během výkonu trestu odnětí svobody.
- ✓ Vedou evidenci vězněných osob ohrožených drogou i evidenci uživatelů drog a také těch osob, u kterých byla vyšetřením biologického vzorku zjištěna návyková látka.
- ✓ Navrhují koncepci, týkající se opatření v rámci drogové prevence. Tyto podněty předkládají nejméně jedenkrát za rok.
- ✓ V souvislosti s drogami vyhodnocují mimořádné a krizové události ve věznicích. Na základě rozboru těchto událostí podávají řediteli věznice návrhy bezpečnostních, zdravotnických a výchovných opatření.
- ✓ Spolupracují se státními i nestátními institucemi v oblasti sociální péče (např. protialkoholickými a protitoxikomanickými poradnami, s okresním protidrogovým koordinátorem, církvemi, charitou, Policií ČR v rámci součinnostních dohod).
- ✓ Zajišťují poradenskou a osvětovou činnost pro zaměstnance věznice. U zaměstnanců, kteří přicházejí do styku s vězněnými osobami v oblasti drogové prevence navrhují obsah a formu odborné přípravy těchto zaměstnanců.
- ✓ Koordinují a podílejí se na činnosti jednotlivých oddělení věznice v oblasti drogové prevence. Řediteli věznice předkládají návrhy forem vzájemné spolupráce.

Vězeňská služba zpracovává Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody, který se skládá z oblastí:

- A. Redukce nabídky
- B. Primární prevence
- C. Sekundární a terciární prevence

Redukce nabídky zahrnuje veškerá opatření zaměřená na omezení přísunu drog k potenciálním spotřebitelům. Uplatňuje se zde služební kynologie při odhalování výroby, držení a přepravě drog ve věznicích.

Primární prevence je zaměřená na vzdělávání vězeňského personálu v oblasti drogové problematiky s využíváním odborných publikací vydávané odbornou skupinou pro výchovu ke zdraví Státního zdravotního ústavu.

Sekundární a terciární prevence je poskytování pomoci formou substituční terapie, za účasti lékařů a dalšího odborného personálu.

Ve věznicích se ocitá i velká populace gamblerů (z anglického gamble – hrát o štěstí, hazardovat), tedy mnoho osob s diagnózou patologické hráčství označovanou za diagnózu F 63.0. Lidé trpící touto poruchou většinou přišli o zaměstnání, zadlužili se a porušili zákon tím, že peníze na hazardní hru si opatrovali trestnou činností. Potřeba peněz, jimiž lze hráčský návyk udržovat v chodu, vede u hráčů většinou k protizákonnému jednání. Český, ne zcela běžný, výraz „hráčství“ je překladem anglického „gambling“, což znamená většinou hazardní hru, nikoli tedy hru ve smyslu prosté zábavy, ale hazard. Nejčastějším druhem je pak závislost na výherních automatech, případně na videoloterijních terminálech, které jsou jejich obdobou. Vzhledem k průběhu a důsledku nemoci je patologické hráčství jednoznačně sociálně patologickým jevem, který se často kombinuje s dalšími sociálně patologickými jevy, např. s alkoholismem a s toxikomanií. Patologické hráčství se léčí podobně jako alkoholismus nebo závislost na jiných drogách, protože to je pouze další podoba téhož problému.

„Úkolem prevence je zabezpečovat optimální podmínky tělesného a duševního zdraví a předcházet vzniku nepřiměřených projevů a poruch. Prevence problémů způsobených hazardní hrou a alkoholem nebo drogami má mnoho společného. Je proto výhodné je spojovat a zasadit do širšího rámce povzbuzování ke zdravému způsobu života.

Společnost by měla lidi motivovat, vychovávat a vést, aby žili zdravě. Zdraví patří odedávna k nejcennějším hodnotám každého z nás. Je předpokladem prožití plnohodnotného života, představuje důležitý prostředek pro uskutečnění nejrůznějších lidských tužeb, cílů a přání. Jak jsem již zmiňovala definici Světové zdravotnické

organizace (WHO) je zdraví charakterizováno jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady. Zdraví je více než tělesné zdraví, vedle faktorů biologických zahrnuje i faktory společenské“ (Musilová, 2006, s. 38).

Vězeňství se musí zabývat nejen represí a řešení důsledků něčeho závadného, ale jeho úkolem je též působit preventivně a výchovně. Jako hlavní úkoly prevence ve vězeňství můžeme označit:

- Dbát o aktivní duševní hygienu ve vězeňství. Posílit kooperaci mezi lidmi, rozvíjet duševní zdraví a odolnost proti zátěži.
- Podchytit disociální a predelikventní chování v počátcích a tomu přizpůsobit výchovu budoucích pedagogů a celého personálu pracujícího ve věznicích.
- Zvládnout resocializaci a reedukaci odsouzených a nabídnout pomoc při návratu do běžného života, tedy při odchodu z vězení.

„K důležitým zásadám preventivního působení na odsouzené patří také:

- dobře znát cílovou skupinu;
- jednat na partnerské úrovni (přitom zachovat autoritu);
- navodit atmosféru důvěry;
- spojovat teoretické informace s realitou (se životem);
- nezastrašovat, vážit míru nebezpečnosti daného jevu;
- pružně reagovat na vzniklé situace;
- klást důraz na autentičnost (nehrát divadlo).“ (Musilová, 2006, s. 43).

## 2.4 Dílčí závěr

Předpokladem účinnosti resocializačního působení je minimalizace nepříznivých účinků výkonu trestu odnětí svobody na psychiku odsouzených. Jako další objektivní faktory, které resocializaci stěžují lze označit i to, že odsouzený je izolován od vnějšího společenského prostředí. Jde zejména o společenskou izolaci, ke které dochází již v období před odsouzením.

U některých odsouzených se ve výkonu trestu vyskytují poruchy emocionality, zejména agresivita a hostilita. S těmito jevy pak souvisí vnitřní bezpečnost věznice, na které se podílí i souvislost se sociálním klimatem uvnitř každé věznice. Jen v bezpečné věznici lze realizovat kvalitní, odborné a humánní zacházení s odsouzenými odpovídající standardům 21. století. Mezi opatření patří prevence, léčba a programy harm reduction.

### 3. Mimořádné události

Mimořádné události = významné narušování řádného výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody různými excesy v podobě vzpoury, útěků, agrese vůči personálu věznice, agrese proti spoluvězňům, sebepoškozování, sebevraždy, šikanování a hladovky. Každá taková událost znamená negativní zásah do duševní rovnováhy participujících účastníků spojené s rizikem somatických a psychických následků. Současné moderní vězeňství se snaží prostřednictvím prevence předcházet těmto nežádoucím jevům tím, že hledá a nachází účinné přístupy k řešení již vzniklých mimořádných událostí.

#### 3.1 Agrese

Agrese je podmiňována traumatizací vnitřních konfliktů a obranných mechanismů. V podmínkách vězení se vyskytují různé formy agresivního chování, které jsou spojeny se soustředěním velkého počtu osob na malém prostoru, s velkou kumulací problémových jedinců, s vnitřní organizovaností života ve vězení, se ztrátou soukromí a intimity a celkově s dlouhodobým pobytem s lidmi, které si jedinec sám nemůže vybrat a ani nemůže od jejich přítomnosti uniknout. Jak v běžném životě, tak i ve vězení se vyskytují všechny typy agrese. V penitenciárním prostředí základní dělení agrese je podle objektu agrese: (Sochůrek, 2007, s. 24)

- agrese vězně vůči zaměstnancům
- agrese mezi vězni navzájem
- agrese zaměstnance vůči vězňům
- agrese mezi zaměstnanci
- šikana

„Prevencí agrese je profesionální výkon služby, nepodceňování systému bezpečnostních zásad a dobrá znalost osobností vězňů s pozorování jejich chování. Stejně nesprávné by však bylo vyvolávat přehnanými bezpečnostními opatřeními zbytečné napětí ve věznicích. Moderní penologická pravidla směřují k tomu, aby vězeň



získal při výkonu trestu co největší míru soukromí a svobody, které však nemohou být na úkor bezpečnosti“ (Sochůrek, 2007, s. 25).

Fyzický útok vůči zaměstnanci může být předem připravený a plánovaný. V tomto případě se jedná o přepadení nebo pokus s cílem získat klíče, výzbroj apod. Další forma této agrese vůči zaměstnanci je tzv. reaktivní, formou hněvivé agrese při konfliktu s vězněm. K této agresi dochází např., pokud je vězni zamítnuta jeho žádost, i když tato byla zamítnuta v souladu s právem. Jenže to vězeň nechce a mnohdy nehodlá akceptovat.

Fyzická agrese mezi vězni navzájem je častější než zmíněné agrese vůči vězeňskému personálu. Nejčastější příčiny agrese mezi spoluvězni je momentální hádka, vzájemná nesnášenlivost, dluhy, či podezírání vězňů navzájem mezi sebou, že některý donáší informace vězeňskému personálu o jejich rozepřích. Další příčiny jsou žárlivost, šikana, boj o pozici ve skupině vězňů a také to, že bývalí společníci mají strach, že jeden nebo druhý mu ublíží svojí výpovědí. Úlohou psychologa ve věznici je monitorovat psychosociální situaci na celách a navrhnout preventivní opatření s cílem optimalizace vhodného složení všech cel a úseků. Tuto činnost provádí za vzájemné spolupráce s dozorci, vychovateli a dalšími spolupracovníky. Prevencí všech nežádoucích jednání ve vězení je smysluplné naplnění každého dne. Toto smysluplné naplnění by mělo být zajištěno prací, vzdělávacími, sportovními a dalšími vhodnými aktivitami.

Šikana ve vězení se vyskytuje v podobě fyzického násilí, psychického nátlaku a vydírání. Jde o násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci. Tento jedinec nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit. Tato agrese vůči němu se opakuje a stupňuje. Při hledání příčin šikanování je důležité analyzovat sociokulturní faktory, praxi, normy a postoje určující každodenní jednání a fungování věznice jako instituce, ve které k šikanování dochází. Šikanovanými jedinci, tedy oběti ve výkonu trestu odnětí svobody, jsou převážně tělesně slabí, mentálně retardovaní, vězni odsouzení za pohlavní zneužívání, vraždy dětí nebo starých osob, příslušníci jiné než bílé rasy, jedinci s jinou sexuální orientací, osoby silně věřící, ale také ti, kteří vykonávají trest odnětí svobody poprvé. „Šikana ve vězení vykazuje vysokou latenci. Oběti často vědí, že jde o přechodnou záležitost nebo se snaží uniknout

do nemocnice, do jiného kolektivu, na jinou celu nebo ubytovnu apod. Většinou se nechtějí stát donašeči, udavači, ve vězeňském slangu „bonzáky“, a proto odhalení šikany bývá dlouhodobou záležitostí. Šikana, podobně jako další sociálně patologické jevy a formy chování (násilí, ničení a vandalismus, drogy apod.) jsou v kriminální subkultuře mnohdy favorizovány, jejich nositelé proto nenarážejí častěji ve vězeňských kolektivech na jednoznačný a otevřený korigující odpor“ (Sochůrek, 2007 s. 29).

### **3.2 Útěky**

Při vyšetřování útěků vězňů jsou většinou nalezeny nedostatky v činnosti konkrétních příslušníků Vězeňské služby. Řešení lze hledat ve speciálním výcviku strážných a dozorců s přihlédnutím na aspekt udržení vnímavosti k okolnímu prostředí, ale i v pokračování a zavádění signalizační a střežící techniky do věznic i vazebních věznic. Útěky jsou mimo jiné spojeny i s výkonem práce u odsouzených mimo areál věznice. Nejedná se o útěk v pravém slova smyslu, ale o svévolný odchod z nestřeženého pracoviště mimo věznici. Výjimečné není ani zneužití volného pohybu v případě vycházky mimo věznici nebo v souvislosti s povolením návštěvy mimo věznici. Nelze zakázat vycházky a práci mimo areál věznice, protože by to bylo v rozporu se základním cílem zacházení s vězni. V tomto ohledu hraje důležitou úlohu osobní odpovědnost penitenciárních psychologů, kteří minimalizují případy těchto odchodů vězňů a to pečlivým výběrem vězňů.

### **3.3 Sebevražednost a sebepoškozování**

Sebevražedné jednání a sebepoškozování patří mezi poruchy jednání, které jsou zaměřené proti integritě organismu. Sebevražedný čin je většinou závěr dlouhodobě probíhajícího suicidálního vývoje. Sebevražednost jako sociální jev má mimo neodmyslitelné dimenze osobní, také dimenzi civilizační, sociokulturní a individuální. Sebevražedné jednání souvisí s postojem člověka ke smrti a je spojeno tedy se světem lidských hodnot. Sebevražda (latinsky suicidium) = úmyslné usmrcení sebe sama. Obvykle je to reakce na tíživou situaci neboli stres. Jedinci se zdá tato situace jako bezvýchodná, jeví se mu jako ztráta smyslu života. Jde o poruchu pudu sebezáchovy.

Objevuje se až v pubescenci. Častější je u mužů než u žen. U žen se vyskytuje více pokusů, tedy nedokonaných sebevražd v podobě nátlakového a účelového charakteru objevující se u hysterické osobnosti. U vězňených osob patří sebevražedné jednání mezi nejzávažnější mimořádné události, a to především pokud se jedná o životy mladistvých či mladých dospělých. Z hlediska vězeňského personálu jde především o lidský a profesionální zájem každého zaměstnance působícího ve vězeňství udělat vše potřebné proto, aby těmto sebevražedným jednáním se účinně předcházelo.

Mezi obecné motivace sebevražedného jednání ve vězení patří různé zátěžové situace spojené s uvězněním člověka. Bývají to výčitky svědomí např. u vrahů partnera, u vrahů svého dítěte. Tato motivace se může vyskytovat jako tzv. pomsta vězeňskému personálu za to, že odsouzenému nebylo v nějaké věci vyhověno. Sebevražedné jednání může být i spojeno s pocitem snažícím se vyvolat lítost nebo solidarizační efekt, ale i s citovým vydíráním blízkých osob či vlastní rodiny. V podmínkách vězení jde především o účelové jednání, které patří k hlavním znakům chování velké části vězňené kriminální populace. Spouštěcím mechanismem takového jednání bývá i to, že se odsouzený dozví o nějaké skutečnosti. Mezi tyto situace patří, pokud odsouzenému zamítnou odvolání nebo se dozví o úmrtí blízké osoby či o rozvodu.

Mezi nejčastější druhy sebepoškozování v podmínkách vězení patří pořezání zápěstí či předloktí. Odsouzený se pořeže většinou střepy ze skla, které získá rozbitím skleněné láhve. Dalším případem je pořezání žiletkami, které může mít v cele za účelem oholení obličeje. Pořezání bývá většinou domluveno se spoluvězněm, který má za úkol včas přivolat personál, aby nedošlo k vážnějším škodám na zdraví a vše zůstalo jen u předstírání pokusu, o který uvězněným jde. Jde jim o to, aby jim na těle zůstala patrná rýha jako důkaz vážného úmyslu. V podmínkách vězení se lze setkat i s polykáním cizích předmětů. Jde o osoby, kterým se obecně říká „polykači.“ Nejčastěji vězni polykají knoflíky, kusy drátů, kusy skla, držadla jídelních misek, lžice, hřebíky apod. Dalším druhem sebepoškozování je intoxikace léky nebo chemikáliemi. V případě nemoci má odsouzený naordinovány lékařem léky, které jsou mu vydávány ve stanovených intervalech a za přítomnosti vězeňského personálu. Často dochází k tomu, že tyto léky odsouzený neužívá a schraňuje si je na cele, až jich má větší množství, tak je užije najednou. Odsouzený si poškozují i oči tím, že si sypou tuhu do očí či si dávají náplň propisovacích tužek do spojivkového vaku. Úmyslně si způsobují

hnisavé záněty. Dochází tak k zanícení kůže tím, že si píchají sliny, tuhu a mýdlo pod kůži, také si způsobují popálení a opaření kůže. Vpravování cizích těles pod kůži taky není výjimkou.

Veškerá motivace sebepoškozování u nich vede nejčastěji k odstranění psychické vnitřní tenze, která je reakcí na zátěžovou situaci. Další motivací, proč se vězni sebepoškozují, je unik do nemocnice. Vězeň se snaží dostat na ošetrovnu či do vězeňské nemocnice a to proto, že chce na nějaký čas změnit standardní podmínky výkonu trestu. Další důvody jsou i ty, že se chce vyhnout práci nebo chce oddálit soudní líčení. Neblaze na veřejnost působí to, že vězni po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, kteří mají na svém těle známky sebepoškození uvádějí, že toto poškození vzniklo v důsledku věznění a zacházení ze strany personálu věznice. Přitom se jedná o poškození způsobená vlastní rukou. Motivace si ublížit bývá i nejčastěji jako nátlak na personál, který je vždy z nějakého svého cíle, např. aby dosáhli přemístění na jinou celu apod. Toto sebepoškozování se objevuje i jako nátlak vůči osobám mimo vězení. Vůči osobám blízkým, a to např. po oznámení manželky vězně, že se s ním chce nechat rozvést.

### **3.4 Individuální hladovka**

Hladovka = volní odmítání stravy, je častým jevem v podmínkách vězení. Motivace ze strany účastníků hladovky je převážně účelová. Lze považovat za relativně specifický a samostatný jev, který má velmi málo společného se sebevražedným jednáním. Ze strany vězně jde o protestní chování nebo nátlak na vězeňský personál, orgány činné v trestním řízení atd. Ze strany veřejnosti je tento jev srozumitelný a relativně přijatelný, oproti sebepoškozování nebo jakákoliv jiná poškození na zdraví, která jsou veřejností vnímána odmítavě. S držením hladovky lze se setkat i u lidí netrestaných tj. lidí na svobodě, kteří se touto formou snaží něčeho docílit. Osoby ve výkonu trestu odnětí svobody vyhlašují hladovku, pokud se jim ze strany personálu věznice nepodaří splnit nějaký požadavek. Mohou to být i různé konflikty s personálem věznice. Někdy je hladovka vyhlašována s cílem získání lepší cely tedy přestěhování, které hraje pro vězně důležitou skutečnost. Hladovky jsou vyhlašovány i hromadně mnohdy s cílem nenásilné formy nátlaku na správu věznice či i politickou strukturu

společnosti. Uvězněním jde i o to, že tyto hromadné hladovky jsou uveřejňovány v médiích, jejich cílem je jakýsi solidarizační efekt ve veřejnosti, kdy vězni předpokládají sympatie sdělovacích prostředků, některých občanských hnutí a iniciativ, mapujících vězeňství či lidská práva. Tyto hladovky lze charakterizovat jako vzpoury ve vězení.

K nastínění problematiky hladovky chci uvést akci s názvem Alcatraz, která proběhla koncem roku 2001 v šesti věznicích. V období od 22. října 2001 do 2. listopadu 2001 proběhlo hromadné odmítání stravy vězňů. Této akce se účastnilo 248 převážně rusky mluvících vězňů. Bossové, z řad vězňů, vydávali příkazy hladovět a celou akci měli dobře zorganizovanou. Vězeňská služba ihned začala spolupracovat i s ostatními bezpečnostními sbory. Ve spolupráci s Policií ČR se následně potvrdilo, že činnost vězňů měla směřovat ke vzpouře s cílem, vytvořit podmínky pro útěk některých prominentních vězňů. Cílem bezpečnostní akce bylo předejít vzpouře a rozdělit její organizační strukturu. Těchto cílů bylo dosaženo za účasti 800 příslušníků Vězeňské služby a několika set příslušníků Policie. V současnosti a právě po této zkušenosti se věnuje mimořádná pozornost rusky mluvící komunitě.

V našich věznicích je hladovkářům věnována potřebná lékařská a psychologická péče a to už od okamžiku vyhlášení hladovky. Při zhoršení zdravotního stavu, v souvislosti s hladovkou, je vězeň umístěn do vězeňské nemocnice. Nepodceňování lékařské a psychologické péče je v souladu s moderními principy humanizace, účinnosti a bezpečnosti vězeňství.

### **3.5 Vzpouřa**

Vzpouřa je hromadné vystoupení vězňů proti vězeňskému řádu, které souvisí s hromadným ničením věcí a násilnostmi. Pokud toto odmítnutí poslušnosti skupinou odsouzených není spojeno s hromadným ničením zařízení či násilnostmi nazýváme je hromadnou nekázní. Za zvláštní formu hromadné nekázně lze považovat vyhlášení hromadné hladovky.

Vzpoury vězňů vznikají na vymezeném prostoru vězení. Může se jednat pouze o část vězení, kdy vzpoura může vzniknout na jedné ubytovně či jedné budově, ale mohou být i rozšířeny po celém areálu věznice. Hromadné vzpoury se stávají vždy předmětem pozornosti celé veřejnosti, která neopomíná, k jakým došlo škodám na zdraví zúčastněných vězňů i personálu věznice. Hlavní aktéry vzpoury jsou převážně frustrovaní jedinci, kteří prožívají beznaděj, pocit bezmoci, odpor či vztek. Při vzpouřách si mnohdy vězni neuvědomují, že ohrožují své vlastní životy. Jedná se o situace, které jsou spojeny s vandalismem. Vězni podpalují cely a zařízení věznice. Při těchto situacích dochází i k tomu, že vězni co odmítají účastnit se vzpoury jsou fyzicky napadáni ostatními vězni. U hlavních aktérů vzpoury jde především o to, aby získali autoritu a zastrašili pasivní, váhající vězně. Pro vzpouru vězňů je typické, že bývá většinou důsledkem kulminace napětí v prostorách věznice.

Mezi nejčastější příčiny vzpoury nebo hromadné nekázně patří čtyři aspekty:

➤ *Vnitřní situace ve věznici (viz kapitola 2).*

Z hlediska snížení pravděpodobnosti vzpoury je úkolem vězeňské služby věnovat pozornost vnitřní bezpečnosti, kontrole podmínek ve vězení a spravedlnosti. Všechny tři složky musí být ve vyváženém poměru. Pro osoby ve výkonu trestu odnětí svobody hraje důležitou roli samá podstata věznění spojená se ztrátou soukromí, nutností pohybu na malém prostoru, trávením času s osobami spoluvězňů, nemožností nakládání s volným časem, osobními prohlídkami a prohlídkami cel, pocitem soustavného dozoru apod. Často si uvěznění stěžují na kvalitu stravy a kvalitu lékařské péče. Objevující se příčinou vyvolávající negativní reakci vězně je to, že došlo k zamítnutí jeho žádosti, byť se jednalo o zamítnutí v souladu s právními předpisy. Pro vězně představuje i zátěž, která je spojená s přemístěním do jiné věznice. Musí se vyrovnat s novými spoluvězni, novým personálem věznice, novým vnitřním řádem a celkovou atmosférou ve věznici. Tito vězni bývají hlavními aktéry vzpour. Vězeň, v předchozím prostředí, měl vybudovanou určitou pozici a vlivem přemístění do jiné věznice tuto pozici ztrácí. Přemístěním do jiného prostředí představuje pro vězně zvýšenou psychickou zátěž.

➤ *Vnější situace ve společnosti*

Vězni se často považují za oběti režimu a to i v době demokratické společnosti. Jakékoliv dění ve společnosti spojené s polemizací trestu se snaží využít ve svůj prospěch. Za oběti režimu se tak vydávají i pachatelé těch nejbrutálnějších trestných činů. Někteří vězni manipulativně využívají novinářů a organizací, které monitorují situaci a lidská práva ve vězení.

➤ *„Příklady“ jiných věznic*

„Věznice nejsou dnes v žádném případě izolovány od okolního světa. Díky masmédiím jsou informace téměř okamžité. Příkladem je např. šest vzpour vězňů, které začaly vzpourou ve věznici Strangeways ve Velké Británii a během dubna 1990 se rozšířily do dalších britských věznic nebo vlna nepokojů v českých věznicích počátkem roku 2000. Jednotlivé věznice vzpoury obvykle nekoordinují, jejich postupný vznik je jevem označovaným jako dominový efekt nebo efekt sněhové koule.“ (Sochůrek, 2007, s. 55)

➤ *Rozdíly mezi vězeními*

Mezi různými vězeními existují rozdíly, a proto je u mnohých odsouzených prioritou vykonávat trest ve vězení, ve kterém je k dispozici práce. Na to, aby bylo dostatek práce pro všechny odsouzené, je zapotřebí vytvořit optimální legislativní podmínky. Z povědomí veřejnosti vyplývá, že se vězňům pracovat nechce. Tyto domněnky nejsou založeny na pravdě, protože většina vězňů pracovat chce a to z toho důvodu, že jim lépe ubíhá čas a i proto, že se jim daří splácet dluhy způsobené trestnou činností. Samozřejmě, že existují i objektivní a subjektivní důvody proč vězni nechtějí pracovat. Mezi objektivní důvody patří nedostatek pracovních příležitostí ve věznicích. Subjektivním důvodem proč nepracovat je nechuť k práci, simulace, odmítání práce apod.

Stádia vzpoury:

- perioda výrazného chování a ničení
- stádium kladení ultimát a požadavků
- stádium prezentace důvodů vzpoury
- návrat k normálnímu životu věznice

### 3.6 Zneužití drogy

Problematika zneužívání drog ve věznicích souvisí s drogovou problematikou užívání drog mimo vězení. Z hlediska vězeňské praxe je zapotřebí mapovat jejich výskyt, způsoby distribuce do vězení a celkově se s nimi zabývat a samozřejmě s nimi počítat.

Z hlediska vězeňství existují v souvislosti zneužíváním drog tato rizika: (Sochůrek, 2007, s. 37)

- *Bezpečnostní* – projevující se v podobě agresivního a nepředvídatelného chování vězně, pokusů o pašování drog do věznic a rizika spojená i s korupcí zaměstnanců uvnitř věznice, ze strany obhájců apod.
- *Zdravotnická* – v podobě poškozování zdraví a přenosu nakažlivých a infekčních onemocnění, včetně rizik přenosu HIV a žloutenky B,C.
- *Penologická* – narušování kázně, pořádku, černý trh, korupce vězeňského personálu.
- *Psychologická* – poškozování osobnosti.
- *Pedagogická* – selhávání výchovného působení na uvězněné
- *Reintegrační* – zvýšené riziko trestné činnosti

Lidé zneužívající drogy jsou ze strany společnosti ve většině případech hodnoceni negativně, a to z toho důvodu, že si svoji závislost na drogu a problémy s tím spojené způsobili sami. Vězeňská služba provádí kontroly cel a ubytoven za pomoci příslušníků a speciálně cvičených psů na vyhledávání drog, soustřeďuje se na zakládání bezdrogových zón a na oddělování drogově závislých od ostatních odsouzených. Stále je potřeba se zabývat skutečností, že se daří do českých věznic drogy propašovat. Drogové závislosti jsou sociálně patologický jev, který se může projevit velmi překvapivě. Přísun drog do věznic, jejich zneužívání úzce souvisí se šikanou, hromadnou nekázní, hromadnými vzpourami, a to vše spojené s agresivitou ze strany uvězněných. Mezi důvody, proč odsouzení berou drogy, patří to, že je už brali „venku.“ Někteří s drogou začali až ve vězení a to z toho důvodu, aby ve vězení vůbec přežili. Jiní berou drogy proto, aby si zpestřili život ve vězení. Někteří proto, aby zahnali nudu. Neustále se zvyšuje počet přicházejících vězňů majících zkušenosti s drogou, ať už se



jedná o krátkodobé experimenty či závislost. Rizika spojená s výskytem drog ve vězení, lze považovat ze dvou stránek. Jde o riziko bezpečnostní (agresivní chování, pokusy o pašování drog do věznic) a riziko penitenciární (poškozování zdraví, poškozování osobnosti, selhávání edukačního působení na vězně). Agresivitu vězňů zvyšuje i abúzus léčiv s psychostimulujícími účinky. Droga se stává činitelem, který spouští agresivní chování, a v určitých situacích odbourává zábrany. Způsobuje vnitřní tenzi individua, vyvolané i abstinenčním syndromem. Z hlediska vězeňského prostředí lze konstatovat, že abúzus drog je většinou abúzem nárazovým. Tedy abúzem spojeným s dostupností drogy. Chování vězně se stává nepředvídatelným, protože je schopen si vzít tu drogu, která je právě k dispozici a neodhadne dávku ani účinky na svou psychiku.

I mezi uvězněnými existuje černý trh s drogami, které se stávají významným obchodním artiklem mezi vězni. Je příčinou rvaček, vydírání, šikany a mnoha konfliktů. Drogy jsou častou příčinou mnoha mimořádných událostí. Způsobují zhoršení zdravotního a psychického stavu vězňů. Nemocní vězni dostávají léky na svoji nemoc. Tyto léky si nevezmou a vyměňují je za cigarety, potraviny apod. Problém zde je v tom, že léky jsou sice vydávány zdravotnickým personálem, ale to pouze v pracovní době lékařů a zdravotních sester, mimo tuto dobu jsou vydávány příslušníky. Zkušené vězni umějí přesvědčivě nasimulovat polknutí podávaného léku v podobě tablety, který následně vyplivnou a shromažďují ho za účelem nasbírání většího množství, které mu do budoucna poslouží jako droga. V důsledku toho, že vězeň neužívá léky na svou chorobu, se jeho zdravotní stav zhoršuje. V očích veřejnosti je toto nesprávně přičítáno špatné lékařské péči ve věznicích.

Vězeň pod vlivem abúzu drog je těžko výchovně ovlivnitelný. Klesá jeho schopnost adaptace, zvyšuje se psychické selhání a pravděpodobnost konfliktního jednání. Za tímto účelem vznikla oddělení pro toxikomany (např. věznice Plzeň, Opava). Pokud se vězeň seznámí s drogou, až v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody, tak do budoucna je to velké riziko, protože si vězeň sebou na svobodu odnáší riziko závislosti. Vzniklá závislost ho bude nutit vyhledávat prostředí, ve kterém se pohybují drogoví dealeri. Pokud nebude mít dostatečné finanční prostředky, tak hrozí to, že si je bude opatřovat trestnou činností.

Ve všech věznicích a vazebních věznicích pro vězněné osoby fungují poradny protidrogové prevence. Vedle specializovaných oddělení pro léčbu závislých se zřizují i bezdrogové zóny. Do bezdrogové zóny je odsouzený přijímán na základě písemné žádosti. Tato žádost obsahuje prohlášení odsouzeného, ve kterém se zavazuje k dobrovolnému respektování zásad a pravidel chování stanovených v řádu bezdrogové zóny. Zda bude odsouzený do této bezdrogové zóny přijat, o tom rozhodne komise složená z odborných zaměstnanců zabezpečující chod této zóny a vychovatel odsouzeného. Předsedou komise bývá zpravidla vedoucí oddělení výkonu trestu, někdy je to odborný zaměstnanec pověřený vedením bezdrogové zóny. Při výběru odsouzených je přednostně do bezdrogové zóny zařazen mladistvý, odsouzený blízký věku mladistvému a ten odsouzený, který vykonává trest odnětí svobody poprvé. Bezdrogové zóny plní tyto role:

- Oddělují vězně na ty, kteří neužívali drogy v civilním životě od možných rizik, aby u nich nevznikl návyk na drogu v důsledku pobytu ve vězení.
- Věnují pozornost skupině vězňů, kteří se chtějí léčit a mají zkušenost s drogou z civilního života a ve vězení nechtějí pokračovat.
- Věnují pozornost skupině vězňů, kteří v abúzu hodlají pokračovat i ve vězení, mají drogovou zkušenost z civilního života.
- Věnují pozornost skupině vězňů, kteří navazují nedovolené styky, koruptivní tlaky apod., jsou to vězni bez drogové anamnézy, ale obchodující s drogami.

Vyřazení odsouzeného z bezdrogové zóny je z důvodu, že se odmítl podrobit kontrole abstinence nebo odběru tělních tekutin, zneužil drogu, spáchal zvláště závažný kázeňský přestupek nebo odmítl se účastnit na povinných aktivitách zacházení.

Význam bezdrogových zón lze chápat jako minimalizaci průniku drog do věznic. Za šíření drog do věznic mohou z pravidla humanizační opatření, která snižují pocit izolace od rodinného prostředí. Mnoho vězňů tyto humanizační prvky zneužívá pro průnik nepovolených předmětů, věcí a drog. K možnosti průniku drog dochází a stává se tak při zasílání potravinových balíčků, provádění návštěv, výměny prádla a při účasti civilních osob apod. Vězeňská služba tyto formy přenosu drog omezuje pečlivou kontrolou za použití techniky a služebních psů.

Mezi náhražkové drogy, které jsou nelegálně připravované odsouzenými v prostorách věznic, patří dle vězeňského slangu nazývané: magorák, kvašáky a kulery.

Magorák = silný vývar čaje kombinovaný s dýmkovým tabákem. Vězni někdy do něj přidávají léčiva, zejména analgetika. Tento nápoj označují za řezaný magorák.

Kvašáky = alkoholické nápoje pochybné chuti a kvality, které jsou připravovány zkvašením ovoce, kompotů nebo chleba.

Kulery = rozmanité nápoje připravované s přídavkem Ironu nebo vzniklé vařením linolea či pasty na parkety a následnou kondenzací par.

Příslušníci vězeňské stráže provádějí kontroly cel, aby se předcházelo zhotovování a případné konzumaci těchto pochybných nápojů.

### **3.7 Dílčí závěr**

Hlavní příčiny vzniku mimořádných událostí lze vidět v porušení vnitřních předpisů Vězeňské služby ČR, ale také ve zkratovém jednání odsouzených. Vězeňská služba ČR seznamuje všechny zainteresované zaměstnance a přijímá příslušná systémová a organizační opatření, aby se neopakovaly obdobné mimořádné události.

České vězeňství úspěšně vyřešilo řadu závažných mimořádných událostí a krizových situací. Zabývalo se aktivitami organizovaného zločinu a hromadnými vystoupeními vězňů. V návaznosti na to byla přijata některá specifická opatření, jako např. vybavení a vycvičení příslušníků pro služební zákrok pod jednotným velením, vybudování oddělení se zvýšeným stavebně technickým zabezpečením, nákup speciálně eskortních vozidel. Tato a další opatření přispěla k minimalizaci bezpečnostních rizik.

## 4. Koncepce zdravotní péče o vězněné osoby

Vězeňská služba ČR poskytuje zdravotní péči v souladu se zákony upravujícími poskytování zdravotní péče, zejména zákon č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Ve vnitřních předpisech NMS a NGR je rozpracováno provádění závazných zákonných ustanovení.

Léčebně preventivní péče v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody je poskytována odsouzeným převážně ve zdravotnických zařízeních VS ČR nebo v miniresortních zdravotnických zařízeních, které jsou státního či nestátního charakteru. Veškerá tato péče je zajišťována formou ambulantní nebo ústavní – lékařské péče. VS ČR disponuje dvěma nemocnicemi. Jedna se nachází v areálu Vazební věznice Praha – Pankrác a druhá v areálu Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno. Nemocnice se liší specializací poskytovaných zdravotnických služeb dle jednotlivých oddělení.

*V nemocnice VVaÚpVZD Brno jsou tato oddělení:*

- interní a infekční
- psychiatrické
- pro léčení tuberkulózy
- ošetřovatelské péče

*V nemocnice VV Praha – Pankrác jsou tato oddělení:*

- interních oborů
- chirurgických oborů

V areálu Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno, byla nemocnice uvedena do provozu v roce 1997. V současnosti ji lze považovat za moderní vězeňskou nemocnici, která je srovnatelná s evropským standardem. Nemocnice disponuje počtem 186 lůžek pro poskytování hospitalizační péče. Diagnostická a léčebná péče je zajišťována oddělením interním, infekčním, psychiatrickým, rehabilitačním a oddělením pro léčení tuberkulózy. Ambulantní péče je poskytována v oborech stomatology, neurologie, psychiatrie, pneumologie, infekčního lékařství,

ORL, gastroenterologie, interna, chirurgie, ophtalmologie, urologie, gynekologie, dermatovenerologie, RTG a ultrazvukové vyšetření. Veškeré obory lékařství pokrývají péči o vězněné osoby.

Na všech organizačních člancích je zajišťována **základní ambulantní péče** v rozsahu péče praktického lékaře většinou ve výši minimálně 1 plného úvazkového místa. Pokud není zřízena lékařská služba první pomoci z vnitřních zdrojů, je v mimopracovní době tato péče zajištěna cestou územně příslušné lékařské služby první pomoci. Cestou služby rychlé záchranné pomoci jsou řešeny stavy bezprostředně ohrožující život a to stejným způsobem, jako obdobné stavy u ostatní populace.

**Odborná ambulantní péče** je zajišťována ve většině případech smluvními úvazkovými lékaři různých odborností již výše zmiňovaných. Toto je však vázáno na místní podmínky a možnosti jednotlivých organizačních článků. Pokud úvazkoví specialisté nejsou k dispozici, řeší se tato odborná vyšetření buď prostřednictvím privátních specialistů nebo ambulancí miniresortních zdravotnických zařízení. Vše probíhá na základě dohod.

**Ústavní péče** v podmínkách vězení se poskytuje odsouzeným, kteří trpí nemocí nebo stavem, jehož závažnost přesahuje rozsah poskytnutí ambulantní léčebné péče. Dále se tato péče poskytuje v diagnosticky složitých případech, u kterých je zapotřebí soustavná zdravotnická péče a sledování nemocného. Ústavní péče se poskytuje i v případě podezření na onemocnění přenosnou chorobou. Veškerá tato péče je doplňována specializovanou ambulantní činností jednotlivých odborných oddělení. Do nemocniční péče je přijímána vězněná osoba vždy na podkladě doporučení ošetřujícího lékaře zdravotnického střediska. Tento lékař předem projedná příjem s lékařem příslušného oddělení. Toto však neplatí, pokud se jedná o nemocného, jehož zdraví a život je ohrožen a hrozí tu nebezpečí z prodlení.

Během výkonu trestu odnětí svobody lez vykonávat **ochranné léčení**. Provádí se u odsouzených, kterým soud vedle nepodmíněného trestu uložil ochranné léčení a jeho výkon nařídil. Těmto odsouzeným se poskytuje ambulantní a ústavní péče podle stejných zásad jako ostatním odsouzeným. Dnes již existují v určených organizačních člancích specializovaná oddělení pro ochranu léčbu protitoxikomanickou, protialkoholní a léčení patologického hráčství v ústavní formě.

Dne 1. 1. 2009 byl uveden do činnosti v areálu brněnské vazební věznice ústav pro **výkon zabezpečovací detence**. Ústav disponuje 48 místy pro odsouzené. Zabezpečovací detence je nový typ ochranného opatření pro pachatele závažných trestných činů, kteří trpí těžkými psychickými poruchami. Tyto osoby vykazují velkou míru nebezpečnosti pro společnost. Dopouštějí se závažné trestné činnosti vlivem svého duševního stavu. U těchto osob existuje reálný předpoklad, že do budoucna se mohou takového závažného trestného jednání opět dopouštět. Riziko útěku chovanců z tohoto ústavu je zajištěno vnějším zabezpečením a důkladným střežením. Vnitřní režim svým charakterem připomíná spíše zdravotní zařízení. Zabezpečovací detence potrvá tak dlouho, pokud to bude vyžadovat ochrana společnosti. Soud přezkoumá nejméně jednou za rok, zda stále trvají důvody pro pokračování léčby. Ústav pro výkon zabezpečovací detence vznikl z důvodu, aby byla zajištěna vyšší ochrana společnosti před nebezpečnými osobami, kteří byli až donedávna umístováni v psychiatrických léčebnách. Ústav pro výkon zabezpečovací detence je určen těmto osobám:

- vrahům s diagnózou sexuálního sadismu a patologické sexuální agresivity,
- vrahům, kteří se již dříve dopustili násilné trestné činnosti a jsou posuzováni jako nebezpeční,
- ostatním vrahům, kteří se v minulosti dopustili násilí a jsou posuzováni jako nebezpeční,
- sexuálními delikventům s organicky podmíněnou a bezvýsledně léčenou poruchou osobnosti,
- sexuálními deviantům, u nichž prokazatelně opakovaně selhala ochranná léčba.

**Lékařská posudková péče** je nedílnou součástí diagnostické, léčebné a preventivní péče poskytované vězněným osobám. Řídí se zvláštními právními předpisy upravující výkon lékařské posudkové péče ve zdravotnictví (zejména zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů). Mezi posudkové orgány VS ČR patří: oblastní lékařská komise, nemocniční lékařská komise a Ústřední lékařská komise. Patří sem i lékaři zdravotnického zařízení organizačního článku např. odborný lékař, praktický lékař, lékař ústavního zdravotnického zařízení a vedoucí lékař oblasti. Lékařská posudková činnost zahrnuje:

- posuzování způsobilosti k výkonu vazby a k výkonu trestu odnětí svobody,

- posuzování poškození na zdraví vzniklého během pobytu ve vězení,
- posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro úraz a nemoc,
- posuzování na základě požadavků orgánů činných v trestním řízení,
- zařazování vězněných osob do práce.

O poskytování zdravotnických služeb se vede **zdravotnická dokumentace**. Tato zdravotnická dokumentace je obdobná jako ve zdravotnických zařízeních mimoresortních, ke kterým náleží další dokumentace vyplývající ze specifik VS ČR. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění je umožněn přístup ke zdravotní dokumentaci pouze revizním lékařům nebo odborným pracovníkům ve zdravotnictví způsobilým k revizní činnosti. Je třeba i respektovat i jiné výjimky na základě platných předpisů a to např. možnost nahlédnutí do zdravotnické dokumentace některým dalším subjektům, mezi které patří znalci či pověření členové lékařských komor při šetření stížností apod.

## **4.1 Statistika léčebně preventivní péče vězněných osob**

V jednotlivých organizačních jednotkách Vězeňské služby ČR je poskytována obviněným a odsouzeným základní zdravotní péče. Jedná se o diagnostickou a léčebně preventivní péči. Tuto péči zajišťují ve větší míře zdravotničtí pracovníci – zaměstnanci Vězeňské služby ČR a v menší míře ji zajišťují externí zdravotničtí pracovníci, kteří pracují v omezeném pracovním úvazku.

### **4.1.1 Statistické metody ve výzkumných metodách**

Statistiku lze chápat jako vědu společenskou na základě toho, že poskytuje informace o určitém jevu. Statistika je vědní obor, který utváří souhrn číselných údajů o nějakém hromadném jevu a uspořádává prvky do určitého systému. Statistika tedy zkoumá hromadné jevy, které jsou opakem jevů individuálních. Hromadný jev lze věcně, prostorově i časově zařadit do souboru jevů. Výhodou statistiky je to, že při zkoumání hromadných jevů dochází k různým zjištěním oproti zkoumání individuálních jevů.

Mezi základní statistické pojmy patří statistický soubor a statistická jednotka. **Statistický soubor** lze vymezit z hlediska věcného, časového a prostorového. Z hlediska věcného se vychází z účelu, tedy z toho co chceme zkoumat např. zjišťování zdravotní péče o vězněné osoby. Z hlediska časového je třeba stanovit rozhodný okamžik či rozhodnou dobu. Při mém statistickém zkoumání se jedná o rozhodnou dobu, která zahrnuje časové období sedmi let. Z hlediska prostorové stránky je potřeba vymezit teritorium, na které se statistické zkoumání vztahuje. Moje teritorium v mém statistickém zkoumání je věznice. Nelze opomenout ani jev zvaný náhoda. Za náhodu lze považovat **statistickou jednotku** zařazenou do statistického souboru, která je charakteristická tím, že výsledný vztah nabyl hodnoty variabilní. Náhoda není bezpříčinnost, ale patří do kategorie filosofické. Mezi další jev patří pravděpodobnost, která vyjadřuje objektivní možnost výskytu hromadného náhodného jevu. Pravděpodobnost lze zjistit na základě empirického zjišťování

Statistická práce je práce na základě sebraného materiálu. Jedná se o práci s fakty. Tato práce s fakty musí zahrnovat i ověřování tedy verifikaci. Každé statistické zkoumání zahrnuje tyto části:

- 1) **statistické zjišťování,**
- 2) **statistické zpracování,**
- 3) **statistický rozbor tedy analýzu.**

Statistické zjišťování vykazuje různou periodicitu - např. vyjádřenou v letech, roční, pololetní, měsíční apod. Sebraný materiál se musí statisticky zpracovat. Statistické výsledky a výpočty se prezentují v tabulce a formou grafu. Třídění výsledků a výpočtů se provádí do skupin podle účelu. Rozlišujeme toto třídění:

- 1) **typologické** – např. roztřídění do sociálních, ekonomických skupin,
- 2) **kvalitativní** – např. členění na ženy a muže
- 3) **kvantitativní** – např. třídění obyvatel dle věku apod.

Indexy neboli poměrná čísla se ve statistice používají buď absolutní čísla nebo relativní tedy poměrná. Rozdíl je v tom, že relativní čísla jsou poměrem dvou údajů. Mají charakter zlomků a vytváří se dělením absolutních čísel. Poměrná čísla lze rozdělit dle :

- 1) **intenzity** (vyjadřují kvantitativně intenzitu určitého jevu = dávají ho do vztahu s jeho nositelem např. obyvatelstvo/území),
- 2) **struktury** (vyjadřují velikost podílu na celku představující jeho určitou částí se vyjadřují v %),



- 3) **srovnání** (srovnávají formou podílu jevy stejné povahy, které se liší svým vymezením časovým, věcným a místním).

Cílem statistického zjišťování je získávání statistických dat o hodnotách statistických znaků u prvků, které tvoří statistický soubor. Každé statistické zjišťování musí mít určitý, předem vymezený a konkrétní cíl.

#### **4.1.2 Kvalitativní dotazování**

Dotazování zahrnuje různé typy dotazníků, rozhovorů a používání testů a škál. Analýza dat získaných pomocí strukturovaného dotazování je jednodušší oproti analýze dat získaných pomocí nestrukturovaného dotazování. Odpovědi získané strukturovaným dotazováním lze přímo srovnávat a celkově je průběh strukturovaného dotazování plynulejší. Při kvalitativním dotazování se nikdy nepředkládají dopředu určené fráze odpovědí oproti strukturovanému rozhovoru s uzavřenými otázkami. Respondent při volněji utvářeném dotazování má následující výhody:

- může vyjádřit své subjektivní pohledy a názory,
- lze přezkoušet, zda respondent otázkám správně porozuměl,
- lze tematizovat konkrétní podmínky situace respondenta,
- respondent může sám navrhnout možné vztahy a větší kognitivní struktury.

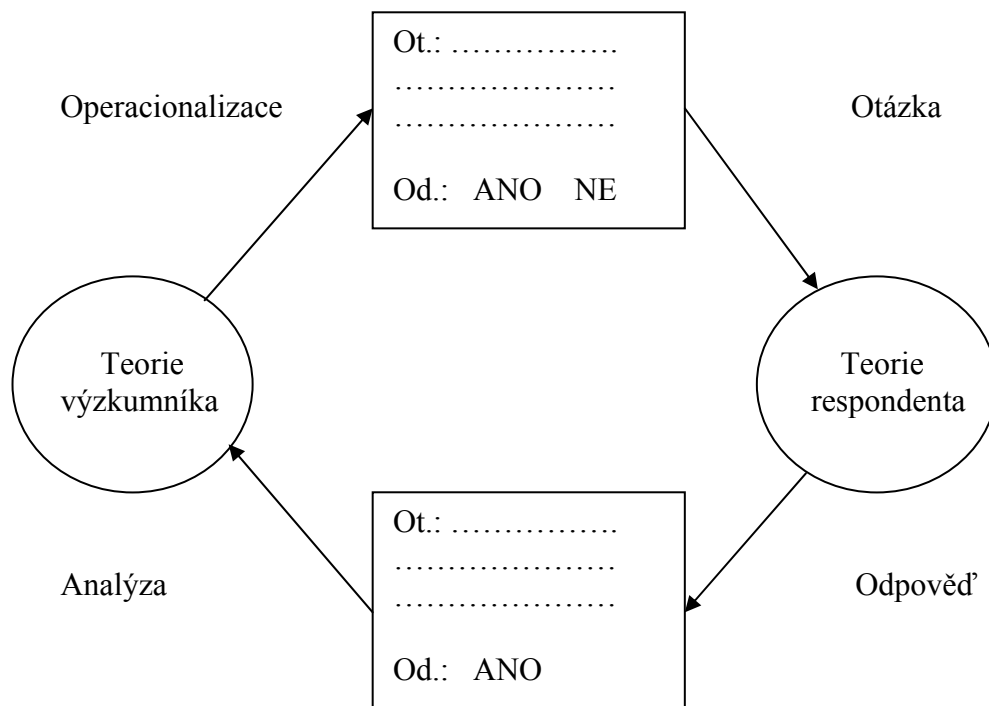
Rozhovor lze použít v nejrůznějších výzkumných situacích. Podle konkrétní situace lze využít také techniku hlasitého myšlení, hloubkový-klinický rozhovor, asociativní interview atd. Z praktického hlediska je lepší si předem dohodnuté rozhovory nahrávat na záznamové zařízení. Zvláště důležité je věnovat pozornost začátku a konci dotazování. Důležité je odstranit případné psychické bariéry a zajistit souhlas dotazovaného se záznamem. Nesmíme opomíjet i zakončení rozhovoru, které je jeho důležitou částí, protože při loučení s respondentem můžeme ještě získat důležité informace. Kvalitativní rozhovor není jen sběr dat, ale může mít i intervenční charakter, a proto má tazatel nabídnout dotazovanému možnost dostatečného kontaktu.

Rozlišujeme tyto druhy rozhovorů:

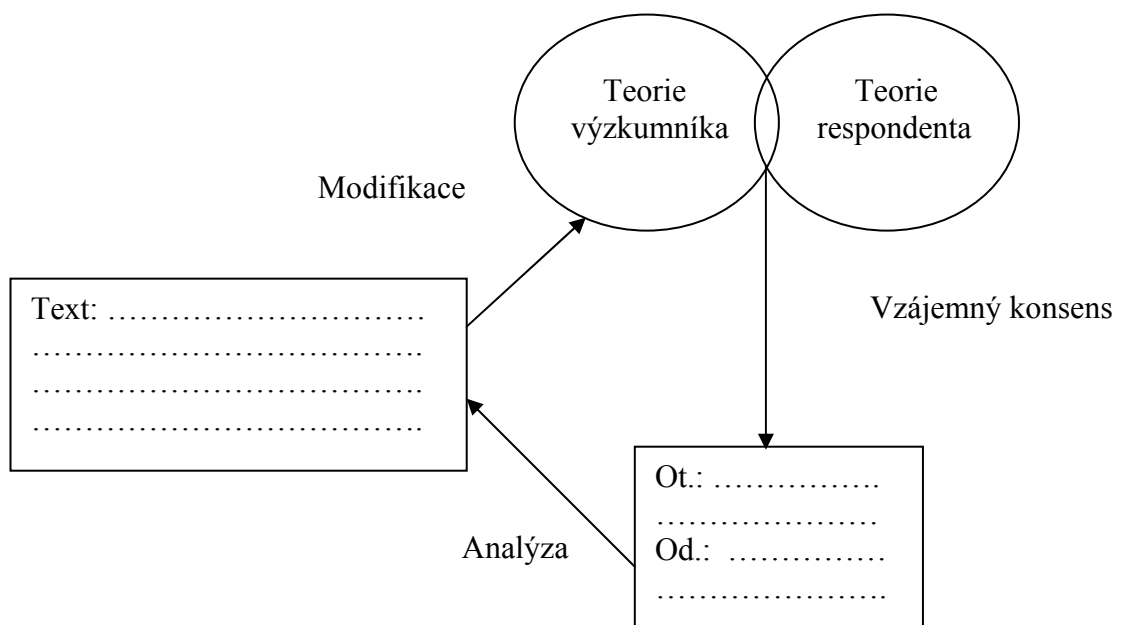
- Rozhovor strukturovaný

- Rozhovor s návodem
- Etnografický rozhovor
- Episodický rozhovor
- Narativní rozhovor

Strukturované standardizované dotazování



Kvalitativní nestandardizované dotazování



### 4.1.3 Kvalitativní rozhovor

Jednou z výzkumných metod používaných v kvalitativním průzkumu je strukturovaný rozhovor. Tento je nejčastěji koncipován jako:

#### Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami

Jedná se o řadu pečlivě připravených otázek, na které mají odpovědět jednotliví respondenti. Pokud je nutné minimalizovat variaci otázek kladených respondentovi, tak je vhodné použít tento typ rozhovoru. Redukuje se tak pravděpodobnost, že rozsah získaných odpovědí se bude mezi jednotlivými rozhovory značně lišit. Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami má minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Data, získaná prostřednictvím takového rozhovoru, se lépe a snadněji analyzují. Výhodou je, že tento výzkum lze opakovat v jiném časovém okamžiku a s jinou skupinou vědců. Tento typ rozhovoru je vhodný použít pokud máme možnost rozhovor uskutečnit jen jednou a máme málo času se respondentovi věnovat. rozhovor lze použít i v případě, pokud se uvažuje o vstupním a závěrečném rozhovoru v rámci nějakého programu a odpovědi se mají srovnávat. Omezení u tohoto typu rozhovoru spočívá v individuálních rozdílnostech a okolnostech.

V průběhu rozhovoru je třeba provést mnoho rozhodnutí, která se týkají pořadí, formy a obsahu otázek. Je třeba i zvážit možnou délku rozhovoru. Tyto problémy se vyjasňují před začátkem rozhovoru nebo i v průběhu rozhovoru dle jeho typu. Je důležité ujasnit si předem typ možných otázek. To vše pomáhá při plánování obsahu rozhovoru a pořadí kladených otázek. V rozhovoru lze položit otázky vztahující se k názorům, vztahující se ke zkušenostem nebo chování, vztahující se ke znalostem, pocitům, názorům, vztahující se ke vnímání a také otázky demografické a kontextové.

Dle typu otázek v rozhovoru rozlišujeme:

- **otázky, vztahující se ke zkušenostem nebo chování** (např. „Co se s dotyčným všechno událo?“) Tento typ otázek se týká aktivit osoby.
- **otázky, vztahující se k názorům** (např. „Jaký je Váš názor na....?“, „Co si myslíte?“) Odpovědi nám objasňují, jaké mají lidé záměry, touhy, cíle a hodnoty a co si myslí o světě.

- **otázky vztahující se k pocitům** (např. „Co tedy cítíte?“) Otázky sloužící k prozkoumání citových reakcí lidí spojené s jejich prožitky a zkušenostmi.
- **otázky, vztahující se ke znalostem** (Co víte o...?) Otázky sloužící k objasnění znalostí vybraného subjektu.
- **otázky, vztahující se ke vnímání** (např. „Na co se Vás vedoucí zeptal, když jste se s ním setkal?“) Odpovědi mají objasnit stimuly a týkají se toho, co dotazovaný slyšel či viděl.
- **otázky demografické a kontextové** (např. „Kolik je Vám roků?“, „Kde pracujete?“) Otázky se týkají identifikačních charakteristik člověka.

Při kladení otázek neexistují pravidla v jakém pořadí se mají otázky pokládat. Je vhodné při řazení otázek začít s otázkami týkající se neproblémových skutečností. Na tyto otázky mají navazovat otázky, při kterých chceme získat informace o názorech, pocitech a interpretacích vztahujících se k popsáním akcím a chováním. Tyto otázky mohou vyvolat neblahé či záporné reakce, a proto je důležité vytvořit hned na začátku atmosféru důvěry mezi dotazovaným a tazatelem. Nejdříve se pokládají otázky o přítomnosti, pak o minulosti či budoucnosti. Otázky týkající se minulosti a přítomnosti lze většinou spolehlivě zodpovědět oproti otázkám k budoucnosti., které jsou určitou spekulací a nelze je proto spolehlivě zodpovědět. Na začátku rozhovoru je vhodné položit některé otázky demografické a identifikační, které jsou pro respondenta uvolňující a pomohou navodit atmosféru důvěry, není vhodné s nimi rozhovor končit. V kvalitativním rozhovoru je snahou přejít, a to poměrně rychle, k vlastnímu předmětu rozhovoru.

Otázky v kvalitativním rozhovoru by měly být neutrální, otevřené, jasné a citlivé. Otázky v rozhovoru ukazují již předem, jak by mohla být vygenerována odpověď. Významnou úlohu zde hraje způsob utváření otázek, který patří mezi nejdůležitější prvky určující, jak bude respondent odpovídat. Při tvoření otázek je zapotřebí minimalizovat vnucování určitých odpovědí samotnou formulací otázky. Otázky mají být skutečně otevřené.

Kvalitativní postupy vyžadují přesný a adekvátní popis dat. Pro kvalitativně zaměřený výzkum jsou významné tři oblasti úpravy dat: techniky transkripce, návrh kategoriálních systémů, zobrazování dat.

#### ❖ **Techniky transkripce**

Máme čtyři způsoby transkripce textového materiálu:

**Doslovná transkripce** = proces převodu mluveného slova z rozhovoru nebo ze skupinové diskuze do písemné podoby. Umožňuje zdůrazňovat důležité pasáže podtrháváním, opatřovat určitá místa komentářem, srovnávat jednotlivá místa textu nebo vytvářet seznamy. Text se většinou převádí do spisovného jazyka, upravuje se stylisticky a očišťuje se od dialektu a chyb.

**Komentovaná transkripce** = proces, kdy se označují nápadné příznaky promluvy jako zdůraznění, pauzy, způsoby řeči, smích. např. (.) = poklesnutí hlasu, (-) = nerozhodný tón či kolísání hlasu, (´) = zdvižení hlasu, (h) = váhání či zábrany ve vyjádření.

**Shrnující protokol** = tato technika nezachovává celý text, protože existuje předpoklad, že v textu jsou zbytečná místa. Při poslechu nahrávky se provádí jistý způsob shrnutí, které nemůže proběhnout náhodně. Nejprve jde o sjednocení úrovně podávaných informací a následně se přistupuje k stále větší abstrakci. Tento způsob umožňuje zpracovat velké množství materiálu a redukovat je do požadovaného zvládnutelného objemu. Mezi způsoby redukce patří: zobecnění, vypuštění, vázání, konstrukce, selekce a integrace. Vytrácí se však konkrétní kontext projevu.

**Selektivní protokol** = informace týkající se určitých věcí a zbytek se zcela vypustí. Tato technika nezachovává celý text. Úvahy určí kritéria pro to, co má být protokolováno. Směs různých informací, ze kterých se vybírá to užitečné. Selektivní protokoly mají smysl tehdy, pokud bylo použito různých technik s cílem objasnit speciální aspekty.

#### ❖ **Návrh kategoriálních systémů**

Tyto systémy slouží k provádění redukce dat. Jedná se o kódování záznamů rozhovorů, dokumentů nebo pozorování, které tvoří systematickou klasifikaci a roztřídění informací, přičemž se vychází z nashromážděných dat. Pomocí

kategoriálních systémů uspořádáme materiál tak, že ho přiřazujeme k různým nadpisům. Tento způsob je typický pro kvalitativní výzkum. Kategoriální systémy mohou být přímo dané (u kvantitativního výzkumu) nebo se vytvářejí náhodně ze zkoumaného materiálu pro potřeby probíhajícího výzkumu.

#### ❖ **Zobrazování dat**

V kvalitativním výzkumu je hlavní zobrazovací technikou text, který je případně opatřen kódy. Mezi další možnosti zobrazení patří zobrazení pomocí tabulek, modelů procesu, kontextových či strukturních modelů. Nejčastěji se přechází od slovního popisu k interpretaci a zpracování textové zprávy o výsledcích výzkumu, která nabízí zobrazení informací. Mezi tabulky vhodné pro kvalitativní analýzu patří:

- časově uspořádaná tabulka
- tabulka kontrolních seznamů
- koncepčně organizovaná tabulka
- tabulka dynamiky případu
- tabulka uspořádaná podle rolí
- tabulka efektů

V kvalitativní analýze mohou být využity mapy, grafy, diagramy a plánky představující vizuální reprezentaci. Zde jde o to, aby bylo možné data zobrazit pomocí jednoho obrázku, který poskytuje přehled o velkém množství informací. Pozornost se věnuje tzv. lokální kauzalitě = aktuální události a procesy v dané případové studii, které vedou k určitým důsledkům.

#### **4.1.4 Zařízení zdravotní péče v systému péče**

Zvláštní pozici v systému zdravotní péče mají zdravotnická zařízení. V případě ochranné léčby se jedná o soudem nařízenou léčbu, která je součástí rozsudku. Tato léčba může být i uskutečňována na dobrovolném rozhodnutí odsouzeného. Řada vězňů vykonává léčbu protialkoholní, protitoxikomanickou či sexuologickou přímo během výkonu trestu. Mezi specifickou skupinu vězňů patří i mladiství, ženy, matky s dětmi, vězni se smyslovými, rozumovými nebo tělesnými postiženími, trvale pracovně nezařaditelní, neurotici, lidé dlouhodobě zneužívající alkohol a drogy či na nich závislí.

Následující statistika naznačuje objem poskytované léčebně preventivní péče obviněným a odsouzeným, který je vyčíslen v porovnávací tabulce od roku 2002 až do roku 2008, tj. za období 7 let (tabulka č. 1). Chtěla jsem i analyzovat statistiku za rok 2009, ale bohužel tato statistika bude zpracována až v dubnu roku 2010, a proto zde není z tohoto důvodu zahrnuta. Uvedená data v tabulce ukazují, že obviněným a odsouzeným je poskytována zdravotní péče srovnatelná s diagnostickou a léčebně preventivní péčí poskytovanou mimovězeňské populaci. Je však třeba zdůraznit, že v této tabulce jsou i zahrnuti vězni, kteří se snaží uniknout ze standardních podmínek výkonu trestu a často si způsobují úmyslná zranění či simulují nějaké onemocnění.

Tabulka č. 1 Léčebně preventivní péče o vězněné osoby

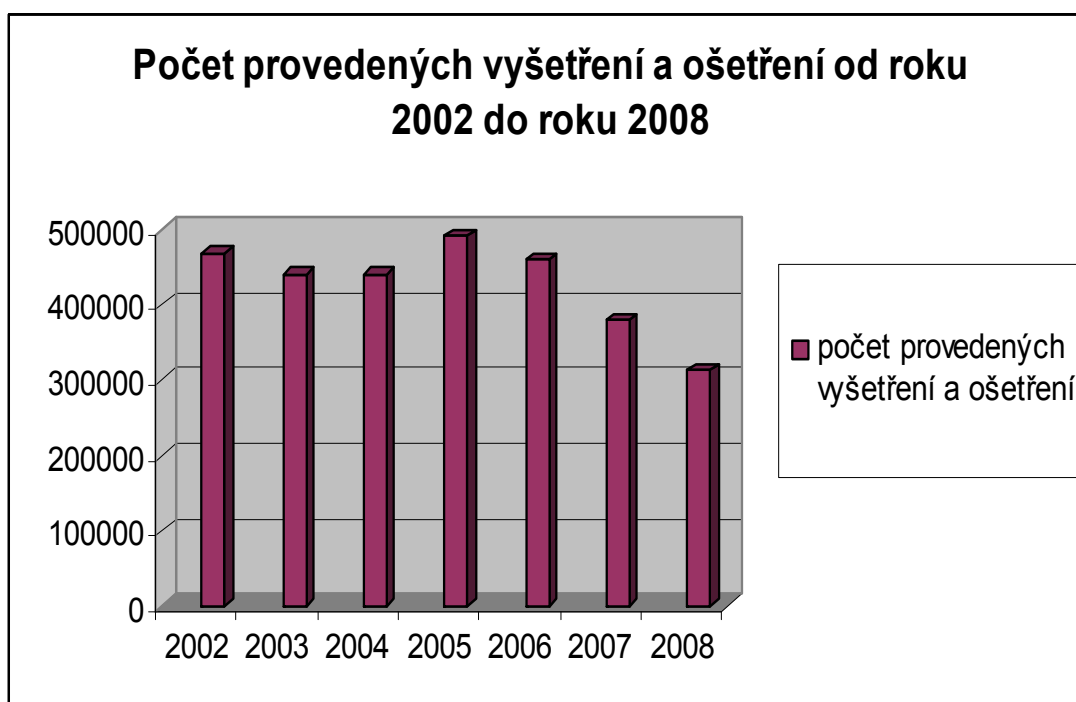
(zdroj „Vyhodnocení činnosti ZS VS ČR za roky 2002-2008“)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>počet provedených vyšetření a ošetření</b>		467 867	440 386	439 278	490 006	459 333	379 411	312 479
<b>z toho</b>	preventivní prohlídky	24 528	21 261	41 869	35 124	27 065	26 073	19 100
	dispenzární prohlídky	9 508	10 478	14 383	12 660	13 693	12 486	9 440
<b>počet provedených vyšetření ambulantními specialisty</b>		76 722	64 911	65 625	68 402	67 428	65 333	63 491
<b>z toho</b>	odborná vyšetření ve zdrav. zařízení VS	34 900	34 740	37 419	42 145	43 704	39 747	42 170
	odborná vyšetření mimo zdrav. zařízení VS	31 822	30 171	28 206	26 257	23 724	25 586	21 321
<b>počet dispenzarizovaných</b>		5 898	5 540	6 277	6 664	6 709	7 598	8 705
<b>počet drogově závislých</b>		5 481	6 441	6 834	9 607	7 714	8 338	9 390
<b>počet hospitalizovaných</b>		2 515	2 570	2 677	2 776	2 901	2 742	2 622
<b>počet úmrtí</b>		27	28	35	24	21	33	29
<b>z toho</b>	sebevraždy	14	11	16	6	9	9	13
	vraždy	0	0	0	0	0	0	0
<b>počet stomatologických vyšetření a ošetření</b>		66 847	71 627	77 338	71 208	73 456	72 498	67 700
<b>počet onemocnění HIV/AIDS</b>		12	13	15	16	15	26	27



Z výše uvedené tabulky (tabulka č. 1), která ukazuje léčebně preventivní péči o obviněné a odsouzené za období od roku 2002 do roku 2008, jsou zpracovány následující grafy (graf č. 1 až graf č. 9), které přehledně znázorňují jednotlivé počty léčebně preventivní péče o vězněné osoby dané podle stanovených kritérií za období sedm let. Zdrojem získaných informací bylo „Vyhodnocení činnosti ZS VS ČR za roky 2002-2008“.

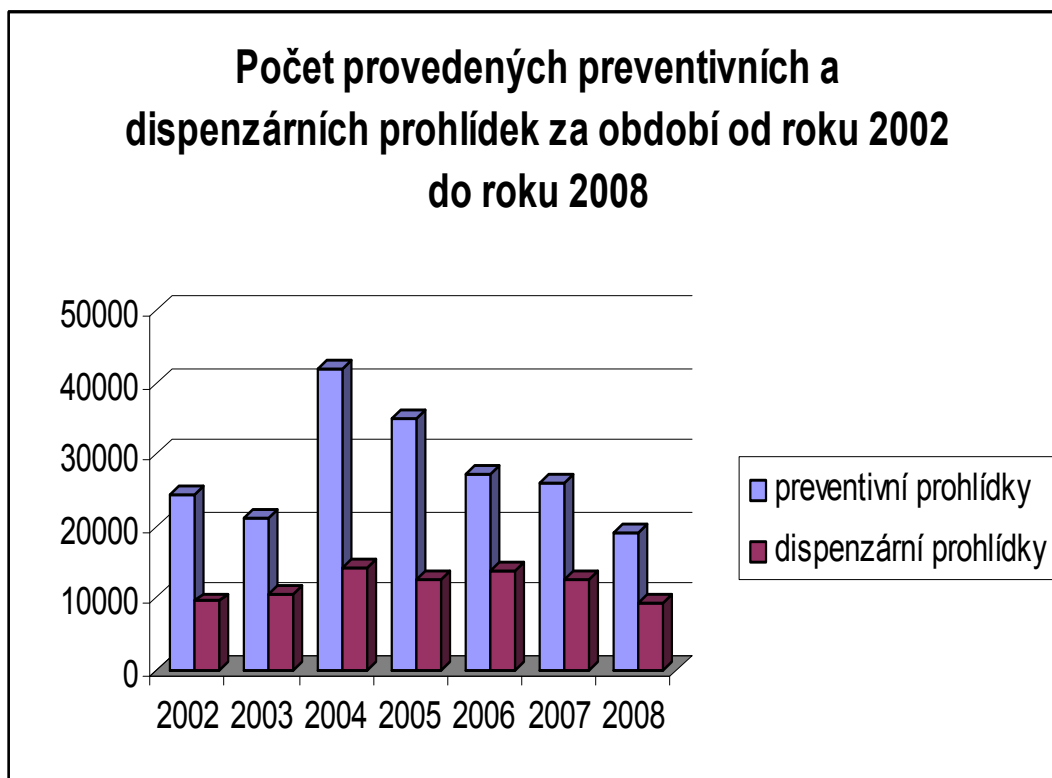
Graf č. 1



Graf č. 1 ukazuje, že celkový počet provedených vyšetření a ošetření obviněným a odsouzeným byl nejvyšší v roce 2005, kdy bylo provedeno 490 006 těchto vyšetření a ošetření. Od roku 2005 dochází k výraznému sestupnému poklesu celkového počtu provedených vyšetření a ošetření obviněným a odsouzeným. V roce 2008 bylo provedeno 312 479 ošetření a vyšetření, což je nejmenší počet za 7 let v období od roku 2002 do roku 2008. Následující grafy (graf č. 2 až graf č. 9) ukazují kolik z celkového počtu provedených ošetření a vyšetření se týká preventivních prohlídek a dispenzárních prohlídek (graf č. 2), počtu provedených vyšetření ambulantními specialisty a to v přímé souvislosti provedených odborných vyšetření ve zdravotnických zařízení VS ČR i mimo zdravotnická zařízení VS ČR (graf č. 3). Tyto grafy zahrnují počty dispenzarizovaných (graf č. 4), drogově závislých (graf č. 5), hospitalizovaných (graf č. 6) i počty úmrtí s přihlédnutím na sebevraždy a vraždy (graf č.7). Následuje i počet

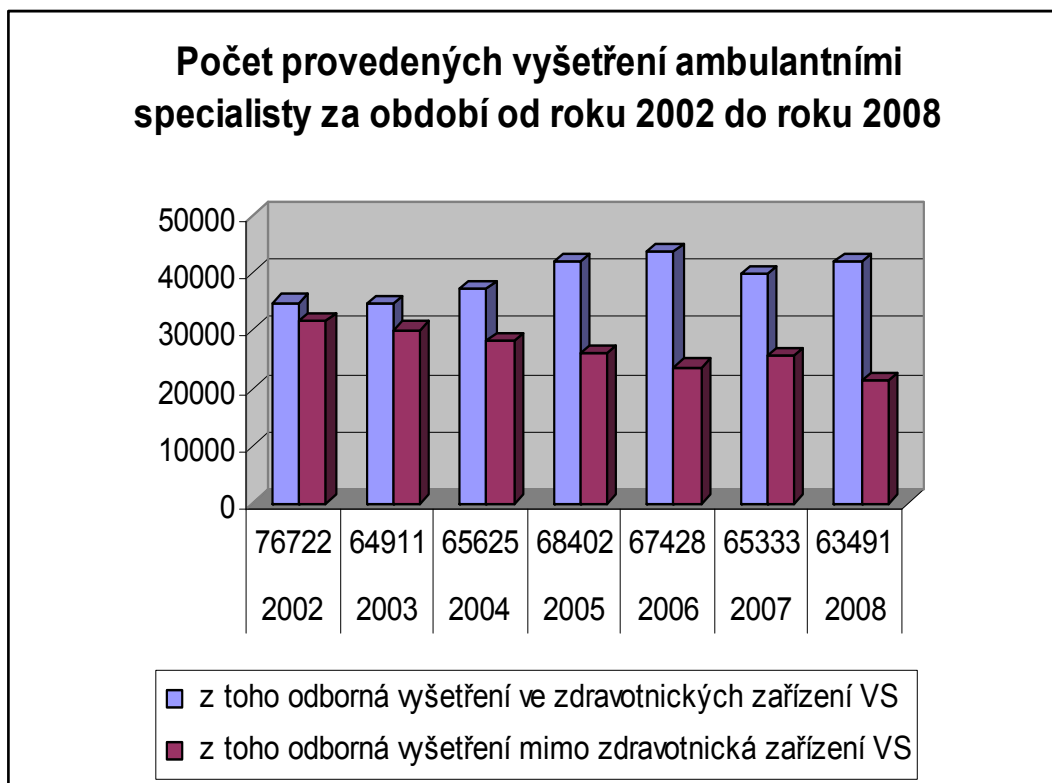
stomatologických vyšetření a ošetření (graf č. 8) včetně počtu zaznamenaných onemocnění HIV/AIDS (graf č. 9).

Graf č. 2



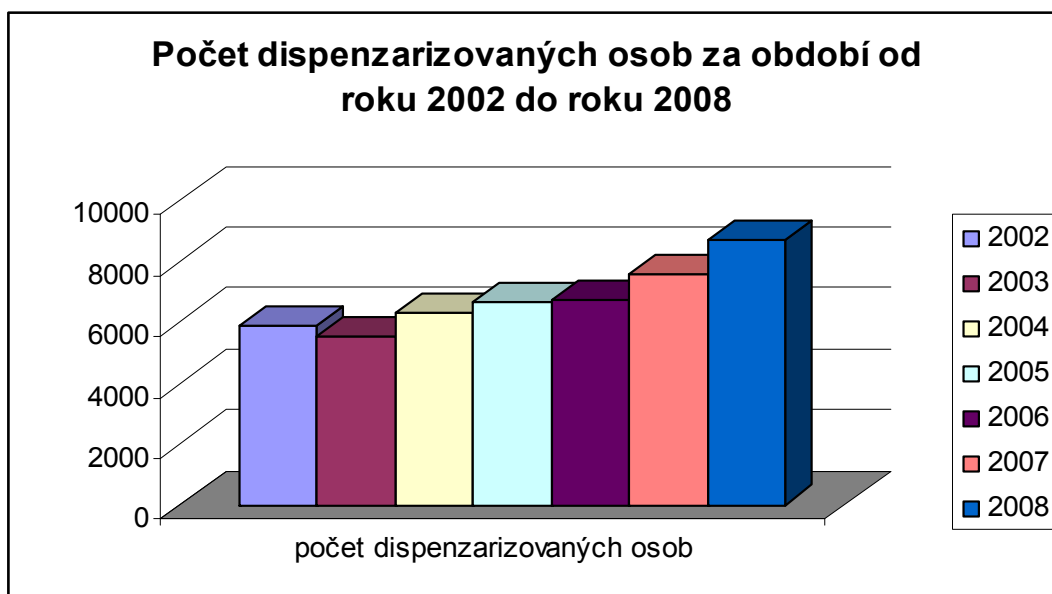
Z grafu č. 2 vyplývá, že počet provedených preventivních prohlídek je zhruba dvojnásobný oproti počtu provedených dispenzárních prohlídek. Nejvíce dispenzárních prohlídek bylo provedeno v roce 2004 v počtu 14 383 a nejméně jich bylo provedeno v roce 2008 v počtu 9 440 těchto prohlídek. Z grafu vyplývá, že v počtu provedených dispenzárních prohlídek za období 7 let nedošlo k výrazným výkyvům oproti provedeným preventivním prohlídkám, kde jsou zaznamenány výrazné vzestupy a poklesy těchto provedených prohlídek. Nejvíce preventivních prohlídek bylo provedeno v roce 2004 v počtu 41 869. Od roku 2004 dochází k výraznému sestupnému poklesu provedených preventivních prohlídek. Nejméně preventivních prohlídek za období mapovaných 7 let bylo provedeno v roce 2008, kdy jich bylo provedeno celkem 19 100.

Graf č. 3



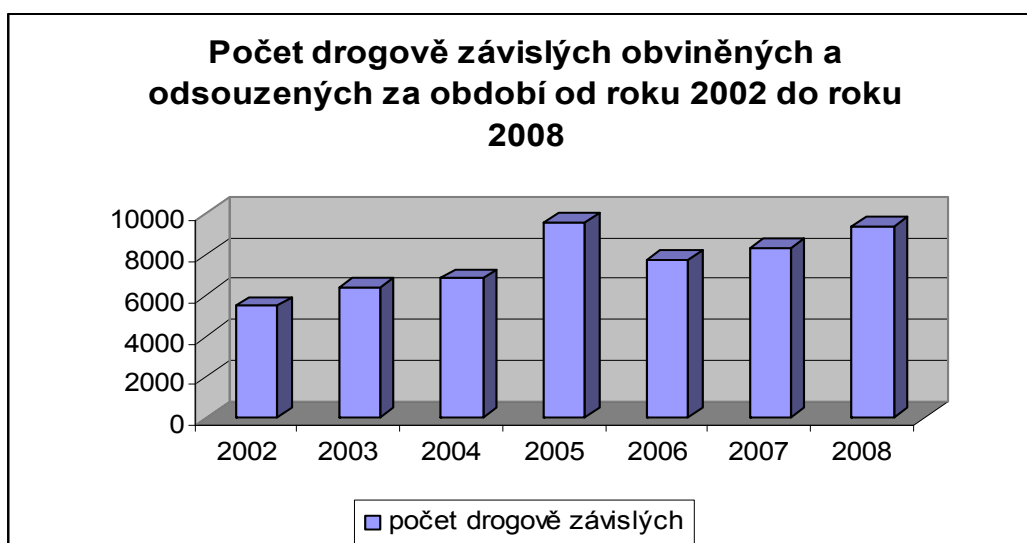
Graf č. 3 ukazuje, že nejvíce provedených vyšetření ambulantními specialisty bylo v roce 2002, kdy jich bylo celkem provedeno 76 722. Nejméně jich bylo provedeno v roce 2008 a to v počtu 63 491 vyšetření. Ve všech mapovaných 7 letech, počet provedených vyšetření ambulantními specialisty ve zdravotnických zařízeních VS ČR byl vždy vyšší oproti provedeným vyšetřením mimo zdravotnická zařízení VS ČR. Pozitivum spočívá v tom, že se tato vyšetření daří ve výrazně větším podílu zajistit přímo ve zdravotnických zařízeních vězeňské služby, což představuje značnou úsporu sil a prostředků věnovaných na zajištění dopravy, střežení a eskortní službu.

Graf č. 4



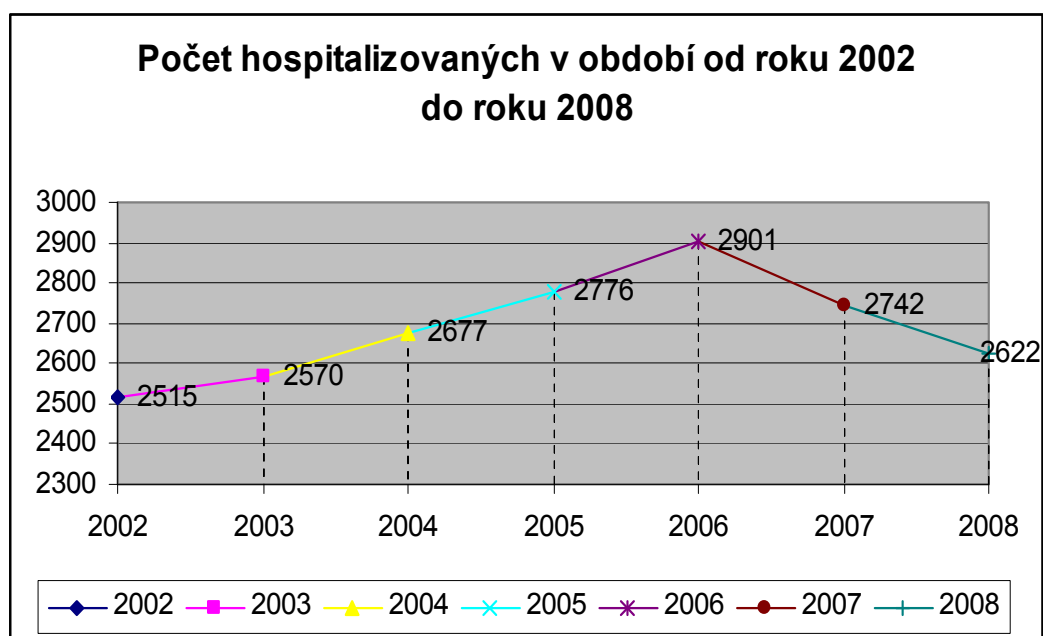
Graf č. 4 ukazuje vzrůstající počet dispenzarizovaných osob za období 7 let od roku 2002 do roku 2008. Nejméně dispenzarizovaných osob bylo zaznamenáno v roce 2003 a to v počtu 5 540 těchto osob. Od roku 2003 se počet dispenzarizovaných postupně rok od roku zvýšil. Vzrůstající počet dispenzarizovaných osob naznačuje zhoršující se stav vězeňské populace, která přichází do věznic postižena chronickými chorobami již z mimovězeňského prostředí. Nejvíce dispenzarizovaných osob bylo v roce 2008 a to v počtu 8 705 těchto osob.

Graf č. 5



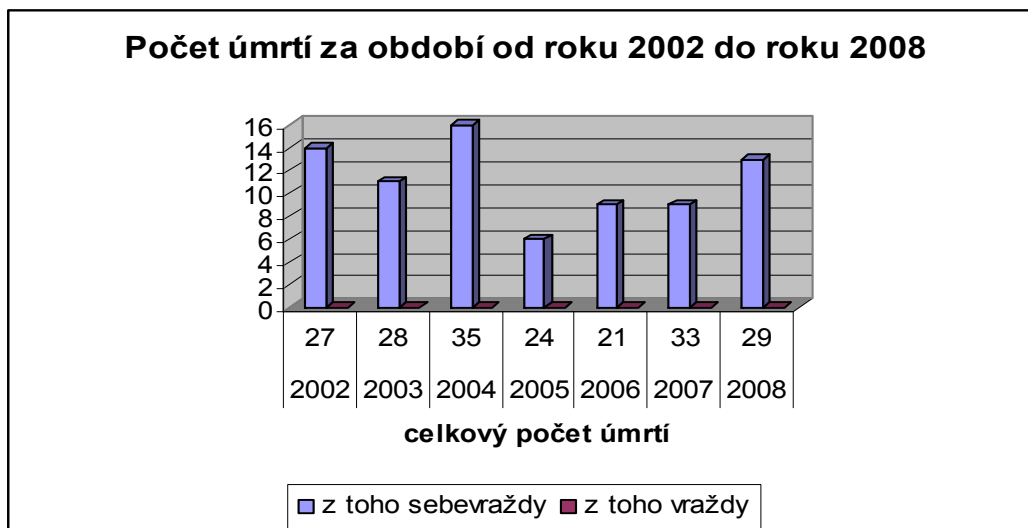
Graf č. 5 ukazuje, že od roku 2002 až do roku 2005 počet drogově závislých měl zvyšující se trend, kdy nejvíce drogově závislých bylo zaznamenáno v roce 2005 v počtu 9 607 osob. Od roku 2005 počet drogově závislých klesl a v roce 2006 činil 7 714 drogově závislých obviněných a odsouzených. Od roku 2006 dochází k postupnému navýšení drogově závislé vězeňské populace. Tento zvyšující se trend je odrazem situace v celé České republice. V roce 2008 činil počet drogově závislých 9 390 osob.

Graf č. 6



Graf č. 6 ukazuje, že počet hospitalizovaných od roku 2002 do roku 2006 se v tomto období postupně zvýšil a to i s ohledem na skutečnost, že v roce 2006 bylo ve vězeňské nemocnici při Vazební věznici Brno zrušeno oddělení rehabilitační a oddělení následné péče, což představovalo 44 lůžek. Od roku 2006 do roku 2008 dochází ke snížení počtu hospitalizovaných i přes poměrně výrazně stoupající počet vězňů v roce 2008.

Graf č. 7



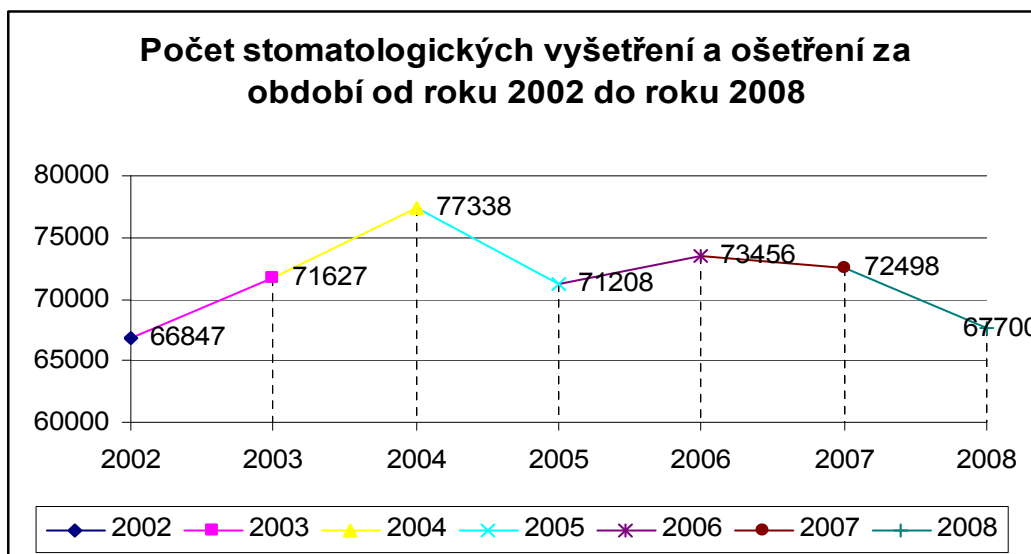
Graf č. 7 znázorňuje počet úmrtí obviněných a odsouzených s přihlédnutím na sebevraždy a vraždy. Nejvíce úmrtí bylo zaznamenáno v roce 2004, kdy zemřelo ve věznicích celkem 35 osob. Nejméně vězňů zemřelo v roce 2006, kdy zemřelo 21 osob. V období od roku 2002 do roku 2008 nedošlo k žádné vraždě. Z celkového počtu úmrtí v jednotlivých letech připadá nejvíce dokončených sebevražd na rok 2004, kdy bylo spácháno 16 sebevražd z celkového počtu úmrtí 35 osob. Nejméně sebevražd bylo v roce 2005, v počtu 6 dokončených sebevražd. Následující tabulka (tabulka č. 2) ukazuje počty zemřelých ve vazebních věznicích a věznicích v letech 2002 - 2008 podle příčin smrti.

Tabulka č. 2

(zdroj „Vyhodnocení činnosti ZS VS ČR za roky 2002-2008“)

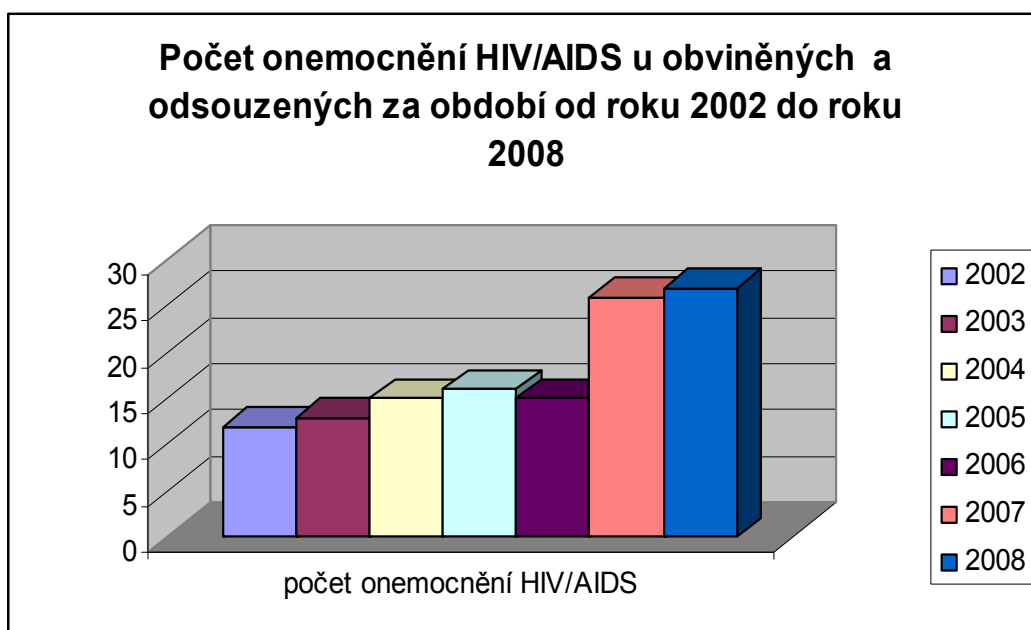
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Nádorová onemocnění</b>	1	2	1	1	0	2	1
<b>Udušení z oběšení</b>	14	11	16	5	9	8	13
<b>Cizí těleso</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cévní onemocnění</b>	8	10	15	15	12	16	14
<b>Respirační nemoci</b>	1	2	1	1	0	3	1
<b>Léky Jedy</b>	1	1	2	2	0	2	0
<b>Sebeпоškození</b>	1	0	0	0	0	0	0
<b>Zažívací ústrojí</b>	1	2	0	0	0	0	0
<b>Vražda</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Polytrauma</b>	0	0	0	0	0	2	0
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	<b>29</b>

Graf č. 8



Graf č. 8 ukazuje počet stomatologických vyšetření a ošetření za období 7 let. Vyplývá z něho, že od roku 2002 do roku 2004 došlo k prudkému nárůstu těchto stomatologických ošetření a vyšetření. Od roku 2004 počet ošetření a vyšetření prudce klesl a od roku 2005 mírně vzrostl. Od roku 2006 do roku 2008 dochází k poklesu těchto vyšetření a ošetření, což má přímou souvislost se zavedením regulačních poplatků, které se vztahují i na osoby ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody.

Graf č. 9



Graf č. 9 ukazuje, že počet obviněných a odsouzených HIV pozitivních nebo nemocných AIDS od roku 2002 až do roku 2008 prudce vzrostl. V hodnoceném období od roku 2002 do roku 2008 se zvýšil počet těchto osob o více jak dvojnásobek. Důvodem je především zvýšený počet obviněných a odsouzených ze zemí bývalého Sovětského svazu, převážně z Ukrajiny. V roce 2002 bylo monitorováno u 12 osob onemocnění HIV/AIDS a v roce 2008 toto onemocnění bylo monitorováno u 27 osob.

Základní nemocniční ústavní péče vězněným osobám je poskytována ve dvou vlastních nemocničních zařízeních, která jsou umístěna v areálu Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno a v areálu Vazební věznice Praha-Pankrác. V následujících tabulkách: nemocnice Brno (tabulka č. 3) a nemocnice Praha (tabulka č. 4) je uveden přehled nemocniční péče včetně počtu hospitalizovaných vězněných osob za období od roku 2002 do roku 2008, tedy za období 7 let. V tomto přehledu je uveden i počet provedených odborných vyšetření a ošetření v obou nemocnicích a v případě nemocnice Brno je uveden také počet ambulantních rehabilitačních výkonů. U hospitalizační péče, poskytované v nemocnici Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno, se projevila řada změn v profilaci lůžek. Významným způsobem poznamenalo počet hospitalizovaných pacientů zrušení rehabilitačního oddělení následné péče. Z níže uvedených tabulek lze dovodit skutečnost, že kvalita poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních VS ČR lze hodnotit jako vysokou s příznivým trendem posilování preventivní i léčebné zdravotní péče obviněným a odsouzeným.

Obě sledované nemocnice se liší specializací poskytovaných zdravotnických služeb dle jednotlivých oddělení.

*V nemocnice VVaÚpVZD Brno jsou tato oddělení:*

- interní a infekční
- psychiatrické
- pro léčení tuberkulózy
- ošetrovatelské péče

*V nemocnice VV Praha – Pankrác jsou tato oddělení:*

- interních oborů
- chirurgických oborů



Tabulka č. 3  
Nemocnice Brno

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
počet hospitalizovaných		1 372	1 296	1 294	1 735	1 239	1 042	1 165
z toho	interní oddělení	220	217	285	398	274	251	272
	infekční oddělení/oddělení TB	210	168	190	262	178	180	226
	jednotka intermediální péče	109	106	71	104	95	96	89
	rehabilitační oddělení	285	293	197	357	118	0	0
	oddělení následné péče	-	-	-	61	17	0	-
	oddělení následné péče (od 1.10.2008) odd.ošetrovatelské péče	-	-	-	-	-	-	60
	psychiatrické oddělení	548	512	551	553	557	515	518
počet provedených odborných vyšetření a ošetření		6 986	6 191	6 048	6 026	5 991	5 343	4 817
počet ambulantních rehabilitačních výkonů		4 013	6 654	9 815	7 884	6 498	475	5 395

(zdroj „Vyhodnocení činnosti ZS VS ČR za roky 2002-2008“)

Tabulka č.4  
Nemocnice Praha

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
počet hospitalizovaných		1 740	1 713	1 769	1 832	1 665	1 700	1 722
z toho	oddělení chirurgických oborů	906	882	961	1 031	967	990	1 006
	oddělení interních oborů	834	831	808	801	698	710	716
počet provedených odborných vyšetření a ošetření		10 432	18 498	20 131	24 217	28 991	14 517	7 683

(zdroj „Vyhodnocení činnosti ZS VS ČR za roky 2002-2008“)

Do nemocnic, uvedených v předešlých tabulkách (tabulka č. 3 a č. 4), je přijímán nemocný obviněný či odsouzený na základě doporučení ošetřujícího lékaře zdravotnického střediska VS ČR. Pokud se jedná o nemocného, jehož život a zdraví jsou ohroženy a hrozí nebezpečí z prodlení, tak nelze odepřít přijetí takové nemocné osoby v případě povinného léčení. Vězněné osoby, trpící přenosnou nemocí nebo je u nich podezření na onemocnění přenosnou nemocí, jsou umisťovány na infekční oddělení nemocnice. S každým přijetím do nemocnice vyslovuje pacient souhlas a podepisuje souhlas s hospitalizací.

#### **4.1.5 Metodologie rozhovoru**

Vzhledem k danému tématu jsem zvolila kvalitativní strategii zkoumání, a to zejména proto, že se ve svém výzkumu zabývám hledáním odpovědí na své otázky, nikoliv testováním hypotéz. Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod. Je orientován na explorování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí.

Na základě povahy výzkumné strategie jsem zvolila, jako primární nástroj sběru dat, strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tuto metodu jsem volila s ohledem k malému množství respondentů. Výhodou tohoto nástroje sběru dat je to, že se lze dozvědět mnoho informací k danému tématu, v mém případě jak je zajištěna a poskytována zdravotní péče v podmínkách vězení. Z předem připravených otázek jsem očekávala, že se dozvím takové odpovědi, na které lze odpovědět více než slovem nebo holou větou. Předpokládala jsem, že se dozvím i mnoho informací navíc. Výhodou mého rozhovoru bylo i to, že jsem požádala respondenta o vysvětlení, pokud jsem z jeho odpovědi něčemu nerozuměla a stejná situace nastala i obráceně, pokud respondent si nebyl jistý, zda otázce správně porozuměl.

Z doplňujících technik pro získání potřebných údajů jsem použila také studium dokumentů - statistik o poskytované léčebně preventivní péči vězněným osobám. Jednalo se o obsahovou analýzu dokumentů, která mi posloužila k doplnění informací získaných rozhovorem. Pokládám otázky jsem zvolila tak, abych mohla lépe interpretovat již zmíněné statistické dokumenty a jejich výsledky. Můj výzkum vycházel z triangulace použitých metod, což je kombinace dotazování, pozorování

a obsahové analýzy dokumentů. I když jsem techniku rozhovoru považovala za primární, tak jsem se nezaměřila pouze na tuto metodu, ale vycházela jsem i ze zákonů uvedených v teoretické části mé práce týkajících se problematiky zajištění zdravotní péče.

Rozbor průběhu strukturovaného rozhovoru:

1) Souhlasil(a) byste s tím, že poskytování zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na stejné úrovni ve srovnání s poskytováním zdravotní péče běžné mimovězeňské populaci?

➤ Některá specializovaná vyšetření musí být prováděna mimo věznici, proto je možné se domnívat, že úroveň poskytované zdravotní péče ve věznici nedosahuje její civilní úrovně. Tuto otázku jsem volila z důvodu, abych mohla porovnat úroveň zdravotní péče o vězněné osoby oproti úrovni zdravotní péče poskytovanou běžným lidem.

2) Myslíte si, že zdravotní péče je někde lepší či někde horší?

➤ Využívání jednotlivých zdravotních zařízení se jak vyplývá ze statistik liší, proto je zajímavé si položit otázku, zda to nevyplývá z rozdílné úrovně poskytované zdravotní péče. Mojí snahou je dozvědět se, zda jsou patrné rozdíly v úrovni poskytované zdravotní péče vězněným osobám v závislosti na typu věznice.

3) Jaký je, podle Vašeho názoru, přístup obviněných a odsouzených k lékařské péči?

➤ Dá se předpokládat, že řada obviněných a odsouzených své obtíže jen simuluje a návštěvami lékaře či vyhledáním lékařského ošetření si jen krátí čas. Touto otázkou sleduji, jak vězněné osoby přistupují k lékařské péči, která je jim v podmínkách vězení poskytována. Položením této otázky jsem směřovala i k tomu, zda tuto péči využívají proto, že ji skutečně potřebují, tedy trpí nějakým onemocněním či chorobou, kterou je potřeba následně léčit, nebo v jaké míře se jedná o zneužívání možností systému.

4) Myslíte si, že obvinění a odsouzení zneužívají lékařskou péči? Pokud ano, tak jak se zneužívání lékařské péče u obviněných a odsouzených projevuje?

➤ Jelikož jsem předpokládala, že ze strany obviněných a odsouzených dochází nezdůvěrně ke zneužívání lékařské péče, tak jsem se touto otázkou chtěla dozvědět, jestli je skutečně pravda, že vězněné osoby zneužívají lékařskou péči a jak se toto zneužívání projevuje.

5) Mají obvinění a odsouzení oproti běžné populaci zvýšené nároky na léčivo, které je jim poskytováno vězeňským lékařem?

➤ Jelikož se ve vězeňské populaci stále více rozmáhá zneužívání drog - zvyšuje se počet odsouzených drogově závislých. Touto otázkou chci zjistit, zda vězněné osoby se dožadují předepsání či podávání léků ve větší míře oproti lidem „z venku“, tedy zda jejich požadavky na léčivo jsou vyšší než u mimovězeňské populace. Tedy, zda jsou jejich nároky na požadované léčivo oprávněné.

6) Charakterizoval(a) byste chování obviněných a odsouzených vůči vězeňskému lékařskému personálu jako agresivní?

➤ Agresivita vězněných osob má obecně stoupající tendenci a jelikož i v civilním prostředí narůstá počet útoků na zdravotnický personál chci touto otázkou zjistit, jak se chovají uvězněné osoby k lékařskému personálu a zda je tento agresivní trend možné vysledovat i vůči vězeňskému lékařskému personálu.

7) Spolupracují obvinění a odsouzení při vyšetření, ošetření a následné léčbě jejich onemocnění obdobně, jak civilní pacienti?

➤ Jestliže vycházíme z předpokladu, že valná část vězněných osob vyhledáváním lékařské péče si jen krátí čas či simuluje, navádí k položení této otázky, která zjistí jaká je spolupráce vězněných osob při vyšetření, ošetření a následné léčbě jejich onemocnění ve srovnání se spoluprací civilních pacientů, tedy osob v běžné populaci. Předpokládám, že spolupráce těchto „simulantů“ bude nižší.

8) Bývají obvinění a odsouzení častěji nemocní oproti běžné mimovězeňské populaci? Pokud ano, tak čím je to způsobeno?

➤ Přestože statistiky vykazují významný pokles provedených lékařských ošetření a vyšetření, je mým cílem zjistit, zda jsou vězněné osoby častěji nemocné než mimovězeňská populace. V případě odpovědi ano, mne zajímaly příčiny toho, proč jsou častěji nemocní.

9) Z celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že od roku 2006 dochází ke snížení celkového počtu těchto vyšetření a ošetření. Čím je toto snížení způsobeno, vzhledem k tomu, že se počet uvězněných osob v tomto období zvýšil?

➤ Z analýzy statistických údajů mně vyplynulo, že od roku 2006 došlo ke snížení celkového počtu vyšetření a ošetření vězněných osob. Položením této otázky jsem chtěla zjistit, čím je toto snížení způsobeno v závislosti ke skutečnosti přibývajících vězněných osob.

10) Má zavedení regulačních poplatků vliv na snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených?

➤ Jelikož ze statistiky vyplývá, že počet provedených vyšetření a ošetření má sestupnou tendenci, domnívám se, že na tuto skutečnost může mít vliv zavedení regulačních poplatků v roce 2007, kdy nastal první významný pokles v celkovém počtu provedených vyšetření a ošetření. Touto otázkou chci zjistit, zda skutečně dopad zavedení regulačních poplatků se dotýká nějakým způsobem vězněných osob.

11) Počet drogově závislých obviněných a odsouzených se v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 zvýšil. Čím je to, dle Vašeho názoru, způsobeno?

➤ Ve sledované statistice je zřejmý razantní nárůst drogově závislých. Chci se dozvědět, v čem spočívá příčina tohoto jevu. Smyslem položení otázky bylo zjistit, proč se počet drogově závislých uvězněných zvýšil a k čemu tuto skutečnost lze přiřadit.

12) Z počtu vyšetření a ošetření obviněných a odsouzených trpících onemocněním HIV/AIDS provedených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že postupně došlo k nárůstu vyšetření a ošetření těchto osob. Čím je zapříčiněno, dle Vašeho názoru, že počet osob s onemocněním HIV/AIDS má vzestupnou tendenci?

➤ Z analýzy statistiky je patrné, že narostl počet vězněných osob trpících onemocněním HIV/AIDS. Tento trend je patrný v celém statisticky sledovaném období v rozmezí let 2002 až 2008. Snahou bylo zjistit, proč tomu tak ve zkoumaném období bylo.

13) Nejvíce odborných vyšetření obviněných a odsouzených provedených ambulantními specialisty v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 bylo provedeno v roce 2002 a nejméně jich bylo provedeno v roce 2008. K čemu lze přirovnat tento sestupný vývoj?

➤ Z analýzy dokumentů statistiky vyplývá, že se počet provedených odborných vyšetření u vězněných osob snižuje a mne zajímalo, proč tyto osoby méně navštěvují ambulantní specialisty, co je k tomu vedlo.

14) Domníváte se, že některá odborná vyšetření jsou nutná provádět mimo vězeňská zdravotnická zařízení?

➤ Vzhledem k tomu, že se obvinění a odsouzení často dožadují vyšetření a ošetření mimo vězeňské zdravotnické zařízení je potřeba zjistit, jak na tom ve skutečnosti vězeňská zdravotnická zařízení jsou po stránce vybavenosti a schopnosti provádět odborná vyšetření.

15) Dožadují se obvinění a odsouzení, v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, že chtějí být vyšetřeni či ošetřeni mimo zdravotnické zařízení VS ČR? Pokud ano, tak jaké uvádějí důvody?

➤ V návaznosti na předešlou otázku je nutné zjistit argumenty používané obviněnými a odsouzenými při vyžadování ošetření a vyšetření mimo zdravotnické zařízení VS ČR. U této otázky mne zajímalo, zda vězněné osoby chtějí být vyšetřeny či ošetřeny mimo vězeňské zdravotnické zařízení a pokud ano, co je k tomu vede.

16) Ze vzrůstajícího počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených ve srovnání za období od roku 2002 do roku 2008 vyplývá, že se zhoršuje zdravotní stav celé vězeňské populace. V roce 2008 se počet dispenzarizovaných obviněných a odsouzených zvýšil o 2807 ve srovnání s rokem 2002. Co si o tom myslíte, proč tomu tak je?

➤ Z analýzy dokumentů statistiky vyplývá, že vzrůstá počet dispenzarizovaných vězněných osob a tedy lze usoudit, že se zhoršuje stav vězeňské populace. Důvodem položení této otázky bylo zjistit, proč k tomu dochází.

17) Myslíte si, že lidé „za mřížemi“ častěji vyhledávají lékaře oproti jejich životu „venku“?

➤ I přes významný pokles počtu provedených vyšetření a ošetření vězňů se počet hospitalizovaných naopak mírně zvýšil. Chci se tedy dozvědět, jaký je rozdíl v tom, když lidé jsou na svobodě, jak často jdou k lékaři oproti tomu ocitnou-li se za „mřížemi“, tedy v četnosti návštěvy lékaře ve vězeňském zařízení.

18) Vyjmenujte pět nejčastějších onemocnění obviněných a odsouzených?

➤ Statisticky významný počet úmrtí může být způsoben závažností chorob obviněných a odsouzených. Je proto nutné zjistit, jakými onemocněními nejčastěji vězněné osoby trpí.

19) Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny úmrtí obviněných a odsouzených?

➤ V návaznosti na předešlou otázku je potřeba upřesnit příčiny úmrtí obviněných a odsouzených.

20) Myslíte si, že ústav pro výkon zabezpečovací detence je lepší variantou pro jedince než umístění v psychiatrické léčebně? Pokud ano, tak vysvětlíte?

➤ Zabezpečovací detence jako nový fenomén v českém vězeňství je zatím velkou neznámou. Jeho význam ukáže následná praxe. Chci zjistit názor odborného zdravotnického personálu na smysl zavedení ústavu pro výkon zabezpečovací detence z pohledu vězeňského zdravotnického personálu a jejich srovnání s umístěním patřičných osob v porovnání s umístěním takových osob v psychiatrické léčebně.

#### **4.1.6 Vyhodnocení realizovaných rozhovorů**

Realizovala jsem celkem čtyři rozhovory, které mně poskytli zdravotničtí zaměstnanci VS ČR. Dva rozhovory mně poskytly zdravotní sestry a další dva rozhovory byly uskutečněny s lékaři. Vykonávaná zdravotnická profese u VS ČR ve zdravotnických zařízeních byla u jednotlivých respondentů 7, 8, 10 a 13 let. Věk jednotlivých respondentů byl 42, 48, 49 a 52 roků. Nejprve jsem provedla analýzu

statistiky dokumentů, která se týkala objemu poskytované léčebně preventivní péče o obviněné a odsouzené za období od roku 2002 do roku 2008. Následně jsem přistoupila k realizaci rozhovorů. Časové rozmezí jednotlivých rozhovorů se pohybovalo od 45 min. do 60 min. V rozhovoru byly položeny otázky vztahující se k názorům, vztahující se ke zkušenostem nebo chování, vztahující se ke znalostem, pocitům, vztahující se ke vnímání a také otázky demografické a kontextové. Některé položené otázky vyplývaly z výše uvedené statistiky. Chtěla jsem si jimi ověřit, zda data zpracovaná touto statistikou budou korespondovat s odpovědi uvedených respondentů. Cílem bylo získat i odpovědi na otázky, které nejsou ve statistice zahrnuty. Prostřednictvím realizovaných rozhovorů jsem především sledovala informace o poskytované zdravotní péči vězněným osobám a celkové kvalitě této péče poskytované v prostředí věznice. Z položených otázek a jejich odpovědi jsem získala řadu informací, které v souladu se statistikou léčebně preventivní péče o obviněné a odsouzené, jsem následně vyhodnotila za použití zjednodušených statistických metod, použila jsem zejména četnost.

- 1) Souhlasil(a) byste s tím, že poskytování zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na stejné úrovni ve srovnání s poskytováním zdravotní péče běžné mimovězeňské populaci?

Odpovědi na tuto otázku nepřinesly jednoznačný závěr. Sice můžu říct, že se respondenti spíše přikláněli k variantě, že úroveň poskytované zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na vyšší úrovni než mimo věznici, ale jednoznačně se toto rozhodně tvrdit nedá. K závěru, který jsem uvedla, že se spíše přiklánějí k variantě širších možností péče o obviněné a odsouzené mne vedou jen určité náznaky a nepřímé poznámky, které padaly během rozhovorů.

- 2) Myslíte si, že zdravotní péče je někde lepší či někde horší?

Všechny odpovědi se v zásadě shodují na rozdílech v úrovni poskytované zdravotní péče. Různí se však uváděné důvody. Jako důvody je spatřováno personální obsazení, případně jestli věznice má k dispozici lékaře. U středního zdravotního personálu nejsou příčiny rozdílů nijak konkrétně vnímány. Ovšem lékaři poukazují zejména na personální problematiku.



- 3) Jaký je, podle Vašeho názoru, přístup obviněných a odsouzených k lékařské péči?

Nejčastějším názorem zjištěným při realizaci rozhovorů bylo, že existuje nezanedbatelná skupina obviněných a odsouzených, která lékařskou péči zneužívá, či ji vyhledává jen pro zábavu a vytržení z vězeňského stereotypu. Zajímavým postřehem je, že oprávněný počet ošetřovaných vězňenských osob je zhruba polovina. Nezanedbatelnou skutečností jsou ti obvinění a odsouzení, kteří se snaží získávat nějaké výhody.

- 4) Myslíte si, že obvinění a odsouzení zneužívají lékařskou péči? Pokud ano, tak jak se zneužívání lékařské péče u obviněných a odsouzených projevuje?

Odpověď na tuto otázku je u respondentů jednoznačná v tom, že obvinění a odsouzení v nezanedbatelné míře zneužívají lékařskou péči. Z odpovědí vyplývá, že tak nečiní všichni. Zneužívání lékařské péče se projevuje zejména za účelem zisku výhod např. získání lepší stravy, různých léků, zejména na bolest a na spaní. Zvláštní skupinu tvoří obvinění a odsouzení, kteří výkon vazby a trestu zneužívají k řešení marginálních problémů, které by v civilním životě vůbec neřešily. Projevuje se to i realizací různých odborných vyšetření či operací např. nosní přepážky pro ztížené dýchání, odstranění různých kožních defektů a jiných, které je v současnosti neohrožují na životě, a se kterými by v civilu k lékaři nešli, ale ve vězení to řeší, protože tam na to mají čas.

- 5) Mají obvinění a odsouzení oproti běžné populaci zvýšené nároky na léčivo, které je jim poskytováno vězeňským lékařem?

Z odpovědí respondentů jednoznačně vyplývá, že obvinění a odsouzení mají zvýšené nároky na léčivo. Jedná se zejména o léky proti bolesti a léky na spaní. Za důležitý považují postřeh, že mnohdy tyto léky nepotřebují, pouze je chtějí za účelem, aby s nimi mohli kšeftovat.

- 6) Charakterizoval(a) byste chování obviněných a odsouzených vůči vězeňskému lékařskému personálu jako agresivní?

Odpovědi u respondentů nepotvrdily, že by se obvinění a odsouzení chovali vůči vězeňskému zdravotnickému personálu agresivně, ale také nevyvrátily fakt, že se obvinění a odsouzení nikdy nechovají agresivně. Respondenti uvedli, že výjimky se však najdou a agresivní chování vězňů vůči vězeňskému zdravotnickému personálu se objevuje jen někdy, avšak ve většině případů se jedná o verbální útoky.

- 7) Spolupracují obvinění a odsouzení při vyšetření, ošetření a následné léčbě jejich onemocnění, obdobně jako civilní pacienti?

Odpovědi na tuto otázku nepřinesly jednoznačný závěr. Z výpovědí respondentů bylo zjištěno, že ne všichni obvinění a odsouzení spolupracují při vyšetření, ošetření a následné léčbě. Respondenti uvádějí, že pokud se jedná o běžná onemocnění, tak spolupráce ze strany vězňů je dobrá, avšak špatná spolupráce je u pacientů závislých na návykových látkách. Existuje, dle vyjádření zjištěných z rozhovorů, i určitá skupina vězňů, která nemá snahu své nemoci léčit, a tak si je tzv. „pěstuje“, za účelem, aby mohla navštěvovat lékaře a měla rozptýlení ze zaběhlých pořádků.

- 8) Bývají obvinění a odsouzení častěji nemocní oproti běžné mimovězeňské populaci? Pokud ano, tak čím je to způsobeno?

Všechny odpovědi respondentů se v zásadě shodují v názoru, že vězněné osoby oproti běžné mimovězeňské populaci nejsou častěji nemocné. Respondenti k tomu uvádějí, že obvinění a odsouzení si své nemoci tzv. „pěstují“, což naznačuje, že více je mezi nimi simulantů, kteří lékaře vyhledávají z nudy a pro rozptýlení.

- 9) Z celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že od roku 2006 dochází ke snížení celkového počtu těchto vyšetření a ošetření. Čím je toto snížení způsobeno, vzhledem k tomu, že se počet uvězněných osob v tomto období zvýšil?

Ve většině odpovědí se projevuje akcent na zavedení regulačních poplatků, kde dotazovaní se shodují buď zcela jistě, nebo asi jistě na interakci zavedení regulačních poplatků a snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření. Dalším závažným zjištěním je, že mnozí obvinění a odsouzení jsou bez finančních prostředků a peníze raději utratí za cigarety, než za regulační poplatek, který je jim za ošetření a vyšetření účtován, proto je návštěva lékaře za účelem simulování odradí.

10) Má zavedení regulačních poplatků vliv na snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených?

Odpovědi dotazovaných, již na předešlou otázku, poukázaly na fakt vlivu zavedení regulačních poplatků při snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených. Lze tedy vysledovat příčinnou souvislost mezi oběma veličinami.

11) Počet drogově závislých obviněných a odsouzených se v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 zvýšil. Čím je to, dle Vašeho názoru, způsobeno?

Respondenti zejména poukazují na skutečnost, že počet drogově závislých vzrostl i mezi běžnou populací. Dle jejich názoru je to odraz celkové situace ve společnosti, kde i tam došlo ke zvýšení počtu drogově závislých. Statisticky je tedy logické očekávat, že se tento trend projeví zvláště mezi obviněnými a odsouzenými, kteří se v podstatné míře rekrutují právě ze sociálních vrstev nejvíce ohrožených drogovou problematikou.

12) Z počtu vyšetření a ošetření obviněných a odsouzených trpících onemocněním HIV/AIDS provedených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že postupně došlo k nárůstu vyšetření a ošetření těchto osob. Čím je zapříčiněno, dle Vašeho názoru, že počet osob s onemocněním HIV/AIDS má vzestupnou tendenci?

Všechny odpovědi jsou v zásadě obdobné jak odpovědi na předchozí otázku, že počet onemocnění HIV/AIDS se zvýšil i všeobecně v celé populaci. Vše úzce souvisí s nárůstem drogové problematiky a na ni navázané jevy jako je promiskuita, prostituce

a páchání trestných činů za účelem získání prostředků na drogy. Jeden respondent navíc oproti druhým uvedl, že je to způsobeno otevřením hranic a migrací obyvatelstva.

13) Nejvíce odborných vyšetření obviněných a odsouzených provedených ambulantními specialisty v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 bylo provedeno v roce 2002 a nejméně jich bylo provedeno v roce 2008. K čemu lze přirovnat tento sestupný vývoj?

Respondenti na tuto otázku neodpověděli jednoznačně. Větší procento z nich přisuzuje toto snížení počtu provedených odborných vyšetření v souvislosti se zavedením regulačních poplatků. Jeden respondent uvedl, že je snížení pravděpodobně zapříčiněno lepší péčí praktických lékařů, kteří již neposílají pacienty s každou „blbostí“ k odborníkům.

14) Domníváte se, že některá odborná vyšetření jsou nutná provádět mimo vězeňská zdravotnická zařízení?

Na tuto otázku byla ve všech realizovaných rozhovorech odpověď jednoznačná. Všichni shodně potvrdili, že některá odborná vyšetření jsou nutná provádět mimo vězeňská zdravotnická zařízení. Za hlavní důvody uvádějí, že některé stavy pacientů to vyžadují, a že některé vyšetřovací techniky nejsou v podmínkách věznic k dispozici, z důvodu nákladného a neefektivního provozu, jedná se zejména o úzce specializovaná vyšetření jako např. CT a magnetickou resonanci.

15) Dožadují se obvinění a odsouzení, v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, že chtějí být vyšetřeni či ošetřeni mimo zdravotnické zařízení VS ČR? Pokud ano, tak jaké uvádějí důvody?

Téměř většina respondentů uvedla, že občas se u některých obviněných a odsouzených projevuje tendence k naléhání, že chtějí být vyšetřeni či ošetřeni mimo zdravotnické zařízení VS ČR. Jeden respondent na tuto otázku reagoval slovy „jsou prostě takoví“, a že je to víceméně snaha o zpestření si „vězeňské nudy“. Za hlavní důvody jsou dle odpovědí uváděny, nedůvěra k vězeňskému zdravotnímu personálu či nedostatečné možnosti vyšetření. Dalším častým argumentem obviněných

a odsouzených je tvrzení, že v civilu mají lepší přístroje, jsou tam kvalifikovanější lékaři a lepší léky. V odpovědích se vyskytuje i to, že mnohé vězněné osoby vyžadují být vyšetřeny či ošetřeny v civilním zdravotnickém zařízení, i když jejich zdravotní stav se nezhoršuje a ve skutečnosti jim jde o únik či oddálení trestu.

16) Ze vzrůstajícího počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených ve srovnání za období od roku 2002 do roku 2008 vyplývá, že se zhoršuje zdravotní stav celé vězeňské populace. V roce 2008 se počet dispenzarizovaných obviněných a odsouzených zvýšil o 2807 ve srovnání s rokem 2002. Co si o tom myslíte, proč tomu tak je?

Ve většině případů je zvýšení počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených u dotazovaných přikládán důslednější dispenzarizaci. Jako hlavní příčinu v této souvislosti je uváděn zvýšený počet civilizačních chorob v celkové populaci. Nelze to tedy přičítat ke skutečnosti, že by se zhoršoval zdravotní stav vězeňské populace jako takové. V jednom rozhovoru bylo zmíněno, že to souvisí s celkovým nárůstem dlouhodobých onemocnění v obecné populaci.

17) Myslíte si, že lidé „za mřížemi“ častěji vyhledávají lékaře oproti jejich životu „venku“?

U této otázky je odpověď zcela jednoznačná. Všichni se shodli na tom, že vězeňská populace vyhledává lékaře častěji, než obecná populace. V příčinách už tak jednoznačná shoda nepanuje. Sice je kladen výrazný akcent na fakt zahánění nudy, ale vyskytl se i názor, že získání nějakého toho prášku vhodného ke směně také nemá zanedbatelný vliv.

18) Vyjmenujte pět nejčastějších onemocnění obviněných a odsouzených?

O první místo v příčinách onemocnění soupeří drogová závislost s chronickými obtížemi jako je cukrovka či vysoký krevní tlak. Za povšimnutí stojí skutečnost, že akutní onemocnění, jakými jsou např. různé virózy či nachlazení, se vyskytují až za těmito chronickými chorobami. Možnou příčinu této skutečnosti lze dovozovat z určité izolovanosti vězeňské populace od okolního světa.

19) Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny úmrtí obviněných a odsouzených?

U této otázky bych za alarmující fakt označila nejčastěji uváděnou příčinu úmrtí a to sebevraždu či sebevražedné pokusy. Teprve za těmito mimořádnými událostmi následují cévní a mozkové příhody (infarkt, mrtvice), popřípadě nádorová onemocnění, která u obecné populace jsou onemocněním na „čele žebříčku“ úmrtnosti pacientů.

20) Myslíte si, že ústav pro výkon zabezpečovací detence je lepší variantou pro jedince než umístění v psychiatrické léčebně? Pokud ano, tak vysvětlete?

Zdravotní personál se jednoznačně shoduje na tom, že ústav pro výkon zabezpečovací detence je pro jedince mnohem bezpečnější, co se možnosti útěků týká, variantou oproti umístění v psychiatrické léčebně. Už tak jednoznačná shoda však nepanuje v otázce vhodnosti takového zařízení pro skutečnou léčbu. U tohoto problému se někteří dotazovaní vyjádřili ve smyslu, že vhodnost takového zařízení ukáže čas.

## **4.2 Nejčastější příčiny využívání zdravotní péče u vězněných osob a jejich analýza**

Využívání zdravotní péče u vězněných osob je mnohdy spojeno se zneužíváním této zdravotní péče ve vězeňských zařízeních. Souvisí s tím ta skutečnost, že vězněná osoba má právo kdykoliv zažádat o vyšetření či ošetření. Toto právo ji musí být poskytnuto. V problematice zdravotní výchovy u odsouzených osob uvnitř resortu VS ČR se vyskytuje řada mezer, tedy i právních problémů souvisejících s případným postihem těchto vězňů. Tyto příčiny vedou k obrovskému navýšení zdravotní péče vězněné osoby, mimo jiné způsobují i značné a zbytečné navýšení nákladů, poskytnutých na tuto péči. Vězněné osoby návštěvou zdravotnických zařízení dostávají možnost opustit celu, a tím se vyhnout zaběhlého stereotypu výkonu trestu odnětí svobody. Ve věznicích dochází k nárůstu počtu případů zneužívání léčiv podávaných v tabletách. Často dochází mezi spoluvězni k obchodování s těmito léčivy. Na základě

této skutečnosti se velmi zvyšuje frekvence návštěv vězňů u lékaře za účelem získání určitých léků, především návykových. Z tohoto důvodu někteří lékaři řeší vzniklou situaci aplikací léků v podobě čípků či nitrožilně. Někteří lékaři podávají nemocným odsouzeným léky po jednotlivých dávkách, aby se vyhnuli jejich zneužití. Zdravotní pracovníci jsou často vystaveni urážkám ze strany vězňů z toho důvodu, že odmítají vydat určité léky těmto osobám. Nic neobvyklého jsou stížnosti na postup ošetřujícího lékaře. Tyto stížnosti musejí být vždy prošetřeny. Z velké většiny případů jsou tyto stížnosti vyhodnoceny jako neoprávněné. Mnozí lékaři považují práci ve vězeňství za nevděčnou. V mnoha případech lékaři suplují práci psychologa, pedagoga, vychovatele a mnohdy i faráře. Odsouzený, který nevyužívá služby psychologa či pedagoga, zatěžuje vězeňský lékařský personál svými problémy, patřící spíše do oblasti výše zmiňovaných odborníků. Někdy se stává, že dochází ke konfliktům mezi zdravotníky a příslušníky VS ČR, které plynou z různých úkolů a motivů profesí. Jde o situace, kdy lékař konstatuje u odsouzeného, který se nějak provinil, že nemůže být potrestán, protože trpí v současné době nějakým onemocněním či chorobou. Příslušníci VS ČR se v takových případech domnívají, že lékař odsouzeným nadržuje. Z tohoto pohledu se zde vyskytuje jistý konflikt profesí.

U odsouzených osob se uskutečňuje zdravotnická výchova, kterou zajišťuje zdravotnický personál, s cílem ovlivnit zdravotnické vědomí vězňů. Účel této výchovy je vést vězněné osoby k součinnosti při ochraně svého zdraví a zdraví ostatních vězňů, ke správným hygienickým návykům, ale také k aktivní účasti při vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek. Z pohledu organizace je potřebné zajistit rozpracování zdravotní výchovy obviněných a odsouzených. Snahou je předcházet zvýšené nemocnosti osob a tím minimalizovat stále se zvyšující náklady za poskytnutou péči.

Vězeňské prostředí je pro některé odsouzené značně zátěžové a deformující. Přetíženost věznic a stísněný uzavřený prostor představují pro mnohé z nich rizika v oblasti psychiky. Odborná pomoc psychologa je pro ně mnohdy nezbytná. Důležitou úlohu tu hraje celý zdravotnický personál, který musí být tolerantní s vyloučením veškerých projevů diskriminace, zdvořilý a korektní, bez ohledu na pohlaví osob, sociální či etnický původ, národnost, sexuální orientaci, víru a náboženství a i na majetkové poměry. Zdravotnický personál s výkonem svého povolání je povinen

zachovávat mlčenlivost o těch skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání.

Značnou zátěž pro vězeňský systém představují drogově závislí. Skutečnost je i taková, že tito lidé trpí mimo svou závislost i řadou onemocnění. Substituční léčba problémových uživatelů drog se provádí ve všech zemích Evropské unie. Substituce je léčbou, kterou doporučuje Světová zdravotnická organizace (WHO), Program OSN pro kontrolu drog (UNDCP) i další národní a mezinárodní organizace. Substituční léčba je léčba léky podobné chemické povahy, jako jsou klasické opiáty, zneužívané toxikomany. Přerušování léčby může znamenat velkou hrozbu pro pacientovo zdraví. Zdravotní péče o drogově závislé osoby ve výkonu trestu odnětí svobody se řídí dle zákona č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů. Zvláštní opatření ve zdravotní péči stanovuje Generální ředitel VS ČR v Souboru protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na dané období.

U některých odsouzených může nastat šok z uvěznění. Zejména v případech, že se dostali do výkonu trestu poprvé. Tento šok je způsobený náhlou změnou materiálního i psychosociálního prostředí. Uvězněný prožívá ztrátu životních jistot. Dochází k omezení všech druhů podnětů, což nadměrně stresuje především mladistvé a mladé dospělé. Ve špatně vedených věznicích bývá čas rozdělen na tři etapy: snídaně, oběd, večeře. Z tohoto důvodu odsouzeným osobám čas plyne pomaleji. Uvězněné osoby, aby se vyhnuly takovému stereotypu, často navštěvují lékaře a simulují nějakou bolest či chorobu. Je i pravdou, že někteří uvěznění aktivně vyhledávají vzrušivé podněty. Např. konfliktní situace s lékařem. Všechno uvedené může být zdrojem mimořádných událostí.

Okruhy problémů v oblasti poskytování zdravotní péče o vězněné vycházejí z organizace, koncepce a způsobu poskytování této péče v podmínkách současného vězeňství v ČR. Řešení těchto problémů musí vycházet z komplexní situace politické a socioekonomické ovlivněné i mezinárodní situací.

Do této oblasti patří i otázky zabývající se problematikou přeplněnosti věznic, obtížného vymáhání pohledávek za poskytnutou zdravotní péčí, jako-i celkového



podfinancování vězeňské služby, zpracování metodických předpisů v souvislosti s problematikou dohledu nad TBC a HIV/AIDS, problematikou zdravotního pojišťovnictví v souvislosti s registrací osob ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody a v neposledním bodě i problematikou papírové a elektronické dokumentace, či vymahatelností náhrad za zneužívání zdravotní péče.

### **4.3 Popis současného stavu opatření pro minimalizaci mimořádných událostí**

Hlášení mimořádných událostí ve Vězeňské službě ČR zajišťuje přesnou a včasnou informovanost ministra spravedlnosti, generálního ředitele Vězeňské služby, náměstka ministra spravedlnosti pověřeného řízením sekce vězeňství a resortní kontroly, náměstků generálního ředitele a dále vedoucích zaměstnanců, vedoucích příslušníků a odborných zaměstnanců nebo příslušníků Generálního ředitelství Vězeňské služby určené generálním ředitelem a dalších subjektů uvedených v NGRŽ VS ČR č. 34 o hlášení mimořádných událostí ve Vězeňské službě České republiky. Uvedené mimořádné události, se kterými jsem se zabývala v kapitole 3, podléhají hlášené službě.

S pobytem ve vězení souvisí řada problémů. Mezi tuto oblast problémů lze zařadit výrazně problémovou adaptaci na vězeňské prostředí, agresivní chování, ničení zařízení, pokusy sebevražd, sebepoškozování, hladovky, pokračování v abúzu drog, vysoký stupeň prizonizace, aktivní účast na druhém životě, nekvalitní kontakt s vnějším prostředím, vydírání či účast na šikaně.

Nelze opomenout skutečnost, že na zajištění bezpečnosti se podílí významným způsobem služební kynologie. Hraje důležitou úlohu v rámci protidrogové prevence, při zajišťování bezpečnosti při hromadných akcích a při provádění eskort. V roce 2007 došlo ke změnám ve specializaci cvičení psů, kteří před rokem 2007 byli cvičeni na vyhledávání výbušnin a po tomto roce byli přecvičeni na vyhledávání omamných a psychotropních látek. Psi, kteří nebyli přecvičeni, byli vyřazeni z výkonu služby.

Mezi hlavní příčiny vzniku mimořádných událostí patří zkratové jednání vězňených osob a porušení vnitřních předpisů Vězeňské služby ČR. V případě zjištění porušení nebo pochybení povinností ze strany příslušníku VS ČR je vůči nim zahájeno kázeňské, případně i trestní řízení. S veškerými nedostatky jsou vždy seznámeni zainteresovaní zaměstnanci VS ČR a na základě zjištění jsou přijata příslušná systémová a organizační opatření, s důrazem na zamezení opakování obdobných mimořádných událostí.

České vězeňství již několikrát čelilo a čelí hromadným projevům nespokojenosti vězňených osob, která se projevuje např. pasivním odmítáním stravy nebo podřídít se stanovenému režimu. Praktické zkušenosti získané při řešení uvedených jevů potvrzují správnost nacvičených a zvolených postupů. Pro představu o mimořádných událostech slouží níže uvedená tabulka (tabulka č. 5), která ukazuje situaci v letech 2004 - 2008, tedy za období pěti let. Mezi nejčastější typ mimořádných událostí patří hromadné nepokoje, napadení příslušníků a zaměstnanců Vězeňské služby ČR a pokusy o sebevraždu. Dále jsou v tabulce zastoupeny hladovky, sebevraždy, úmrtí vězňů, útěky a odchody ze střežených i nestřežených věznic a zneužití volného pobytu mimo věznici a nevrácení se z přerušování výkonu trestu.

Z hlediska usmrcení vězňených osob vyplynulo, jak ze statistiky mimořádných událostí, tak i z analýzy realizovaných rozhovorů, že mezi nejčastější příčiny úmrtí vězňených osob patří sebevražda. Pro nástin problematiky sebevraždy uvádím v přílohách dvě kazuistiky, ve kterých je uvedena kvalitativní analýza pokusu sebevraždy oběšením (příloha č. 5) a kvalitativní analýza dokonané sebevraždy oběšením (příloha č. 6).

## Mimořádné události v letech 2004 - 2008

Mimořádná událost		2004		2005		2006		2007		2008	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Útěk ze střežených věznic	dosp.	2									
	mlad.										
Obvinění	dosp.										
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	1		3		1				3	
	mlad.										
Odchod z nestřež. věznic	dosp.	8		6		5				1	
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>11</b>		<b>9</b>		<b>6</b>				<b>4</b>	
Zneužití VP* - z nestř. prac.	dosp.	15		23		13	1	37	1	18	1
	mlad.										
Odsouzení	dosp.										
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>15</b>		<b>23</b>		<b>14</b>		<b>38</b>		<b>19</b>	
Zneužití VP* při opušt. věz.	dosp.	9		8		4		5		1	
	mlad.										
Odsouzení	dosp.										
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>9</b>		<b>8</b>		<b>4</b>		<b>5</b>		<b>1</b>	
Nevrácení se z PVT*	dosp.	8		6	1	8		6	1	3	
	mlad.										
Odsouzení	dosp.										
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>8</b>		<b>7</b>		<b>8</b>		<b>7</b>		<b>3</b>	
Úmrtí vězňů	dosp.	1		2		3		2		1	
	mlad.										
Obvinění	dosp.										
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	17		16		9		21	1	14	1
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>18</b>		<b>18</b>		<b>12</b>		<b>24</b>		<b>16</b>	
Pokus o sebevraždu	dosp.	42	1	29	2	31		27	1	22	1
	mlad.	1		1				3	1		
Obvinění	dosp.										
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	26	1	23	1	36		40	1	43	
	mlad.					1		3	1	2	
<b>Celkem</b>		<b>71</b>		<b>56</b>		<b>68</b>		<b>77</b>		<b>68</b>	
Sebevražda	dosp.	10	1	2		4	1	6		6	1
	mlad.										
Obvinění	dosp.										
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	5		4		4		3		6	
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>16</b>		<b>6</b>		<b>9</b>		<b>9</b>		<b>13</b>	
Hladovka	dosp.	17		4		4	1	1		3	
	mlad.										
Obvinění	dosp.										
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	11		18	1	15		15		18	
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>28</b>		<b>23</b>		<b>20</b>		<b>16</b>		<b>21</b>	
Hromadné nepokoje	dosp.										
	mlad.										
Obvinění	dosp.										
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	2191		31		36		150		369	
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>2191</b>		<b>31</b>		<b>36</b>		<b>150</b>		<b>369</b>	
Napadení přísl. a zaměst.	dosp.	12		6		10		6	5	10	
	mlad.	1		2		2		2			
Obvinění	dosp.										
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	21		20		23	1	21	3	28	1
	mlad.							1		1	
Civilní osobou	dosp.										
	mlad.										
<b>Celkem</b>		<b>25</b>		<b>19</b>		<b>28</b>		<b>29</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>2</b>
<b>Celkem</b>		<b>59</b>		<b>47</b>		<b>64</b>		<b>68</b>		<b>75</b>	

\* VP - volný pohyb mimo věznici, PVT přerušení výkonu trestu,

Zdroj: Vězeňská služba ČR

## **4.4 Návrhy zlepšení opatření pro minimalizaci mimořádných událostí**

Současný stav ukazuje, že situace v českých věznicích lze považovat za relativně stabilizovanou. Lze však i konstatovat, že její úroveň v jednotlivých zařízeních je různá, ať z hlediska úrovně technického vybavení či z hlediska stavební dispozice těchto zařízení. Za posledních 10 let se podařilo vylepšit technické zabezpečení řady objektů. Šlo především o stavebně technické zabezpečení střežení obvodů věznic, o vnitřní signalizaci včetně komunikačních prvků a zajištění střežení vstupů a vjezdů. V současnosti jsou všechny věznice v ČR vybaveny detekčními rámy, převážná většina věznic i rentgeny a perimetrickou ochranou. Nelze nepodotknout, že existuje řada věznic, které jsou technicky a stavebně velmi zastaralé, tedy jejich stav nelze označit za vyhovující. Důvod lze spatřovat v nedostatku investičních prostředků na kompletní rekonstrukce zabezpečovacích systémů. Tyto objekty jsou z hlediska bezpečnosti na samé hranici použitelnosti.

Ve výroční zprávě Vězeňské služby České republiky za rok 2007 jsou zpracovány různé koncepce pro zlepšení současného stavu ve věznicích. Mezi základní koncepční dokumenty patří „Koncepce bezpečnosti Vězeňské služby ČR do roku 2015“. Tento dokument se týká justiční i vězeňské stráže a stanoví jakým způsobem a jakými prostředky bude vězeňská a justiční stráž plnit úkoly v rámci své působnosti v daném horizontu. Předpokladem plnění těchto úkolů je respektování základní teze, že pouze v bezpečné věznici je možno realizovat kvalitní programy zacházení s vězněnými osobami. V souladu s touto Koncepcí bezpečnosti do roku 2015 došlo i k přiblížení cílového stavu v přecvičení služebních psů, kteří jsou a budou cvičeni tak, aby byli specialisté na vyhledávání omamných a psychotropních látek. Nejdůležitější prvky zajištění bezpečnosti stejně jako změny, jež jsou v oblasti bezpečnosti předpokládány, formuluje bezpečnostní doktrína Vězeňské služby. Změny v hlavních tezích bezpečnostní doktríny se budou nejvíce týkat zejména činností příslušníků zařazených na úseku vězeňské stráže. Úkolem vězeňské stráže je zajistit odpovídající úroveň vnější i vnitřní bezpečnosti všech typů věznic ve spolupráci s ostatními zaměstnanci Vězeňské služby ČR. V praxi vše výše zmiňované je realizováno střežením objektů, vstupů a vjezdů vazebních věznic a věznic, prováděním všech druhů eskort a zamezením

průniku nedovolených předmětů do těchto zařízení. Všechno výše zmiňované minimalizuje vznik mimořádných událostí a přispívá k naplnění účelu výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody.

Veškeré změny je potřeba realizovat postupně, a to zejména v nově vybudovaných či rekonstruovaných objektech. V souladu s novým pojetím bezpečnostního systému půjde o proces, kdy na jedné straně bude doznívat stávající pojetí střežení ze strážních stanovišť a početnými zásahovými hlídkami a na druhé straně bude přibývat objektů se střeženým organizováním. Bude nutné uvažovat o zřizování víceobslužných operačních středisek a to v návaznosti na zvyšující se počet zabezpečovací techniky. Zatížení a důležitost těchto operačních středisek bude narůstat. Nelze do budoucna opomenout i skutečnost, že může dojít k pokusům osvobodit vězně např. i s pomocí vrtulníku. Zcela novým úkolem vězeňské stráže je a i do budoucna bude, zajistit vnější bezpečnost detenčních ústavů.

## **4.5 Dílčí závěr**

Z vyhodnocených rozhovorů lze usoudit, že poskytovaná zdravotní péče obviněným a odsouzeným v podmínkách vězení je na velmi dobré úrovni. Tato zdravotní péče je poskytována kvalifikovanými odborníky, je dostupná s využitím všech moderních metod. Zdravotní péči poskytovanou ve věznicích lze také charakterizovat za velmi rychlou. Tento závěr jsem učinila nejenom na základě realizovaných rozhovorů, ale i na základě vlastních zkušeností, které jsem jako příslušnice vězeňské stráže po dobu výkonu služby získala. Jako příklad bych uvedla, že jednu odsouzenou ženu ráno rozbolel zub a ona byla do cca jedné hodiny ošetřena a to v případě i druhé ženy, které vypadla plomba a také byla ten den ošetřena a zub měla opět zaplombovaný. Z mého výzkumu vyplynulo i to, že vězněné osoby vyhledávají častěji lékaře oproti jejich životu na svobodě. Tato skutečnost je přiřazována k tomu, že „za mřížemi“ tyto osoby mají spoustu volného času a nudí se, a proto častěji navštěvují lékaře, aby se dostaly ze zaběhlého stereotypu uvěznění. Zavedením regulačních poplatků se však tyto jejich neoprávněné a zbytečné návštěvy lékaře eliminovaly, neboť obvinění a odsouzení raději utratí peníze např. za cigarety a jiné „pochutiny“ než, aby je vydali za regulační

poplatek. Důležitým zjištěním bylo, že zdravotní stav vězeňské populace se nezhoršil. K opačné úvaze by mohla vést skutečnost nárůstu počtu drogově závislých, trpících onemocněním HIV/AIDS a i počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených, který ve sledovaném období nápadně narostl. Tento fakt je však hodnocen s ohledem na celkovou situaci ve společnosti, kde i tam došlo k nárůstu počtu drogově závislých, dispenzarizovaných a osob trpících onemocněním HIV/AIDS.

Jako návrhy na zlepšení zdravotní péče považuji za důležité klást důraz na výběr kvalifikovaných odborníků, kteří se v nemalé míře podílejí na diagnóze vězněných osob a následné jejich léčbě, a to i z důvodu eliminace tzv. „simulantů“. Dále bych navrhla zavedení odpovídajícího systému zdravotní výchovy pro vězněné osoby s důrazem na postih zneužívání zdravotní péče u vězněných osob. Současným problémem je vymahatelnost pohledávek za zneužití zdravotní péče či za péči poskytnutou na základě úmyslného sebepoškození těchto jedinců.

Zdravotní péče o vězněné osoby musí být nedílnou součástí zdravotní politiky státu jako takové, kterou je potřebné poskytovat v úzké součinnosti s orgány a institucemi, kterým poskytování zdravotní péče přísluší. Řešení těchto problémů musí vycházet z komplexní situace politické a socioekonomické, ovlivněné i mezinárodní situací.

Z hlediska příčin smrti u vězněných osob jsou v popředí sebevraždy a cévní onemocnění. K omezení mimořádných událostí, ke kterým se sebevraždy řadí, navrhuji důkladnější kontroly cel včetně osobních prohlídek vězněných osob, a to z důvodu odhalení a zabavení nebezpečných předmětů či předmětů, které jim mohou posloužit k sebepoškození či dokonání sebevraždy. Za důležitou úlohu považuji i práci psychologa, který by měl vždy věnovat dostatečné množství svého pracovního času komunikaci s vězněnými osobami. Je třeba předejít tomu, aby lékaři nemuseli suplovat práci psychologů, protože se často stává, že odsouzení navštěvují lékaře z důvodu, aby si mohli promluvit.

Významnou úlohu ve věznicích hraje i pedagog, který výchovně působí a ovlivňuje odsouzené a to i prostřednictvím nabídky programů zacházení. Ve špatně

vedených věznicích, kde je čas rozdělen na tři etapy a to snídani, oběd a večeři, je jistě potřebné realizovat programy zacházení s přihlédnutím na osobnost uvězněných.

Neopomenutelná je i problematika zneužívání drog ve věznicích, která samozřejmě souvisí s drogovou problematikou užívání drog mimo vězení. Za důležité považuji mapovat výskyt drog, způsoby distribuce drog do vězení a celkově se touto problematikou hlouběji zabývat než doposud.

Vězeňství se musí zabývat nejen represí a řešením důsledků něčeho závadného, ale jeho úkolem je též působit preventivně a výchovně, a za tímto účelem potřebuje kvalifikované a schopné zaměstnance a to nejen ve zdravotnictví, mám na mysli vybudování takových vztahů, které budou na poli spolupráce a akceptace všech zaměstnanců Vězeňské služby ČR.

# ZÁVĚR

Jako jeden z hlavních úkolů své diplomové práce na téma „Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“ jsem si stanovila zmapování péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody. V průběhu zpracování práce jsem zjistila skutečnost, že stejná péče je poskytována jak obviněným, tak odsouzeným, proto v diplomové práci uvádím, že se jedná o péči u obou skupin uvedených osob. Tento úkol se mi podařilo splnit v odpovídajícím rozsahu potřebném pro ilustraci celkové situace k této problematice. Nejdůležitější z této problematiky je, že veškerá zdravotní péče je poskytována vězněným osobám prostřednictvím zdravotnických zařízení Vězeňské služby ČR, která jsou z hlediska odbornosti personálu, funkčnosti a vybavenosti na velmi dobré úrovni. Ve všech věznicích fungují zdravotnická střediska, která poskytují zdravotní péči, kterou vždy zajišťuje praktický lékař a všeobecná sestra. Podle počtu obviněných a odsouzených v jednotlivých věznicích a charakteru věznice je stanoven počet lékařů a zdravotních sester. V České republice je v současnosti k dispozici 36 zdravotnických středisek pro osoby ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody. Mimo základní zdravotní péči je také zajištěna zdravotní péče dalšími specialisty – chirurg, stomatolog, oční, internista, kožní, ORL, psychiatr, radiolog, gynekolog atd. Z nelékařských zdravotnických povolání zajišťují ošetrovatelskou a ostatní péči sestry se specializovanou způsobilostí, nutriční terapeuti či radiologičtí asistenti. Nejenže jsem se v této práci zabývala zdravotní péčí, byla tato práce zaměřena i na mimořádné události, které úzce souvisejí se zdravotní péčí v podmínkách vězení.

Ředitelé věznic odpovídají za dostupnost zdravotní péče. Po stránce odborné, metodické a kontrolní řídí zdravotnická zařízení Vězeňské služby ČR Generální ředitelství VS ČR. V případě, že je zapotřebí poskytnout obviněným a odsouzeným neodkladnou odbornou péči, je zajištěna lékařská služba první pomoci nebo zdravotnická záchranná služba. Vězeňská služba mimo jiné zajišťuje ústavní péči pro obviněné a odsouzené, která je realizována ve dvou nemocnicích Vězeňské služby ČR. Jedna z nemocnic se nachází v Praze – Pankrác, kde je zajišťována zdravotní péče na chirurgických a interních odděleních, včetně poliklinických a radiologických služeb. Druhá nemocnice se nachází v Brně, kde je zajišťována zdravotní péče na oddělení



infekčním, interním, následné péče, psychiatrickém a oddělení poliklinických služeb. Samozřejmostí je, že pokud zdravotnická zařízení VS ČR a vězeňské nemocnice nemohou zajistit další potřebnou specializovanou péči, je pacient převezen a má možnost se léčit v mimovězeňských nemocnicích, kde Vězeňská služba ČR zajišťuje ostrahu.

Vězeňské prostředí v mnoha ohledech formuje člověka do určité role, která u mnohých jedinců vzbuzuje potřebu určitého boje se systémem. Toto je ve většině případů způsobeno značnou zátěžovostí takového prostředí. Tento vliv se odráží i ve zdravotních obtížích obviněných a odsouzených. Čas ve vězení plyne pomaleji, a proto mají mnozí obvinění a odsouzení dostatek času na sebezpozorování. Mnohdy vězněné osoby vyhledávají lékařskou péči pouze z nudy. Mnozí obvinění a odsouzení ve vězení řeší neakutní zdravotní problémy, kterými by se v civilním životě vůbec nezabývali, či na jejich řešení by neměli čas. Závažnou problematikou jsou pak sebevraždy, a to jak ve stádiu pokusu, tak dokonaného činu, v diplomové práci označované jako mimořádné události, kterým se také podrobně věnuji.

K omezení těchto negativních vlivů vězeňského prostředí na obviněné a odsouzené se využívají léčebně preventivní programy, kterými jsem se v diplomové práci také zabývala. Program „Zdravé věznice“, který souvisí s dopadem na duševní zdraví, s potřebou snížit riziko předávkování drogami při propuštění z vězení, s rizikem sebevraždy a sebepoškozování a škod z nevhodného umístování osob. Program harm reduction, jehož cílem je v rámci komplexních intervencí v souvislosti s injekční aplikací drog předcházet přenosu HIV a dalších infekcí. Snahou tohoto programu je zabránit přenosu, ke kterému dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a pomůcek určených k výrobě drog. Opatření harm reduction vychází ze zásad veřejné zdravotní politiky a z lidských práv. Další program uplatňovaný ve věznicích je drogová substituční terapie, což je léčba osob závislých na opioidech např. metadonem, předepsaným pod lékařským dohledem. Tyto látky se využívají při udržovací i detoxifikační terapii. Hodně problémů při nástupu do vězení je spojeno s odvykacím syndromem. Řešení spočívá v řízeném odvykání při nástupu do vězení formou postupné detoxikace. Na detoxikaci navazuje dlouhodobá substituční terapie nebo léčba zaměřená na abstinenci. Ve věznicích i vazebních věznicích jsou zřízené poradny drogové

prevence. Nikdo z vězňených osob v současném českém vězeňství není při řešení problémů s drogami zanechán bez pomoci.

Hlavní příčiny vzniku mimořádných událostí lze vidět v porušení vnitřních předpisů Vězeňské služby ČR, ale také ve zkratovém jednání odsouzených. Vězeňská služba ČR seznamuje všechny zainteresované zaměstnance a přijímá příslušná systémová a organizační opatření, aby se minimalizoval výskyt mimořádných událostí. V návaznosti na to byla přijata některá specifická opatření, jako např. vybavení a vycvičení příslušníků pro služební zákrok pod jednotným velením, vybudování oddělení se zvýšeným stavebně technickým zabezpečením, nákup speciálně eskortních vozidel. Tato a další opatření přispěla k minimalizaci bezpečnostních rizik.

Za hlavní cíl mé diplomové práce jsem si vytyčila popsat systém zajištění zdravotní péče u obviněných a odsouzených. Zde jsem využila studia odborné literatury a příslušných zákonných norem. Pro vytvoření výchozích hypotéz jsem využila dlouhodobých statistik publikovaných Generálním ředitelstvím VS ČR. K formulaci těchto hypotéz jsem provedla detailní analýzu statistik s vyhodnocením jednotlivých faktorů, které přímo ovlivňují úroveň zdraví či péči o zdraví u obviněných a odsouzených. Pro lepší vykreslení celkové situace jsem provedla kvalitativní zkoumání u vězeňského zdravotnického personálu. Z výsledků realizovaného výzkumu za použití kvalitativní metody zkoumání – strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami vyplynulo, že největší problémy se vyskytují v oblasti zneužívání zdravotní péče vězňených osob. K doplňujícím technikám mého výzkumu patřilo studium dokumentů - statistik o poskytované léčebně preventivní péči vězňeným osobám za období od roku 2002 do roku 2008, tj. za období 7 let. Některé položené otázky v realizovaných rozhovorech korespondovaly s výsledky uvedených statistik. Tím jsem se přesvědčila a získala pozitivní zjištění, že zdravotní péče poskytovaná vězeňské populaci je na velmi dobré úrovni. Tato zjištění vycházela z triangulace použitých metod, což byla kombinace dotazování, pozorování a obsahové analýzy dokumentů, samozřejmě i z analýzy odborné literatury.

Druhým hlavním cílem mé diplomové práce bylo, navrhnout opatření pro zlepšení kvality zdravotní péče u obviněných a odsouzených. Návrhy na zlepšení zdravotní péče se dají rozdělit do několika oblastí. Nejprve považuji za důležité klást

důraz na výběr kvalifikovaných odborníků, kteří se v nemalé míře podílejí na diagnóze vězňených osob a následné jejich léčbě, a to i z důvodu eliminace tzv. „simulantů“. Dále navrhuji zavedení odpovídajícího systému zdravotní výchovy pro vězňené osoby, s důrazem na postih zneužívání zdravotní péče u vězňených osob. Další skupinou, ve které bych viděla určité rezervy jsou tzv. mimořádné události, ke kterým se řadí sebevraždy či sebepoškození. K omezení mimořádných událostí, ke kterým se sebevraždy řadí, doporučuji důkladnější kontroly cel včetně osobních prohlídek vězňených osob, a to z důvodu odhalení a zabavení nebezpečných předmětů či předmětů, které jim mohou posloužit k sebepoškození či dokonání sebevraždy. Podstatnou mezeru, v péči o zdraví obviněných a odsouzených, hraje v mnoha případech i absence pedagogů. Tito lidé hrají ve věznicích významnou úlohu, neboť právě pedagog je ten, který výchovně působí a ovlivňuje odsouzené, a to i prostřednictvím nabídky programů zacházení. Veškeré změny je potřeba realizovat postupně, a to zejména v nově vybudovaných či rekonstruovaných objektech, v souladu s novým pojetím bezpečnostního systému.

# RESUMÉ

Diplomová práce na téma „Péče o zdraví ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“ se zabývá a mapuje péči o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody. Veškerá zdravotní péče je poskytována vězněným osobám prostřednictvím zdravotnických zařízení Vězeňské služby ČR a je realizována v souladu, v rozsahu a za podmínek stanovených zejména zákony: č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů; č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů; č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů s přihlédnutím k omezení vyplývajícím z účelu vazby nebo trestu odnětí svobody.

Diplomová práce je členěna do čtyř kapitol. V první kapitole je uvedeno shrnutí v oblasti poskytování zdravotní péče ve věznicích a to i s přihlédnutím do minulosti poskytování této péče včetně aktuální právní úpravy týkající se této problematiky. Pozornost je věnována i zdravotnickým zařízením Vězeňské služby ČR a také právům a povinnostem odsouzených vzhledem ke zdravotní péči.

Druhá kapitola čtenáře uvádí do vězeňského prostředí a vlivu tohoto prostředí na lidské zdraví. Neopomenutelnou část v této kapitole tvoří preventivně výchovné programy uplatňované v současném vězeňství.

Celá třetí kapitola je věnována mimořádným událostem, a to z toho důvodu, že tyto události ve většině případů souvisejí převážně se zdravím.

Nejdůležitější kapitola je čtvrtá, ve které je zahrnut kvalitativní výzkum. Při zpracování této práce jsem použila výzkumnou metodu, strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Mimo jiné se v této kapitole zabývám koncepcí zdravotní péče o vězněné osoby, statistikou léčebně preventivní péče vězněných osob za období od roku 2002 do roku 2008, nejčastějšími příčinami využívání zdravotní péče vězněných osob a následnou jejich analýzou. Lze se i v této kapitole dočíst o současném stavu

opatření pro minimalizaci mimořádných událostí včetně návrhů na zlepšení opatření pro minimalizaci těchto událostí. Vše výše uvedené je rozebráno a vyhodnoceno v závěru této kapitoly.

Cílem této diplomové práce je zmapování a stanovení návrhů na opatření v zájmu péče o zdraví uvězněných osob a statistické zhodnocení poskytované zdravotní péče v podmínkách vězení.

# ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

Bc. Hana Musilová. Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života. Diplomová práce. Brno 2010. 104 stran.

## **Anotace**

Diplomová práce je zaměřena na poskytování zdravotní péče osobám ve výkonu trestu odnětí svobody. Zabývá se příčinami negativního vlivu vězeňského prostředí na zdraví vězeňské populace. Uvedeny jsou návrhy na opatření v zájmu péče o zdraví uvězněných osob a statistické zhodnocení poskytované zdravotní péče.

## **Klíčová slova**

Vězeňská služba České republiky, zdraví, zdravotní péče, diagnostická a léčebně preventivní péče, kvalita života, vězněná osoba, obviněný, odsouzený, zákon, statistika.

# ANNOTATION AND KEY WORDS

Bc. Hana Musilova. Health care for serving prisoners as a basis for quality of life. The Diploma Thesis. Brno 2010. 104 pages.

## **Annotation**

Thesis is focused on providing health care for persons exercising custodial sentence. It deals with the reasons of the negative impact of prison environment to the health of the prison population. Proposals for action in the interest of health inmates are listed and statistical evaluation of health care is presented.

## **Key words**

The Prison Service of the Czech Republic, health, medical care, diagnostic and preventive medical care, quality of life, the imprisoned person, charged person, convicted person, the law, statistics.

## CITACE

- 1) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 40
- 2) MUSILOVÁ, Hana. Negativní vlivy gamblerství na člověka a jeho sociální vazby - bakalářská práce. Brno, 2006, s. 38, 43
- 3) SOCHŮREK, Jan. Kapitoly z penologie I. díl. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, s. 32, 35, 36
- 4) SOCHŮREK, Jan. Kapitoly z penologie II. díl. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, s. 21, 37
- 5) SOCHŮREK, Jan. Kapitoly z penologie III. díl. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, s. 24, 25, 29, 37, 55
- 6) SUCHÝ, Oldřich. Dlouhodobé tresty odnětí svobody a jejich výkon. 1. vyd. Praha: LEGES, 1992, s. 35, 36, 37, 38

## LITERATURA A PRAMENY

- 1) CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga a kol. Trestní právo a zdravotnictví. 2. vyd. Praha: Orac, 2004, 183 s. ISBN 80-86199-75-4
- 2) ČÍRTKOVÁ, Ludmila. Forezní psychologie. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2004, 431 s. ISBN 80-86473-86-4
- 3) Evropská vězeňská pravidla. Příloha časopisu České vězeňství č. 1/2006. Praha: Vězeňská služba České republiky, 2006, 35 s. ISSN 1213-9297
- 4) HÁLA, Jaroslav. Úvod do teorie a praxe vězeňství. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2005, 183 s. ISBN 80-86708-05-5
- 5) JÚZL, Miloslav, OLEJNÍČEK, Antonín. Penologie a penitenciární pedagogika. Institut mezioborových studií Brno, 2004, 120 s.
- 6) KALVODOVÁ, Věra. Trest odnětí svobody na doživotí. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita – Právnická fakulta, 1995, 92 s. ISBN 80-210-1197-1
- 7) KOHOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. Sebevražedné chování. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, 127 s. ISBN 80-7178-732-9
- 8) KOHOUTEK, Rudolf. Sociální psychologie. Institut mezioborových studií, 2004, 215 s.
- 9) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2
- 10) LYONS, Lewis. Historie trestu. 1. české vyd. Praha: Nakladatelství Svojtka & Co z anglického vydání „The History of Punishment“, 2004, 190 s. ISBN 80-7352-021-4
- 11) MAREŠOVÁ, Alena, NEČADA, Václav a kol. Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2003, 126 s. ISBN 80-7338-018-8



- 12) MAŘÁDEK, Vladimír. Výkladový slovník penologie. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003, 142 s. ISBN 80-7042-256-4
- 13) MIOVSKÝ, Michal, SPIRIG, Harald a kol. Vězeňství a nelegální drogy. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 137 s. ISBN 80-86734-03-X
- 14) MÜHLPACHER, Pavel. Sociální a postpenitenciární péče. Institut mezioborových studií Brno, 2004, 80 s.
- 15) MUSILOVÁ, Hana. Negativní vliv gamblerství na člověka a jeho sociální vazby – bakalářská práce. Brno, 2006, 59 s.
- 16) NAKONEČNÝ, Milan. Základy psychologie. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, dotisk 2004, 590 s. ISBN 80-200-1290-7
- 17) NGRŽ č. 34/2009, o hlášení mimořádných událostí ve Vězeňské službě ČR
- 18) Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 48 s. ISBN 80-86734-76-5
- 19) ŘEHOŘ, Antonín. Metodické pokyny pro zpracování bakalářské a diplomové práce. Institut mezioborových studií Brno, 2008, 47 s.
- 20) Sborník referátů z mezinárodní konference. 1. vyd. Praha: Generální ředitelství VS ČR, 2003, 207 s. ISBN 80-239-0138-9
- 21) Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství ve spolupráci se Sociologickým ústavem ČSAV, 1991, 115 s. ISBN 80-901059-1-2
- 22) SOCHŮREK, Jan. Kapitoly z penologie I. díl: Úvod do teorie trestu a trestání. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, 57 s. ISBN 978-80-7372-203-6
- 23) SOCHŮREK, Jan. Kapitoly z penologie II. díl: Teorie a praxe zacházení s vězňými. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, 77 s. ISBN 978-80-7372-204-3

- 24) SOCHŮREK, Jan. Kapitoly z penologie III. díl: Negativní jevy ve vězení. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, 69 s. ISBN 978-80-7372-205-0
- 25) SUCHÝ, Oldřich. Dlouhodobé tresty odnětí svobody a jejich výkon. 1. vyd. Praha: LEGES, 1992, 84 s. ISBN 80-85638-02-9
- 26) VIEWEGH, Josef. Sebevražda a literatura. 1. vyd. Brno: Psychologický ústav AVČR ve spolupráci s Nakladatelstvím Tomáše Janečka, 1996, 282 s. ISBN 80-85880-10-5
- 27) VOŇKOVÁ, Jiřina, CHALUPOVÁ, Jana. Sociální práce s pachateli. 1. vyd. Praha: Leges, 1992, 125 s. ISBN 80-85638-01-0
- 28) Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 109/1994 Sb. ze dne 21. dubna 1994, kterou se vydává řád výkonu vazby
- 29) Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb. ze dne 21. prosince 1999, kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody
- 30) Zákon číslo 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů. Zákon ze dne 30. června 1999
- 31) Zákon číslo 293/1993 Sb., o výkonu vazby. Zákon ze dne 10. listopadu 1993
- 32) [http://vscr.cz/client\\_data/1/user\\_files/19/spravni/statistika/Statistické%20ročenky/Statistická%20ročenka%20Vězeňské%20služby%202008.pdf](http://vscr.cz/client_data/1/user_files/19/spravni/statistika/Statistické%20ročenky/Statistická%20ročenka%20Vězeňské%20služby%202008.pdf) 29.1.2010
- 33) <http://www.vscr.cz/>
- 34) <http://www.vscr.cz/generalni-reditelstvi-19/nejcastejsi-dotazy-111/nejcastejsi-kladene-otazky-ze-zdravotnicke-oblasti-6130> 11.1.2010
- 35) <http://www.vscr.cz/generalni-reditelstvi-19/vykon-vezenstvi-16/zdravotni-pece-poskytovana-osobam-ve-vykonu-vazby-nebo-trestu-odneti-svobody-6073> 8.1.2010

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek:

- Tabulka č. 1** Léčebně preventivní péče o vězněné osoby za období od roku 2002 - 2008
- Tabulka č. 2** Počet zemřelých ve vazebních věznicích a věznicích v letech 2002 - 2008 podle příčin smrti
- Tabulka č. 3** Nemocnice Brno
- Tabulka č. 4** Nemocnice Praha
- Tabulka č. 5** Mimořádné události v letech 2004 - 2008

## Seznam grafů:

- Graf č. 1** Počet provedených vyšetření a ošetření od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 2** Počet provedených preventivních a dispenzárních prohlídek za období od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 3** Počet provedených vyšetření ambulantními specialisty za období od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 4** Počet dispenzarizovaných osob za období od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 5** Počet drogově závislých obviněných a odsouzených za období od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 6** Počet hospitalizovaných v období od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 7** Počet úmrtí období od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 8** Počet stomatologických vyšetření a ošetření za období od roku 2002 do roku 2008
- Graf č. 9** Počet onemocnění HIV/AIDS u obviněných a odsouzených za období od roku 2002 do roku 2008

# SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1** Strukturovaný rozhovor 1
- Příloha č. 2** Strukturovaný rozhovor 2
- Příloha č. 3** Strukturovaný rozhovor 3
- Příloha č. 4** Strukturovaný rozhovor 4
- Příloha č. 5** Kvalitativní analýza pokusu sebevraždy oběšením
- Příloha č. 6** Kvalitativní analýza dokonané sebevraždy oběšením
- Příloha č. 7** Časový rozvrh dne

## Příloha č. 1

### Strukturovaný rozhovor 1

Vězeňský(á) lékař(ka) / vězeňská zdravotní sestra

Věk: 52 roků

Délka zaměstnání u VS ČR: 8 let

- 1) Souhlasil(a) byste s tím, že poskytování zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na stejné úrovni ve srovnání s poskytováním zdravotní péče běžné mimovězeňské populaci?

*Nesouhlasila. Domnívám se, že zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na vyšší úrovni, je poskytována kvalifikovanými odborníky, je okamžitě dostupná s využitím všech moderních metod. Řekla bych až nadstandartní. Do nedávné doby využití rehabilitace včetně rehabilitačního bazénu. A hlavně rychlá. Specializovaná vyšetření, která jsou zabezpečována mimo vězeňskou nemocnici (CT, MR) jsou v mnohem kratších termínech, než je běžná praxe.*

- 2) Myslíte si, že zdravotní péče je někde lepší či někde horší?

*Myslím si, že pokud má věznice k dispozici lékaře, pak je zdravotní péče poskytována na dobré úrovni. Bohužel ne všechny věznice mají lékaře k dispozici. Pak už závisí na osobnosti lékaře a jeho přístupu k pacientům.*

- 3) Jaký je, podle Vašeho názoru, přístup obviněných a odsouzených k lékařské péči?

*Podle mého názoru obvinění i odsouzení jsou rádi, že mají k dispozici lékařskou péči. Bohužel ji rádi zneužívají a snaží se získat různé výhody (diety, různá povolení).*

- 4) Myslíte si, že obvinění a odsouzení zneužívají lékařskou péči? Pokud ano, tak jak se zneužívání lékařské péče u obviněných a odsouzených projevuje?

*Ano zneužívají. Snaží se získat lepší stravu, vymáháním diet. Dále jsou v oblibě různé léky jako analgetika, neuroleptika a další. Zbytečně vyžadují ošetření při nočních službách. Spoléhají na to, že je sloužící lékař nezná a tedy jim vyjde vstříc při jejich požadavcích na léky na uklidnění a na spaní, s kterými potom „kšeftují“.*

- 5) Mají obvinění a odsouzení oproti běžné populaci zvýšené nároky na léčivo, které je jim poskytováno vězeňským lékařem?

*Jistě, zejména na analgetika a na léky na uklidnění a na spaní.*

- 6) Charakterizoval(a) byste chování obviněných a odsouzených vůči vězeňskému lékařskému personálu jako agresivní?

*Ne. Vyjímky se jistě najdou, kteří vyhrožují verbálně a zcela vyjimečně dojde i k napadení lékařského personálu.*

- 7) Spolupracují obvinění a odsouzení při vyšetření, ošetření a následné léčbě jejich onemocnění obdobně jak civilní pacienti?

*Při běžných onemocněních ano. Jiná je situace u pacientů závislých na návykových látkách. Ti se snaží za každou cenu dosáhnout zvýšení medikace.*

- 8) Bývají obvinění a odsouzení častěji nemocní oproti běžné mimovězeňské populaci? Pokud ano, tak čím je to způsobeno?

*Myslím, že ne. Jen si své nemoci „pěstují“.*

- 9) Z celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že od roku 2006 dochází ke snížení celkového počtu těchto vyšetření a ošetření. Čím je toto snížení způsobeno, vzhledem k tomu, že se počet uvězněných osob v tomto období zvýšil?

*Jednoznačně regulačními poplatky. Raději peníze utratí za cigarety. Mnozí jsou bez finančních prostředků a tedy jsou ošetřováni jen v akutních případech. Tedy ne, když mají jen „rýmečku“, tak jak bývalo dříve běžné. Také je to způsobeno regulačními poplatky za recept v lékárně a vyššími doplatky za léky. Tím nemám samozřejmě na mysli, že by třeba hypertonik nedostal léky na léčení tlaku, a že by mu nebyl tlak kontrolován.*

- 10) Má zavedení regulačních poplatků vliv na snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených?

*Určitě ano.*

- 11) Počet drogově závislých obviněných a odsouzených se v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 zvýšil. Čím je to, dle Vašeho názoru, způsobeno?

*Počet drogově závislých vzrostl i mezi běžnou populací, tedy ne jen mezi obviněnými a odsouzenými. A protože je to drahý „koniček“, získávají peníze na nákup drog všemi možnými způsoby. A tedy se jich i více dostane za mříže.*

- 12) Z počtu vyšetření a ošetření obviněných a odsouzených trpících onemocněním HIV/AIDS provedených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že postupně došlo k nárůstu vyšetření a ošetření těchto osob. Čím je zapříčiněno, dle Vašeho názoru, že počet osob s onemocněním HIV/AIDS má vzestupnou tendenci?

*Zase se to týká všeobecně celé populace. Je všeobecně známo, že je to způsobeno otevřením hranic a migrací obyvatelstva.*

- 13) Nejvíce odborných vyšetření obviněných a odsouzených provedených ambulantními specialisty v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 bylo provedeno v roce 2002 a nejméně jich bylo provedeno v roce 2008. K čemu lze přirovnat tento sestupný vývoj?

*Jednoznačně regulačními poplatky.*

14) Domníváte se, že některá odborná vyšetření jsou nutná provádět mimo vězeňská zdravotnická zařízení?

*Jistě. Zejména úzce specializovaná vyšetření jako je např. CT a magnetická resonance.*

15) Dožadují se obvinění a odsouzení, v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, že chtějí být vyšetřeni či ošetřeni mimo zdravotnické zařízení VS ČR? Pokud ano, tak jaké uvádějí důvody?

*Občas ano. Jako důvod uvádějí nedůvěru k vězeňskému zdravotnímu personálu. Ve skutečnosti jim jde jen o únik, nebo alespoň oddálení trestu.*

16) Ze vzrůstajícího počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených ve srovnání za období od roku 2002 do roku 2008 vyplývá, že se zhoršuje zdravotní stav celé vězeňské populace. V roce 2008 se počet dispenzarizovaných obviněných a odsouzených zvýšil o 2807 ve srovnání s rokem 2002. Co si o tom myslíte, proč tomu tak je?

*Předpokládám, že je to především způsobeno důslednější dispenzarizací, než tím, že by se zhoršoval zdravotní stav vězeňské populace.*

17) Myslíte si, že lidé „za mřížemi“ častěji vyhledávají lékaře oproti jejich životu „venku“?

*Určitě. Již jen za ten „výlet“ k lékaři to stojí za to. A možná získají i nějaký ten „prášek“, který potom smění třeba za cigarety.*

18) Vyjmenujte pět nejčastějších onemocnění obviněných a odsouzených?

*Závislost na drogách, sebepoškození, pak běžná nachlazení, zranění, vysoký tlak, zažívací potíže.....*



19) Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny úmrtí obviněných a odsouzených?

*Sebevražda.*

20) Myslíte si, že ústav pro výkon zabezpečovací detence je lepší variantou pro jedince než umístění v psychiatrické léčebně? Pokud ano, tak vysvětlete?

*To zřejmě ukáže čas. Hlavně se domnívám, že jsou tak důsledněji izolováni před venkovním světem. Pravděpodobnost útěku z detenčního ústavu bude rozhodně menší než z psychiatrické léčebny.*

## Příloha č. 2

### Strukturovaný rozhovor 2

Vězeňský(á) lékař(ka) / vězeňská zdravotní sestra

Věk: 48

Délka zaměstnání u VS ČR: 13 let

- 1) Souhlasil(a) byste s tím, že poskytování zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na stejné úrovni ve srovnání s poskytováním zdravotní péče běžné mimovězeňské populaci?

*Ano.*

- 2) Myslíte si, že zdravotní péče je někde lepší či někde horší?

*Ano.*

- 3) Jaký je, podle Vašeho názoru, přístup obviněných a odsouzených k lékařské péči?

*Vždy záleží na samotném pacientovi, na jeho osobnosti. Jsou asi tři skupiny pacientů. Někteří si snaží lékařskou péči vynutit, i když ji nepotřebují, jiní svoje problémy bagatelizují a k lékaři nejdou. Možná polovina je těch „normálních“, kteří jdou k lékaři oprávněně.*

- 4) Myslíte si, že obvinění a odsouzení zneužívají lékařskou péči? Pokud ano, tak jak se zneužívání lékařské péče u obviněných a odsouzených projevuje?

*Ano, ale ne všichni. Mnohdy přicházejí jenom proto, aby si zkrátili dlouhou chvíli, zveličují svoje problémy a potíže, se kterými by v civilu k lékaři nešli, ale tady na to mají čas. Více se pozorují a pak si i vynucují lékaře odborníka, Někteří zase svoje zdravotní problémy chtějí řešit ve vězení, neboť v civilu na to nemají čas - odborná vyšetření, operace, např. nosní přepážky pro ztížené*

*dýchání, odstranění různých kožních defektů..., které je v současné době neohrožují na životě. Když někoho začnou bolet záda, chce chodit na rehabilitaci..... jen aby se něco dělo, někde se prošel, aby se mu někdo věnoval a sám nic dělat nemusel, jen třeba ležel ....*

- 5) Mají obvinění a odsouzení oproti běžné populaci zvýšené nároky na léčivo, které je jim poskytováno vězeňským lékařem?

*Asi ano. Jen je někde píchne, chtějí léky od bolesti. Nemůžou spát, tak léky na spaní, na uklidnění apod.*

- 6) Charakterizoval(a) byste chování obviněných a odsouzených vůči vězeňskému lékařskému personálu jako agresivní?

*Jen někdy.*

- 7) Spolupracují obvinění a odsouzení při vyšetření, ošetření a následné léčbě jejich onemocnění obdobně jak civilní pacienti?

*Všichni ne.*

- 8) Bývají obvinění a odsouzení častěji nemocní oproti běžné mimovězeňské populaci? Pokud ano, tak čím je to způsobeno?

*Já si myslím, že ne. Více je simulantů.*

- 9) Z celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že od roku 2006 dochází ke snížení celkového počtu těchto vyšetření a ošetření. Čím je toto snížení způsobeno, vzhledem k tomu, že se počet uvězněných osob v tomto období zvýšil?

*V našem zařízení jsem toto nijak zvlášť nepozorovala, možná jen po zavedení regulačních poplatků.*

10) Má zavedení regulačních poplatků vliv na snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených?

*Ano.*

11) Počet drogově závislých obviněných a odsouzených se v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 zvýšil. Čím je to, dle Vašeho názoru, způsobeno?

*Zvýšil se počet drogově závislých v populaci, tudíž se to projevuje i u obviněných a odsouzených, kteří v závislosti na drogách páchají více trestných činů.*

12) Z počtu vyšetření a ošetření obviněných a odsouzených trpících onemocněním HIV/AIDS provedených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že postupně došlo k nárůstu vyšetření a ošetření těchto osob. Čím je zapříčiněno, dle Vašeho názoru, že počet osob s onemocněním HIV/AIDS má vzestupnou tendenci?

*Drogy, promiskuita, následně páchání trestných činů....*

13) Nejvíce odborných vyšetření obviněných a odsouzených provedených ambulantními specialisty v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 bylo provedeno v roce 2002 a nejméně jich bylo provedeno v roce 2008. K čemu lze přirovnat tento sestupný vývoj?

*Pravděpodobně lepší péčí praktických lékařů, kteří již neposílají s každou „blbostí“ pacienty k odborníkům.*

14) Domníváte se, že některá odborná vyšetření jsou nutná provádět mimo vězeňská zdravotnická zařízení?

*Ano, některé stavy toto vyžadují, ne vše lze provádět v podmínkách věznic.*

15) Dožadují se obvinění a odsouzení, v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, že chtějí být vyšetřeni či ošetřeni mimo zdravotnické zařízení VS ČR? Pokud ano, tak jaké uvádějí důvody?

*Někteří ano. Důvody jsou různé, např. v civilu mají lepší přístroje, jsou tam kvalifikovanější lékaři, lepší léky.... Jsou i pacienti, kteří toto vyžadují, i když jejich zdravotní stav se nezhoršuje.*

16) Ze vzrůstajícího počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených ve srovnání za období od roku 2002 do roku 2008 vyplývá, že se zhoršuje zdravotní stav celé vězeňské populace. V roce 2008 se počet dispenzarizovaných obviněných a odsouzených zvýšil o 2807 ve srovnání s rokem 2002. Co si o tom myslíte, proč tomu tak je?

*Naše populace má víc a více civilizačních chorob, které se zařazují do dispenzarizace, objevují se stále nové. Lidé, kteří se dostanou do vězení jsou často bezdomovci apod.*

17) Myslíte si, že lidé „za mřížemi“ častěji vyhledávají lékaře oproti jejich životu „venku“?

*Ano, mají na to čas, více se pozorují.*

18) Vyjmenujte pět nejčastějších onemocnění obviněných a odsouzených?

*Chronická onemocnění - cukrovka, vysoký krevní tlak, astma, chronické bronchitidy. Akutní - virózy (rýma, kašel), lumbalgie (bolesti páteře), infarkty, nádorová onemocnění, mozkové příhody.....*

19) Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny úmrtí obviněných a odsouzených?

*Mohlo by se jednat o infarkty, mozkové příhody, nádorová onemocnění....., ale i sebepoškození – oběšení, pořezání, otrava léky....*

20) Myslíte si, že ústav pro výkon zabezpečovací detence je lepší variantou pro jedince než umístění v psychiatrické léčebně? Pokud ano, tak vysvětlete?

*Ano. V ústavu pro výkon zabezpečovací detence je určitě lépe střežen, než v psychiatrické léčebně.*

## Příloha č. 3

### Strukturovaný rozhovor 3

Vězeňský(á) lékař(ka) / vězeňská zdravotní sestra

Věk: 49 roků

Délka zaměstnání u VS ČR: 10 let

- 1) Souhlasil(a) byste s tím, že poskytování zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na stejné úrovni ve srovnání s poskytováním zdravotní péče běžné mimovězeňské populaci?

*Řekla bych, že s výrokem nemohu souhlasit. V obou pojetích zdravotní péče jsou rozdíly, které se těžko hodnotí. Za největší rozdílný markant bych označila to, že specializovaná vyšetření, která jsou zabezpečována mimo vězeňskou nemocnici, jsou v podstatně kratších termínech, než je běžná praxe.*

- 2) Myslíte si, že zdravotní péče je někde lepší či někde horší?

*Bohužel ne všechny věznice mají lékaře k dispozici, což zapříčiňuje určitou rozkolísanost úrovně zdravotní péče. Zde už pak závisí na osobnosti lékaře a jeho přístupu k pacientům.*

- 3) Jaký je, podle Vašeho názoru, přístup obviněných a odsouzených k lékařské péči?

*Někteří obvinění a odsouzení využívají svého trestu k vyřešení zdravotních problémů, na jejich řešení v „civilním životě“ nemají čas.*

- 4) Myslíte si, že obvinění a odsouzení zneužívají lékařskou péči? Pokud ano, tak jak se zneužívání lékařské péče u obviněných a odsouzených projevuje?

*Můžu říct, že ano. Rádi ji zneužívají a snaží se získat různé výhody.*

- 5) Mají obvinění a odsouzení oproti běžné populaci zvýšené nároky na léčivo, které je jim poskytováno vězeňským lékařem?

*Ano, zejména na analgetika a na léky na uklidnění a na spaní, kterými buď nahrazují drogy, nebo s nimi kšeftují.*

- 6) Charakterizoval(a) byste chování obviněných a odsouzených vůči vězeňskému lékařskému personálu jako agresivní?

*Většinou ne. Výjimky se ale najdou všude. Většinou jsou však útoky jen verbální.*

- 7) Spolupracují obvinění a odsouzení při vyšetření, ošetření a následné léčbě jejich onemocnění obdobně jak civilní pacienti?

*Ve většině případů ano, ale někteří se snaží chytračit, aby úhybným manévrem získali náhradu drog.*

- 8) Bývají obvinění a odsouzení častěji nemocní oproti běžné mimovězeňské populaci? Pokud ano, tak čím je to způsobeno?

*Možná někteří z nudy se více jen pozorují, ale faktická nemocnost asi větší nebude.*

- 9) Z celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že od roku 2006 dochází ke snížení celkového počtu těchto vyšetření a ošetření. Čím je toto snížení způsobeno, vzhledem k tomu, že se počet uvězněných osob v tomto období zvýšil?

*Regulačními poplatky. Mnozí jsou bez finančních prostředků a tedy jsou ošetřováni jen v akutních případech.*

- 10) Má zavedení regulačních poplatků vliv na snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených?



*Jednoznačně ano.*

- 11) Počet drogově závislých obviněných a odsouzených se v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 zvýšil. Čím je to, dle Vašeho názoru, způsobeno?

*Ano, je to vlastně odraz celkové situace ve společnosti.*

- 12) Z počtu vyšetření a ošetření obviněných a odsouzených trpících onemocněním HIV/AIDS provedených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že postupně došlo k nárůstu vyšetření a ošetření těchto osob. Čím je zapříčiněno, dle Vašeho názoru, že počet osob s onemocněním HIV/AIDS má vzestupnou tendenci?

*Ano, je to zase problém celé populace.*

- 13) Nejvíce odborných vyšetření obviněných a odsouzených provedených ambulantními specialisty v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 bylo provedeno v roce 2002 a nejméně jich bylo provedeno v roce 2008. K čemu lze přirovnat tento sestupný vývoj?

*Regulačním poplatkům.*

- 14) Domníváte se, že některá odborná vyšetření jsou nutná provádět mimo vězeňská zdravotnická zařízení?

*Ano, zejména úzce specializovaná vyšetření.*

- 15) Dožadují se obvinění a odsouzení, v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, že chtějí být vyšetřeni či ošetřeni mimo zdravotnické zařízení VS ČR? Pokud ano, tak jaké uvádějí důvody?

*Občas ano. Ve skutečnosti jim ale jde alespoň o oddálení trestu. Jako důvod uvádějí nejčastěji nedůvěru k personálu vězeňského zdravotního zařízení.*

16) Ze vzrůstajícího počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených ve srovnání za období od roku 2002 do roku 2008 vyplývá, že se zhoršuje zdravotní stav celé vězeňské populace. V roce 2008 se počet dispenzarizovaných obviněných a odsouzených zvýšil o 2807 ve srovnání s rokem 2002. Co si o tom myslíte, proč tomu tak je?

*Spíše je to způsobeno důslednější dispenzarizací, ale zdravotní stav se nijak zásadně nemění.*

17) Myslíte si, že lidé „za mřížemi“ častěji vyhledávají lékaře oproti jejich životu „venku“?

*Určitě ano. Již jen změna v prostředí u lékaře stojí za to.*

18) Vyjmenujte pět nejčastějších onemocnění obviněných a odsouzených?

*Závislost na drogách, běžná nachlazení, vysoký tlak, pak zranění, sebepoškození.*

19) Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny úmrtí obviněných a odsouzených?

*Sebevražda.*

20) Myslíte si, že ústav pro výkon zabezpečovací detence je lepší variantou pro jedince než umístění v psychiatrické léčebně? Pokud ano, tak vysvětlete?

*Asi ano, ale je to nová problematika, kterou prověří čas. Rozhodně ale platí, že z tohoto ústavu je nižší možnost uniknout na svobodu.*

## Příloha č. 4

### Strukturovaný rozhovor 4

Vězeňský(á) lékař(ka) / vězeňská zdravotní sestra

Věk: 42

Délka zaměstnání u VS ČR: 7 let

- 1) Souhlasil(a) byste s tím, že poskytování zdravotní péče obviněným a odsouzeným je na stejné úrovni ve srovnání s poskytováním zdravotní péče běžné mimovězeňské populaci?

*Ano.*

- 2) Myslíte si, že zdravotní péče je někde lepší či někde horší?

*Ano, ale vždy záleží na lidech, obecné podmínky se příliš neliší.*

- 3) Jaký je, podle Vašeho názoru, přístup obviněných a odsouzených k lékařské péči?

*Existuje skupina těch, kteří lékařskou péči považují za jakýsi druh zábavy a vyhledávají lékařská ošetření jen pro zábavu – aby se aspoň něco dělo. Samozřejmě ale je podstatná skupina těch, kteří lékařskou péči potřebují oprávněně.*

- 4) Myslíte si, že obvinění a odsouzení zneužívají lékařskou péči? Pokud ano, tak jak se zneužívání lékařské péče u obviněných a odsouzených projevuje?

*Ano, ale ne všichni. Dožadují se nejčastěji předepisování léků, zejména na bolest a na spaní.*

- 5) Mají obvinění a odsouzení oproti běžné populaci zvýšené nároky na léčivo, které je jim poskytováno vězeňským lékařem?

*Ano, zejména chtějí léky proti bolesti či na spaní. Většinou je ani nepotřebují, jen s nimi pak chtějí kšeftovat.*

- 6) Charakterizoval(a) byste chování obviněných a odsouzených vůči vězeňskému lékařskému personálu jako agresivní?

*Občas se takové případy vyskytnou, jde zejména o slovní napadání.*

- 7) Spolupracují obvinění a odsouzení při vyšetření, ošetření a následné léčbě jejich onemocnění obdobně jak civilní pacienti?

*Někteří ne. Někteří si své nemoci „pěstují“, aby mohli navštěvovat lékaře a měli rozptýlení ze zaběhlých pořádků.*

- 8) Bývají obvinění a odsouzení častěji nemocní oproti běžné mimovězeňské populaci? Pokud ano, tak čím je to způsobeno?

*Řekla bych že skutečně nemocných je v obou skupinách stejně, jen v té vězeňské je větší procento těch, kteří lékaře vyhledávají pro rozptýlení a jen simulují.*

- 9) Z celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že od roku 2006 dochází ke snížení celkového počtu těchto vyšetření a ošetření. Čím je toto snížení způsobeno, vzhledem k tomu, že se počet uvězněných osob v tomto období zvýšil?

*Nepatrný úbytek pacientů bude asi způsoben zavedením regulačních poplatků, většina odsouzených nemá téměř žádné prostředky a zaplacení regulačního poplatku je od simulování odradí.*

- 10) Má zavedení regulačních poplatků vliv na snížení celkového počtu provedených vyšetření a ošetření u obviněných a odsouzených?

*Ano, obvinění či odsouzení, když už mají nějaké peníze, tak je raději utratí za jiné věci než je regulační poplatek.*

- 11) Počet drogově závislých obviněných a odsouzených se v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 zvýšil. Čím je to, dle Vašeho názoru, způsobeno?

*Kopíruje to celkovou situaci ve společnosti, tam se také počet drogově závislých zvýšil. Drogová závislost vede ke kriminalitě a tím se počet drogově závislých ve věznicích zvýšil.*

- 12) Z počtu vyšetření a ošetření obviněných a odsouzených trpících onemocněním HIV/AIDS provedených od roku 2002 až do roku 2008 vyplývá, že postupně došlo k nárůstu vyšetření a ošetření těchto osob. Čím je zapříčiněno, dle Vašeho názoru, že počet osob s onemocněním HIV/AIDS má vzestupnou tendenci?

*Souvisí to asi s nárůstem drogové problematiky. Závislí lidé si prostředky na drogy snaží opatřit jakýmkoli způsobem, tedy i prostituci, nezřídka homosexuální.*

- 13) Nejvíce odborných vyšetření obviněných a odsouzených provedených ambulantními specialisty v rozmezí od roku 2002 do roku 2008 bylo provedeno v roce 2002 a nejméně jich bylo provedeno v roce 2008. K čemu lze přirovnat tento sestupný vývoj?

*Částečně to asi souvisí se zavedením regulačních poplatků. Obvinění a odsouzení teď méně simulují.*

- 14) Domníváte se, že některá odborná vyšetření jsou nutná provádět mimo vězeňská zdravotnická zařízení?

*Ano, některé vyšetřovací techniky nejsou v podmínkách věznic k dispozici. Jejich pořízení by bylo příliš nákladné a provoz neefektivní.*

15) Dožadují se obvinění a odsouzení, v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, že chtějí být vyšetřeni či ošetřeni mimo zdravotnické zařízení VS ČR? Pokud ano, tak jaké uvádějí důvody?

*Jsou takoví, ale zase je to víceméně jen snaha o zpestření si „vězeňské nudy“. Jako důvod uvádějí nedostatečné možnosti vyšetření, což samozřejmě ve většině případů není pravda.*

16) Ze vzrůstajícího počtu dispenzarizovaných obviněných a odsouzených ve srovnání za období od roku 2002 do roku 2008 vyplývá, že se zhoršuje zdravotní stav celé vězeňské populace. V roce 2008 se počet dispenzarizovaných obviněných a odsouzených zvýšil o 2807 ve srovnání s rokem 2002. Co si o tom myslíte, proč tomu tak je?

*Asi to bude způsobeno tím, že na dispenzární péči je kladen větší důraz, ale souvisí to i s celkovým nárůstem dlouhodobých onemocnění v celkové populaci.*

17) Myslíte si, že lidé „za mřížemi“ častěji vyhledávají lékaře oproti jejich životu „venku“?

*Ano, často z nudy, kterou jim vězeňské prostředí naskýtá.*

18) Vyjmenujte pět nejčastějších onemocnění obviněných a odsouzených?

*Vysoký krevní tlak, dýchací obtíže, virózy (rýma, kašel), bolesti páteře, cukrovka.*

19) Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější příčiny úmrtí obviněných a odsouzených?

*Infarkt a mozkové příhody, nádorová onemocnění, značná část úmrtí je ale zapříčiněna i sebepoškozováním a sebevražednými pokusy.*

20) Myslíte si, že ústav pro výkon zabezpečovací detence je lepší variantou pro jedince než umístění v psychiatrické léčebně? Pokud ano, tak vysvětlete?

*Ano. V ústavu pro výkon zabezpečovací detence je pro obviněného či odsouzeného podstatně menší šance toto zařízení svévolně opustit, což v případě psychiatrické léčebny nebyl nikdy zvláštní problém.*

## Příloha č. 5

### Kvalitativní analýza pokusu sebevraždy oběšením

#### Základní údaje o suicidantovi:

Pohlaví:	muž
Věk:	34
Vzdělání:	střední lesnická škola, obor ekonom
Rodinný stav:	svobodný, žijící s družkou, 1 dítě
Bydliště:	Severní Čechy, maloměsto
Etnikum:	české
Úzus návykových látek:	pervitin i.v. několikrát denně, kombinace s léky
Zaměstnaný:	ne, evidován na ÚP
Dosud trestán:	ano, 3/2, opakovaně ve vazbě v ČR i v zahraničí
Aktuální TČ:	§§247/1e, 3b; §257/1, 2c; §247/1b, e, 3b, hrozící trestní sazba 2-8 let
Důvody vazby:	§67a, b, c
Jiné:	V anamnéze pokusy o sebevraždu i na svobodě.

#### Podrobnosti trestné činnosti

Muž byl obviněn z krádeží několika aut, motocyklů a dalších věcí, kterých se měl dopustit v České republice i okolních státech. Při jednom z činů byl pronásledován policií a v ukradeném autě způsobil dopravní nehodu, při které nebyl nikdo zraněn.

Vzhledem k opakování stejné trestné činnosti a výši způsobené škody byl obviněný označen jako **zvláště nebezpečný recidivista**.

#### Předchozí věznění

V minulosti byl kvůli trestným činům stejného charakteru, jak je popsáno výše, opakovaně vazebně stíhán a odsouzen v ČR i v Německu. Při posledním VT, kdy byl odsouzen na 6,5 roku, prošel věznicemi Praha – Pankrác, Litoměřice, Ostrov nad Ohří, Teplice, Nové Sedlo, Drahonice, Rýnovice, Vinařice a Všehrady, odkud byl v roce 2008 podmíněčně propuštěn, se zkušební dobou na dva roky. Zbytek trestu činil asi 13 měsíců.



V průběhu předchozího VT byl hospitalizován na psychiatrii, údajně kvůli depresivním obtížím a sebevražednému pokusu.

### **Průběh vazby**

Obviněný byl nejprve umístěn ve VV České Budějovice, odkud byl asi po měsíci převezen na léčení do vězeňské nemocnice v Praze – Pankrác, kde byl hospitalizován na interním oddělení. Zde se asi po třech týdnech pokusil o sebevraždu, proto byl eskortován do vězeňské nemocnice v Brně, kde byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení.

Psychologa, obviněný v době svého pobytu ve vazbě, nevyhledal. Připravovalo se vyšetření paměti, ale kvůli tomu, že na obviněného měl být vypracován znalecký posudek z oborů psychologie a psychiatrie, vyšetření neproběhlo.

Obviněný byl medikován. Ubytován byl ve standardní cele vězeňské nemocnice s jedním spolubydlícím.

Dle sdělení vrchního dozorce se po dobu hospitalizace obviněný choval tiše, zamlkle, s úmyslem spáchat sebevraždu se netajil. Zaměstnancům uvedl, že už se o sebevraždu pokusil v nemocnici na Pankráci a hodlá se o ni pokusit znovu. Jako důvod uváděl, že celý jeho život je špatný.

Během svého pobytu v Brně neudržoval žádnou korespondenci, návštěvy nežádal.

### **Motiv a okolnosti sebevraždy**

Obviněný se pokusil oběsit 12.7. kolem 22. hodiny. Večerka na oddělení je ve 21:00, bylo tedy možné předpokládat, že jeho spolubydlící už spí. Na oddělení jsou prováděny kontroly cel každých 30 minut. Oběšeného muže našel dozorce, který vykonával pravidelnou kontrolu cel.

Ke svému činu použil obviněný smotané prostěradlo, které pomocí ručníku upevnil na kování okna. Druhý ručník si údajně přidržel za zády. Bližší informace se o této okolnosti nedaly zjistit s ohledem na pokračující vyšetřování jak OPaS, tak PČR, která byla o případu informována.

Obviněného se podařilo zachránit, ale musel být ve vážném stavu převezen do FN Brno. V současné době je již z FN propuštěn a zůstává na psychiatrickém oddělení vězeňské nemocnice.

Obviněný zanechal dopis na rozloučenou. Je psán úpravným tiskacím písmem, s občasnými nespisovnými tvary slov, několika expresivními výrazy (magor, hovado – použito o vlastní osobě) a s několika pravopisnými chybami. Styl odpovídá vzdělání a sociální vrstvě, ve které se obviněný pohyboval. Dopis je adresován rodičům, ale v textu je oslovována hlavně matka.

V úvodu se pisatel zlobí sám na sebe, že nedokázal sebevraždu dokonat dříve, a píše „tentokrát nenechám nic náhodě“. Dále žádá rodinu o odpuštění, že volí tento způsob odchodu ze života, vysvětluje, že se cítí ponechán bez pomoci ve svých problémech. Naznačeny jsou potíže depresivního charakteru – „prázdnost v hlavě“, potíže s pamětí, pocity beznaděje a odcizení okolí, hlavně družky.

Pisatel žádá rodiče, aby ho „nenechali pomlouvat, že je magor a byl v blázninci“. Opakuje, že se na smrt těší. Opakovaně žádá rodiče o odpuštění, děkuje jim za vše dobré a lituje, že nedbal na jejich rady.

Dále označuje svou opakovanou trestnou činnost za nemoc, kvůli které se měl jít léčit. Naznačuje, že teď už je na nápravu pozdě a on nehodlá strávit roky ve vězení, aby potom dále páchal. Vyjadřuje se o trestné činnosti, že je to „démon v hlavě a proti němu nemám šanci“, proto vzdává celý život a volí sebevraždu.

Zjištěné údaje o činu napovídají, že mohlo jít o důsledek dlouhodobých depresivních potíží, snad v souvislosti s drogovou závislostí. K pocitům bezvýchodnosti situace mohl přispět nedostatečný kontakt s blízkými. Z dostupných údajů však nelze říci, zda byl nedostatečný kontakt s rodinou způsoben jejich nezájmem nebo zda ho obviněný přerušil sám, případně nakolik se na situaci podílelo zpoždění korespondence způsobené typem vazby (koluzní, dle §67b).

Závěr vyšetřování OPaS v době odeslání není znám, stejně jako výsledek šetření PČR. S ohledem na probíhající vyšetřování nechtěli pracovníci OPaS sdělit další podrobnosti.

psycholog

## **Příloha č. 6**

### **Kvalitativní analýza dokonané sebevraždy oběšením**

#### **Základní anamnestické údaje:**

Pohlaví:	muž
Rok narození:	1976
Vzdělání:	Středoškolské vzdělání ukončeno maturitou (strojírenství)
Stav:	svobodný, bezdětný
Bydliště:	Praha
Abúzus:	pervitin
Aktuální trest:	§234, 235, 238, PT 6.9.04, plánovaný konec 4.9.2015
Předchozí trest:	0

#### **Průběh výkonu trestu**

Odsouzený byl dne 19.6. přemístěn do věznice X. Standardním způsobem byl umístěn na nástupním oddělení a po přijímací komisi přeřazen na oddíl pro prvovězněné a provotrestané. Na podmínky výkonu trestu byl již z předchozích věznic dostatečně a adekvátně adaptovaný. Byl dlouhodobě zařazen v I. diferenciacní skupině a jeho chování jak ve skupině odsouzených, tak k personálu věznice bylo slušné. Kontakt psychologa nikdy nevyhledal. U psychiatra byl ve věznici X na jednorázové konzultaci a to 28.6. Od této doby kontakt nevyhledal. Nikdy nebyl zařazen na krizové oddělení. Z jeho chování nebyly patrné projevy možných psychických problémů.

Odsouzený byl pracovníčně zařazen na vnitřním pracovišti věznice a byl hodnocen jako velmi dobrý pracovník.

#### **Okolnosti a motiv sebevraždy**

Odsouzený byl dne 11.3. v nočních hodinách nalezen oběšený na opasku v prostorách toalety. Přivolaná RZS konstatovala smrt oběšením s vyloučením cizího zavinění.

Dne 13.3. byla provedena pitva, která vyvrátila cizí zavinění a potvrdila sebevraždu.

Vzhledem k tomu, že odsouzený nenechal žádný dopis na rozloučenou, nelze motiv sebevraždy jednoznačně potvrdit. Ani z nepřímých indicií a informací od spoluodsouzených a personálu věznice nelze vysledovat žádný a jednoznačný motiv. Dle slov spoluodsouzených, kteří s ním bydleli na pokoji, nikdy nemluvil o tom, že by se chtěl zabít. Ani v korespondenci tato zmínka nezazněla.

### **Kriminální, rodinná a osobnostní anamnéza**

Odsouzený byl poprvé ve výkonu trestu. Podílel se na závažných trestných činech násilné povahy. Kriminální chování bylo silně organizované, násilné a bez následných pocitů viny. Motivem tohoto chování byl snadný a rychlý zisk. Trestná činnost měla dlouhodobý charakter.

Pocházel z běžných společenských poměrů. Měl dobré a funkční rodinné zázemí. Dětství hodnotil jako krásné. Aktuálně jeho otec a babička měli vážnější zdravotní problémy, o které se odsouzený velmi zajímal. S rodinou zůstal v častém písemném, telefonickém i osobním kontaktu při návštěvách. Před výkonem trestu žil s družkou, byl bezdětný.

U odsouzeného byla soudním psychiatrem diagnostikovaná disociální a narcistická porucha osobnosti s labilní afektivitou, egocentričností a anetickými rysy. Byl introvertně zaměřený, v sociálním prostředí izolovaný, samotářský. Intelektové schopnosti se pohybovaly v pásmu průměru. Dále vykazoval rysy impulsivity, rigidity a sklony k městnání afektů.

psycholog

## Příloha č. 7

### Časový rozvrh dne

Příklad časového rozvrhu dne pro dny pracovního klidu a pracovního volna – všichni odsouzení.

od	do	
5,45		budíček pro výdejce stravy
7,00		budíček
7,00	7,30	osobní hygiena
7,30	8,00	snídaně, výdej léků
8,00		početní prověrka stavu
8,00	10,00	generální úklid (sobota), vycházky
10,00	11,30	osobní volno
11,30	12,30	oběd
12,30	17,00	osobní volno, realizace programů zacházení, kulturní programy, činnost zájmových kroužků, sledování televizních pořadů, vycházky
17,00	18,00	večeře
18,30	21,00	osobní volno, realizace programů zacházení, kulturní programy, činnost zájmových kroužků, sledování televizních pořadů
20,00		početní prověrka stavu
21,00		večerka

Příklad časového rozvrhu dne „pro dočasně umístěné – vězeňská nemocnice“ - pracovní dny a dny pracovního klidu a pracovního volna.

od	do	
6,00		budíček
6,05	6,30	osobní hygiena
6,30	7,00	snídaně, ranní požadavky odsouzených, početní prověrka stavu
7,00	10,00	příprava na vizitu, vizita
9,30	10,30	vycházky oddělení TBC
10,00	12,00	osobní volno, vycházky
12,00	13,00	výdej oběda
13,00	14,00	osobní volno, vycházky, vycházky oddělení TBC
14,00	15,00	příprava na vizitu, vizita
15,00	17,00	osobní volno, početní prověrka stavu
17,00	18,00	večeře
18,00	21,00	osobní volno, osobní hygiena, příprava na večerku
21,00		večerka

Uvedené příklady časových rozvrhů dne jsou součástí vnitřních řádů věznice a byly aprobovány Generálním ředitelstvím Vězeňské služby České republiky pod č.j.:168/63/2007-50/308 dne: 19.11.2007 s účinností od: 3.12.2007.