

Univerzita Karlova v Praze

1.lékařská fakulta

Centrum Adiktologie Psychiatrické kliniky

Ochranné léčení protitoxikomanické

Compulsory drug treatment



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Miroslava Dvořáková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová

Datum předložení: 14. 12. 2011

Praha

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především svojí vedoucí práce, paní Mgr. Haně Fidesové za nesmírnou trpělivost a ochotu při vedení této práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se účastnili výzkumné studie a Bc. Zdeňce Burešové za zapůjčení nahrávacího zařízení.

Identifikační záznam:

DVOŘÁKOVÁ, Miroslava. *Ochranné léčení protitoxikomanické. [Compulsory drug treatment]*. Praha, 2011. 73 s., 3 příl., 1 tabulka. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie Psychiatrické kliniky / Ústav 1. LF UK 2008. Mgr. Hana Fidesová

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

Prohlašuji, že tato práce nebyla nikde publikována, ani použita k získání stejného nebo některého z jiných akademických titulů.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobností kvalifikačních prací

V Praze 14.12. 2011

Miroslava Dvořáková

ABSTRAKT

Východiska: Ochranné léčení protitoxikomanické je soudem ukládáno fakultativně v případě, že pachatel spáchal trestný čin pod vlivem nebo v souvislosti s užíváním návykových látek a zároveň lze očekávat, že takové léčení může vzhledem k osobě pachatele naplnit svůj účel. O smysluplnosti a účinnosti tohoto druhu léčby pro uživatele drog ale panují v České republice mezi odbornou veřejností pochyby. Ty pramení ze skutečnosti, že osoby, kterým bylo toto ochranné opatření soudem uloženo mají často velmi malou či žádnou motivaci k léčbě a snaží se jí sabotovat útekem nebo jiným porušením režimu.

Cíl: Cílem této práce bylo zjistit jaké názory a postoje projevují odborníci z řad personálu psychiatrických léčeben v souvislosti s ochranným léčením protitoxikomanickým, a to zejména pokud se týče jeho právní rámce a efektivity.

Metodologie: K řešení byl zvolen kvalitativní přístup, sběr dat byl uskutečněn pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jehož přepisem byly deskriptivní metodou získány výsledky. Velikost výzkumného souboru je pět respondentů.

Hlavní výsledky: Bylo zjištěno, že respondenty v jejich odpovědích výrazně ovlivňuje jejich profese. Právní rámec ochranného léčení protitoxikomanického pozitivně hodnotí dva respondenti, zbylí tři kritizují jeho nedostatečnou úpravu týkající se výkonu tohoto léčení, zejména to, že nejsou v zákoně jasné stanoveny požadavky na zabezpečení zařízení, kde je vykonáváno. Respondenti také často poukazují na nízkou motivaci pacientů k léčbě, která ztěžuje a někdy znemožňuje její průběh, přesto žádný z respondentů nevysslovuje názor, že by ochranné léčení protitoxikomanické nemělo smysl vůbec.

Diskuze a Závěr: K úspěšnému průběhu a dobrým výsledkům ochranného léčení protitoxikomanického je třeba pracovat s motivací osob, kterým bylo uloženo a v některých případech je třeba stanovit si menší a dosažitelnější cíle než je pacientova abstinence a vyléčení ze závislosti. Zásadním problémem je také nedostatečně rozvinutá síť služeb následné péče pro klienty po výkonu ochranného léčení protitoxikomanického.

Klíčová slova: ochranné léčení protitoxikomanické - ochranná opatření - trestněprávní sankce - ústavní léčba - motivace

ABSTRACT

Background: Compulsory drug treatment could be imposed by court in case the offender commits a crime while he was intoxicated or his acting was otherwise connected to drugs. There must be a real hope, that this kind of treatment could have any positive results as well considering individuality and motivation of the offender. The professionals in the Czech republic are questioning meaning and efficiency of this kind of treatment for drug users. These doubt are based on fact, that persons which are mandated to treatment by court have a very low level of motivation to treatment and try to escape from institution or otherwise break the rules.

Objective: aim of this study is to determine what beliefs and attitudes manifested staff of psychiatric hospitals in relation to compulsory drug treatment with consideration of its legal framework and efficiency.

Methods: In this study was applied qualitative approach. Data was collected by semi-structured interview, then transcribed and the results were gain by using descriptive method. File size of the research was five respondents.

Results: It was found, that the respondents were significantly affected by their profession in way they answer the questions. The legal framework of compulsory drug treatment was positively valued by two respondets, the rest of respondents complains about its lack of adjustment for operation this treatment - especially there are no clear requirements in the czech law for security of instituion where is compulsory drug treatment provided. Respondents also indicate a poor patient motivation for treatment, which makes treatment uneasy and sometimes even impossible to run, but none of the respondents would think the compulsory drug treatment has no sense at all.

Conclusions: The compulsory drug treatment would lead to successful results if there is patient's motivation training and in some cases if we simply accept other goals of compulsory drug treatment, not just patient's abstinence as appreciated.

Keywords: compulsory drug treatment - protective measures - criminal sanctions - residential treatment - motivation

OBSAH

Seznam zkratk.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Úvod do problematiky.....	8
2. Ochranná opatření, definice, smysl a cíle.....	9
2.1. Ochranná výchova.....	11
2.2. Zabezpečovací detence.....	12
2.3. Zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty.....	15
3. Ochranné léčení.....	17
3.1. Ochranné léčení protitoxikomanické.....	19
3.2. Ochranné léčení protitoxikomanické - historický kontext.....	23
VÝZKUMNÁ ČÁST	
4.1. Cíl práce.....	27
4.2. Metodologický rámec.....	28
4.3. Etické aspekty.....	29
4.4. Popis výzkumného souboru.....	29
4.5. Koncept polostrukturovaného rozhovoru.....	29
5. Analýza a interpretace dat	
5.1. První oddíl, demografické otázky.....	31
5.2. Druhý oddíl, ochranné léčení protitoxikomanické, obecná část.....	31
5.3. Třetí oddíl, ochranné léčení protitoxikomanické, vlastní názor	36
6. Diskuze a závěr.....	40
7. Použité zdroje.....	47
8. Přílohy	
8.1. Příloha 1.....	51
8.2. Příloha 2.....	52
8.3. Příloha 3.....	70

Seznam zkratk

pl	psychiatrická léčebna
TrZ	trestní zákon, zákon č. 140/1961 Sb.
tr.zák.	trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb.
TŘ	trestní řád, zákon č. 141/1961 Sb.
ZSM	zákon o soudnictví ve věcech mládeže, zákon č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů

TEORETICKÁ ČÁST

1. Úvod

Zabývat se institutem ochranného protitoxikomanického léčení jsem se prostřednictvím této bakalářské práce rozhodla z několika důvodů. V první řadě proto, že pachatelé, kterým je toto ochranné opatření ukládáno, jsou zpravidla problémoví uživatelé drog, kteří jsou jednou z hlavních cílových skupin ocitajících se v pomyslném hledáčku adiktologického zájmu. Z toho pak přirozeně vyplývá potřeba soustředit se i na dílčí skutečnosti, které takové osoby přímo ovlivňují, o čemž v případě uložení ochranného léčení protitoxikomanického coby trestní sankce jistě není pochyb. Dalším důvodem sepsání této práce bylo nejen shromáždit poznatky odborné literatury k této problematice, ale i zjistit, jaké postavení má toto ochranné opatření v praxi, mimo zdi soudní síně. Konečně posledním důvodem pak byl prostý fakt, že je podle mého názoru v Čechách toto téma mezi odborníky poněkud opomíjené - a to jak v teoretické, tak především ve výzkumné rovině.

Tato bakalářská práce má dvě části. V první, teoretické části, je věnována pozornost popisu širšího teoreticko-právního podkladu týkajícího se dané problematiky. Nejprve jsou představena ochranná opatření: jejich definice, jednotlivé druhy a způsoby ukládání. Přesto, že ochranná opatření jako taková nejsou hlavním tématem této práce, je jim zde věnován poměrně značný prostor z toho důvodu, že a) jsou širším základem, z něhož pak definice, smysl i cíle ochranného léčení vychází, b) každý z druhů ochranných opatření je více či méně spojen právě s ochranným léčením - například zabezpečovací detence je formulována ve smyslu subsidiarity¹ k ochrannému léčení, zabránění věci a jiné majetkové hodnoty se zase velmi často, stejně jako ochranné léčení protitoxikomanické, týká pachatelů drogové kriminality. Jádro teoretické části se zaměřuje na institut ochranné léčení. Nejprve obecně, poté s důrazem na ochranné léčení protitoxikomanické, jeho aktuální právní vymezení i historický kontext.

Výzkumná část této práce reflektuje snahu přiblížit postoje a názory odborníků z praxe. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru čítajícího devatenáct otázek (viz Příloha 2) byla získána data od odborných pracovníků

¹ organizační podřízenosti, podpůrnosti

psychiatrických léčeben, kde je ochranné protitoxikomanické léčení vykonáváno ve své ústavní formě a kteří se měli vyjádřit především ke způsobu výkonu, právnímu rámci a efektivitě tohoto ochranného opatření. Výzkumná část dále obsahuje popis cíle výzkumu, metodologického rámce, etických aspektů práce a popis výzkumného vzorku. Následně jsou předneseny výstupy jednotlivých otázek a z nich vyplývající diskuze a závěr.

2. Ochranná opatření, definice, smysl a cíle

Ochranná opatření jsou spolu s tresty součástí souboru trestních sankcí (§36, zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník ve znění pozdějších předpisů, ²). Pro obě tyto podkategorie platí, že jsou ukládány na základě trestního zákona s ohledem na lidskou důstojnost a přiměřenost těchto sankcí vzhledem ke spáchanému trestnému činu (i/nebo činu jinak trestnému v případě ochranných opatření) a poměrům pachatele (§37 a §38, tr.zák.). Zatímco u trestů je dominující represivní a odstrašující působení, ochranná opatření jsou prostředky sociální prevence a ochrany pachatele (Sotolář, Púry, Šámal, 2000). Vzájemně jsou ale tyto dvě trestní sankce provázány a mezi jejich společné znaky patří dle Jelínka et al. (2008) především to, že jsou obě právním následky trestného činu, jsou ukládány pouze na základě zákona soudem a jsou opatřeními státního donucení, která jsou vymahatelná státní mocí. U jejich odlišností platí to, co bylo naznačeno výše - a sice, že uložení ochranných opatření nevyjadřuje negativní hodnocení osoby pachatele a jejich hlavním cílem není způsobit pachateli újmu byť je to jeden ze znaků, který ochranná opatření nepochybně provází (Jelínek et al., 2008). Jednotlivými druhy ochranných opatření jsou: ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty a ochranná výchova (§ 98, odst. 1, tr.zák.).

Ochranná opatření jsou také stěžejní trestní sankcí u trestně neodpovědných pachatelů (nepříčetných (§26, tr.zák.)³ či nedosahujících hranice patnácti let věku (§25, tr.zák.)), kteří sice spáchali čin jinak trestný, ale soud má za to, že vzhledem k závažné povaze spáchaného činu a nebezpečí, které do budoucna od těchto pachatelů hrozí, musí i přes újmu, která bude těmto

² Dále v textu jen „tr.zák.“

³ Narozdíl od právní úpravy zabezpečovací detence na Slovensku, kde nelze toto ochranné opatření uložit osobě, která je pro nepřičetnost trestně neodpovědná (§ 81 Trestního zákona) in Záhora (2010).

způsobena, ochranné opatření uložit (§ 96, tr.zák.). Ochranná opatření ale nejsou ukládána pouze trestně neodpovědným pachatelům. Soud je ukládá dvojím způsobem, a to samostatně nebo vedle trestu (§ 97, odst.1 a 2, tr.zák.). V prvním případě počítá s tím, že účelu zákona lze vzhledem k povaze pachatele dosáhnout, pomocí ochranných opatření lépe, než uložením trestu např. při upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení nebo zabezpečovací detence (§ 47, tr.zák.). Vedle trestu soud uloží ochranné opatření, pokud má za to, že trest samotný není dostatečný z hlediska působení na osobu, které byl uložen a ochraně společnosti, např. trest odnětí svobody na jeden rok až pět let pachateli-uživateli drog za trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy (§ 283, odst.1, tr.zák.) za současného uložení ochranného opatření zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty (§ 101, tr.zák.), např. chemické laboratoře na výrobu drog, která však není pachatelovým majetkem (ochrana společnosti). Odsouzený se může podrobit i více ochranným opatřením vedle sebe, pokud nelze potřebné působení zajistit pouze jedním z nich, a to v pořadí, jaké stanoví soud (§ 97, odst. 3, 4, tr.zák.). Vyjimku tvoří kombinace ochranného léčení a zabezpečovací detence, které uložit vedle sebe nelze (§ 98, odst. 3, tr.zák.).

Je třeba připomenout, že narozdíl od trestných činů jsou ochranná opatření ukládána na základě zákona účinného v době, kdy se o ochranném opatření rozhoduje (§ 3, odst. 2, tr.zák.) nikoliv podle zákona účinného v době spáchání činu, který zavedl příčinu k uložení ochranného opatření - a nepřihlíží se k tomu, který soubor právních předpisů je pro pachatele příznivější (jak je tomu u trestů). Na možné nepříznivé důsledky této retroaktivity upozorňuje Záhora (2010) zejména v souvislosti se zabezpečovací detencí, která ze své podstaty vykazuje (např. z hlediska režimu či výkonu) nejcitelnější zásah do svobody odsouzené osoby ze všech ochranných opatření vůbec. Takový neblahý dopad pro pachatele by i u nás mohla mít ve vztahu k zabezpečovací detenci novelizace trestního zákoníku zákonem č. 330/2011 Sb.,⁴ kdy došlo ke zmírnění podmínek, za kterých je možné toto ochranné opatření uložit. Nově i pachatelům, kteří spáchali trestný čin nebo čin jinak trestný v době, kdy ještě zmiňovaná novela neplatila, budou podle tohoto, pro ně méně příznivého právního předpisu, ochranná opatření ukládána.

⁴ více v kapitole 2.2. Zabezpečovací detence

2.1. Ochranná výchova

Právní rámec ochranné výchovy je narozdíl od ostatních ochranných opatření definován v § 22 zákona č. 218/2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)⁵. Toto opatření je možné uložit pouze dítěti a mladistému (nebo osobě blízké věku mladistvých, až do devácti let), nikoliv však dospělému (a to ani nepříčetnému) pachateli. Osoby starší patnácti a mladší osmnácti let (tzn. mladiství, § 2, odst. 1, písm. c), ZSM) a osoby, které nedosáhli věkové hranice trestní odpovědnosti, tedy děti (§ 2, odst. 1, písm. b), ZSM) jsou specifickou skupinou pachatelů dopouštějících se tzv. provinění (§ 6, ZSM) a činů jinak trestných. Jsou souzeni v rámci systému soudnictví ve věcech mládeže, přičemž se na ně vztahují sankce v podobě výchovných, ochranných a trestních opatření (§10, ZSM). Ochrannou výchovu soud uloží v případě, že a) nebylo o výchovu mladistvého náležitě postaráno nebo b) byla dosud zanedbávána nebo c) má soud za to, že prostředí, ve kterém mladistvý žije není zárukou náležité výchovy (§ 22, odst.1, písm. a),b),c), ZSM). Je také namístě zdůraznit, že ochranná výchova a ústavní výchova není tentýž institut - přesto jsou tyto dva pojmy často zaměňovány. Cílem ústavní výchovy je nahrazení špatného, či zcela chybějícího výchovného prostředí, zatímco uložení ochranné výchovy je reakcí na spáchání protiprávního činu mladistvým či dítětem a jeho účelem je jednak příznivě ovlivnit další vývoj takového pachatele, ale i chránit společnost před možností spáchání dalších provinění (Zeman, Diblíková, Kotulan & Vlach, 2009). Místo výkonu tohoto opatření náleží rozhodnutí soudu, který dítě zpravidla umístí nejprve do diagnostického ústavu, kde dojde ke komplexnímu vyšetření stavu dítěte⁶ (nezletilého) na jehož základě se pak (obvykle do 8 týdnů) rozhoduje o přeřazení buď do dětského domova se školou či do výchovného ústavu (§ 5, odst. 1, zákon č. 109/ 2002 Sb.)⁷. Mezi léty 2004 až 2007 uskutečnili pracovníci Zeman, Diblíková, Kotulan a Vlach (2009) v rámci Institutu pro kriminologii a sociální prevenci výzkum na

⁵ Dále jen „ZSM“ dle seznamu zkratk

⁶ „Dítětem“ je podle § 2, odst. 1, písm. b), ZSM osoba, která nedovršila věku patnácti let. Zatímco v zákoně č. 101/2002 Sb o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních dle § 1, odst. 2 je dítětem nezletilá osoba zpravidla ve věku 3 až 18 let, případně zletilá osoba do 19let - v tomto případě by bylo tedy pravděpodobně lepší užít termínu „nezletilý“.

⁷ Zákon č. 109/2002 Sb. byl v roce 2005 novelizován zákonem č. 383/2005 Sb. Novela zavedla kromě jiného stavebně technické prvky či instalaci audiovizuálních systému do zařízení, kde jsou umístěny děti s ochrannou výchovou, aby se tak zabránilo jejich útěku (§ 15, odst. 1, zákon č. 383/2005 Sb.)

téma ukládání ústavní a ochranné výchovy na základě analýzy soudních spisů. Ochranná výchova byla v roce 2007 pravomocně uložena 72 dětem a 41 mladistvým. U obou věkových skupin byla většina protiprávního jednání majetkového charakteru (hlavně krádeže), následně se jednalo o činy proti svobodě a lidské důstojnosti, s předním umístěním loupeže, a to bez vážnějších zdravotních důsledků v případě pachatelů dětí, s vážnějšími důsledky pak u mladistvých, kteří si za své oběti často vybírali děti nebo staré lidi. U mladistvých byla ve všech sledovaných případech ochranná výchova uložena vedle trestního opatření (nejčastěji odnětí svobody s podmíněným odkladem na zkušební dobu), přičemž v době rozhodování se většina mladistvých nacházela v ústavní výchově (a často na útěku). Na první pohled překvapivý fakt, že je ochranná výchova ukládána ve větší míře dětem, než mladistvým, lze vysvětlit tím, že převážná část dětí, kterým soud uložit toto opatření, byla věkově blízka hranici trestní odpovědnosti, tedy mezi 14.-15. rokem života, zatímco u mladistvých se nejčastěji jednalo o osoby mezi 16.-17. rokem (Zeman et al., 2009), z čehož můžeme dovodit, že spíše dosáhne svého účelu ochranná výchova (i výchova jako taková) u mladších dětí než u starších. V obou případech ale musí být bráno na zřetel, že je toto ochranné opatření závažným zásahem do osobní svobody dítěte, ne nepodobným trestu odnětí svobody, a proto by mělo být ukládáno teprve po selhání mírnějších výchovných prostředků (Šámal, Válková, Sotolář & Hrušáková, 2004).

2.2. Zabezpečovací detence

Institut zabezpečovací detence byl přijat do skupiny ochranných opatření poměrně nedávno. Stalo se tak v roce 2009, kdy vstoupil v účinnost zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a změně některých zákonů, kterým se novelizoval zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon⁸. Jedním z hlavních důvodů jeho zavedení byl problém, jak nakládat s nebezpečnými a nepřizpůsobivými pachateli, zejména nepřičetnými, změnšeně přičetnými nebo trpícími duševní poruchou, jejichž pobyt na svobodě by byl pro společnost nebezpečný, a zároveň se má za to že ochranné léčení by u takových pachatelů nedosáhlo svého účelu (§ 100, odst. 1, 2, tr.zák.). Zabezpečovací

⁸ Trestní zákon (zákon č. 140/1961 Sb.), byl následně novelou nahrazen s účinností od 1.1.2010 trestním zákoníkem (zákonem č. 40/2009 Sb.)

detence je fakticky „tvrdší podobou“ ochranného léčení určenou pro poměrně úzkou, o to více však nebezpečnou, skupinu pachatelů. Narozdíl od ochranného léčení je spravována vězeňskou službou a vykonávána ve zvláštních ústavech pro výkon zabezpečovací detence (v Brně a Opavě), které nejsou zdravotnickými zařízeními a přesto, že soud musí ze zákona rozhodnout o prodloužení výkonu každých 12 měsíců (v případě mladistvých každého půl roku), lze toto ochranné opatření ukládat opakovaně - třeba i doživotně (Fenyk et al., 2010). Podle § 100, odst. 3 tr.zák. zabezpečovací detenci soud může uložit jak samostatně, tak vedle trestu (často vedle trestu odnětí svobody, který má v tom případě přednost výkonu). Dosud platilo, že obligatorně (tedy závazně) uloží soud toto opatření tomu, kdo se ve stavu nepřičetnosti či zmenšené přičetnosti (§ 47, odst. 2 tr.zák.) dopustil činu jinak trestného, který by naplňoval znaky zvlášť závažného zločinu, a zároveň se má za to, že uložení ochranného léčení by bylo nedostatečné vzhledem k povaze pachatele a ochraně společnosti (§100, odst.1, tr.zák.). Fakultativně (tedy volitelně) mohl soud podrobit pachatele výkonu zabezpečovací detence také v případě, spáchal-li zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou nebo zneužívá-li návykovou látku, znovu spáchal zvlášť závažný zločin, ačkoliv již byl pro takový to pod vlivem nebo v souvislosti se zneužíváním návykové látky odsouzen trestem odnětí svobody až na dvě léta. V současné době ale došlo ke schválení novelizace trestního zákoníku, která výrazně ovlivní podmínky ukládání zabezpečovací detence (zákon č. 330/2011 Sb.). Jde o dvě hlavní změny, které zmíněná novela přináší: 1) se ruší slovní spojení „zvlášť závažný“ u zločinů, za 2) se připouští, aby se ochranné léčení přeměnilo na zabezpečovací detenci na základě návrhu zdravotnického zařízení, které vypracuje zprávu o nedostačujícím působení ochranného léčení na konkrétního pachatele ve smyslu ochrany společnosti nebo působení na jeho osobu (zákon č. 330/2011 Sb. k §351, zákon č. 141/1961 ve znění pozdějších předpisů, trestní řádu⁹). Zákonodárci tak reagují na tlak odborné forensně-psychiatrické veřejnosti, která delší dobu poukazuje na fakt, že psychiatrické léčebny (kde je ochranné léčení ve své ústavní formě vykonáváno) nejsou uzpůsobeny na to, aby zajistily účinnou ostrahu a izolaci nebezpečných a nespolupracujících pacientů, zejména, aby zabránily jejich útěku. Proti tomu by se nedalo na první

⁹ Podle seznamu zkratk dále jen „TR“

pohled celkem nic namítat, avšak právě prvek „nespolupráce v léčbě“ je kontroverzním bodem, protože v zásadě popírá podmínky přiměřenosti ukládání ochranných opatření. Válková (2011, str. 255-256) dodává: *„Nikdy by neměla být zabezpečovací detence ukládána pachateli jen z toho důvodu, že nespolupracuje na své léčbě nebo ji „jinak“ ohrožuje. Právě to je však obsahem novely trestního zákoníku, která umožňuje prakticky kdykoliv změnit ústavní ochranné léčení na zabezpečovací detenci a pohřichu jen velmi obecně a vágně stanoví podmínky takové přeměny, přípustné v navrhovaném znění navíc i u pachatele, který se nedopustil závažného trestného činu.“* Skupina pachatelů, kterým bude moci soud zabezpečovací detenci uložit se tedy takřka „přes noc“ značně rozšíří. Ke dni 9.11.2011 je aktuálně ve výkonu zabezpečovací detence 14 osob, z toho jedna žena a třináct mužů. Současná kapacita je přitom 48 míst v Brně a dalších 150 v Opavě (Vězeňská služba ČR, 2011). Je tedy nasnadě položit si otázku, nakolik je novela trestního zákoníku poplatná cíli „naplnit“ prázdné detenční ústavy tím, že z pachatelů závažné trestné činnosti rozšíří svoje pole působnosti i na pachatele zločinů (tj. trestných činů s dolní hranicí sazby odnětí svobody od pěti let, § 14, tr.zák.). Typickým příkladem takového pachatele může být i uživatel drog, který se dopustí trestného činu nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, přesto, že v uplynulých třech letech byl za takový čin odsouzen či potrestán (§ 283, odst. 2, písm. b), tr.zák.). Automaticky se tak na něj od této chvíle bude vztahovat možnost uložení zabezpečovací detence, přesto, že nemusí být prokázána jeho vysoká nebezpečnost pro společnost, ani zmenšená přičetnost či nepřičetnost.

Zabezpečovací detence stojí na pomezí ochranného léčení a trestu odnětí svobody. Přesto, že svá specifika skládá z obou jmenovaných, a je podpůrná ochrannému léčení, svým faktickým dopadem i způsobem výkonu se podobá spíše režimu věznice, než psychiatrické léčebny co se míry ostrahy a kontroly týče (Fenyk, Hájek, Stříž & Polák, 2010). V tom se opět odráží skutečnost, že se ochranná opatření mohou na první pohled jevit jako „mírnější“ než tresty, avšak jejich faktický dopad může být pro pachatele mnohem citelnější a méně příznivý než u některých trestů (Sotolář et al., 2000).

Zabezpečovací detence má své nezastupitelné místo při nakládání s pachateli, kteří jsou nebezpeční a zabezpečovací detence je leckdy jediným

nástrojem, jak na takové osoby zákon „dosáhne“. Je ale stěžejní mít stále na paměti zásadu přiměřenosti ukládání ochranných opatření a nepoužívat tento institut, pokud to neodpovídá povaze, závažnosti a nebezpečnosti spáchaného činu a poměrům pachatele (§ 96, odst. 1 tr.zák.).

2.3. Zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty

Posledním ochranným opatřením je zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty (§101, tr.zák.). Podstatou tohoto opatření je odejmutí vlastnického (či podobného) práva pachateli nebo jiným osobám k věci nebo jiné majetkové hodnotě, která je, byť ve zprostředkovaném, vztahu k trestnému činu spáchanému pachatelem, přičemž platí, že věc nebo jiná majetková hodnota, může patřit kterékoliv osobě (např. trestně neodpovědnému pachateli), i té, která nemusí mít žádný vztah k trestnému činu (Vantuch, 2011). Zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty soud ukládá, pokud není možné použít trestu propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty podle § 70, tr.zák.. Děje se tak především ve chvíli, kdy majetek nebo jiná hodnota patří pachateli, kterého nelze stíhat nebo odsoudit¹⁰, pachateli u něhož soud upustil od potrestání nebo pokud taková věc nebo náhradní hodnota ohrožuje bezpečnost¹¹ nebo by mohla sloužit je spáchání zločinu (§ 101, odst. 1, písm. a), b), c), tr.zák.). Bez podmínek platících ve výše jmenovaných případech, soud může uložit zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty z toho důvodu, že je, byť zčásti, ziskem pocházejícím z trestné činnosti (§ 101, odst. 2, písm. a), b), c), tr.zák.). Toto opatření¹² je typickým nástrojem pro odčerpávání drog a zisků pocházejících z obchodu s nimi z černého trhu, což představuje v tomto směru zásadní nástroj trestní justice, neboť zisk bývá předním motivem trestných činů (Trávníčková & Zeman, 2008). Soud také vždy uloží toto opatření, pokud drží pachatel věc nebo jinou majetkovou hodnoty v rozporu s jiným právním předpisem a ve vztahu k níž je možno zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty uložit (§ 100, odst. 3., tr.zák.)¹³. Věc nebo náhradní majetkovou hodnotu nemusí ale nutně

¹⁰ například, když v době rozhodování o uložení tohoto opatření pachatel zemře a okamžikem jeho smrti přechází jeho majetek na dědice - v takovém případě pachatel již není majitelem, a nelze mu proto uložit trest propadnutí majetku nebo jiné majetkové hodnoty. (Vantuch, 2011)

¹¹ zejména zbraně, výbušniny, drogy, jedy, apod. (Vantuch, 2011)

¹² pokud nelze uložit trest propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty (§ 70, tr.zák.).

¹³ např. nedovolené držení zbraně, padělané peníze a další (Solnař, Fenyk, Císařová & Vanduchová, 2009)

soud pouze zabírat - může dle § 101, odst. 4-5 tr.zák., nařídit povinnost aby zmíněná věc či náhradní majetková hodnota byla pozměněna, odstraněna její určitá část či označení nebo omezena její dispozice tak, aby bylo zabráněno jejímu nebezpečnému použití. K zabránění takové věci a jiné majetkové hodnoty se pak soud uchýlí, pokud tato povinnost nebyla vykonána ve stanové lhůtě. Zákon také pamatuje na ty, kteří by se chtěli zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty vyhnout tím, že zmíněnou věc před rozhodnutím zničí, poškodí nebo jinak znehodnotí, zcizí, odstraní či učiní neupotřebitelnou, zužitkují - zejména spotřebují nebo jinak její zabránění zmaří, což bude platit i v případě trestu propadnutí věci a jiné majetkové hodnoty. Soud může na základě znaleckého posudku či odborného vyjádření uložit zabránění náhradní hodnoty, až do výše, která odpovídá hodnotě takové věci, či jiné majetkové hodnoty (§ 102, tr.zák.). Dle § 103, odst. 1-3, tr.zák. lze také zabrat spis a zařízení určená k vyhotovení spisu. Aby se tak stalo, musí jít o spis nebo o spisy mající takový obsah, jehož rozšíření by naplňovalo znaky (nebo by je mohlo za určitých podmínek naplnit) trestného činu podle trestního zákoníku a vztahuje se jen na kus/kusy spisu které jsou v držení osob spolupůsobilých na jejich rozšiřování nebo přípravě k rozšiřování. Toto ochranné opatření je jednou z „novinek“, které vstoupily v platnost s novým trestním zákoníkem - možné příklady jeho použití doplňuje Vantuch (2011, s. 367): „nejčastěji půjde o spis nebo spisy, jejichž obsahem může dojít k spáchání trestného činu šíření pronografie, zvláště dětské pornografie“ (§ 191 a 192), nebo tzv. rasových trestných činů, jako je hanobení národa, rasy, etnické nebo jiné skupiny osob (§ 355), podněcování k nenávisti vůči skupině osob nebo omezování jejich práv a svobod (§ 356), popírání, zpochybňování, schvalování a ospravedlňování genocida (§ 405), šíření toxikomanie (§ 287),...“. Platí ale, že zabránění může soud uložit pouze ve vztahu ke spisům, která nenáleží konečnému spotřebiteli, který je nemá v úmyslu dál šířit ani zveřejňovat, přičemž nezáleží na tom, jak se k takovým spisům jejich majitel dostal (Vantuch, 2011). Posledním paragrafem vztahujícím se k zabránění věci a jiné majetkové hodnoty je podle §104, odst 1,2 trestního zákoníku, účinek zabránění, který zjednodušeně říká, že zabraná věc nebo jiná majetková hodnota, zabraná náhradní hodnota či zabraný spis nebo zařízení propadá státu a nesmí být před právní mocí rozhodnutím zcizena.

3. Ochranné léčení

Ochranné léčení je jedním ze čtyř ochranných opatření¹⁴, které právně vymezuje platný trestní zákoník. Jeho uložení je právním následkem trestného činu, ale narozdíl od trestů i následkem činu jinak trestného, lze jej tedy uložit i osobě která není trestně odpovědná (Šámal, 2010). Přesto, že je žádoucí, aby uložení ochranného léčení bylo v určitém vztahu ke spáchanému činu, soud o něm rozhoduje hlavně z důvodu působení na pachatele, jeho výchovu, léčbu či jeho zajištění; nikoliv primárně kvůli stupni nebezpečnosti takového činu pro společnost (Solnař et. al, 2009). Hlavní cíle ochranného léčení dle Šámala (2010, s. 101) jsou: a) léčení psychické poruchy, kterou pachatel trpí a na základě které trestný čin spáchal, b) izolace nebezpečného pachatele od společnosti, c) prevence opakování trestného činu v důsledku duševní poruchy, d) znovuzачlenění pachatele do společnosti. Ochranné léčení lze uložit samostatně, vedle trestu a při upuštění od potrestání, soud ale může upustit od jeho výkonu i před jeho započítáním, pokud pominou důvody proto, aby uloženo bylo (§ 99, odst. 1, 2, 3 a 7, tr.zák..). O výkonu ochranného léčení rozhoduje předseda senátu (samosoudce) ve veřejném zasedání, často v hlavním líčení, - pokud o něm ovšem rozhodne, musí stanovit i jeho formu (Solnař et al., 2009). Až do nedávna neexistoval jediný právní předpis, který by blíže určoval způsob výkonu ochranného léčení. Přijetím zákona 373/2011 o specifických zdravotních službách se ale tento nedostatek podařilo částečně napravit, například stanovením práv a povinností pacientů nebo rozšířením možností, které může personál v léčbě s nespolupracujícím pacientem aplikovat - znění části zákona týkající se ochranného léčení je dostupné v Příloze 3.

Rozlišujeme tyto druhy ochranného léčení: psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické (Šámal, 2010), co se týče forem má ochranné léčení dvě: ambulantní a ústavní. Místem výkonu jsou zdravotnická zařízení, forma ochranného léčení je ukládána na základě znaleckého posudku odborného lékaře, který vzhledem k chování, povaze a nebezpečnosti pachatele doporučí, jaký typ by byl v tom kterém případě vhodnější. Ambulantní léčení může soud přeměnit v ústavní, a naopak, má-li za to, že tak bude lépe dosaženo jeho účelu (Jelínek et al., 2010). Doba jeho trvání se odvíjí od

¹⁴ Ochranné léčení § 99, Zabezpečovací detence § 100, Zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty § 101 zákona č. 40/2009 Sb. a Ochranná výchova § 21 zákona č. 218/2003 Sb.

dosažení jeho účelu, nejdéle však trvá dva roky¹⁵ (v případě dětí a mladistvých 12 měsíců); před ukončením této lhůty může soud opakovaně ochranné léčení prodloužit (absolutní délka tedy není stanovena), má-li za to, že to je vhodné, nejdéle však opět o další dva roky v případě dospělých a o rok v případě mládeže (§ 99, odst. 4, 6, tr.zák.).

V případě, že soud uloží trest odnětí svobody a zároveň nařídí ochranné léčení, platí, že se ochranné léčení vykoná po nástupu trestu odnětí svobody ve věznici, pokud je na toto vzhledem k dispozici věznice možné. Pokud nelze vykonat ochranné léčení ve věznici soud bude postupovat následovně: při uložení ústavní formy jeho výkon nařídí před nebo po výkonu trestu odnětí svobody, podle toho, co podle mínění soudu prokáže lepší splnění účelu tohoto ochranného opatření. Pokud soud uloží ochranné léčení v ambulantní formě, za předpokladu, že jej nelze vykonat ve věznici společně s trestem odnětí svobody, nařídí jeho výkon vždy po výkonu trestu odnětí svobody (§ 99, odst. 4 tr.zák.). Co se tedy týče výkonu ochranného léčení na svobodě, je pachatel v případě ústavní formy umístěn do jedné ze spádových psychiatrických léčeben pro určitý kraj, při nařízení ambulantní formy soud dopředu projednává se zdravotnickým zařízením převzetí pacienta, v obou případech je ale léčba vykonávána v místě, kde má pachatel bydliště nebo pobyt (§ 90, Org. instrukce Ministerstva spravedlnosti č. 505/2001)¹⁶.

Zákon se také u právní úpravy ochranného léčení vyjadřuje k možnostem jeho přeměny v zabezpečovací detenci¹⁷ - blíže jsme se tomu tématu a novinkám, které v souvislosti s ním nedávno vstoupily v platnost, věnovali v kapitole 2.2. Zabezpečovací detence.

¹⁵ Zde je změna oproti původní právní úpravě, kdy bylo možné, uložit ochranné léčení (podobně jako dnes zabezpečovací detenci) na dobu neurčitou, tzv. dokud potrvá jeho účel (např. Šámal, 2010).

¹⁶ V případě uložení protialkoholního a protitoxikomanického ochranného léčení jde o tyto psychiatrické léčebny (dále jen "pl") : pl Bohnice, pl Kosmonosy, pl Červený dvůr, pl Dobřany, pl Horní Bečkovice, pl Havlíčkův Brod, pl Brno, pl Jihlava, pl Kroměříž, pl Opava, pl Šternberk a pl Bílá voda (příloha č. 8, Org. instrukce Ministerstva spravedlnosti 505/2001)

¹⁷ § 99, odst. 5, tr.zák.

3.1. Obligatorní a fakultativní podmínky uložení ochranného léčení

Soud vždy uloží ochranné léčení pokud¹⁸:

a) pokud došlo ke spáchání trestného činu ve stavu zmenšené přičetnosti, které ale nebylo (ani z nedbalosti) ovlivněno užitím návykové látky a soud sníží trest odnětí svobody pod dolní hranici sazby s tím, že ochranné léčení v kombinaci s trestem kratšího trvání dosáhne možnosti nápravy pachatele (§ 40, ods.1, 2 tr.zák.)

b) pachatel spáchá trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou (opět platí, že si tyto stavy nesmí přivodit ani z nedbalosti užitím návykové látky), soud upustí od potrestání a zároveň nařídí ochranné léčení, protože má za to, že léčba prospěje pachateli lépe, než trest (§ 47, odst.1 tr.zák.), respektive, že trest by v tomto případě nedosáhl vzhledem k duševní nemoci pachatele svého vlivu na něj (Solnař et al., 2009).

c) pachatel je trestně neodpovědný pro nepřičetnost, spáchal čin jinak trestný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný.

- soud zajišťuje splnění této podmínky pozorováním chování a osobnosti pachatele a přizváním znalce z oboru psychiatrie. Dále platí, že nepřičetný pachatel musí ohrožovat zájmy chráněné trestním zákoníkem, nestačí hrozba jednání, které by naplňovalo pouze znaky přestupku. Solnař et al. (2009, s. 244) upřesňuje: *„Jelikož právě hrozba nebezpečí ze strany pachatele je hlavní skutečností, která opravňuje závažné omezení osobní svobody léčeného, tedy závažný zásah do jeho základních práv, je zřejmé, že mezi těmito dvěma zájmy, musí existovat určitá proporcionalita. Tedy čím vyšší nebezpečí se strany nepřičetné osoby hrozí, tím vyšší je možnost omezení její svobody. “*

d) mladistvému pachateli, který se ve stavu nepřičetnosti dopustil činu jinak trestného a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný nebo v případě § 40 odst. 2 trestního zákoníku (viz bod za a)) nebo pokud soud upustí od uložení trestního opatření za současného uložení ochranného léčení podle § 12 ZSM (Šámal, 2010).

- ochranné léčení ale nelze uložit pro tzv. relativní nepřičetnost, kdy mladistvý nedosáhl takové mravní a rozumové vyspělosti, aby rozpoznal nebezpečnost

¹⁸ podle § 99, odst. 1, tr.zák.

činu pro společnost, nebo nedokázal ovládat své jednání, a není za takový čin trestně odpovědný (§ 5, odst. 1, ZSM). Protože tedy nejde o projev duševní choroby, nemůže být tato „dočasná nepřičetnost“ podkladem pro uložení ochranného léčení (Šámal, 2010).

Soud může uložit ochranné léčení v těchto případech¹⁹:

a) pachatel spáchal trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný

b) pachatel zneužívá návykové látky, spáchal trestný čin pod jejich vlivem nebo v souvislosti s jejich užíváním, pokud povaha a osobnost takového pachatele zjevně nevyklučuje, že by ochranné léčení nemohlo dosáhnout svého účelu

- zneužívání návykové látky ale musí být dlouhodobého nebo závažného rázu, nestačí například ojedinělá zkušenost s návykovými látkami nebo alkoholem; užívání musí mít podobu chorobného návyku, aby mohl soud toto opatření uložit (Šámal, 2010)

c) zákonem č. 301/2011 Sb. se novelizuje ZSM a ochranné léčení může soud uložit i dítěti mladšímu patnácti let, pokud spáchalo čin jinak trestný, a to 1) ve stavu vyvolaném duševní poruchou, 2) pod vlivem nebo v souvislosti s užíváním návykové látky, kterému se dítě dlouhodobě oddává.

3.2. Ochranné léčení protitoxikomanické

Ochranné léčení protitoxikomanické je institutem, který reaguje na existenci pachatelů trestné činnosti, kteří vzhledem ke své povaze, chování a rozsahu užívání návykových látek, budou nebo by mohli mít, prospěch z léčby, tedy ochranného opatření, i bez nebo vedle trestu odnětí svobody. Podle § 99, odst. 4 tr.zák. se při uložení trestu odnětí svobody přednostně vykoná ochranné léčení (ať ústavní či ambulantní forma) spolu s trestem ve věznici, pokud to je to možné, až druhou možností je výkon ve zdravotnickém zařízení „venku“. Jeho uložení by mělo mít přínos především pro pachatele samotného, a i přes to, že jde o léčbu v pravém slova smyslu nucenou, měla by mít nějaký smysl a měla by nést, byť malou, vizi svého naplnění. Ostatně i na to se v právní úpravě, a zejména v právní úpravě ochranného léčení protitoxikomanického, pamatuje,

¹⁹ podle § 99, odst.2, písm. a), b) , tr. zák.

když zákon uvádí, že se ochranné léčení neuloží, pokud je vzhledem k povaze pachatele jasné, že jeho účelu není možné dosáhnout (§ 99, odst. 2, písm. b), tr.zák.).

Osoby, kterým je ukládáno ochranné léčení protitoxikomanické pocházejí z řad pachatelů primární a sekundární drogové kriminality. Primární drogová kriminalita se týká výhradně tzv drogových trestných činů - v současné právní úpravě § 283 až 287 tr.zák., zatímco sekundární drogová kriminalita je jakákoliv trestná činnost, která je páchána v souvislosti s užíváním návykových látek, za účelem jejich opatření či zabezpečení jiných potřeb pachatele, např. krádeže za účelem získání peněz na drogy apod. (Gabrhelíková Müllerová, 2008). Trávníčková & Zeman (2008, s. 165) uvádějí: „drogové trestné činy představují dlouhodobě mírně přes 1% všech u nás policií registrovaných trestných činů. Podíl osob odsouzených v ČR za drogovou kriminalitu, na celkovém počtu odsouzených osob činil posledních několik let cca 2% a v letech předešlých byl ještě nižší.“. V roce 2010 přitom podle odhadů stoupl podíl problémových uživatelů drog²⁰ (tedy hlavních pachatelů drogové kriminality) v dospělé české populaci na 0,5% a dosáhl tak téměř 40 tisíc osob (Mravčík et al., 2011). Samozřejmě ale musíme mít na paměti, že jde v obou případech - tedy co se týče drogové kriminality i údajů o uživatelích drog - o skrytý, a tedy odhadovaný jev, rozdíl mezi evidovanými a skutečnými daty se bude pravděpodobně značně lišit.

Přesto, že tedy počet problémových uživatelů na časové přímce spíše roste, počet uložených ochranných protitoxikomanických léčeb jde v posledních letech opačným směrem. Ministerstvo spravedlnosti poskytuje od roku 1995 ve svých statistických ročenkách kriminality údaje, mimo jiné, i o ukládání protitoxikomanického léčení osobám, o nichž soud pravomocně rozhodl. Tendence ukládat toto opatření od roku 1994 až do roku 1999 poměrně výrazně stoupala (v roce 1995 bylo uloženo 39 ochranných protitoxikomanických léčeb (což je až dosud celkově nejmenší počet), zatímco v roce 1999 se jednalo o 257 případů), poté klesla a mezi léty 2000 až 2008 se dlouhodobě držela kolem 160 případů za rok. Výraznější pokles nastal v roce 2009 (123 případů) a konečně v roce 2010, kdy bylo toto opatření uloženo ve 116 případech, což je

²⁰ podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (2011) jde zpravidla o injekční uživatele nebo dlouhodobé a pravidelné uživatele opioidů, kokainu a/nebo amfetaminů.

nejméně za posledních čtrnáct let (Statistická ročenka kriminality 1995-2008, Ministerstvo spravedlnosti; Mravčík et al., 2011; Mravčík et al., 2010; Mravčík et al., 2009). Zřetelný pokles v trendu ukládání ochranného protitoxikomanického léčení v České republice je s největší pravděpodobností odrazem názoru odborné, forensně-psychiatrické veřejnosti, symbolizovaný skepsí co se efektivity a vůbec smyslu tohoto ochranného opatření týče (např. Gabrhelíková Müllerová, 2008; Válková, 2011; Šámal, 2010). Tento názor ale nepotvrzuje výzkumná studie Schaub et al. (2009), kde došlo ke srovnání „dobrovolných“ a „k léčbě nucených“ klientů z pěti evropských zemí (Švýcarsko, Velká Británie, Itálie, Rakousko a Německo) v období po 6, 12 a 18 měsících. První skupina vstoupila do léčby dobrovolně, zatímco druhé bylo uloženo ochranné protitoxikomanické léčení soudem místo trestu odnětí svobody. Výsledky ukázaly, že „nucená“ léčba je stejně efektivní jako dobrovolná, co se týče snížení užívání návykových látek a poklesu kriminality u sledovaných osob v evidovaném období. Na tento výzkum pak navazoval další ve stejném složení zemí a podobném složení výzkumného týmu, kdy se směřovala pozornost k tomu, jaké jsou prediktory udržení v léčbě u dobrovolných a u ochranných protitoxikomanických léčeb. Zde bylo zjištěno, že jsou pro obě zmíněné skupiny víceméně stejné, přičemž významným pozitivním faktorem udržení se v léčbě byl počet odpracovaných dní v posledním měsíci (čím vyšší, tím lepší), jako významný negativní faktor pak byl označen rozsah užívání návykových látek (čím větší, tím horší), Schaub et al. (2010).

Příčina nedůvěry českých odborníků v ochranné léčení protitoxikomanické pravděpodobně tkví především v uvědomění si slabé až nulové motivace pachatelů-uživatelů drog k „nařízené“ léčbě, přičemž právě motivace je považována za zásadní pilíř zdárného průběhu a dobrých výsledků léčení. Jinými slovy, pokud nemá dotyčný motivaci k léčbě, nelze jejího účelu nijak dosáhnout. Schaub et al. (2010) ale upozorňuje na to, že fakt, že má motivace pacienta zásadní vliv na průběh a výsledky léčby se prokázal jen v některých výzkumech, zatímco jiné výzkumné studie došly k závěrům, že jsou mnohem podstatnější jiné vlivy, například navázání terapeutické aliance. Výzkum, který by toto potvrdil či vyvrátil v českém prostředí zcela chybí. Stejně tak chybí i výzkumy, které by ochranné léčení protitoxikomanické zkoumaly jako fenomén, který poměrně zásadně zasahuje do života těch,

kterým ho soud nařídí a je navíc placen ze státní pokladny. Bohužel se ale tyto skutečnosti zatím nestaly impulsem proto, aby se tímto ochranným opatřením někdo v Čechách komplexně zabýval a zkoumal především jeho potenciál.

3. 3. Ochranné léčení protitoxikomanické - historický kontext

Za vznikem institutu ochranného léčení protitoxikomanického, tak jak ho známe dnes, se nemusíme ohlížet příliš daleko do minulosti. Podklady pro jeho ustanovení, společně s rozvojem psychiatrie a pojetím šílenství jako duševní nemoci (Foucault, 1961), stejně jako drogový „boom“, přinesla až moderní doba. Přesto je nesporným faktem, že drogy jsou součástí lidské kultury od pradávna, stejně tak jako problémy provázející jejich užívání. Z archeologických nálezů můžeme doložit, že důkazy o úmyslném užívání omamných a psychotropních látek pocházejí už z doby pozdního paleolitu především v souvislosti s šamanskými rituály (Kudrle, 2003). Navzdory tomu, že byly i v střední Evropě přírodní drogy a jejich účinky známy, nedosáhlo jejich užívání většího společenského rozsahu a drogou číslo jedna se stal od středověku až k moderním dějinám alkohol. Rozmach pijácké kultury nastal především v období renesance, kdy si alkoholické nápoje mohly dovolit i chudší společenské vrstvy. S tím ale přicházejí i problémy a první dochovaná represivní opatření. Města kontrolují nebo úplně zakazují výrobu alkoholu, proti opilství se vymezuje církev, vydávají se letáky a knihy, městská nařízení a zákony, to vše ve snaze zmírnit dopady škodlivého užívání nadměrného pití (Nožina, Vaněček, 2009)²¹. Omamné a psychotropní látky žijí v systému lidového léčitelství²², a jsou užívány především coby lék, nikoliv jako prostředek uvolnění a zábavy, jak je tomu u alkoholu. I na poli medicíny jsou psychoaktivní látky, pro své léčivé vlastnosti, popisovány v herbářích a lékopisech (Kudrle, 2003) a jejich účinky zkoumány obvykle na vlastním těle badatele.

²¹ V souvislosti s opilstvím se u lehčích deliktů stalo častým jevem doby středověku také podepisování „reversu“, jakéhosi dobrozdání, kdy se dotyčný zavázal, že se vyvaruje a zříká pití alkoholických nápojů, na základě čehož mu byl prominut trest. (Nožina, Vaněček, 2009).

²² Nutno podotknout, že přírodní drogy, které byly použity k léčení nemocí nebyly zdaleka jediným prostředkem „léčby“. Časté bylo zařikání, vykuřování nemocí, modlitby a jiné, z dnešního pohledu nevědecké postupy, které byly založené spíše na základě pověr než účinných metod. Ruku v ruce s lidovým léčitelstvím šel i kult čarodějnictví, který hojně využíval rostliny s psychoaktivními účinky, a brzy se stal trnem v oku církvi, která začala ve vykonstruovaných procesech vraždit stovky lidí ve všeobecně známých „honech na čarodějnice“ (Kudrle, 2003).

Zatímco nadužívání alkoholu je tedy již od dob středověku a zejména renesance aktuálním společenským problémem, doba širšího užívání drog, především opiodů, přichází v Evropě ve větší míře až v době průmyslové revoluce s rozvojem vědy, kdy spatří světlo světa derivát opia, morfin. Jestliže do té doby bylo užívání drog z „Dálného východu“ (především opia a hašiše) v českém prostředí spíše fenomenem jednotlivců - badatelů, cestovatelů, lékařů, vědců, umělců a dalších, vlna „morfinismu“ u nás se na přelomu 19. a 20. století rozšířila i do vyšších společenských kruhů a mezi pacienty, kteří byli morfinem léčeni²³ a vypěstovali si na něm návyk (Nožina, Vaněček, 2009). Poprvé se tedy projevila potřeba tyto, do té doby neznámé, toxikomany léčit a vymanit ze závislosti, která způsobovala újmu nejen jim, ale i jejich okolí. To, že ale vůbec k nějaké léčbě došlo, respektive fakt, že by se duševně nemocní (tedy i toxikomané) léčit měli, bylo výsledkem nazírání „šílenství“ jako nemoci. Tento trend se začal projevovat nejprve v náznacích na konci 17. století, kdy je za zásadní mezník považováno zřízení Všeobecného špitálu roku 1657 v Paříži (Foucault, 1961). S léčebným zařízením však měl tento ústav jen pramálo společného - spíše než o léčbu nemocí se jednalo o hmotný projev odsouzení zahálky, o jakýsi „sběrný dvůr“ pro pařížskou chudinu, ve kterém (a v ústavech jemu podobných) se během pár měsíců ocitlo skoro 1% obyvatel Paříže, přičemž „blázni“ tvořili podle odhadů pouhou desetinu z nich (Foucault, 1961). Výrazná změna ve zdravotní péči o duševně nemocné přichází až na počátku 19. století a pojí se s významným psychiatrem P. Pinelem a jeho následovníky, kteří mezi formy šílenství zařazují i toxické psychózy (alkoholismus, opiomanii) a toxikomané se tak dostávají do rukou lékařů. Foucault (s. 155, 1961) dodává : *„Na začátku 19. století vzbouzí pohoršení, že se s blázný nezachází o nic lépe, než s odsouzcenci podle občanského práva nebo s podvraceči práva, kdežto po celé 18. století se zdůrazňovalo, že si vězňové zaslouží lepší osud, než aby byli směřováni s blázný.“*

Tento vývoj se odrazí i u nás a vznikají první psychiatrické ústavy pro duševně choré²⁴. V archivu psychiatrické léčebny v Opavě nalézáme záznamy o léčbě 16 morfinistů léčených mezi léty 1897 - 1928 (Grumlík, 1977). Jejich

²³ například pacienti se zánětlivými a bolestivými chorobami, vojáci a aj..

²⁴ například pl Kosmonosy (1869), pl Dobřany (1881), pl Bohnice (1904) aj.
zdroje: <http://www.plkosmonosy.cz/historie.html>, <http://www.pldobrany.cz/historie.html>,
http://www.plbohnice.cz/o_lecebne/historie_lecebny/cz

léčba probíhala mnohem benevolentněji, než je tomu v současné době; pacienti nebyli vázáni pevným režimem a po ukončení detoxifikace mohli v podstatě volně jezdit do města, navštěvovat své příbuzné, přátele, ale také velmi snadno si opatřit drogu nákupem v lékárnách (Grumlík, 1977). Postatné ale je, že toxikomanie je od této doby vnímána jako duševní nemoc, na kterou se vztahuje i usnesení o zbavení svéprávnosti a nucená léčba.

Přesto, že tedy u nás prokazatelně existují závislí uživatelé drog již v počátku 19.století a jistě dříve, nedá se konzumace návykových a omamných látek svým rozsahem považovat za společenskou hrozbu, a to ani v období mezi světovými válkami, kdy prudce stoupne obliba kokainu²⁵. Dosud legální získávání drog „na lékařský předpis“ ustupuje díky prvním legislativním úpravám o výrobě a distribuci návykových látek do pozadí a jeho místo vyplní černý trh kde Československo funguje díky své centrální poloze v Evropě a mírným protidrogovým zákonům jako významné překladiště a odbytiště (Klan, 1947). Jako obrana proti nelegálnímu obchodu a zneužívání návykových látek je nazačátku 30.let přijímána řada právních a administrativních opatření²⁶, včetně zřízení speciální Ústředny pro potírání nedovoleného obchodu s omanými jedy v Praze, které však dojdou konečného legislativního zastřešení až o dvacet let později přijetím tzv. opiového zákona v roce 1938 (Nožina, Vaněček, 2009). V letech 1921 a 1926 se objevil v československých osnovách trestního zákona návrh zavést jako zabezpečovací opatření „*odkázání do ústavu obecně nebezpečné osoby chomyslné nebo slabomyslné, nebo nezřízeně nakloněné k alkoholismu nebo požívání jiných opojných prostředků a jedů, ať byli zproštěny obžaloby nebo řízení proti nim bylo zastaveno pro nepřičetnost nebo byly odsouzeny.*“ (Solnař et al., s. 237, 2009). Příchod druhé světové války paralyzoval trh s drogami a fenomén jejich užívání v Čechách téměř zanikl. I po válce, kdy se zavírají hranice komunistického Československa Západu se výrazně mění rozsah i druhy užívaných látek - výhradním zdrojem drog je domácí produkce a nevelký počet jejich uživatelů je sdružen do malých vzájemně nepropojených skupin (Bém, Kalina & Radimecký, 2003). Až do roku 1950 je ukládáno ochranné léčení policejními orgány, mimo

²⁵ podle policejních odhadů z 30.let 20.století se jednalo v Praze až o deset tisíc osob (Klan, 1947)

²⁶ přijetí Haagské úmluvy (1922), zákon o Mezinárodní opiové konvenci (1923), přijetí Mezinárodní úmluvy o opiu (1925), přijetí Úmluvy o omezení výroby a úprava distribuce omaných látek (1931), (Nožina, Vaněček, 2009).

přímou souvislost s trestním řízením a má čistě bezpečnostní charakter (Solnař et al., 2009). Až novela trestního zákona v roce 1950 přivede ukládání ochranného léčení do soudní síně, a mimo jiné fakultativně stanoví jeho uložení pachateli, který se nadměrně oddává užívání alkoholu nebo omamných prostředků, který spáchal trestný čin v opilosti nebo jiném podobném opojení (§ 70 zákona č. 86/1950 Sb.). V následujících novelách trestního zákona, až do podoby, jak právní úpravu ochranného léčení známe dnes v trestním zákoníku, jsou zpřesňovány podmínky a možnosti jeho uložení, které v zásadě reagují na západoevropský typ drogového trhu, který se v České republice, v devadesátých letech po rozpadu Československa vytvořil, a který přinesl mimo jiné i propojení českých pachatelů s mezinárodními zločineckými skupinami (Trávníčková & Zeman, 2008).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. 1. Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké názory mají na institut ochranného léčení, s důrazem na ochranné léčení protitoxikomanické, odborní pracovníci tzv. spádových psychiatrických léčeben, kde se ochranné léčení vykonává ve své ústavní formě. Vzhledem k tomu, že tito lidé přicházejí do každodenního a přímého styku s pachateli, v našem případě s uživateli drog, kterým bylo toto ochranné opatření uloženo soudem, je jistě namístě alespoň se pokusit o přiblížení jejich postojů k dané problematice. Důležitost názoru právě těchto lidí je zcela evidentní - jednak se díky nim můžeme dozvědět, jaká jsou silná a slabá místa konceptu ochranného léčení, a hlavně jsou tito odborníci z titulu své praxe zdrojem cenných poznatků o soudobém stavu a způsobu výkonu tohoto ochranného opatření. S ohledem na to, že v České republice dosud neexistoval žádný právní předpis²⁷, které by způsob výkonu ochranného léčení blíže specifikoval, byly tyto poznatky a zkušenosti odborného personálu nejen zásadním, ale i fakticky jediným zdrojem informací o tom, co se s pachatelem, kterému bylo ochranné léčení protitoxikomanické uloženo, v praxi vůbec děje. V neposlední řadě zmiňme fakt, že postoje odborníků jsou kromě výše zmíněných skutečností, klíčové i z toho důvodu, že se pak odráží ve vlastní realizaci léčebného procesu, slovy Birgdenové a Grunta (2010, s. 348): *„je léčba tak dobrá, jak dobrý je její personál.“*

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaký mají, na institut ochranného léčení protitoxikomanického, zejména na jeho právní rámec a faktický dopad, názor odborní pracovníci psychiatrických léčeben, kteří se přímo účastní práce s klienty, kteří mají toto ochranné opatření uložené soudem?

²⁷ To se ale změnilo přijetím zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, který se, mimo jiné, zaměřuje i na způsob výkonu ochranného léčení. Přesto, že pojmenovává některé konkrétní kroky vedoucí k bližšímu upřesnění pravomocí zdravotnického zařízení ve vztahu k pacientovi, stejně tak jeho práva a povinnosti (viz Příloha 3), stále ale nepřináší koncept jednotného léčebného systému, ani konkrétní podmínky na zabezpečení zařízení, což jsou podle respondentek této studie zásadní nedostatky konceptu ochranného léčení.

Další otázka:

- Jaká jsou specifika práce s klienty s nařízeným ochranným léčením?

4. 2. Metodologický rámec

Jako způsob zkoumání dané problematiky byl zvolen kvalitativní přístup. V centru zájmu tohoto výzkumu stojí lidé v roli expertů na danou oblast, jejich názory chceme poznat a porozumět jim, což odpovídá jednomu z pilířů kvalitativního myšlení (Miovský, 2006).

Cílový soubor byl vybrán tzv. prostým záměrným výběrem (Miovský, 2006), kdy byly potenciální respondenti osloveni pomocí emailu, zpravidla přes list kontaktů uveřejněných na oficiálních webových stránkách psychiatrických léčeben. Z těch, kteří projeví zájem o spolupráci byl vybrán výzkumný vzorek pěti respondentů, se kterými byly následně provedeny rozhovory formou polostrukturovaných interview. Výhodou této metody sběru dat je hlavně to, že kombinuje vlastnosti nestrukturovaného rozhovoru, kde při samostatném použití hrozí, že získáme velmi nesourodý materiál, se kterým bude obtížně pracovat a strukturovaného rozhovoru, který nás zase limituje ve striktnosti svého rámce, např. v pořadí a ustáleném znění jednotlivých otázek. Oproti tomu nevýhodou, podobně jako u nestrukturovaného rozhovoru, může být nekonzistentnost získaných dat (Miovský, 2006), čemuž byla případně této studie snaha zamezit pokládáním doplňujících otázek, které vedly respondenta „zpět k tématu“, bylo-li to třeba.

Rozhovory byly uskutečněny dobrovolně, bez nároku na finanční odměnu. Ve čtyřech případech byly pořizeny v místě pracoviště jednotlivých respondentů, v jednom případě byl rozhovor uskutečněn v kavárně, vždy bylo ale respektováno prvotní přání a preference setkání tak, jak to určil respondent. Celková doba nahrávání interview se pohybovala průměrně kolem dvaceti minut. Následně byla data transkribována do elektronické podoby s využitím programu Open Office Writer, kvalitativní analýza dat byla provedena deskriptivním přístupem (Miovský, 2006).

4. 3. Etické aspekty

Všichni respondenti výzkumu byly řádně informovány o:

- účelu výzkumu - a sice získat data pro potřeby bakalářské práce
- tématu výzkumu - tedy o ochranném léčení protitoxikomanickém
- smyslu výzkumu - získat alespoň základní data o této, alespoň z pohledu odborného personálu a ne pacientů, výzkumně opomíjené problematice
- anonymitě své i zařízení, ve kterém pracují, ale veřejností výsledků této práce
- nahrávání rozhovoru na nahrávací zařízení
- možnost vzít souhlas s nahráváním i poskytnutím anonymních dat zpět

Souhlas s výše uvedenými skutečnostmi byl nahrán. Znění informovaného souhlasu včetně anotace, která byla respondentům před zodpovězením otázek předložena je k nahlédnutí v Příloze 1.

4. 4. Koncept polostrukturovaného rozhovoru

Rozhovory byly pořizovány během měsíce listopadu v akademickém roce 2011/2012 v rámci studia Adiktologie na 1.lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Interview bylo členěno do třech oddílů: 1. oddíl: demografické otázky, 2. oddíl: ochranné léčení protitoxikomanické, obecná část a 3. oddíl: ochranné léčení protitoxikomanické, vlastní názor. Původně rozhovor obsahoval dvacet otázek, následně však došlo k jeho zúžení na devatenáct, protože byla zrušena otázka týkající se věku respondenta - vysvětlení je uvedeno v kapitole 3.4. Popis výzkumného vzorku. Úplné znění otázek a doslovná transkripce rozhovoru jsou k dispozici v Příloze č.1 a 2.

4. 5. Popis výzkumného souboru

Zkoumaný vzorek tvořili pracovníci z řad odborného personálu psychiatrických léčeben, kde je vykonáváno ochranné léčení protitoxikomanické, přičemž velikost cílového souboru byla stanovena na pět respondentů. Vzhledem k malé velikosti výzkumného vzorku neuvádíme věk ani konkrétní kraj, kde se nachází zařízení ve kterém respondet pracuje. Máme za to, že by tak v kombinaci s profesním zařazením mohlo za určitých podmínek

dojít k identifikaci respondenta a tím i k porušení ochrany jeho anonymity. Zároveň se domníváme, že spíše než věk bude respondenta při jeho postojích k dané problematice ovlivňovat počet let, který strávil prací v systému léčby závislostí, případně prací přímo s pacienty v ochranném léčení.

Kontaktováni byli odborníci ze čtyř specializovaných zařízení pro výkon ochranného protitoxikomanického léčení v Čechách, v souhrnu tedy šlo přibližně o čtyřicet oslovených osob. Zájem o spolupráci projevilo osm z nich, z toho sedm žen a jeden muž. Respondent - muž, ale nakonec svou účast ve výzkumu z důvodu náhlé vytíženosti odmítl, takže se výzkumný soubor skládá pouze z respondentů ženského pohlaví. Přesto, že nejde o reprezentativní vzorek a dá se předpokládat, že do názorů na danou problematiku jednotlivých respondentů se bude promítat spíše jejich pozice odborníka (např. profese a doba praxe) než gender, lze toto považovat za nedostatek studie.

Po profesní stránce se jednalo o: zdravotně sociální pracovníci, psychologku, staniční sestru a dvě zdravotní sestry bez specifického zařazení na oddělení. V oboru léčby závislostí pracovali dotazovaní: 25 let, 8 let, 2 roky, rok a půl a necelý rok. Přímo s pacienty s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým pak: 3 roky, 8 let, 2 roky, rok a půl a necelý rok. Z toho vyplývá, že převažovaly případy kdy práce s pacienty s ochranným léčením protitoxikomanickým byla zároveň první práce dotazovaných se závislými vůbec. Pro názornost připojujeme tabulku:

	Pohlaví	Profese	Profesní zařazení	Délka praxe se závislými	Délka praxe s pacienty s och.léč.protitox.
Resp.1	žena	zdravotní sestra	staniční sestra	25 let	3 roky
Resp.2	žena	zdravotní sestra	zdravotní sestra	1,5 roku	1,5 roku
Resp.3	žena	zdravotní sestra	zdravotní sestra	necelý rok	necelý rok
Resp.4	žena	zdrav. sociální pracovníce	zdrav. sociální pracovníce	8 let	8 let
Resp.5	žena	psycholožka	psycholožka	2 roky	2 roky

Tabulka č. 1

5. Analýza a interpretace dat

5. 1. První oddíl, demografické otázky

Demografické otázky se týkaly respondentů samotných (pohlaví, profese) a jejich výsledky jsou uvedeny v části věnované popisu výzkumného souboru. Přesto zde zbývá otázka 6. Účastníte se též přímé psychoterapeutické práce s klienty? na kterou kladně odpověděla jedna respondentka, profesí psycholožka. Zkušenost s vedením terapeutických sezení ale měly další dvě respondentky, první v jiném zařízení, druhá ve stejném zařízení, kde pracuje teď, ale dříve. V případě této studie je vzhledem k jejímu rozsahovému i obsahovému omezení tato otázka pouze dokreslením celkového profilu respondenta, mohla by mít ale mnohem hlubší rozměr. To v tom případě, pokud by nás zajímalo, jak se psychoterapeutická práce s pacientem projevuje v respondentových názorech a postojích k tomu, koho léčí a k léčbě samotné, ve srovnání s těmi respondenty, kteří se psychoterapeutické práci nevěnují. Taková studie by ale svým rozsahem vydala na samostatný výzkum a bohužel převyšuje stanovené cíle této práce.

5. 2. Druhý oddíl, ochranné léčení protitoxikomanické, obecná část

Otázka č. 7: Jakým způsobem ochranná léčba ve vašem zařízení probíhá?

Odpovědi na tuto otázku se mezi respondentkami výrazně nelišily. Uvádějí, že jde o režimovou léčbu, kdy je pacient na základě rozhodnutí soudu přijat do zařízení, následuje vstupní vyšetření a porada terapeutického týmu, na jejichž základě rozhodne primář o zařazení do programu podle individuálních možností pacienta, který pak v léčbě dodržuje a plní léčebný režim.

Resp. 4: *„způsob výkonu určuje primář po dohodě s celým tím týmem, zpočátku určí primář, potom zhruba po měsíci se to rekapituluje nebo podle vývoje, v průběhu té léčby se to potom individuálně mění. Pověštinou, jsou-li toho pacienti schopni, jsou zařazeni do toho režimu právě těch psychoterapeutických skupin. Nejsou-li toho schopni, tak se pak ten program nějak individuálně upravuje, vysloveně šije na míru. Protože tam je důležitý intelekt, poruchy osobnosti, apod., takže ne všichni jsou schopni, plnit ten úplně nejnáročnější režim.“* Rozdíly v popisu léčby nacházíme hlavně v tom, na co

kladou jednotliví respondenti, zjevně z hlediska své profese, důraz, např. resp.3 (zdravotní sestra): „od nařízení soudu přijde pacient sem, tady proběhne další vyšetření od lékaře, od primáře, kterej nařídí tu léčbu, což je vlastně medikamentózní léčba.. .” zatímco resp.5 (psycholožka) uvádí: „takže u těch, kteří jsou motivovanější...s nimi dělám psychoterapeutickou skupinu, která probíhá dvakrát týdně, zhruba je to hodina..a mezitím mají prostě studium literatury, mají zadávány úkoly, vypracovávají elaboráty zaměřené právě na získání náhledu a potom je ještě součástí toho celého procesu diagnostika, která probíhá individuálně a na základě zase toho je pak už postupovano individuálně s nějakým plánováním co je možný v tý léčbě docílit.”. Předpokládáme, že v zařízení probíhá jak psychoterapeutická, tak i medikamentózní léčba, ovšem respondenti odpovídají na otázku z úhlu jejich vlastního odborného pohledu.

Otázka č. 8: Jak dlouho ochranné léčení obvykle trvá?

Zde se respondenti se shodují na tom, že to je velmi individuální, podle postupu konkrétního pacienta v léčbě a jeho dodržování léčebného režimu, obecně jako minimální označují dobu trvání kolem tří až čtyř měsíců, maximální kolem 8 měsíců až jednoho roku.

Minimální dobu nařízené léčby uvádí resp.1: *po třech, minimálně po třech měsících, se může žádat o přeměnu, ale jestliže všechno probíhá v pořádku., stejně dobu trvání povrzuje i resp.5 a dodává, jak může být s pacientem nakládáno dál: „.když ten člověk funguje, tak může být v rámci tří měsíců podán návrh na propuštění z ochranné léčby. Zase záleží spíš na odborném názoru lékaře, který vyhodnotí, jestli tomu člověku do toho návrhu napíše, že by měl pokračovat v ambulantí ochranné léčbě, je možný teda přechod do specializovaného zařízení na závislosti - buď do komunity, nebo do nějaký terapeutický skupiny, to, co jako dovolí bydliště toho pacienta. To může být v tom závěrečném návrhu a rozhoduje tedy o tom lékař.”* Resp.3 neuvádí žádnou konkrétní dobu: *„to je individuální, to těžko říct - podle toho, jak to mají dlouho nařízený soudem²⁸, když dodržují určitý pravidla, že jo, a tak dále”*,

²⁸ Jako jediná tato respondentka sděluje, že záleží na tom, na jak dlouho nařídí ochranné léčení soud - k tomu je třeba poznamenat, že soud ve svém rozhodnutí předem délku trvání ochranného léčení naurčuje podle § 99, odst. 6, tr.zák.: „ochranné léčení potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dvě léta.” Fakticky je tedy na zdravotnickém zařízení, aby podle postupu pacienta v léčbě určilo

uzavírá resp. 4: „je to velmi individuální, řekla bych že tak průměrně..nejkratší, vůbec nejkratší jsou čtyři, spíš pět měsíců, průměrně bych řekla šest až osm je taková ta průměrná nejdelší doba, samozřejmě tam můžou být i dýl. Někteří si protahují díky průběhu - útěkům, jsou tu tři měsíce, utečou, zase je přivezou, ale průměrně bych řekla tak kolem toho půl roku, do roka jich je určitě tak 70%, že jich je pryč.”

Otázka č. 9: Kolik klientů v ochranném léčení protitoxikomanickém v průměru za měsíc přijmete?

Respondenti se u této otázky shodli, že jsou příjmy pacientů s nařízeným protitoxikomanickým léčením velmi nárazové a liší se měsíc od měsíce. Všichni jednotně hovoří o tom, že pokud v daném měsíci vůbec nějaký příjem pacienta je, tak v řádu jednotek. Možnosti příjmů vyplývají z kapacitních možností toho kterého zařízení (tedy kolik pacientů přijmout lze), ovšem celkový počet případů je důsledkem rozhodnutí konkrétního soudu v daném kraji. Podle resp.4, ochranných protitoxikomanických léčeb v posledních měsících znatelně ubylo, pro což má zásadní vysvětlení: „...dříve jich bývalo víc, dřív jakoby chodily ty ochranné léčby hodně, teď ty protitoxikomanický chodí mnohem míň, v posledním roce. On je měsíc, kdy třeba tři, pak je měsíc, kdy třeba nikdo, ale průměrně bývalo těch pět, teď bývá tak jeden, dva. Od jara je to tedy výrazný pokles, protože jsme objednávali i na rok dopředu, protože opravdu to místo nebylo, teď bereme okamžitě. Když přijde ochranka a může nastoupit, tak jí bereme hned. Vysvětluji si to tím, že v tom odborném světě se mluví o tom, že ty protitoxikomanické léčby už tolik nedávaj. Jo - mluví se o tom a opravdu jich chodí míň. Těch psychiatrických chodí stejně, těch protialkoholních taky míň, ale podstatně míň těch protitoxikomanických. Asi v tom ti soudci nevidí smysl, jako mluví se o tom, že je ta tendence už je to tolik nedávat, že to smysl nemá. ” Zdá se, že se tak projevuje i v praxi dopad skepse, která kolem smyslu ochranného protitoxikomanického léčení v odborné obci panuje (Jelínek et al., 2010).

individuální dobu trvání ochranného léčení a v tomto směru podalo příslušné návrhy na prodloužení či ukončení léčby soudu.

Otázka č.10: Jak dlouho od nařízení ochranného léčení soudem trvá, než klient skutečně nastoupí léčbu ve vašem zařízení?

Na tuto otázku žádná z dotazovaných neodpověděla konkrétním časovým údajem, respondentky se vyjadřovaly poněkud mlhavě a uváděly, že se doba nástupu výkonu ochranného léčení velmi různí od nástupu ihned po nástup v řadu let od rozhodnutí soudu.

Respondentky č. 4 a 5 uvádějí, že pacienti mají před výkonem ochranného léčení často vyměřen trest odnětí svobody, což oddaluje nástup výkonu ochranného léčení i o několik let: *„...většinou ta protitoxikomanická léčba, řekla bych tak z 80%, je spojená s výkonem trestu, protože většinou ty léčby dávaj, jestliže už je tam nějaká závažnější trestná činnost, déle to trvá, je to opakovaná trestná činnost, tudíž většinou tam pak za tu trestnou činnost náleží i nějaká trestní sazba odnětí svobody.”* (resp.4), *„to je dáno tím, jestli je tam ten nepodmíněný trest nebo ne - spíše je to v řádu let a vyjíměčně je to jako i hned.. ”* (resp.5). Respondentka č.1 neuvádí konkrétní časový údaj a dodává, že v jejich zařízení jsou pacienti obvykle přijímáni na objednávku, takže se tento údaj velmi různí, respondentka č.2 neví, jak dlouho trvá, než pacient nastoupí léčbu do jejího nařízení soudem, myslí si ale, že pokud pacient nastupuje z domova, obvykle se snaží výkonu ochranného léčení vyhnout. Objevuje se také názor, že závisí především na průběhu a rychlosti soudního jednání (resp.3 a 4) a aktuální kapacitní vytíženosti (resp.1, 3, 5).

Otázka č.11,12: Je práce s klienty s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým a protialkoholním rozdílná a pokud ano, v čem (otázka č.12)?

Tato otázka byla položena z toho důvodu, že ochranné léčení protitoxikomanické se vykonává zpravidla vedle léčení protialkoholního (příloha č. 8, Org. instrukce Ministerstva spravedlnosti 505/2001) a nás zajímá, jak nebo jestli vůbec na sebe tyto dvě skupiny závislých podle dotazovaných působí. Respondentky 1, 2 a 3 nepocítují mezi zmiňovanými skupinami rozdíl. Resp.2 vidí rozdíly v individualitě pacienta a jeho přístupu, nikoliv v druhu závislosti, resp.3 udává, že *„je to stejný jestli jsou opilí, anebo zfetovaný, ta práce je problematická tak i tak.”*, resp.1 také nepozoruje rozdíl mezi zmíněnými

pacienty, ale zmiňuje, že mají v zařízení, kde pracuje oddělené psychoterapeutické skupiny a myslí si, že snazší práce je s alkoholiky. Resp.4 poukazuje hlavně na to, že jde v první řadě o individuální rozdíly (podobně jako resp.1), ale dodává, že z pozice sociální pracovníce se jí lépe pracuje a vnímá jako perspektivnější pacienty s protialkoholní léčbou, což vysvětluje tím, že: *„většinou nenapáchali takovou paseku, takže se to i líp napravuje. Kdežto ty protitoxikomanický léčby to jsou kluci, když už se k nám dostanou, tak už je jim třeba i k těm třiceti, už mají dluhy na zdravotním pojištění, nikdy pořádně vlastně nepracovali..nemají ty pracovní návyky, odjakživa na dávkách, takže už jenom zvyknout si na práci je pro ně problém...I ten alkohol..chvíli to trvá, než je zdevastuje do té míry, jako ty drogy. Tam ty kluci většinou vypadnou z baráku v šestnácti, a v šestnácti už přichází první trestná činnost, a v těch pětadvaceti už přicházejí sem.”* Resp.5 zdůrazňuje, že na rozdíly mezi sebou upozorňují sami pacienti: *„...jo, je to rozdíl a hlavně oni ho mezi sebou zdůrazňují, takže třeba ti pacienti, kteří mají problém s alkoholem tak se někdy dívají trošku skrz prsty na ty, co označují feťákem a smažkou a podobně, takže to není úplně to stejný a někdy je těžký tam hledat spojení - ty scénáře jsou jiný..”,* podle názoru této dotazované jsou také rozdíly v tom, jak vypadají pijáci alkoholu a uživatelé drog navenek, přičemž za ty méně nápadné označuje druhou skupinu.

Otázka č.13: Jestliže se na vašem oddělení léčí klienti tzv.dobrovolně společně s klienty s nařízenou ochrannou léčbou, jak na sebe vzájemně působí?

V tomto případě všechny dotazované potvrdili přítomnost dobrovolných pacientů na oddělení, kde pracují. Zároveň se vyslovily, že nevnímají, že by na sebe tyto působili - dvě respondentky (č.1 a 5) uvedly, že mezi pacienty někdy vzniká napětí kvůli regulačním poplatkům, které se v režimu ochranného léčení neplatí, protože tuto léčbu hradí stát. Dále se dvě respondentky (č.4. a 5) vyjadřují v tom smyslu, že pokud přichází na oddělení pacienti dobrovolně, zpravidla se tam někdy v minulosti léčili: *„...pokud k nám přijde někdo dobrovolně, většinou se jedná o pacienta, který se zde v minulosti již léčil, a který hledá útočiště, přechodnou stanicí, zrecidivoval a pokouší se jít dál, hledá řešení nějaké problematické situace. Pokud je člověk motivován k léčbě, může jít na standartní oddělení.”* (resp.5).

Otázka č.14: Jak jste spokojen/a s teoretickým (právním) rámcem institutu ochranného léčení?

Resp.1 zde nevyjádřila žádné námitky, resp.2 poukazovala především na to, že nejsou v zákoně stanoveny nároky na stavebně-technické prvky oddělení, které by zabránily útěkům pacientů z oddělení, tak jak se to děje v současnosti a znemožnilo jim to tak na útěku užívat návykové látky, podobně se vyjádřila resp.3, která by požadovala, aby byl pro pacienty v ochranném léčení zpřísněn režim. Resp.4 vyjádřila stížnost, že v zákoně není opatření, které by pamatovalo na pacienty s duální diagnózou, jako příklad uvádí schizofreniky, kteří užívají návykové látky a nemohou být pro duševní nemoc trestně stíháni a kdy podle jejího názoru nelze takové pacienty umístit do detenčního ústavu, protože nespáchali zvlášť závažný zločin a jejich útěk, tedy maření výkonu úřední osoby, spadá do kategorie přečinu²⁹. Resp. 5 oceňuje nové zavedení dvouleté maximální lhůty výkonu ochranného léčení³⁰: *„...tak myslím, že se zlepšilo to, že je vlastně stanovená ta maximální doba. To třeba dříve mohl být problém, že ty léčby mohly být nekonečné...myslím si, že to není tolik problém v tý ústavní léčbě protitoxikomanický..to znám z těch psychiatrických, že byly takový ty nekonečný ambulantní léčby..Nemyslím si ale, že jsou moc stanovovány ty ambulantí protitoxikomanický léčby, protože ty asi nemají smysl vůbec žádnéj.“*

5. 3. Třetí oddíl, ochranné léčení protitoxikomanické, vlastní názor

Otázka č.15: Za jakých okolností je z Vašeho odborného pohledu vhodné nařízení protitoxikomanické léčby (např. kdy nebo jakému typu klienta)?

Přesto, že se jedná o nucenou léčbou, respondentky se vesměs shodují, že je třeba alespoň nějaký podíl motivace pacienta k léčbě: *„...jestliže ten člověk chce. Ty léčby jsou nedobrovolný, ale jestliže chce...nadruhou stranu vždycky dostanou tu soudní léčbu v okamžiku, kdy jsou nebezpečný pro společnost, takže si myslím, že to dostanou naprosto oprávněně.“* (resp.1), *„... tak to je těžký, že jo, když nechtěj...přijdou sem, že to tady nějak přežijou. Někdy se to v*

²⁹ toto ale již v současné době neplatí, protože díky schválení zákona č. 303/2011 Sb. došlo k novele trestního zákona a trestního řádu, kdy bude právě za nespůlprací v léčbě a porušování řádu možné, na návrh zdravotnického zařízení v odůvodněných případech, přeměnit ochranné léčení na zabezpečovací detenci viz. kapitola o 2.2. Zabezpečovací detence

³⁰ kterou ale může soud i opakovaně prodloužit (§ 99, odst. 6, tr.zák.)

průběhu léčby změni, ale málokdy.” (resp.2). Respondentka 3 by nařídila léčbu v případech těch, kdy jsou pacienti agresivní a nebezpeční pro společnost, respondentka 4 uvádí: „...určitě bych nenařizovala, pokud už jednou dvakrát nařízená byla a zjevně ten dotyčný bere návykové látky dál, takže asi tam je to zbytečné..já bych možná nařizovala spíš v počátku té drogové kariéry, kdy se u těch soudů objevují poprvé, a ještě jsou schopni a jsou třeba mladí a mají nějakou takovou tu vizi, že s tím životem třeba chtějí něco dělat.”, stejná dotazovaná ale prostřednictvím své zkušenosti dodává: „...stalo se mi, kdy klient opakovaně soudci říkal, že prostě nepřestane brát, bude odsud utíkat jakmile ho přivezou, že žádá o zrušení.. a oni mu léčbu stejně neukončí³¹. Je jasné, že musí dělat nějaké úkony, proto ten soudce je, ale pak jestli je ten správný úkon je ochranná léčba..to nevím, anebo když už, tak třeba ve výkonu trestu, kdy oni mají přece jenom ty dveře víc zavřené, víc se dá zabezpečit to, aby se ty návykové látky nedostaly na oddělení, pak asi jo.”

Podobnou zkušenost, akorát s rozdílem, kdy soudce vyhověl přání pacienta, popisuje resp.5: „...mám zkušenost, že pacient, vaříč pervitinu, užíval spoustu let a ten nám narovinu řekl, že nemáme mít iluzi, že on bude kdy abstinovat a podal si návrh na zrušení léčby pro nevykonatelnost.”, tatáž respondentka uvádí jiný, subjektivně důležitý zážitek s pacientem v ochranném léčení: „...ted' nedávno jsem učinila zkušenost, která trochu změnila můj pohled na to, jestli to ochranné léčení má nebo nemá smysl, protože jsem byla spíš víc přesvědčená o tom, že to nejde příliš šťastně - ty lidi jsou k tomu nucený, mají k tomu vědomý masivní odpor, k tý léčbě - takže ten člověk dělá všechno možné, aby to zhatil, a přesto se stává, že pokud ten člověk připustí, že mu to něco může přinést, vytvoří se nějaký terapeutický vztah, tak je možné to změnit. To jsem s jedním člověkem zažila, že to takhle probíhalo - zezačátku opravdu užíval drogy i na oddělení..byl prostě takovej laxní, nechtěl vůbec mluvit, zapojovat se. Dneska je úplně v klidu, funguje, podařilo se, že odabstinoval vlastně si vyzkoušel, že je schopnej fungovat dobře, což pro něj byla úplně nová zkušenost..co ale máme brát, že je dostačující doba, kdy se ukáže že léčba zafungovala? já si myslím, že pro někoho, že třeba půl roku neužívá, je dobrý výsledek..s ohledem na to, že třeba dvacet let užíval, jo..někdy je třeba

³¹ podle § 99, odst.2, písm.b) trestního zákoníku by ale neměla výše popsána skutečnost v praxi nastat, neboť soud neuloží ochranné léčení, pokud není zjevně možné dosáhnout jeho účelu.

skutečně zvážit, že třeba ta harm reduction může být ta cesta .. ”

Otázka č.16: Jaká jsou podle Vás specifika práce s klienty s nařízeným ochranným léčením?

U této otázky se všechny dotazované jednomyslně shodly, že specifikum práce s pacienty s nařízeným ochranným léčením, je právě její nesnadnost z důvodu špatné až nulové motivace k léčbě ze strany pacientů. Slovy dotazovaných: *„je to těžší..vzhledem k tomu, že se léčit nechťej.”* (resp.2), *„...tam jde o to se s těma lidma dohodnout, domluvit, aby prostě věděli, že tady nejsou kvůli vám, že tady jsou kvůli sobě, ta komunikace s nima hlavně.”* (resp.3), *„...rozhodně nedobrovolnost a motivace, protože jednak jsou nedobrovolní, nechťejí se mnohdy ani léčit, nevidí v tom smysl, a snaží se to nějak jakoby přetpět anebo z toho utíct, takže..se těmi lidmi špatně pracuje..mě ještě jako sociální pracovníci relativně dobře, protože oni nějak většinou potřebují tu sociální situaci řešit.”* (resp.4), doplňuje respondentka 5: *„určitě je to větší dřina..vůbec jako získat s tím člověkem nějaký jako smysluplný kontakt, získat ho pro spolupráci.”*

Otázka č.17: S jakými překážkami se v práci s klienty s nařízenou léčbou setkáváte?

I v této otázce často zaznívaly stížnosti dotazovaných na špatnou motivaci pacientů. Dále respondentky zmiňovaly jako překážku v práci s pacienty porušování léčebného režimu - především útky, užívání návykových látek (jak na vycházkách, tak na oddělení), agrese. Resp. 4 vnímá jako překážku, že pro pacienty ani z titulu své pozice nemůže více udělat: *„...jediný, co jsem jim v současný chvíli schopná zajistit je ubytovna a nějaká minimální dávka životního minima, takže pacient, když vychází odsud, nemá nic. Například: po třech letech výkonu trestu, po půl až tři čtvrtě roce tady jde na ubytovnu, kterou neviděl, doufá, že mu daj těch 3126 korun - a jak to vypadá na ubytovně? Tam se pije, když už se tam neberou drogy, a kolik z těch chlapů může mít i dobrou vůli, ale vlastně neodolá.A tu práci taky - s výpisem z rejstříku trestu to se těžko shání. Já netvrdím, že by se jim to povedlo, ale oni by možná i chtěli, ale prostě po tom tejdnu to úplně vzdaj.”*

Otázka č.18: Co jsou podle Vás hlavní přínosy ochranného léčení protitoxikomanického pro společnost?

Většina dotazovaných při odpovědi na tuto otázku kladla důraz především na ochranu společnosti před častou nebezpečností pacientů v ochranném léčení. Dále zmiňovala i úlevu, která nastane po umístění pacienta do zařízení pro jeho nejbližší okolí - to, že si rodina může od pacienta nachvíli oddychnout a spolehnout se na to, že o něj bude postaráno, že např. nebude ponechán svému osudu na ulici. Resp.3 zmínila i přínos v podobě návratu pacienta k práci, tedy k placení daní a přispívání tak do státní kasy, v případě, že se pacient ze své závislosti vyléčí. Respondentka 4 doplňuje: *„...neříkám, že všechny ochranné léčby jsou k něčemu, to určitě ne, ale ty pacienti dostanou nějaký informace a vědí, kam se obrátit ve chvíli, kdy se pak budou chtít léčit - dostanou se do toho systému a vědí, jak funguje, takže se jim do té hlavy dostanou určité informace, ať chtějí nebo nechtějí, protože je tady celou dobu poslouchaj...určitě i takové maličkosti v uvozovkách, že se prošetří HIV pozitivita, žloutenky, zaléčí se ten jejich zdravotní stav, což je taky důležitý, protože jsou-li v lepším zdravotním stavu, lépe se s nimi pracuje a míň peněz to pak stojí stát venku - takže šíří míň nemoci a i že si dají do pořádku takový ty sociální záležitosti, někdy se podaří nakontaktovat rodiny.“*

Otázka č.19: Napadá Vás něco, co byste chtěl/a na závěr dodat?

Této možnosti vyjádřit na závěr nějaký další svůj názor využily pouze respondentky 1, 3 a 4. Respondentky 2 a 3 sdělily, že nemají potřebu k tématu cokoli dalšího doplňovat. Respondentka 1 využila této otázky k tomu, aby poukázala na rozpor, který, podle jejího názoru, vzniká mezi většinovou společností a ochránci lidských práv. Ti první prý mají tendenci mít zdravotníkům za zlé, že mají pacienti vůbec možnost dostat se, vzhledem ke své nebezpečnosti, ven z ústavu, zatímco ti druzí poukazují na to, že i tito pacienti mají práva, která je nutná dodržovat. Sama dotazovaná následně shrnuje, že z jejího pohledu pak právě odborný personál léčeben vychází z těchto třenic jako „ti špatní“.

Respondentka 3 ještě jednou zmínila svoje námitky k nedodržování režimu léčebny ze strany pacientů: *„...myslim si, že tady by měl bejt tvrdší režim,*

ty pacienti se tady můžou skutečně v pohodě dostat k alkoholu, k drogám, a to si myslím, že není dobře. Vrátnice je celý den otevřená, takže tady pod okny můžete vidět procesí kamarádů, oni jim pošlou láhev po provaze nahoru, pacienti jim peníze dolů..my tomu nezabráníme. Mají telefony, takže oni si zavolají dealery, a tak dále..a to se mi nezdá dobře. Protože nemáme na pacienty žádné páky, těžko s tím můžeme něco dělat.” Podobně resp.4 použila poskytnutý prostor k zopakování již řečených výtek k systému následné péče o propuštěné pacienty:„...co mě jediný trápí je, že člověk sice vykonává sociální práci, ale ve finále toho pro ně zas tak moc udělat nemůže, protože těch možností, tím jak peníze prostě nejsou, je hrozně málo...jedna věc je, že fungují dávky, ale pak už moc nefungují nějaký kurátoři nebo někdo, kdo by s nima dál dělal, a provázel je. Oni nemají moc nikoho, kdo by je ze systému venku podržel - a z něj vypadnou ve chvíli, kdy začnou brát - neléčíš se, bereš, tak co bys tam dělal.”

6. Diskuze a závěr

Cílem této výzkumné sondy bylo odpovědět na otázku, jaký mají, na institut ochranného léčení protitoxikomanického, zejména na jeho právní rámec a smysl, názor odborní pracovníci psychiatrických léčeben, kteří se přímo účastní práce s klienty, kteří mají toto ochranné opatření uložené soudem. Získané výstupy k této otázce se vyznačují výraznou různorodostí - částečně se tak stalo samozřejmě proto, že i samotná formulace otázky nesměřuje k jednomu konkrétnímu a jasnému závěru, ale spíše k určitému souboru odpovědí shrnujících danou problematiku. Roli jistě sehrálo i to, že respondentky odpovídaly „z patra”, a i přesto, že jim byl poskytnut čas na rozmyšlení svých odpovědí k jednotlivým otázkám, zřídka kdy tuto možnost skutečně využívaly a odpovídaly rychle a intuitivně ve smyslu, co je první napadlo. Ukázalo se, že názory dotazovaných byly značně ovlivňovány jejich profesním zaměřením - např. jedna z dotazovaných, povoláním zdravotní sestra, se k otázce jak obvykle probíhá léčba v zařízení, kde pracuje (otázka č. 7), vyjádřila v tom smyslu, že je především medikamentózní, zatímco další respondentka, profesí psycholožka, odpověděla na stejnou otázku tak, že začala popisovat průběh psychoterapeutické léčby. Předpokládáme, že jak farmakoterapie, tak psychoterapie jsou legitimní součástí léčebného procesu v

zařízení, dotazované však kladly důraz jen na tu složku, která jim byla profesně bližší. V podobném duchu reagovala i další respondentka, zdravotně sociální pracovnice, která v různých otázkách často projmenovávala úskalí, která se pojí přímo s výkonem jejího povolání (např. že pro pacienty z pozice sociální pracovnice nemůže vzhledem k přísnosti sociální politiky a omezenosti prostředků státu udělat více).

Díky výše popsaným skutečnostem došlo k získání rozmanitých dat z nichž některá přinesla pozoruhodné poznatky. Od dílčích a poněkud kuriózních zjištění, například že pacienti léčící se na oddělení dobrovolně „závidí“ pacientům v ochranném léčení, že nemusejí platit regulační poplatky, až po zásadní témata jakým je například způsob výkonu ochranného protitoxikomanického léčení.

Pokud se týče faktického průběhu léčby, popis respondentek napříč zařízeními se v zásadě shodoval. Na počátku cesty směřující k výkonu ochranného protitoxikomanického léčení je rozhodnutí soudu. To, za jak dlouhou dobu od takového rozhodnutí ale pachatel léčbu v zařízení skutečně nastoupí se podle dotazovaných velmi liší v konkrétních případech, a to v rozmezí od několika měsíců až po řadu let. Významnou v roli v „rychlosti nástupu“ hraje zejména průběh a tempo soudního jednání a následná spolupráce soudu se zařízením, dále aktuální vytíženost oddělení a v neposlední řadě i to, zda má pachatel před výkonem ochranného léčení nastoupit trest odnětí svobody (což se děje v případě uživatelů návykových látek velmi často). Co se týče doby trvání ochranného léčení dotazované se shodovaly v tom, že se velmi liší s ohledem na individuální poměry a postup pacienta v léčbě. Nejčastěji se ale jedná o interval od tří až čtyř měsíců do osmi měsíců až jednoho roku. Léčba probíhá režimově, kdy pacient nejprve absolvuje vstupní vyšetření a primář po poradě s terapeutickým týmem rozhodne o zařazení do léčebného programu oddělení - o tom, jaký léčebný plán bude pro pacienta vytvořen rozhodují především jeho osobnostní charakteristiky - intelektuální úroveň, míra odporu k léčbě, ale i například přítomnost další psychiatrické diagnózy (např. schizofrenie).

Co se týče počtu příjmů pacientů s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým za měsíc, vyjadřovaly se dotazované v tom smyslu, že jich je velice málo, obvykle v řádu jednotek. Jedna z dotazovaných poukazuje na

fakt, že jich od počátku letošního roku výrazně ubylo. Sestupný trend v ukládání tohoto ochranného opatření koresponduje i se statistickými daty - v roce 2010 byl celkový počet uložených ochranných léčení protitoxikomanických nejnižší za posledních čtrnáct let (Mravčík et al., 2011). Tuto tendenci zaznamenali i výzkumníci Trávníčková a Zeman (2008), když mezi léty 2005 až 2007 uskutečnili výzkum zabývající se možnostmi trestní justice v drogové kriminalitě, kde se v empirické části dotazovali odborníků z řad trestní justice mimo jiné i na jejich názory v souvislosti s institutem ochranného léčení protitoxikomanického: „Výrazně optimisticky nevyznívali ani názory respondentů na aktuální možnosti, podmínky a výsledky ochranného léčení protitoxikomanického. Respondenti hodnotili podmínky pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického víceméně neutrálně, tedy ani výrazně negativně, ani výrazně pozitivně. Z odpovědí vyplynulo, že jsou si dobře vědomi častých omezení tohoto ochranného opatření, a to jak na straně poskytovatelů léčby (nedostatečná kapacita a vnitřní vybavení příslušných institucí apod.), tak i na straně pachatelů (nedostatek motivace a ochoty skutečně se léčení podrobit, narušování režimu léčebných zařízení atd.).” (Trávníčková & Zeman, s.168-169, 2008). Podobné závěry vyplývají i z výsledků této studie. Jako značný nedostatek vnímaly respondentky mezery právního rámce, kdy až donedávna neexistoval jediný právní předpis, který by upravoval způsob výkonu ochranného protitoxikomanického léčení. Poukazovaly na fakt, že dosud personál v podstatě neměl šanci zamezit častým útěkům pacientů z oddělení, ani jim zabránit v užívání návykových látek, a to jak na útěku, tak dokonce i uvnitř zařízení. Toto by se ale mělo změnit, až vstoupí v platnost zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotnických službách, který byl přijat teprve nedávno, a který mimo jiné stanoví některé konkrétní požadavky na výkon ochranného léčení jak na straně zařízení, tak na straně pacienta³². Kladné hodnocení v souvislosti s právním rámcem uvedla pouze jedna dotazovaná, která ocenila zavedení nové maximální doby trvání ochranného léčení na dva roky³³ oproti původní právní úpravě.

Zásadní význam mají názory respondentek směřující k efektivitě ochranného léčení. Přesto, že se v rozhovoru nevyskytuje otázka, která by se

³² část týkající se ochranného léčení je k nahlednutí v Příloze 3

³³ soud ale může před vypršením této doby ochranné léčby znovu prodloužit, a to i opakovaně (§ 99, odst. 6, tr.zák.)

na ní dotazovala přímo, souvisí se smysluplností tohoto ochranného opatření otázky č. 15 (Za jakých okolností je z Vašeho odborného pohledu vhodné nařízení protitoxikomanické léčby, např. kdy nebo jakému typu klienta?) a č. 18 (Co jsou podle Vás hlavní přínosy ochranného léčení protitoxikomanického pro společnost?). Základním a stěžejním předpokladem pro dosažení účelu ochranného léčení je podle dotazovaných alespoň částečná motivace pacienta k léčbě. V praxi se ale respondentky setkávají spíše s masivním odporem, který se v průběhu léčení mění jen pozvolna a zdaleka ne ve všech případech. Pokud není pacient nebezpečný sobě nebo okolí, kdy je podle dotazovaných ochranné léčení plně namístě, ukládaly by respondentky toto opatření spíše v případech, kdy pachatel projeví alespoň nějakou vůli léčení se podrobit. To podle některých dotazovaných bývá více pravděpodobné v začátcích drogové a kriminální kariéry, než když stojí pachatel před soudem po několikáté s tím, že ochranné léčení již párkrát neúspěšně absolvoval. Takové rozhodnutí je ale na uvážení konkrétního soudce, který o případu rozhoduje - respondentky ze své zkušenosti dokládají jak případy, kdy soud ochranné léčení protitoxikomanické pro zjevnou nevykonatelnost zrušil, tak i ty, kde na výkonu, přes ujištění pachatele, že se rozhodně vzdát návykových látek nehodlá, soudce trval.

Naprostým základem v práci s osobami s nařízeným ochranným léčením je podle dotazovaných komunikace a trpělivost při práci s pacientovým odporem k léčbě. Důležité je ale také stanovit, jakých cílů může v některých případech ochranné léčení protitoxikomanické vůbec dosáhnout. Jak už bylo v této práci na různých místech několikrát zmíněno, trend v ukládání tohoto druhu ochranného léčení má v posledních letech sestupnou tendenci. Děje se tak z toho důvodu, že je odborná, forensně-psychiatrická, obec k efektivitě a smysluplnosti ochranného protitoxikomanického léčení skeptická, pokud ji přímo nepovažuje za neúčinnou (např. Gabrhelíková Müllerová, 2008; Válková, 2011; Šámal, 2010). Položme si ale otázku, zda-li toto „permanentní zklamání“ částečně nepramení z mnohdy nereálných očekávání, které od této nařízené léčby (nejen) odborníci mají. Je vážně tím jediným správným cílem úplná abstinence od návykových látek a plnohodnotný návrat pacienta coby zdravého jedince do společnosti?

Respondentky vyjmenovávají některé cíle, které se v léčbě obvykle daří dosahovat i u ne příliš motivovaných pacientů: v první řadě se jedná o celkovou

stabilizaci jak fyzického, tak psychického stavu - pacient prodělá komplexní vyšetření, v rámci kterého se mimo jiné zjišťuje i přítomnost přenosných infekčních onemocnění, která jsou v případě výskytu následně léčena, čímž se zamezuje jejich šíření v obecné populaci. Dále se v rámci léčby vyřizují sociální záležitosti - pacient navazuje kontakt s úřady, vyřizuje si doklady, sociální dávky hledá si vhodné ubytování na dobu po propuštění z ochranného léčení apod. Někdy se pacientovi podaří se znovu spojit se svou rodinou, což funguje nejen v léčbě, ale i po propuštění jako podpůrný faktor. Jako další přínos lze hodnotit i to, že je díky výkonu ochranného léčení pacientovi zabráněno páchat další trestnou činnost a jsou tak hájeny zájmy nejen široké veřejnosti, ale často i nejbližšího okolí pacienta, které si od něj alespoň nachvílí „odpočine“.

Z výčtu těchto pozitivních dopadů ochranného protitoxikomanického léčení tedy jasně vyplývá, že přesto, že není vždy v jeho možnostech směřovat pacienta k uzdravě ze závislosti na návykových látkách, rozhodně se nedá říct, že by postrádalo jakýkoliv smysl. Jedna z respondentek dodává: „...*já si myslím, že pro někoho to, že třeba půl roku neužívá, je dobrý výsledek s ohledem na to, že třeba dvacet let užíval. Někdy je třeba skutečně zvážit, že harm reduction může být ta cesta..*”

Shrnutí výstupů k hlavní výzkumné otázce

Přínosy ochranného léčení protitoxikomanického podle respondentek jsou:

- stabilizace zdravotního a psychického stavu pacienta, vyšetření a léčba infekčních nemocí, vyřešení sociálních záležitostí pacienta v léčbě, případně kontakt s rodinou
- ochrana společnosti v případě agresivního a nebezpečného chování ze strany pacienta a zamezení pachání další trestné činnosti

Slabá místa tohoto opatření vidí dotazované v:

- nedostatečné úpravě režimových, stavebně-technických a dalších nároků na výkon ochranného léčení v zákoně a úplné absenci standardů léčby
- omezených výsledcích, které může ochranné léčení v případě některých pacientů přinést
- mnohdy nereálných očekávání, které jsou od tohoto druhu léčby požadovány

Hlavními výstupy, které tato studie přináší jsou :

- nutnost vytvoření dalších právních předpisů³⁴ a léčebných standardů, které by upřesňovaly výkon ochranného léčení. Pozornost by se pak měla věnovat nejen podmínkám zabezpečení léčebných zařízení, aby tak nedocházelo k hrubému porušení režimu oddělení, ale i zavedení jednotného léčebného postupu, který by byl při práci s pacienty s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým aplikován.
- potřeba zaměřit se také na zlepšení a rozšíření dostupnosti kvalitní následné péče pro pacienty po ukončení výkonu ochranného léčení. V současné době je pomoc ze strany státu velmi omezená, což může přispívat k selhání pacienta v jeho snaze začlenit se do společnosti a zničit tak pozitivní výsledky předchozího léčebného procesu.
- v práci s pacientem s nařízeným ochranným léčením je nezbytné se soustředit na odbourávání odporu a posílení jeho motivace k léčbě, neboť právě tyto faktory činí léčbu proveditelnou a úspěšnou.
- v případech, kdy ochranné léčení protitoxikomanické nemůže vzhledem k osobnostním předpokladům pacienta dosáhnout svého cíle jako prostředek vedoucí k jeho vyléčení ze závislosti na návykových látkách, je třeba se soustředit na jeho dílčí možné přínosy, které může pacientům poskytnout.

Tato výzkumná sonda přiblížila svým prostřednictvím některé názory a postoje odborných pracovníků psychiatrických léčeben v Čechách, ohledně institutu ochranného léčení protitoxikomanického. Vzhledem ke svému rozsahovému i obsahovému omezení by se ale měla stát námětem pro další práci. Výzkumný soubor by se měl do budoucna rozšířit i na další odborníky zabývající se pacienty s nařízeným ochranným léčením - např. v ambulantní léčbě nebo ve věznicích. Dotazování by se pak mělo více posunout do roviny zjišťování ověřených postupů při práci s pacienty a následně tak přispět k

³⁴ v současné době blíže upravuje pouze zákon č. 373/2011 o specifických zdravotních službách, viz Příloha 3

vytvoření zásad pro vznik jednotného léčebného systému. Dále by bylo zajímavé zjistit, jak se pozice a nastavení odborného personálu promítá do průběhu a výsledků pacientovy léčby. V této studii se také projevila skutečnost, že profesní zaměření dotazovaného, ho může poměrně výrazně ovlivňovat v jeho názorech a postojích k dané problematice, jako by se na svět díval „optikou“ svého povolání - proto by bylo vhodné sestavit výzkumný vzorek z jednotlivých profesních skupin (např. lékařů, psychologů, zdravotních sester apod.) a následně je mezi sebou porovnávat.

Problematika ochranného protitoxikomanického léčení v České republice stále skýtá značný prostor pro vědecké bádání. Přesto, že je tento druh léčby nařizován a financován státem, byl zatím (vyjma souvisejících trestněprávních předpisů) přijat jediný právní předpis upravující jeho výkon³⁵ v rovině právního vymezení, přičemž na úrovni systému léčebné péče o pacienty v ochranném léčení, chybí standardy dodnes. Tendence ukládat toto ochranné opatření slábne, stále se ale týká desítek osob, kterým každoročně vstupuje do života a přináší nemalé omezení. Proto by měl být odbornou veřejností vyvíjen tlak na odstanění nedostatků, které toto ochranné opatření v současné době provází.

³⁵ zákon č. 373/2011 o specifických zdravotních službách, část týkající se ochranného léčení, viz Příloha 3

7. POUŽITÉ ZDROJE

Seznam použitých právních předpisů

- Zákon č. 86/1950 ze dne 12. července 1950, trestní zákon
- Zákon č. 140/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů, trestní zákon
- Zákon č. 141/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů, trestní řád
- Zákon č. 40/2009 ze dne 8.ledna 2009, trestní zákoník
- Zákon č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (ve znění zákona č. 383/2005 Sb.)
- Zákon č. 218/2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), jak vyplývá ze změn provedenými zákony č. 383/2005 Sb., č. 253/2006 Sb., č. 345/2007 Sb., č. 129/2008 Sb., a č. 41/2009 Sb., (ve znění zákona č. 306/2009 Sb.).
- Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách ze dne 6. listopadu 2011

Tištěné zdroje

- Bayerová, M. (2010). Ústavní a ochranná výchova a preventivně výchovná péče ve školských zařízeních (s. 1-3). *Právo a rodina*, 8 (4). Praha: Linde
- Bém, P., Kalina, K & Radimecký, J. (2003). Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 33-40). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Birgden, A. & Grant, L. (2010). Establishing a compulsory drug treatment prison: Therapeutic policy, principles, and practices in addressing offender rights and rehabilitation (s. 341-349). *International Journal of Law and Psychiatry*, 33.
- Foucault, M. (1961). Dějiny šílenství v době osvícenství. Z francouzského originálu *L'histoire de la folie à l'âge classique*, přeložila

- Věra Dvořáková, 1994. Praha: nakladatelství Lidové noviny.
- Gabrhelíková Müllerová, P. (2008). Uživatelé drog v konfliktu se zákonem. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie* (s.275-290). Praha: Grada a.s.
 - Grumlík, R. (1977). Morfinisté v psychiatrické léčebně v Opavě na počátku 20.století. *Protialkoholický obzor*, 12 (s.249-251). Bratislava: OBZOR s.r.o.
 - Jelínek, J. et al. (2010). Trestní právo hmotné (s. 423-436). 2.vydání. Praha: Leges
 - Klan, Z. (1947). Omamné drogy. Praha: Matice česká.
 - Kudrle, S. (2003). Historie užívání a zneužívání návykových látek. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 83-87). Praha: Úřad vlády České republiky.
 - Kuchta, J., Válková, H. et al. (2005). *Základy kriminologie a trestní politiky*. 1.vydání. Praha: C.H. Beck
 - Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 - Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, ...Koňák, T. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky.
 - Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., ...Zábranský, T. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky.
 - Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., ...Vopravil, J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky.
 - Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L., Brožová, J. (2011). *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: Úřad vlády České republiky.
 - Nožina, M., Vaněček, M. (2009). *Mandragora, morfin, kokain. Drogový problém v českých zemích v dobách habsburské monarchie a v předválečném Československu*. Praha: Koniasch Latin Press
 - Šámal, P. (2010). *K úpravě ochranného léčení v trestním zákoníku* (s.

- 99-106). *Trestněprávní revue*, 9 (4). Praha: C.H.Beck
- Šámal, P., Válková, H., Sotolář, A., Hrušáková, M. (2004). Zákon o soudnictví ve věcech mládeže (s. 273). Komentář. 1. vydání. Praha: C.H. Beck
 - Solnař, V., Fenyk, J., Císařová, D., Vanduchová, M. (2009). Systém českého trestního práva (s. 235-253). 1. vydání. Praha: Novatrix
 - Sotolář, A., Púry, F., Šámal, P. (2000). Alternativní řešení trestních věcí v praxi (s.189-193). Praha: C.H. Beck.
 - Trávníčková, I., Zeman, P. (2008). Možnosti a limity systému trestní justice v rámci protidrogové politiky (s. 161-176). *Kriminalistika. Čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi*, 41 (3). Praha: Ministerstvo vnitra ČR.
 - Válková, J. (2011). K „trestněprávnímu obsahu“ duševní poruchy a jeho souvislostem s přípustností zabezpečovací detence u některých pachatelů (s. 253-256). *Trestněprávní revue*, 10 (9).Praha: C.H. Beck.
 - Vantuch, P. (2011). Trestní zákoník s komentářem (s. 333-370). 1.vydání. Praha: Anag.
 - Záhora, J. (2010). Detencia a zákaz retroaktivity (s. 117-120). *Trestněprávní revue*, 9 (4). Praha: C.H. Beck.
 - Zeman, P., Diblíková S., Kotulan, P., & Vlach, J. (2009). Poznatky z výzkumu rozhodování soudů o ochranné a ústavní výchově (s. 202-209). *Trestněprávní revue*, 8 (7). Praha: C. H. Beck.

Internetové zdroje

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2011). Problem drug use (PDU). [online], poslední aktualizace 23.8.2011, [cit.2011-11-27]. Dostupné z WWW :<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>
- Schaub, M., Stevens, A., Haug, S., Berto, D., Hunt, N., ...Uchtenhagen, A. (2010). Predictors of Retention in the ‘Voluntary’ and ‘Quasi-Compulsory’ Treatment of Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research*. DOI:10.1159/000322574
- Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kerschl, V., ...Uchtenhagen, A. (2009). Comparing Outcomes of ‘Voluntary’ and ‘Quasi-Compulsory’

Treatment of Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research*. DOI: 10.1159/000265938

- Vězeňská služba České republiky. (2011). Generální ředitelství. Rychlá fakta. [online], poslední aktualizace 9.11.2011, [cit.2011-11-13]. Dostupné z WWW: <http://www.vscr.cz/generalni-reditelstvi-19/rychla-fakta/>
- Statistická ročenka kriminality (2008). [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality (2007). [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality (2006). [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality (2005). [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality (2004). [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality 2003. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality 2002. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality 2001. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>
- Statistická ročenka kriminality 2000. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>
- Statistická ročenka kriminality 1999. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality 1998. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality 1997. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality 1996. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.
- Statistická ročenka kriminality 1995. [online]. Dostupné z WWW: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>.

8. Přílohy

8.1. Příloha 1

Ochranné léčení protitoxikomanické

Účelem tohoto výzkumu je získat data pro potřebu bakalářské práce v rámci studia Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Práce se zaměřuje na problematiku ochranného léčení protitoxikomanického a jejím cílem je získat data, která by alespoň částečně přiblížila postoje a názory odborného personálu psychiatrických léčeben ohledně institutu ochranného léčení protitoxikomanického, jeho efektivity a klientů, kterým bylo toto léčení soudně uloženo. Výzkumná otázka tedy zní: Jaký mají na institut ochranného léčení protitoxikomanického, zejména na jeho právní rámec a faktický dopad, názor odborní pracovníci psychiatrických léčeben, kteří se přímo účastní práce s klienty, kteří mají toto ochranné opatření uložené soudem? Věřím, že získaná data povedou k zajímavým, byť svým rozsahem jistě ne dostatečným, poznatkům z oblasti této problematiky. Metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor, který je členěn do tří oddílů. Doba realizace se bude reálně pohybovat kolem třiceti minut (maximální délka je jedna hodina). Rozhovor bude anonymní, z důvodu přesného záznamu odpovědí bude s Vaším souhlasem nahráván a následně archivován na bezpečném místě. Výsledky z této výzkumné sondy budou zaznamenány v bakalářské práci, která bude po obhájení veřejně přístupná. V případě dotazů či připomínek se, prosím, obraťte přímo na mě: Miroslava Dvořáková, studentka 3.ročníku Adiktologie, Mirka_Dvorakova@email.cz, v případě potřeby je možné kontaktovat i mou vedoucí práce paní Mgr. Hanu Fidesovou, fidesova@adiktologie.cz

Informovaný souhlas

Byl/a jsem dostatečně informován/a o tématu a účelu výzkumu i o tom, jak bude nakládáno s daty, která poskytnu. Souhlasím s nahráváním rozhovoru a použitím anonymních dat pro účely bakalářské práce a jsem si vědom/a toho, že výsledky výzkumu budou veřejně přístupné. Vše mi bylo dostatečně vysvětleno a souhlasím s poskytnutím informací pro tento výzkum. Svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

8.2. Příloha 2

1. ODDÍL - DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY:

1. Pohlaví

resp.1: žena

resp.2: žena

resp.3: žena

resp.4: žena

resp.5: žena

2. Profese:

resp.1: zdravotní sestra

resp.2: zdravotní sestra

resp.3: zdravotní sestra

resp.4: zdravotně sociální pracovník

resp.5: psycholožka

3. Pracovní zařazení v zařízení:

resp.1: staniční sestra

resp.2: zdravotní sestra

resp.3: zdravotní sestra

resp.4: zdravotně sociální pracovník

resp.5: psycholožka

4. Jak dlouho pracujete v oboru léčby závislostí?

resp.1: 25 let

resp.2: rok a půl

resp.3: necelý rok

resp.4: 8 let

resp.5: pracuji jako psycholožka 17 let, dosud jsem pracovala spíše s klienty s psychiatrickým onemocněním ve smyslu poruch osobnosti, poruch myšlení apod., takže i se závislými 2 roky

5. Jak dlouho pracujete s klienty s nařízeným ochranným léčením protitox.?

resp.1: 3 roky

resp.2: rok a půl

resp.3: necelý rok

resp.4: 8 let

resp.5: 2 roky

6. Účastníte se též přímé psychoterapeutické práce s klienty?

resp.1: v tomto zařízení ne, z důvodu, že zastávám funkci, kterou zastávám - nestíhám to, já bych to nezvládla. Mám psychoterapeutický výcvik a na jiném oddělení, kde jsem dělala sestru jsem ho dělala [terapii s klienty], ale tady opravdu ne.

resp.2: ne

resp.3: ne

resp.4: v současné době ne, zpočátku jsem dělala racionální skupiny se zaměřením na vzdělávání pacientův sociální oblasti.

resp.5: ano

2.ODDÍL - OCHRANNÉ LÉČENÍ PROTITOXIKOMANICKÉ, OBECNÁ ČÁST:

7. Jakým způsobem ochranná léčba ve vašem zařízení probíhá?

resp.1: režimově. Vpodstatě máme pacienty ochranné léčby psychiatrické, toxíky a alkoholiky. Všichni jsou na jednom oddělení. A samozřejmě oni mají

jasnej řád domovní, mají potom řád na oddělení. Jakoby v uvozovkách musí být ten řád pro všechna oddělení nebo pro všechny pacienty stejnej. Je jasný, že když ten člověk nebude psychiatricky nemocnej, je víc manuálně zručnej..a oni mají i úkoly, my tady nemáme uklízečku, jo..tohle to do toho spadá, takže je jasný, že občas člověk musí přihlídnout k těm diagnózám. Nemáme natvrdo postavený měřítko, jak je to třeba u dobrovolných alkoholiků, kde všichni musí takhle striktně dodržet tenhle režim. Takže vždy se přihlíží na to, o jakou ochranku se jedná. O koho se jedná.

resp.2: pacient dostane od soudu příkaz, pak už záleží na lékařích, vlastně tady hlavně na tom, jak se tady chovají, a pak záleží na lékařích, kdy zase podají návrh k soudu na propuštění. Podle toho, jak se pacient zařadí do režimu oddělení, jak funguje tady, podle toho pak pan primář usoudí, kdy podat návrh zase.

resp.3: no tak to je širokej pojem, že jo..od nařízení soudu přijde pacient sem, tady proběhne další vyšetření od lékaře, od primáře, kterej nařídí tu léčbu, což je vlastně medikamentózní léčba a pak je tady určitý řád a ten ty pacienti musí dodržovat a když ho nedodržují, tak tam jsou určitý restrikce, že nesmějí třeba ven..že jo a tak dále.

resp.4: ochranná léčba probíhá jako režimová léčba - mluvíme tedy o protitox. a protialkoholní léčbě, - tak ty probíhají tak, že způsob jejich výkon určuje primář po dohodě s celým tím týmem, zpočátku určí primář, potom zhruba po měsíci se to rekapituluje nebo podle vývoje, v průběhu té léčby se to potom individuálně mění. Pověštinou, jsou-li toho pacienti schopni, jsou zařazeni do toho režimu právě těch psychoterapeutických skupin. Nejsou-li toho schopni, tak se pak ten program nějak individuálně upravuje, vysloveně šije na míru. Protože tam je důležitý intelekt, poruchy osobnosti, apod., takže ne všichni jsou schopni, plnit ten úplně nejnáročnější režim.

resp.5: takže u těch, kteří jsou motivovanější probíhá skupina zaměřená..je to teda spojení lidí, kteří mají buďto problém s alkoholem nebo s drogami nebo obojí ..a s nimi dělám psychoterapeutickou skupinu, která probíhá dvakrát týdně, zhruba je to hodina..a mezitím mají prostě studium literatury, mají zadávány úkoly, vypracovávají elaboráty zaměřené právě na získání náhledu a potom je ještě součástí toho celého procesu diagnostika, která probíhá individuálně a na

základě zase toho je pak už postupováno individuálně s nějakým plánováním co je možný v té léčbě docílit. Takže vlastně ty cíle léčby jsou stanoveny na základě psychologického vyšetření, ty individuální práce něco děláme ve skupině..co umožňuje ten rámec toho, že ty lidi jsou tam nedobrovolně a s některýma probíhá teda jenom ta individuální část, když nejsou buďto idikováni do skupiny, to znamená z důvodu intelektu, osobnosti nebo vlastně i závažnosti té závislosti, ale zase..není tam ta motivace, takže s některýma vlastně ty první skupiny, to motivování k léčbě, k jakýkoliv léčbě k jakýmukoliv řešení toho problému, a k možnosti pak k tomu propuštění z té léčby.

8. Jak dlouho obvykle trvá?

resp.1: No, na to Vám nikdo neodpoví, a to z toho důvodu, že samozřejmě třeba ty alkoholici, toxici - po třech, minimálně po třech měsících, se může žádat o přeměnu, ale jestliže všechno probíhá v pořádku. Spousta jich nedodrží, ale pak samozřejmě takovýchle věci se pak odesílají k soudu, ale zase jsou lidi..je to o tom zdravotním stavu, a protože tady jsou i psychiatrický pacienti, tak můžeme mluvit i o létech.

resp.2: záleží jak kdo, nejkratší snad léčba je čtyři měsíce, nejdelší dva roky, pak je zase přezkoumání u soudu

resp.3: to je individuální, to těžko říct - podle toho, jak to mají dlouho nařízený soudem, když dodržují určitá pravidla, že jo, a tak dále, tak potom se dá od primáře dát zpráva, jestli jako může být propuštěnej nebo ne - proběhne soud, a buď je propuštěnej nebo trvá léčba dál.

resp.4: je to velmi individuální, řekla bych že tak průměrně..nejkratší, vůbec nejkratší jsou čtyři, spíš pět měsíců, průměrně bych řekla šest až osm je taková ta průměrná nejdelší doba, samozřejmě tam můžou být i dýl. Někteří si protahují díky průběhu - útěkům, jsou tu tři měsíce, utečou, zas je přivezou, ale průměrně bych řekla tak kolem toho půl roku, do roka jich je určitě tak 70%, že jich je pryč.

resp.5: tak pokud všechno běží dobře, ten člověk je motivovanej, chodí na

skupinu, účastní se toho programu, neužívá návykové látky, nejsou tam porušení toho režimu, nejsou tam útky, jsou tam teda namátkové kontroly na drogy, alko testy a tak dál..tak pokud je toto v pořádku a ten člověk funguje, tak může být v rámci tří měsíců podán návrh na propuštění z ochranné léčby. Zase záleží spíš na odborném názoru lékaře, který vyhodnotí, jestli tomu člověku do toho návrhu napíše, že by měl pokračovat v ambulantní ochranné léčbě, je možný teda přechod do specializovaného zase zařízení na závislosti - buď do komunity, nebo do nějaký terapeutický skupiny, to, co jako dovolí bydliště toho pacienta. To může být v tom závěrečném návrhu a rozhoduje tedy o tom lékař.

9. Kolik klientů v ochranném léčení protitoxikomanickým v průměru za měsíc přijmete?

resp.1: v průměru...my zase tolik příjmů nemáme..ono to je nárazový, jo..je měsíc, kdy máme čtyři příjmy a je měsíc, kdy máme dva příjmy. Je to prostě různý.

resp.2: ono je to různý - třeba měsíc nikdo nepřijme, pak jsou třeba dva příjmy za měsíc. Záleží na tom, jak jsme taky vytížený, kapacita je 30 lůžek.

resp.3: jednoho? Je to individuální třeba a za měsíc ani jednoho, někdy dva, jo, ale průměr si myslím tak toho jednoho. Ale za všechny ochranné léčby dohromady, všechno je to tady na jednom oddělení

resp.4: v poslední době, tak od května velmi málo - jednoho, dva. Dříve jich bývalo víc, dřív jakoby chodily ty ochranné léčby hodně, teď ty protitoxikomanický chodí mnohem míň, v posledním roce. On je měsíc, kdy třeba tři, pak je měsíc, kdy třeba nikdo, ale průměrně bývalo těch pět, teď bývá tak jeden, dva. Od jara je to tedy výrazný pokles, protože jsme objednávali i na rok dopředu, protože opravdu to místo nebylo, teď bereme okamžitě. když přijde ochranka a může nastoupit, tak jí bereme hned. Vysvětluji si to tím, že v tom odborném světě se mluví o tom, že ty protitox. léčby už tolik nedávaj. Jo, mluví se o tom a opravdu jich chodí míň. Těch psychiatrických chodí stejně, těch protialkoholních taky míň, ale podstatně míň těch protitoxikomanických. Asi v tom ti soudci nevidí smysl, jako mluví se o tom, že je ta tendence už je tolik nedávat, že to smysl nemá.

resp.5: tak za měsíc ne, ale dá se to brát v rámci celého roku..tam je ještě jeden problém, že to jsou často lidé, kteří byli ve výkonu trestu, že nejsou vlastně tak jako ostatní psychiatrickí pacienti tzv. vyviněni, to znamená, že plně zodpovídají za ten trestný čin, to znamená je tam i častěji nepodmíněný trest, protože to se týká opakovaný trestný činnosti buď výroba, distribuce návykových látek nebo jsou to krádeže a tak dál. Takže často mají nepodmíněný tresty, Pokud je to člověk, který se nikdy předtím neléčil, tak pokud se to stane je to snadnější, dostane třeba podmíněný trest a ten ho víc i motivuje ten problém zpracovat. Ročně to je pět až deset lidí.

10. Jak dlouho od nařízení ochranného léčení soudem trvá, než klient skutečně nastoupí léčbu ve vašem zařízení?

resp.1: Zase to je takový...my máme na objednávku..právě vzhledem k té délce toho léčení, když je pacient nebo ten dotyčný člověk doma, tak je to pak o obložnosti. Víme, že prostě se nedá propustit, ještě tady musíme nechat, a někdy to třeba může bejt až za tři měsíce. Další věc je - nám volaj i z vězení, jo takže my máme naplánovaný, že třeba určitej člověk bude propuštěn v roce 2015, protože z vězení ho přivezou třeba zrovna sem. Ale samozřejmě, že když pak volaj z nějakého městského úřadu nebo z nějakého soudu a je to problémovej člověk, tak se ta doba zkracuje, jo - pak se děla všechno pro to, aby se mohl přijmout co nejdřív. Ale říkám, je to různý.

resp.2: to nevím..ale když mají přijít z domova, tak většinou nepřijdou vůbec, že jo. Když maj jako nařízený od soudu, že mají přijít ten a ten den, tak většinou málokdo přijde.

resp.3: to záleží na tom, jak jsme v tom kterém období vyřízení, obecně se dá říci, že záleží na tom, jak rychle postupuje soudní řízení, pak se snažíme pacienta umístit, jak nejrychleji to jde.

resp.4: teď je to hned a záleží hlavně, jestli dostane výkon trestu, protože pokud dostane odnětí svobody, tak je to závislý na tom, na jak dlouho, a pokud by to, budem se bavit o tom, že by nedostal a vlastně nařídí tak..u těch toxikomanických..oni je vlastně nevozí hned. U těch psychiatrických tam je to tak, že vlastně většinou oni je třeba i přivezou do těch léčeben, přijímají se proti

vůli a pak je nařízená ochranná léčba, protože vlivem té duševní choroby je to i pro jejich vlastní ochranu. kdežto u těch protitoxikomanických to tak většinou není, takže je to spíš dané tou kapacitou, jakoby tou možností a jak rychle to soudní jednání proběhne. Jo, protože jakmile - někdy proběhne soudní jednání a rozsudek je platný třeba v lednu, oni nám papíry pošlou až v dubnu a my nemáme místo a dáme ho až v říjnu. Jo, ale někdy to místo máme, a dáme ho teda hned. Je to závislý teda na tom průběhu soudního jednání, za jak dlouho oni nám ty dokumenty pošlou. Pokud je místo a nemá pacient výkon trestu, tak hned. Většinou tu protitoxikomanickou léčbu, řekla bych tak z 80%, je to spojený s výkonem trestu, protože většinou ty léčby dávaj, jestliže už je tam nějaká závažnější trestná činnost, déle to trvá, je to opakovaná trestná činnost, tudíž většinou tam pak za tu trestnou činnost náleží i nějaká trestní sazba odnětí svobody. Takže z 80% jdou po výkonu trestu

res.5: to je dáno tím, jestli je tam ten nepodmíněný trest nebo ne - spíše je to v řádu let a vyjíměčně je to jako i hned. Taky je asi potřeba zmínit, že taky ne vždycky Je to z důvodu ochrany pacienta, obvykle z to z toho důvodu, že je oddělení plné a pacient musí počkat. My musí preferovat psychiatrické léčby, které prostě potřebují ihned. Takže pokud ten den soud rozhodne, obratem my musíme přijmout pacienta do psychiatrické ochranné léčbě - takže vždycky musíme nechávat nějaká místa volná.

11. Je práce s klienty s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým a protialkoholním rozdílná?

resp.1 : rozdíl ne, maj samostatně skupiny s paní psycholožkou, mají rozdělení skupiny na toxiky a alkoholiky a s každým vede zvlášť skupinu, nemíchaj se dohromady v tomhle tom.

resp.2 : s nima to jako nevnímám, že by to bylo jiný. Přejde mi, že to je člověk od člověku.

resp.3: ne. já bych řekla, že je to stejný jestli jsou opilí, anebo zfetovaný, tak ta práce je problematická tak i tak.

resp.4: já bych řekla..že určitě..je to daný mírou a typem poruchy osobnosti,

určitě, jo..spíš jednak téma individuálníma osobnostma, a podle toho se s nima pracuje a když je to nějaká těžká porucha osobnosti se sklonek k nějaké agresivitě nebo nějakým změnám nálad, tak je to skoro asi jedno, jestli je to protialkoholní nebo protitoxikomanická, ale jinak já, co se týče sociální práce, osobně bych řekla, že se líp..nebo je perspektivnější a vidím větší úspěch u těch protialkoholních léčeb. Protože jednak - nemívají většinou takové dluhy, když vystřízliví, tak jsou schopní nějak rychlejc naskočit, a rychlejc se sebou něco dělat dál, dát si po sociální stránce ty věci dohromady - většinou nenapáchali takovou paseku, takže se to i líp napravuje. kdežto ty protitoxikomanický léčby to jsou kluci, když už se k nám dostanou, tak už jim třeba i k těm třiceti, už mají dluhy na zdravotním pojištění, nikdy pořádně vlastně nepracovali, takže je to takový..nemají ty pracovní návyky, odjakživa na dávkách, takže už jenom zvyknout si na práci je pro ně problém. Kdežto ty protialkoholní..netvrdím, že všichni, ale většina než se propije k protialkoholní léčbě, tak už mu je třeba čtyřicet, čtyřicetpět..a on třeba do těch pětatřiceti fungoval normálně, neříkám, že je to pravdilo, ale prostě většinou to tak je. I ten alkohol..chvíli to trvá, než je zdevastuje do té míry, jako ty drogy. Tam ty kluci většinou vypadnou z baráku v šestnácti, a v šestnácti už přichází první trestná činnost, a v těch pětadvaceti už přicházejí sem, že jo.

resp.5: jo, je to rozdíl a hlavně oni ho mezi sebou zdůrazňují, takže třeba ti pacienti, kteří mají problém s alkoholem tak se někdy dívají trošku skrz prsty na ty, co označují feťákem a smažkou a podobně, takže to není úplně to stejný a někdy je těžký tam hledat spojení - ty scénáře jsou jiný, ty lidi úplně jinak vypadaj.., kolikrát se stane, že ti, co užívají drogy nemusí být tolik nápadní navenek, takže mají třeba nějaký nápadnosti v chování, ale nemusí se to třeba tolik poznat, kdežto u toho alkoholu, i když je společensky přijatelnější, tak se pije vlastně veřejně, častěji se to vidí. Jsou samozřejmě lidi, kteří pijou skrytě, ale spíš lidi maskujou, že užívají drogy.

12. Pokud ano, v čem?

resp.1: alkoholici jsou lepší..je s nima snazší práce.

resp.2: nevidí rozdíl

resp.3: nevidí rozdíl

resp.4: viz otázka č.11

resp.5: viz otázka č.11

13. Jestliže se na vašem oddělení léčí klienti tzv.dobrovolně společně s klienty s nařízenou ochrannou léčbou, jak na sebe vzájemně působí?

resp.1: Máme tu jednoho nebo dva v dobrovolné léčbě, ale zdá se mi, že vůbec, je to jedno, ani mezi sebou na to nepoukazují..no a pak přesně o těch lidech, o kterých mluvím, tady jsou zvyklí a ani nechtějí na to jiný oddělení..no a pak se rozčilují, že budou muset platit takový nehorázný peníze...jako poplatek regulační, tak jim to ve finále [pacientům v ochranném léčení] záviděj.

resp.2 : máme tady asi čtyři dobrovolný..ale neřekla bych, že na sebe nějak působí..spíš všeobecně jsou tady rozpory, ale ne kvůli tomu, kdo má ochrannou léčbu a kdo ne.

resp.3: působí na sebe spíš ti, kteří nefetují a nepijou alkohol, snaží se, tak jsou alergický na ty feťáky..jako jim nadávají a tak dále

resp.4: dřív sme tady mívali detox, tak samozřejmě ta práce s nima trošičku jiná, ale teď momentálně, když tady máme dobrovolné klienty, tak je to povětšinou z řad psychiatrických pacientů, ne z řad protitoxikomanických. Protože tu vzniklo nový oddělení, který vlastně vzniklo, jako i příprava, pro ty dobrovolný..my jsme tu měli kluky na přípravu před léčbou protitoxikomanickou, dobrovolnou, před komunitama a tak dále, což teď nemáme, teď to má právě to jiný oddělení. Takže rozdíl zase tolik nevznikají, spíš se sem vrátili pacienti, kteří tu byli na ústavní ochranný léčbě, zdekompensují, mají zájem a znají to oddělení, a chtějí sem, tak spíš jenom na nějakou kompenzaci sem přijdou na 14 dní, a pak takovej problém není, protože oni vědí, do čeho jdou, vědí co je čeká a jaký režim je čeká, takže s tím až takovej problém nebejvá.

resp.5: tak třeba teď je trochu problém stran poplatků..takže ti, co jsou v té ochranné ústavní léčbě neplatí regulační poplatky, to je jeden rozdíl..pokud k nám přijde někdo dobrovolně, většinou se jedná o pacienta, který se zde v minulosti již léčil, a který hledá útočiště, přechodnou stanici, zrecidivoval a

pokouší se jít dál, hledá řešení nějaké problematické situace. Pokud je člověk motivován k léčbě, může jít na standardní oddělení.

3. ODDÍL - OCHRANNÉ LÉČENÍ PROTITOXIKOMANICKÉ, VLASTNÍ NÁZOR:

14. Jak jste spokojen/a s teoretickým (právním) rámcem institutu ochranného léčení?

resp.1 : nemám zásadní výhrady.

resp.2 : jsem spokojená, ale jde o zabezpečení tady na tom oddělení samotným. Lepší stavebně-technické vybavení...byla jsem se podívat v Bohnicích, a tam už jsou lépe vybaveni, než my..třeba aby se pacienti nedostali tak snadno k alkoholu, k drogám.

resp.3: podle mě to má hodně slabý místo...jo, samozřejmě na mě nezáleží, ale je to tady takhle nařízený, že ten člověk, kterej sem přijde od toho soudu, tak dejme tomu těch osm dní tady je jakoby zavřenej a dostane vycházku s personálem, a pak dostane samostatnou. Pak jsou takový ty chronický útekáři, kdy já říkám, že já tyhle ty útekáře, když uteče, tak bych je třeba měsíc nepustila ven, aby opravdu ta restrikce byla taková. Oni utečou a vědí, že za osm dní zase můžou jít ven, jo. Po těch osmi dnech jdou do tzv. dvojky, kde je ta vycházka s tím personálem, načež oni kašlou, protože vy se s nima stejně venku rvát nebudete, jo, takže vy s nima vyjdete ven a on řekne:čágo a odchází, jo..a pak přijde třeba druhý den, protože policajti, než ho najdou, tak von je namazanej nebo zfetovanej nebo to. Jo, takhle já říkám u těch těch věčnej útekářů, já bych udělala trošku jiný režim.

resp.4: v definici ani ne, co v ochranném léčení ale chybí je když pacienti..třeba..máme tu několik psychiatrických léčeb, schizofenici a berou návykové látky. To dřív, kdysi nebejvalo, teď berou no a..neplní tu léčbu, jak mají. Utíkají, berou návykové látky, a vlastně trestně stíhat je nelze pro duševní onemocnění a vlastně žádné jiné opatření není. Jo, my jsme si mysleli, že v důsledku vzniku detenčního ústavu, že tam budou moct tihle lidi přecházet, tak ale to není závažná trestná činnost, protože za maření výkonu úředního rozhodnutí je do třech let, měli by tam jít při páchání nad pět let, a nebo zvlášť nebezpeční.

resp.5: tak myslím, že zlepšilo to, že je vlastně stanovená ta maximální doba. To třeba dříve mohl být problém, že ty léčby mohly být nekonečný. A opravdu že je daný, že se ty dva roky musí dodržovat. Myslím si, že to není tolik problém v tý ústavní léčbě protitoxikomanický, kde je přeci jenom tlak na přijímání nových a nových lidí, tak někdy prostě někoho propustit musíte, ale někdy, a to znám z těch psychiatrických, že byly takový ty nekonečný ambulantní léčby. Což může být nadruhou stranu dobrý, že ten člověk je donucen ke stálé spolupráci. Nemyslím si ale, že jsou moc stanovovány ty ambulantí protitoxikomanický léčby, protože ty asi nemají smysl vůbec žádný.

15. Za jakých okolností je z Vašeho odborného pohledu vhodné nařízení protitoxikomanické léčby (např. kdy nebo jakému typu klienta)?

resp.1 : Jestliže ten člověk chce. Ty léčby jsou nedobrovolný, ale jestliže chce. Pokažd' nechtěj, tak...v tom jsou právě třeba i lepší ty alkoholicí, protože když člověk bude fetovat, tak je schopnej si sehnat tu drogu..jo a je to takový..mám pocit, že opravdu v tomhle jsou ty alkoholicí lepší. No a jinak co se týče tý nařízený léčby ano, ale přesně nějaká motivace.. zase jsou lepší lidi, který třeba přijdou i z toho kriminálu...jo, když to navazuje..a co si budem..nadruhou stranu vždycky dostanou tu soudní léčbu v okamžiku, kdy jsou nebezpečný pro společnost, vždycky je tam nějaká nebezpečnost pro okolí, takže si myslím, že to dostanou naprosto oprávněně.

resp.2: tak to je těžký, že jo, když nechtěj..oni prostě nechtěj, oni sami nechtěj..přijdou sem, že to tady nějak přežijou. Někdy se to v průběhu léčby změní, ale málokdy.

resp.3: tak samozřejmě ty, co jsou agresivní, něco provedou a tak dále..jo, jsou lidi, který se namažou a jsou v klidu, v pohodě..jsou lidi, který se zfetují, támhle si někde lehnou a jsou v pohodě, ale jsou takový, který, když se namažou jsou agresivní, někoho třeba i zabijou nebo tak dále, takže jako tam...tim nebezpečným pro sebe, pro okolí, bych taky nařídila soudní léčbu.

resp.4: určitě bych nenařizovala, pokud už jednou dvakrát nařízená byla a zjevně ten dotyčný bere návykové látky dál, takže asi tam je to zbytečné. Kde nařídít..ted' odpovídám úplně obráceně, já bych možná nařizovala spíš v

počátku té drogové kariéry, kdy se u těch soudů objevují poprvé, a ještě jsou schopni a jsou třeba mladí a mají nějakou takvou tu vizi, že s tím životem třeba chtějí něco dělat, než pak už ke konci, kdy oni už říkají, že ten život už je v takovém kolapsu a v takový finanční záteži, že on ví, že už se z toho pořádně vlastně nikdy nedostane, že to není schopen splatit, bydlení nemá, rodina už ho nechce, a tak on tedy narovinu řekne, já stejně nikdy brát nepřestanu, protože já v tom životě už nic nemám, takže možná bych je nařizovala spíš dřív, než jakoby dýl, kdy oni už to viděj beznadějný, ani brát nechtějí přestat. Nebo i se mi stalo, kdy klient opakovaně soudci říkají, že prostě nepřestane brát, bude odsud utíkat jakmile ho přivezou, že žádá o zrušení, že je to mrhání státními penězi, že on tady bejt nechce a nebude..a oni mu jí stejně neukončí. Je jasné, že musí dělat nějaké úkony, proto ten soudce je, ale pak jestli je ten správný úkon je ochranná léčba..to nevím, a nebo, když už tak třeba ve výkonu trestu, kdy oni mají přece jenom ty dveře víc zavřené, víc se dá zabezpečit to, aby se ty návykové látky nedostaly na ty oddělení, pak asi jo.

resp.5: to je ta nejsložitější otázka, protože jsem se setkala, teď nedávno jsem učinila zkušenost, která trošku změnila můj pohled na to, jestli to ochranné léčení má nebo nemá smysl, protože jsem byla spíš víc přesvědčená o tom, že to nejde příliš šťastně - ty lidi jsou k tomu nucený, mají k tomu vědomý masivní odpor, k tý léčbě - takže ten člověk dělá všechno možný, aby to zhatil, a přesto se stává, že pokud ten člověk připustí, že mu to něco může přinést, vytvoří se nějaký terapeutický vztah, tak je možný to změnit. To jsem s jedním člověkem zažila, že to takhle probíhalo - ze začátku opravdu užíval drogy i na oddělení, dokonce jsem ho přímo já přistihla při kouření marihuany, takže jsem mu musela uložit trest..no a..byl prostě takovej laxní a ze začátku třeba na tý skupině dělal takový divný obličej, vzdychal, jo..nechtěl vůbec mluvit, zapojovat se. Dneska je úplně v klidu, funguje, má čistý drogový testy, všechno v pořádku, brzy půjde domů..jo, opravdu se podařilo, že odabstinoval a vlastně si vyzkoušel, že je schopnej fungovat dobře, což pro něj byla úplně nová zkušenost, i to tělo se ozdravilo, což považuje za přínos. Hrají tady ale roli i pozitivní okolnosti - on dělá, má rodinu, partnerku, těší se ven a má podmínku, která ho straší, že by mu mohl hrozit výkon trestu...co ale máme brát, že je dostačující doba, kdy se ukáže že léčba zafungovala? já si myslím, že pro

někoho, že třeba půl roku neužívá, je dobrý výsledek..s ohledem na to, že třeba dvacet let užíval, jo..někdy je třeba skutečně zvážit, že třeba ta harm reduction může být ta cesta. Ale zase mám opačnou zkušenost, že pacient, vaříč pervitinu, užíval spoustu let a ten nám narovinu řekl, že nemáme mít iluzi, že on bude kdy abstinovat a podal si návrh na zrušení léčby pro nevykonatelnost..takže my se snažíme, když ty lidi odcházejí, že alespoň tři měsíce fungovali.

16. Jaká jsou podle Vás specifika práce s klienty s nařízeným ochranným léčením?

resp.1: tak jako..třeba..na alkoholikách jako takovejch jsem nepracovala, byla jsem na příjímáku, ale tak na těch alkoholikách, maj tam striktní režim, kterej je bodovanej, tady těm chlapům je to někdy jedno, že maj problém, joo, kdežto tam ne. Nehledě na to, že v současnosti oni opravdu se snažej víc jít si za tou léčbou, i z toho důvodu, že jim utíká nějaký čas - i kvůli práci a podobně. Kdežto tady jim to přiřknul soud a oni se tomu bráněj..oni to nechtěli a furt maj pocit křivdy. Nebo né vždy, ale bejvá to dost často, jo.

resp.2: no, tak je to těžší..vzhledem k tomu, že se léčit nechtěj.

resp.3: tam jde o to se s těma lidma dohodnout, domluvit, aby prostě věděli, že tady nejsou kvůli vám, že tady jsou kvůli sobě, ta komunikace s nima hlavně. Oni si samozřejmě myslej, že jsou jediný ty zdravý a jediný ty v pořádku..málokdo na to má nahled - myslí si, že to mají všechno pod kontrolou.

resp.4: rozhodně nedobrovolnost a motivace, protože jednak jsou nedobrovolní, nechtěj se mnohdy ani léčit, nevidí v tom smysl, a snaží se to nějak jakoby přetrpět anebo z toho utíct, takže to není úplně..s těmi lidmi se špatně pracuje..mě ještě jako sociální pracovníci relativně dobře, protože oni nějak většinou potřebují tu sociální situaci řešit - potřebují občanku, potřebují kartičku pojištění, potřebují aspoň adresu ubytovny a spojit se nějak s městským úřadem, aby měli nárok na dávku, Takže mě realitvně, aspoň trošku spolupracují - kdežto třeba kolegyni, paní psycholožce, to už je vůbec těžké, když on nechce, tak mu může dát informace, ale to je tak všechno, a problém pak je, když ještě mezi ty nedobrovolné dojde ke kombinaci motivovaný-

nemotivovaný, že jo. Takže ti, se kterými by se ještě možná dalo pracovat, se mnohdy dají strhnout těma, který nechťej, protože samozřejmě je to těžký, odolávat tomu.

resp.5: tak je to učitě větší dřina..vůbec jako získat s tím člověkem nějaký jako smysluplný kontakt..protože ty lidi jsou motivovaní k tomu lhát, vymýšlet si a tak dál...což samozřejmě je i v těch dobrovolných léčbách, kdy ty lidi třeba maskují, že tajně užívají, ale není to tak úplně častý a se to rychle provalí a ty ostatní to rychle poznají, spíš je to o tom toho člověka vůbec získat pro spolupráci.

17. S jakými překážkami se v práci s klienty s nařízenou léčbou setkáváte?

resp.1: motivace, porušování léčby, taky útky. Z důvodu, že jsou to ochranky, my do čtvrt hodiny musíme hlásit, posílá se mail na policii, paní sociální to píše soudu, takže okamžitě tahleta opatření jsou jo...a na ředitelství, takže oni se někdy zdržej a už se to musí rozjet. Pak je to maření výkonu a pacienti se pak vrací k nám.

resp.2: špatná motivace, agrese.

resp.3: překážka je, že nechťej spolupracovat. Oni nemají motivaci. Někteří jsou v pohodě, protože ví, že tady dostanou třikrát denně najíst, mají svoje peníze, takže oni tady jsou spokojený..občas si něco píchnou..něco támhlento..a oni jsou spokojený. Co jim chybí? Nic. Někteří se snažej se odtud dostat, vehementně, jo, těch pacientů už bylo víc, který byli v pohodě a celou dobu opravdu si nic nedali, a tak dále - ty se snažej dostat ven, vědí, že něco udělali, že i pod vlivem třeba toho alkoholu nebo drog, ale pak jsou tady pacienti, který na to kašlou..ted' zrovna ten jeden zdrhnul..šel k zubaři a zdrhnul.

resp.4: a co třeba já vidím, konkrétně v tý sociální práci, je nedostatečný zabezpečení pro ty lidi po výstupu z toho výkonu ochranný léčby, protože jediný, co jsem jim v současný chvíli schopná zajistit je ubytovna a nějaká minimální dávka životního minima, takže pacient, když vychází odsud, nemá nic. Například: po třech letech výkonu trestu, po půl až tři čtvrtě roce tady jde na ubytovnu, kterou neviděl, doufá, že mu daj těch 3126 korun - a jak to vypadá na ubytovně? Na to, aby si uhradil aspoň samostatnej pokoj nemá, protože to je pět, šest tisíc, takže bydlí s někým, kdo na těch ubytovných bydlí, že jo. Tam se

pije, když už se tam neberou drogy, a kolik z těch chlapů může mít i dobrou vůli, ale vlastně neodolá. A tu práci taky - s výpisem z rejstříku trestu to se těžko shání. Já netvrdím, že by se jim to povedlo, ale oni by možná i chtěli, ale prostě po tom tejdnu to úplně vzdaj. Dříve, když se vycházelo z výkonu trestu, tak měli zajištěnou práci a zajištěný ubytování, což samozřejmě nežijeme v komunismu, ale oni měli jasně dáno, co mají dělat, kde se mají dostavit a věděli, že to nějak fungovat bude..a teď když má vylízt a má si dojít do zdravotní pojišťovny a má si dojít požádat o dávku a nedejbože, když tam narazí na frontu a úřednici, která nemá svůj den a vyplňte si - a to se jim moc nechce, nevědí, co tam mají vlastně vyplňovat, co je zdanitelný a nezdanitelný příjem, to neví nikdo z nás, když si dem něco takovýho vyplnit, jenomže když nemá ještě občanku, tak ho vyhoděj, ať si jí jde vyřídit, a když nemá stovku na rodnej list, tak co udělá? Řekne sprosté slovo a jde na ulici, protože prodejem drog si vydělá víc.

resp.5: tak je to opozice - opozice vůči všem a všemu nazačátku, myslím, ale že když se hnedka na ty lidi netlačí a mají nějaký čas na to se aklimatizovat, tak se ukazuje, že to většina zvládá. Pokud tam není závažná porucha osobnosti, hraniční disociální a tak dál, kdy ten člověk prostě neudrží svoje emoce na uzdě, tak nemůže fungovat ani v tom zařízení, ani venku - nikde a většinou končí ve vězení.

18. Co jsou podle Vás hlavní přínosy ochranného léčení protitoxikomanického pro společnost?

resp.1: no, vždycky je tady ta šance, že to bude třeba trošku lepší..oni jsou tu právě kvůli tý nebezpečnosti..i ta společnost si od nich odpočine..ne, ale jako další věc, co si myslím, že je pro ně hodně i motivační..oni vlastně nemaj žádný sociální, jo, zázemí, sociální dávky, nic. Tohle vesměs jim pomáhá paní sociální - ten vstup do toho života pak odsad', jo, ať už se jim pomáhá sehnat i třeba nějaká ta ubytovna, tak oni jako na ten rozjezd, maj takovou berličku, jo. Je jasný, že člověk kterej neví, až ho odsad' propustíme, bude spát pod mostem a nebo na silnici, tak co - jemu to bude jedno, prostě pujde a znova se napije, znova si vezme fet.

resp.2 : no, že se nasadí nějaký léky..a trošku se to zvládne..ta agrese, než by

byl nebezpečnej venku rodině, ostatním lidem

resp.3: tak to je taky individuální, že jo, protože ten člověk, kterej se potom zařadí do tý společnosti, bude pracovat a tak dále, tak to je přínosem pro ten stát, ale takový ty, co nikdy dělat nebudou, jenom ždímou stát nebo kradou, tak jako díky tomuhle léčení se z toho můžou dostat a můžou být přínosem pro tu společnost.

resp.4: určitě ochrana..ochrana té společnosti...neříkám, že všechny ochranné léčby jsou k něčemu, to určitě ne, ale ty pacienti dostanou nějaký informace a vědí, kam se obrátit ve chvíli, kdy se pak budou chtít léčit - dostanou se do toho systému a vědí, jak funguje, takže se jim do té hlavy dostanou určité informace, ať chtějí nebo nechtějí, protože je tady celou dobu poslouchaj. I když říkají: nechci, mě to nezajímá, budu brát - tak tam ty informace jsou, že jsou nějaký střediska, že je nějakej detox, dobrovolná léčba, po tý dobrovolný léčbě, že jsou komunity, že existujou nějaký dávky, takže nějakou získají povědomost o tom systému..určitě i takové maličkosti v uvozovkách, že se prošetří HIV pozitivita, žloutenky, zaléčí se ten jejich zdravotní stav, což je taky důležitý, protože jsou-li v lepším zdravotním stavu, lépe se s nimi pracuje a míň peněz to pak stojí stát venku - takže šíří míň nemoci a i že si dají do pořádku takový ty sociální záležitosti, někdy se podaří nakontaktovat rodiny, takže chvíli třeba jsou schopní žít v těch rodinách, doklady si dají dohromady, napojí se na nějaký systém aspoň třeba nachvíli venku těch městských úřadů, kurátorů, probačních služeb, že aspoň nachvíli zůstanou v systému.

resp.5: někdy je za tím celková úleva pro tu rodinu, kdy chvíli neřeší ty dramata, velký krádeže, to, že třeba musí nechat toho člověka na ulici, protože je nějak zaopatřenej a je nějaká šance, že se to změní a plus je snížená pravděpodobnost tý trestný činnosti.

19. Napadá Vás něco, co byste chtěl/a na závěr dodat?

resp.1 : víte, když k něčemu dojde..a někdo třeba opustí zařízení..není to vždycky o útěku, i když my to zařazujeme do útěků..lidi maj tendenci se ptát, jak je vůbec můžem pustit, jak vůbec můžou zařízení opustit. Na druhou stranu tady jsou ochránci lidskejch práv, vždycky tyhle ty lidi maj, tady ty lidi v zádech -

samozřejmě jako taky to je dobrá instituce, ale samozřejmě se musíme držet normama, který oni dali. Ale bohužel pak dochází k takový konfrontaci tady těch dvou stran a myslim si, že pak sestry dopadaj nejhůř, to se samozřejmě týká i lékařů, ale holt taky musíme dodržovat nějaký pravidla a taky se musíme pokusit těm lidem něco umožnit, rozhodně..ale bohužel tak se naráží...takový ty dotazy: proč takový lidi nepozavírate? Tak jsou tady protože jsou pro tu společnost nebezpečný, ale musíme furt zastávat, že i oni maj práva.

resp.2: ne

resp.3: mě těďka jako nic nenapadá...no, akorát si teda myslim, že tady by měl bejt tvrdší režim, ty pacienti se tady můžou skutečně v pohodě dostat k alkoholu, k drogám, a to si myslim, že není dobře. Vrátnice je celý den otevřená, takže tady pod okny můžete vidět procesí kamarádů, oni jim pošlou láhev po provaze nahoru, pacienti jim peníze dolů..my tomu nezabráníme. Mají telefony, takže oni si zavolají dealery, a tak dále a to se mi nezdá dobře. Protože nemáme na pacienty žádné páky, těžko s tím můžeme něco dělat.

resp.4: co mě jediný trápí je, že člověk sice vykonává sociální práci, ale ve finále toho pro ně zas tak moc udělat nemůže, protože těch možností, tím jak peníze prostě nejsou, je hrozně málo. Nebo mě aspoň přijde, že je málo a že jedna věc je, že fungují dávky, ale pak už moc nefungují nějaký kurátoři nebo někdo, kdo by s nima dál dělal, a provázel je, protože ty děvčata na těch městských úřadech vyplácející dávku na to čas nemají, a pak je tam nějaký kurátor, kterej má na starosti tolik lidí, že se nemůže starat o relativně schopný chlapy. Oni nemají moc nikoho, kdo by je ze systému venku podržel - a z něj vypadnou ve chvíli, kdy začnou brát - neléčíš se, bereš, tak co bys tam dělal, že jo..takže tohle..a pak zavést následné sankce za to, jestli neplní tu léčbu, jak maj. Protože u těch protitoxikomanických se dá po roce zažádat o ukončení pro bezpředmětnost. Ovšem, když je pak ta duševní nemoc, tak to dost dobře nejde, nedá se s tím nic moc dělat.

resp.5: ne.

8.3. Příloha 3

Zákon č. 373/2011 Sb.
ze dne 6. listopadu 2011
o specifických zdravotních službách

HLAVA VI
OCHRANNÉ LÉČENÍ

§ 83

(1) Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu o uložení ochranného léčení (dále jen „rozhodnutí soudu“) jako ochranné léčení ústavní vykonávané formou lůžkové péče nebo jako ochranné léčení vykonávané formou ambulantní péče.

(2) Ochranné léčení uložené soudem lze též vykonávat během výkonu trestu odnětí svobody ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby, a to ochranné léčení ústavní vykonávané formou jednodenní péče a ochranné léčení vykonávané formou ambulantní péče. Podmínky výkonu ochranného léčení nesmí ovlivnit podmínky výkonu trestu odnětí svobody.

(3) Při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak.

§ 84

(1) Poskytovatelé jsou povinni, pokud dále není stanoveno jinak, zajistit ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody, pokud jsou oprávněni poskytovat zdravotní služby v oboru, do jehož náplně tyto činnosti patří.

(2) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové nebo ambulantní péče je vedle práv stanovených zákonem o zdravotních službách oprávněn odmítnout přijetí pacienta k výkonu ochranného léčení, jestliže by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení.

(3) Ochranné léčení vedle výkonu trestu odnětí svobody vykonává poskytovatel ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby, jsou-li pro poskytování

zdravotních služeb splněny podmínky stanovené zákonem o zdravotních službách. Zdravotnické zařízení Vězeňské služby je součástí věznice.

§ 85

(1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové péče může

a) výjimečně zakázat

1. konkrétní návštěvu u pacienta,
2. použití telefonu pacientem, nebo
3. předávání korespondence pacientovi,

jestliže je důvodné podezření, že by závažným způsobem narušovaly individuální léčebný postup; z tohoto důvodu může rovněž kontrolovat balíky pacienta; důvody, které k zákazu nebo ke kontrole balíků vedly, zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; pacientovi nelze zakázat návštěvy jeho právního zástupce nebo zástupce organizace poskytující poradenství pacientům a používání telefonu a písemný styk při komunikaci s těmito zástupci,

b) nepovolit pacientovi krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení,

c) požadovat doprovod orgány Policie České republiky, jde-li o pacienta, jehož účast u soudu poskytovatel zajišťuje a který by mohl být nebezpečný sobě nebo okolí, popřípadě hrozí-li nebezpečí jeho útěku.

(2) Omezení korespondence nebo kontrola korespondence mezi pacientem a soudem ustanoveným opatrovníkem, mezi pacientem a právním zástupcem nebo zástupcem organizace poskytující poradenství pacientům, mezi pacientem a orgány veřejné moci, Veřejným ochráncem práv nebo diplomatickou misí nebo konzulárním úřadem cizího státu, anebo mezi pacientem a mezinárodní organizací, která podle mezinárodní úmluvy, jíž je Česká republika vázána, je příslušná k projednávání podnětů týkajících se ochrany lidských práv, je nepřijatelná. Tato korespondence se adresátu odesílá a pacientovi doručuje neprodleně.

(3) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody je povinen zajistit, aby byl pacient při přijetí do ochranného léčení prokazatelně seznámen se svými právy a povinnostmi souvisejícími s poskytováním zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení při výkonu ochranného léčení, s

předpokládanou dobou léčení a možností změny formy zdravotní péče podle § 83 odst. 1, v níž je ochranné léčení vykonáváno, dále s individuálním léčebným postupem, s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové péče (dále jen „vnitřní řád“), pokud podání těchto informací nevyklučuje jeho zdravotní stav. Záznam o seznámení pacienta s jeho právy a povinnostmi je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek, který byl přítomen podání informace. Povinnost podávat pacientovi informace o jeho zdravotním stavu a navržených zdravotních službách podle zákona o zdravotních službách není postupem podle věty první dotčena. Do zdravotnické dokumentace se rovněž zaznamená případný nesouhlas pacienta s navrženým individuálním léčebným postupem.

(4) Ustanovení odstavců 1 až 3 se vztahuje též na ochranné léčení poskytované vedle výkonu trestu odnětí svobody, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.

§ 86

(1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové péče může pacientovi na základě jeho žádosti povolit krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, a to po posouzení zdravotního stavu pacienta; za tím účelem mu vystaví propustku.

(2) Propustku lze vystavit, je-li zdravotní stav pacienta stabilizovaný a lze-li důvodně předpokládat, že v průběhu krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení řízení nedojde k jeho změně, která by vedla k poruše chování, v jejíž souvislosti bylo ochranné léčení nařízeno. Povolení krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení nesmí být v rozporu s účelem ochranného léčení a nesmí narušit individuální léčebný postup.

(3) Žádost pacienta podle odstavce 1 obsahuje důvody pro krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, dobu, na kterou se povolení žádá, a adresu místa, na němž se bude pacient zdržovat. Propustka obsahuje jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta, datum jeho narození, dobu, na niž je vystavena, a adresu místa, na němž se pacient bude zdržovat. Písemná žádost nebo záznam o jejím ústním podání a kopie propustky je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Jestliže poskytovatel odmítne propustku vystavit, je součástí zdravotnické dokumentace záznam o odmítnutí, v němž se uvedou

důvody odmítnutí.

(4) Pokud poskytovatel odmítne vystavit propustku, může pacient podat novou žádost nejdříve za 7 dní ode dne odmítnutí původní žádosti.

§ 87

(1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody může v případě, porušuje-li pacient závažným způsobem individuální léčebný postup ochranného léčení, podat soudu, který ochranné léčení nařídil, návrh na změnu způsobu jeho výkonu. Pokud je ochranné léčení poskytováno vedle výkonu trestu odnětí svobody, podává soudu návrh na změnu způsobu výkonu ochranného léčení ředitel organizační jednotky Vězeňské služby.

(2) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody je povinen oznámit soudu, který ochranné léčení nařídil, že a) nemůže zajistit přijetí pacienta do ochranného léčení z důvodu uvedeného v § 84 odst. 2; součástí tohoto oznámení je odůvodnění odmítnutí přijetí pacienta a sdělení předpokládaného termínu jeho možného přijetí, b) pacient, kterému bylo nařízeno ochranné léčení vykonávané formou, 1. lůžkové nebo ambulantní péče, v termínu stanoveném soudem nenastoupil k výkonu ochranného léčení, 2. lůžkové péče, se svémocně ze zdravotnického zařízení vzdálil, 3. ambulantní péče, se nedostavuje k lékařským prohlídkám ve stanoveném termínu, c) pacient byl na základě náhlé změny zdravotního stavu, která nesouvisí s ochranným léčením vykonávaným formou lůžkové péče, přeložen na jiné pracoviště poskytovatele vykonávajícího ochranné léčení nebo do zdravotnického zařízení jiného poskytovatele; byl-li pacientovi ustanoven soudem opatrovník, poskytovatel mu tuto skutečnost rovněž oznámí.

(3) Poskytovatel učiní oznámení podle odstavce 2 do 24 hodin od okamžiku, kdy skutečnost uvedená v odstavci 2 nastala.

§ 88

(1) Pacient je vedle povinností stanovených zákonem o zdravotních službách při výkonu ochranného léčení povinen a) podrobit se individuálnímu léčebnému postup stanovenému pro ochranné léčení, včetně všech zdravotních výkonů, které jsou součástí individuálního léčebného postupu; tím není dotčeno právo pacienta vybrat si z možných alternativ léčby nebo jeho právo na souhlas podle zákona o zdravotních službách pro jednotlivé zdravotní výkony, které

bezprostředně nesouvisí s naplněním účelu ochranného léčení, b) podrobit se na základě odůvodněného požadavku ošetřujícího lékaře osobní prohlídce v zájmu zajišťování vnitřního řádu a vyloučení toho, aby u sebe neměl věc, kterou by narušoval individuální léčebný postup; prohlídku vykonává osoba stejného pohlaví, c) umožnit zaměstnancům určeným poskytovatelem kontrolu svých osobních věcí, d) oznámit v případě krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení adresu, na které se bude zdržovat, a toto místo pobytu dodržet; pokud odmítne sdělit tuto skutečnost, poskytovatel propustku nevystaví.(2) O postupu podle odstavce 1 písm. b) nebo c) a o případných následných opatřeních učiní poskytovatel záznam do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

§ 89

(1) Náklady související s výkonem ochranného léčení u osob, které nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice, hradí stát z kapitoly státního rozpočtu ministerstva.

(2) Vyúčtování podle odstavce 1 zašle poskytovatel ministerstvu nejpozději do patnáctého dne následujícího kalendářního měsíce po kalendářním čtvrtletí, v němž byly zdravotní služby poskytnuty.

(3) Stát je oprávněn vymáhat od pacienta náklady uhrazené podle odstavce 1 nebo jejich část, a to prostřednictvím ministerstva.