

**Univerzita Karlova v Praze
lékařská fakulta**

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



Bc. Jana Pánková

**Ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické – systém
léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě
Institutional compulsory treatment for alcoholic and antitoxicomanials -
system of treatment programs in psychiatric hospitals/treatment centers in
Moravia**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně, dále jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Ve Šternberku dne:

Bc. Jana Pánková

Identifikační údaje:

PÁNKOVÁ, Jana. *Ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické – systém léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě. (Institutional compulsory treatment for alcoholic and antitoxicomaniacs - system of treatment programs in psychiatric hospitals/treatment centers in Moravia)*. Praha, 2018. 93 s., 3 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Poděkování:

V první řadě chci poděkovat Mgr. Haně Fidesové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a laskavý přístup při zpracovávání této práce. Také děkuji svému příteli Bc. Ivovi Vavříkovi především za trpělivost a podporu ve studiu, zároveň děkuji mému dobrému kamarádovi Mgr. Jiřímu Vanderovi, Dis. za jeho cenné rady. V neposlední řadě mé poděkování patří všem respondentům za jejich ochotu zúčastnit mého výzkumu.

Abstrakt

Východiska: Nejen ve své klinické praxi vnímám v posledních letech časté diskuze na téma ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické. Hovoří se o jeho smyslu, délce, podmínkách a pravidlech vykonávání a v neposlední řadě také o bezpečnostních opatřeních.

Cíle: Cílem této práce je zmapovat, jakým způsobem funguje systém léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě pro pacienty v ústavním ochranném léčení protialkoholním a protitoxikomanickým. Jak dlouhý je časový úsek léčby, v jakém prostředí léčba probíhá, jak jsou jednotlivá oddělení pro léčbu závislostí zabezpečena a jakým způsobem je ústavní ochranné léčení ukončováno.

Metody: Výzkum je prováděn na základě kvalitativní strategie, s pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů s využitím prvků ze zakotvené teorie. Je realizován ve všech psychiatrických léčebnách a nemocnicích na Moravě. Výzkumný soubor tvoří 5 respondentů, jedná se výběr totální.

Výsledky: Hlavní výsledky výzkumu odhalují nejednotnost v provádění ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického. Nejednotnost spočívá především v délce ochranného léčení, dále v oblastech charakteristiky oddělení a ve způsobech ukončování nebo přeměny ústavního ochranného léčení. Výzkum také poukazuje na určité shody a to především v názoru na chybějící legislativu pro provádění ochranného léčení, nedostatečné bezpečnostní opatření na jednotlivých odděleních, problematickou komunikaci mezi zdravotnickou institucí a soudci a minimální motivaci k léčbě pacientů v ochranném léčení.

Závěr: Zmapování způsobu fungování systému léčebných programů v psychiatrických nemocnicích a léčebnách pro pacienty v ústavním ochranném léčení umožnilo identifikování problémových nebo nejednotných oblastí v provádění ochranného léčení. Zjištěné výsledky mohou pomoci při případném vytváření jednotné metodiky pro provádění ochranného léčení nebo inspirovat další výzkumy v této oblasti.

Klíčová slova: ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické, ústavní léčba závislostí

Abstract

Starting point: I have seen in recent years frequent discussions on the topic of institutional protective treatment for alcoholic and anti-toxic drugs, not only in my clinical practice. It speaks of its meaning, duration, conditions and rules of performance and last but not least, of security measures.

Objectives: The goal of this work is to find out how the system of treatment programs works in psychiatric hospitals / health resorts in Moravia for patients in institutional protective treatment of alcoholic and antitoxicomaniac. How long is the time period of treatment, in which environments treatment is taking place, how separate dependence treatment departments are secured, and how institutional protective treatment is terminated.

Methods: The research is carried out on the basis of a qualitative strategy, with the help of semi-structured interviews using the elements of the anchored theory. It is implemented in all psychiatric hospitals and hospitals in Moravia. The research group consists of 5 respondents, the selection is total.

Results: The main results of the research reveal the inconsistency in the implementation of the protective treatment of alcoholic and antitoxicomaniacs. The disunity lies primarily in the length of protective treatment, in the areas of separation characteristics and in the ways of terminating or transforming the institutional protective treatment. The research also points to certain consistencies, mainly in the opinion of missing legislation for the implementation of protective treatment, insufficient security measures in individual departments, problematic communication between the health institution and judges and minimal motivation to treat patients in protective treatment.

Conclusion: The mapping of the way the system of treatment programs works in psychiatric hospitals and treatment centers for patients in institutional protective treatment has made it possible to identify problematic or inconsistent areas in conducting protective treatment. The results found may help to create a uniform methodology for conducting protective treatment, or inspire further research in this area.

Key words: protective alcoholic and antitoxicomaniac treatment, institutional treatment of addictions

Obsah

Obsah	1
1. ÚVOD	2
2. TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1. Ochranné opatření obecně	3
2.2. Druhy ochranného opatření	3
2.3. Ochranné léčení, vymezení pojmu	4
2.4. Historický vývoj ochranného léčení v ČR	6
2.5. Ukládání ochranného léčení	6
2.5.1. Obligatorní ukládání ochranného léčení	7
2.5.2. Fakultativní ukládání ochranného léčení	8
2.6. Druhy ochranného léčení	9
2.6.1. Psychiatrické ochranné léčení	10
2.6.2. Sexuologické ochranné léčení	10
2.6.3. Protialkoholní a protitoxikomanické ochranné léčení	10
2.7. Formy ochranného léčení	13
2.7.1. Ambulantní ochranné léčení	13
2.7.2. Ústavní ochranné léčení	15
2.8. Postupy pro poskytovatele zdravotní péče ochranného léčení	16
2.8.1. Ochranné léčení v Polsku	18
2.8.2. Trestněprávní systém v Anglii	19
3. ÚSTAVNÍ LÉČBA ZÁVISLOSTÍ	20
3.1. Vznik a vývoj léčby závislosti	20
3.2. Léčba závislosti v PN/PL v současnosti	21
3.2.1. Léčba závislosti v terapeutické komunitě	24
3.2.2. Rozdíly mezi psychiatrickou nemocnicí/léčebnou a terapeutickou komunitou	25
3.3. Nejužívanější psychoterapie v léčbě závislosti	26
3.4. Práce s motivací u závislosti	27
4. VÝZKUMNÁ ČÁST	30
4.1. Výzkumná strategie	30
4.2. Operacionalizace výzkumné otázky	30
4.3. Metoda sběru dat	32
4.4. Výběr souboru	32
4.5. Postup a realizace sběru dat	33
4.6. Postup a realizace zpracování dat	33
4.7. Etické aspekty výzkumu	34
5. INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ	35
6. DISKUZE	71
7. ZÁVĚR	79
8. SEZNAM LITERATURY:	80
9. SEZNAM PRÁVNÍCH NOREM:	83
10. SEZNAM ZKRATEK:	84
11. SEZNAM SCHÉMAT:	85
12. PŘÍLOHY:	86

1. ÚVOD

Psychiatrické nemocnice a léčebny jsou součástí sítě zdravotnických zařízení, které pečují o zdraví občanů ČR. Jedním z oborů, kterým se psychiatrická péče věnuje, je léčba závislostí. Většina psychiatrických nemocnic a léčeben disponuje jedním, nebo více lůžkovými odděleními pro léčbu závislosti. V rámci těchto oddělení probíhá ústavní léčba závislostí na alkoholu, nealkoholových drogách a také léčba závislostí procesuálních. Pacienti do léčby nastupují většinou na doporučení ambulantního lékaře, předpokladem přijetí je také alespoň částečná osobní motivace. Speciální kategorii tvoří pacienti s nařízeným ústavním ochranným léčením protialkoholním či protitoxikomanickým. Ti do léčby nastupují na základě soudního rozhodnutí. Právě této skupině pacientů, přesněji systému léčebné péče o tyto pacienty, se věnuje má práce.

Ze své klinické praxe adiktologa zaznamenávám v posledních letech diskuze na téma účelnosti ústavního ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického. Hovoří se o absenci jasných pravidel pro provádění výše zmíněných ochranných léčeb, bezpečnosti personálu a pacientů, nedostatečné motivaci k léčbě na straně pacientů ale i personálu, délce ochranné léčby, spolupráci se soudy a dalších aspektech. Zjistila jsem, že tomuto tématu se v ČR věnuje jen minimum výzkumů, a proto se rozhodla jej zpracovat ve své diplomové práci s názvem *„Ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické – systém léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě.“* Pro výběr tématu jsem se inspirovala také ve svém zaměstnání, kde často pracuji s pacienty s nařízenou ústavní ochrannou léčbou protialkoholní nebo protitoxikomanickou. Otázce ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického jsem se věnovala také ve své bakalářské práci.

Výzkum jsem prováděla na základě kvalitativní výzkumné strategie s pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů. Oslovila jsem primáře oddělení pro léčbu závislostí ve všech pěti psychiatrických nemocnicích a léčebnách na Moravě Díky jejich vstřícnosti a zájmu spolupracovat na daném tématu mohla tato práce vzniknout.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Ochranné opatření obecně

Trestní zákoník rozlišuje dva typy trestních sankcí. Jedním jsou tresty a druhým ochranná opatření. „*Trest představuje jeden z prostředků státního donucení. Je odplatou za trestný čin, který byl v minulosti spáchán*“ (Válková, Kuchta, 2012).

Ochranná opatření jsou právními instituty, kterými právní řád reaguje na protiprávní činy. Jsou trestněprávním následkem trestného činu. Jde o samostatnou kategorii trestněprávních sankcí. Smyslem ochranných opatření je ochrana společnosti, zároveň také prevence další trestné činnosti.

Výčet ochranných opatření je obsažen v § 98 odst. 1 trestního zákoníku (dále TrZ). Ochrannými opatřeními jsou ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci, zabránění části majetku a ochranná výchova. Ukládání ochranné výchovy upravuje zákon o soudnictví ve věcech mládeže. Ochranné léčení nelze uložit vedle zabezpečovací detence a zabránění části majetku nelze uložit vedle propadnutí téže části majetku (podle § 98 odst. 3 TrZ). To znamená, že pachateli není možné uložit zároveň např. protialkoholní léčení se zabezpečovací detencí v detenčním ústavu nebo nelze zabavit část majetku, který zároveň propadl státu. Trestní zákoník rozlišuje ochranné léčení psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické léčení (také léčení patologického hráčství). O uložení ochranného opatření vždy rozhoduje soud.

V § 97 odst.1,2 TrZ o ukládání ochranného opatření je pak popsáno, že lze ochranné opatření ukládat vedle trestu i s trestem, více ochranných opatření lze uložit vedle sebe, pokud nelze vykonat více opatření vedle sebe, soud určí pořadí výkonu. Příkladem může být ochranné léčení psychiatrické a zároveň protitoxikomanické. Vzhledem k tomu, každé ze jmenovaných ochranných léčeb se vykonává zvlášť, je nutné určit pořadí, ve kterém léčení proběhne. V praxi se většinou vykonává ochranné léčení psychiatrické před léčením protitoxikomanickým z důvodu zastabilizování pacienta.

2.2. Druhy ochranného opatření

Následující kapitola krátce popisuje druhy ochranných opatření, největší část věnuje ochrannému léčení, protože zabezpečovací detence, zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty a ochranná výchova nejsou předmětem této diplomové práce.

- TrZ v ustanovení § 98 odst. 1 uvádí celkem čtyři druhy ochranných opatření:

- Ochranné léčení – viz níže.
- Zabezpečovací detenci - zabezpečovací detence znamená nucené zadržování a léčbu nemocných ve zdravotnických zařízeních. Není potřeba souhlasu takové osoby, ani jejího zákonného zástupce. Pro výkon tohoto ochranného opatření jsou zřízeny specializovaná zdravotnická zařízení, která se nazývají detenční ústavy. Tyto detenční ústavy se nacházejí například v Brně či Opavě.
- Zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty - toto ochranné opatření se ukládá, když je třeba zneškodnit či zabavit věc, která je způsobilá ohrožovat zájmy chráněné trestním zákonem. Uloží se, pokud není možné uložit trest propadnutí věci (§ 101 TrZ).
- A ochrannou výchovu - ochrannou výchovu upravuje zvláštní zákon a lze ji uložit pouze mladistvému anebo osobě mladší patnácti let, která se dopustila činu jinak trestného.

2.3. Ochranné léčení, vymezení pojmu

Institut ochranného léčení a jeho výkon jsou upraveny zejména v následujících právních předpisech, tj. Trestní zákoník, trestní řád a zdravotnické předpisy, tedy především zákon o specifických zdravotnických službách. Ustanovení § 99 TrZ popisuje zejména podmínky ukládání ochranného léčení, formu ochranného léčení a její změny a trvání ochranného léčení.

Toto ochranné opatření má poskytovat ochranu před nebezpečnými osobami, které trpí duševní poruchou, nebo osobami závislými na návykových látkách. Ačkoliv v sobě jeho uložení obsahuje i složku represivní, zejména ve formě omezení nebo zbavení osobní svobody, jeho hlavním účelem je preventivně působit na pachatele a umožnit mu návrat do společnosti bez dalšího možného rizika páchaní trestné činnosti, a tím i zároveň ochránit společnost jako celek, jak uvádí Šámal (2010). Ochranné léčení je ochranné opatření, které spočívá v *„uložení povinnosti pachateli trestného činu nebo činu jinak trestného podrobit se terapeutickému, léčebnému působení, jehož účelem je, aby pobyt pachatele na svobodě nebyl pro společnost nebezpečný a snížila se pravděpodobnost, že bude dále páchat trestnou činnost (Jelínek, 2017).*

Ochranné léčení je jedním z ochranných opatření, jako právních následků trestného činu, ale i činu jinak trestného, neboť ho lze ukládat i nepřičetným osobám. *„Ochranné léčení může být uloženo soudem v případech, kdy má soud za to, že by vzhledem ke zdravotnímu stavu pachatele bylo možno dosáhnout účelu trestu i uložením trestu kratšího trvání za*

současného uložení ochranného léčení, nebo v případech, kdy pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou a soud má za to, že ochranné léčení zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe, než trest“ (Mach et al., 2013). To znamená, jestliže soud uzná, že by ochranné léčení mělo větší význam, než trest, uloží raději jen ochranné léčení, nebo uloží kratší trest současně s ochranným léčením. Může se jednat o pachatele psychicky nemocného nebo sexuálního devianta.

- Hlavní cíle ochranného léčení, které tvoří vzájemně provázaný celek a jimiž jsou:
- léčení duševní poruchy, kterou pachatel trpí a na jejímž základě spáchal trestný čin,
- izolace společensky nebezpečného pachatele trestného činu,
- prevence opakování trestného činu v důsledku duševní poruchy pachatele,
- resocializace a zařazení pacienta do běžného života.

Ochranné léčení lze nařídit před trestem, během trestu, po trestu anebo samostatně. V případě, že odsouzený vykonával ochranné léčení před nástupem výkonu trestu odnětí svobody nebo v jeho průběhu, přihlédne soud při rozhodování o podmíněném propuštění podle § 86 odst. 1 TrZ i k projevenému postoji odsouzeného k výkonu ochranného léčení.

Ochranné léčení, které následuje po výkonu trestu odnětí svobody, je systémem založeným na postupném získávání výhod na základě splněných úkolů, které jsou v systému předepsány. Před pacienta klade jasný cíl, kterého dosahuje splněním dílčích úkolů, což je patřičně odměňováno. Srozumitelným cílem pro pacienta (pachatele) je fakt, že po splnění všech podmínek ochranného léčení bude propuštěn a že celé léčení je zaměřené na postupný bezproblémový vstup do běžného života. *„Tomu je podřízena i náplň ústavního ochranného léčení, ve které jsou nedílnou součástí i propustky za účelem zkoušky jeho schopnosti fungovat v běžné společnosti, zajištění existenčních podmínek a obnovení často narušených kontaktů s jeho rodinou a blízkými osobami“* (Šámal, 2010). Pacienti v léčbě závislostí v psychiatrických nemocnicích prochází tzv. strukturovaným programem, většinou s bodovacím systémem a jeho součástí je i rozvolňování režimu. V praxi v léčbě závislostí mají pacienti po určité době pobytu nárok na vycházky mimo areál psychiatrické nemocnice a také propustky přes noc, sloužící k udržení či obnově kontaktu s rodinou nebo příbuznými. To se týká jak pacientů v dobrovolném léčení, tak pacientů v ochranném léčení, ale ti mají přísnější požadavky. Jak uvádí Švarc (2018), pacienti v ochranném léčení jsou povinni oznámit v případě propustky adresu, na které se budou zdržovat. Pokud to odmítne, propustku nedostane.

2.4. Historický vývoj ochranného léčení v ČR

V minulosti nebylo potřeba mít opatření, o kterém by rozhodoval trestní soud v trestním řízení.

„Koncem 16. století se běžně zastávalo stanovisko, že duševně nemocný člověk má asi tolik rozumu, co čtrnáctileté dítě a jako takové může být trestáno. Vzhledem k tomu, že do té doby byli popravováni pachatelé až od 15 let, nesměl být ten, kdo byl zbaven rozumu, postaven před soud“ (Císařová, Vanduchová, 1995). Později nastal hrdelní řád Josefa 1., ten byl již mírnější. Zákon tereziánský, ještě mírnější. Jestli je pachatel duševně nemocný, o tom rozhodoval soud, ovšem jestli pachatel svou nemoc nepředstírá, o tom rozhodovali jistí znalci z řad různých ranhojičů.

V roce 1918 po vzniku Československa platily na našem území dva trestní řády a tento tzv. dualismus se prakticky používal až do roku 1950. Po tomto roce dualismus zaniká a vzniká trestní zákon. Jak uvádí Císařová a Vanduchová (1995), po přijetí tohoto zákona bylo ochranné léčení ukládáno pachateli nepřičetnému, jehož pobyt na svobodě byl nebezpečný (obligatorně) nebo pachateli, který nadměrně požíval alkohol nebo jiné omamné prostředky a pod jejich vlivem spáchal trestný čin (fakultativně). Skála (2003) uvádí, že v roce 1948 byl sám přítomen v parlamentu, kdy vznikal nový zákon na potírání alkoholismu č. 87/1948 Sb., s možností povinného léčení nařízeného okresními národními výbory.

Pozdější zákon z roku 1961 pocházel ze stejné koncepce, jako z roku 1950. Tyto dva zákony zavedly ochranná opatření a to pro pachatele nepřičetné, se zmenšenou přičetností, alkoholiky a toxikomany. Trestní zákon č.140/1961 a trestní řád 141/1961 byly v naší republice platné až do roku 2009 a nový trestní zákoník č. 40/2009 nabyl účinnosti ke dni 1. 1. 2009.

2.5. Ukládání ochranného léčení

V této kapitole objasním, komu lze uložit ochranné léčení a v následných podkapitolách zmíním obligatorní a fakultativní ukládání ochranného léčení. Tuto trestněprávní sankci je možno uložit několika osobám, páchající trestnou činností. Jednotlivé kategorie lze opět najít v § 99 TrZ, v němž jsou přímo uvedeny. Jedná se o tyto skupiny:

Ochranné léčení lze uložit osobám, které spáchaly čin jinak trestný ve „stavu nepřičetnosti“ a jsou trestně neodpovědné a zároveň tento pobyt této osoby na svobodě musí být nebezpečný.

Dále lze ochranné léčení uložit osobě, která spáchala trestný čin v době „zmenšené přičetnosti“, která se projevuje snížením rozumové a volní schopnosti. Snížení některé ze schopností je důsledkem přítomnosti duševní poruchy. Další skupinou osob jsou nebezpeční pachatelé, kteří spáchali trestný čin ve stavu vyvolaném „duševní poruchou“. Tento stav však nedosahuje intenzity zmenšené přičetnosti a pobyt této osoby na svobodě musí být nebezpečný.

Poslední skupinou jsou osoby „zneužívající návykové látky“ a trestný čin spáchaly pod vlivem této látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Aby mohlo být ochranné léčení uloženo, jedna z podmínek je nebezpečnost těchto osob pro společnost nebo pro sebe samotného a je nutné zajistit ochranu společnosti. Osoby, které spáchaly trestný čin pod vlivem alkoholu nebo pod vlivem jiných návykových látek, jsou sice trestně odpovědné, ale zákonodárce zvažuje, zda uložený trest dosáhne účelu a zda nebude vhodné uložit též ochranné léčení a tím předejít v budoucnu páchání trestné činnosti pod vlivem návykových látek u daného jedince. Ochranné léčení se neukládá, pokud není možné dosáhnout jeho účelu.

Jestliže soud ukládá ochranné léčení, musí vždy rozhodnout, zdali se vykoná ve zdravotnickém zařízení ve formě ústavní nebo ambulantní. Jestliže byl pachateli uložen i trest odnětí svobody, ochranné léčení se zpravidla vykonává po nástupu do věznice a pokud to není možné, vykoná se až po propuštění z vězení ve zdravotnickém zařízení. Dále se také § 99 zmiňuje o změně ústavního ochranného léčení na ambulantní a naopak nebo změně na zabezpečovací detenci.

Jestliže ústavní ochranné léčení nesplňuje svůj účel, například z důvodu nebezpečnosti pacienta na svobodě, vyhrožuje či ohrožuje zdravotnickému personálu, spolupacientům nebo se jedná o útěk pacienta ze zdravotnického zařízení apod., je možné nařídit zabezpečovací detenci. Dále § 99 v odst. 6 upravuje dobu trvání ochranného léčení. Nikde nefiguruje, jak dlouhou dobu má trvat, nejdéle však dva roky. Pakliže účelu ochranného léčení nelze dosáhnout, je možné že soud rozhodne o propuštění z ochranného léčení a nařídí dohled.

2.5.1. Obligatorní ukládání ochranného léčení

Ochranné léčení, jak uvádím výše, je možné uložit podle § 99 odst. 1 a to takzvaně obligatorně nebo podle § 99 odst. 2 fakultativně. Pojem obligatorní lze přeložit jako nutný nebo povinný, to znamená, že soud „musí“ ochranné léčení uložit.

- Obligatorně se ochranné léčení uloží pachateli činu jinak trestného, který pro

nepříčetnost není trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Vždy je nutné zjistit, jestli duševní porucha pachatele zapříčinila stav jeho nepříčetnosti. Také je důležité zjistit, zdali ponecháním pachatele na svobodě nedojde k dalšímu páchání trestné činnosti (§ 99 odst. 1 TrZ).

- Dále je možné ochranné léčení obligatorně uložit osobě, která spáchala trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a soud dospěje k názoru, že lze upustit od potrestání, neboť ochranné léčení zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest. (§ 99 odst. 1 ve spojení s § 47 odst. 1 TrZ). Podmínkou je, že si tento stav nesmí pachatel přivodit sám, např. užitím návykové látky.
- Poslední možností uložení ochranného léčení obligatorní formou je případ, kdy pachatel byl v době spáchání činu nepříčetný a jeho pobyt na svobodě je zároveň nebezpečný. Samotná nepříčetnost k uložení ochranného léčení nepostačuje (§ 99 odst. 1 ve spojení s § 40 odst. 2 TrZ).

Jako jeden z příkladů může být psychiatrický pacient s psychotickým onemocněním, který se pro svou nemoc může stát nebezpečný pro okolí nebo sobě samému.

2.5.2. Fakultativní ukládání ochranného léčení

Pojem fakultativně vyjadřuje opak obligatorního, to znamená, že soud „může“ ochranné léčení uložit. Fakultativně může soud uložit ochranné léčení v těchto případech:

- Prvním je, když pachatel trestný čin spáchal ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Může se tedy jednat o případy, kdy je pachatel zmenšeně přičetný anebo o případy, kdy pachatel trpí duševní poruchou, ale je přičetný. Ovšem nikde není výslovně stanoveno, že si pachatel tento stav nesmí přivodit návykovou látkou. Bude tedy záležet pouze na uvážení soudu, jak tuto záležitost pojme.
- V druhém případě fakultativně soud ukládá ochranné léčení pachateli, který užívá návykové látky a pokud spáchal trestný čin pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Musí se jednat o chorobný návyk, ne jen o jednorázovou záležitost. V tomto případě musí být prokazatelné, že je pachatel dlouhodobým uživatelem návykových látek. Je také důležité, aby pachatel projevil zájem se léčit a měl aspoň částečný náhled na svou závislostní problematiku. Jak píše Šámal (2010), tyto osoby jsou pro společnost zvýšeně nebezpečné a jejich pobyt může být na svobodě nebezpečný. Proto je potřeba zajistit ochranu

společnosti od těchto osob jejich umístěním v ústavním zdravotnickém zařízení. Dále dodává, že poskytnutí odborné lékařské péče se může pozitivně promítnout do jejich dalšího života a ochranné léčení může působit v jejich prospěch.

Jak popisuje Šámal (2010), lze fakultativně ochranné léčení uložit i pachatelům, kteří zneužívají některou návykovou látku, jestliže spáchali trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním a nejsou-li bez odborné léčby schopni se tohoto návyku zbavit [§ 99 odst. 2 písm. b) TrZ]. Pachatel zneužívá návykovou látku (§ 130 TrZ), jestliže se oddává jejímu zneužívání, což je jednou z podmínek pro uložení ochranného léčení jen tehdy, když je dlouhodobějšího nebo trvalého rázu. Nestačí např. jednorázová opilost ani pouhé zjištění sklonů např. k požívání alkoholických nápojů, ale musí jít o takové požívání, které má povahu chorobného návyku. „*Obdobně je tomu i u jiných návykových látek, kde nestačí např. tzv. experimentování s některou omamnou nebo psychotropní látkou*“ (Šámal, 2010). Pod pojmem „chorobné“ užívání návykových látek autor zjevně myslel závislost na návykových látkách.

Na pojem závislost se dá nahlížet z mnoha úhlů, např. v lékařském slova smyslu, jak uvádí Kalina (2003) je drogová závislost chorobnou poruchou mozkových funkcí, pokládá se za nemoc chronickou a obtížně léčitelnou, s častými recidivami. I když však není úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínek abstinence. Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je tato: Jedná se o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Podle Nešpora (2018) centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je silná touha užívat psychoaktivní látky, která je často těžko ovladatelná.

Dalším typickým příkladem může být psychiatrický pacient nebo sexuální deviant. Soud může současně uložit i trest nebo upustit od potrestání pokud uzná, že ochranné léčení splní účel lépe, než potrestání.

2.6. Druhy ochranného léčení

Jak již bylo zmíněno výše, existují čtyři druhy ochranného léčení, jak uvádí Šámal (2010) a to psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické anebo také kombinované (například psychiatrické společně s protialkoholním).

Pokud jsou splněny podmínky pro uložení více druhů ochranného léčení, uloží soud oba dva tyto druhy. V případě, že ve zdravotnickém zařízení budou podmínky pro výkon obou druhů ochranného léčení, budou se vykonávat současně. Ve většině případů je možné ve

zdravotnických zařízeních vykonat současně léčení protialkoholní společně s protitoxikomanickým.

2.6.1. Psychiatrické ochranné léčení

Psychiatrické ochranné léčení je ukládáno pachatelům, kteří v době spáchání trestného činu nebo činu jinak trestného trpěli nebo stále trpí duševní poruchou. Mezi duševní poruchy tak, jak je vymezuje trestní zákoník podle Šámala (2012), patří mimo jiné duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci. Mezi tyto se zařazují všechny somaticky podmíněné duševní nemoci, včetně těch, u kterých se takový organický původ předpokládá. Rozumíme jimi exogenní psychózy (např. psychózy po poranění mozku, epilepsie apod.), endogenní psychózy (schizofrenie, maniodepresivní poruchy apod.), stavy v alkoholovém či drogovém opojení (např. toxická psychóza) a geneticky podmíněné nemoci (např. Downův syndrom).

Pojem exogenní znázorňuje příčinu nemoci, kterou jedinec získal tzv. „zvenčí“. Jak uvádí Raboch a Zvolský (2001), jedná se o duševní poruchy, které vznikají následkem onemocnění. Endogenní znamená příčinu nemoci „zevnitř“, nejsou důsledkem např. somatického onemocnění, poškozením nebo dysfunkce mozku. Geneticky podmíněné nemoci jsou dědičné choroby.

2.6.2. Sexuologické ochranné léčení

Sexuologické ochranné léčení se zaměřuje na léčbu sexuálních deviací a poruch sexuální preference. Jedná se například fetišismus, exhibicionismus, pedofilii, sadomasochismus nebo sadismus. Ochranné léčení se ukládá především za spáchání sexuálně motivovaných trestných činů. Kategorie sexuální kriminality vychází z kritéria motivace kriminálního chování a zahrnuje všechna lidská sexuální chování, která nejsou společností akceptována. Ne všechny sexuální deviace jsou sankcionovány trestním právem a ne všichni sexuální devianti svým sexuálním chováním porušují kodifikované sociální normy (Válková, Kuchta, 2012).

2.6.3. Protialkoholní a protitoxikomanické ochranné léčení

Poněvadž se tato práce zaměřuje především na ochranné léčení protialkoholní a

protitoxikomanické, je mu věnována větší pozornost, než ostatním ochranným léčbám.

Protialkoholní nebo protitoxikomanické ochranné léčení (záleží na druhu užívané návykové látky) je ukládáno pachateli, který pod vlivem návykové látky spáchal trestný čin anebo spáchal trestný čin v souvislosti s jejím užíváním. Uložení takového ochranného léčení by mělo mít přínos hlavně pro samotné pachatele a měla by mít pro ně smysl, byť se jedná víceméně o léčbu nucenou.

U pachatelů trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu, kteří ve výrazné míře podléhají nadměrnému požívání alkoholu a u nichž jsou tyto sklony chorobné povahy, jsou orgány činné v trestním řízení povinny zjišťovat předpoklady pro ochranné léčení (srov. č. 30/1972 Sb.). Protože k posouzení stadia vývoje a stavu alkoholismu osoby, u níž má být rozhodnuto o uložení ochranného léčení protialkoholního, je třeba odborných znalostí, je nezbytné, aby v každé takové věci (pokud nebyl ve věci vypracován znalecký posudek) bylo toto odborné vyjádření k ochranné léčbě vyžádáno, a to od lékaře-alkohologa nebo od zdravotnického zařízení zabývajícího se protialkoholní léčbou.

Ve znaleckém posudku nebo v odborném lékařském vyjádření je třeba, aby znalec nebo lékař-alkoholog také zaujal stanovisko, zda vzhledem k osobě pachatele, jeho zdravotnímu stavu (včetně psychiky), jeho poměru k ochrannému léčení a případně dosud proběhlým ochranným léčbám, je předpoklad, že lze v případě zneužívání návykové látky dosáhnout účelu ochranného léčení. *„Ochranné léčení podle § 99 odst. 2 písm. b) TrZ se neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout“* (Šámal, 2010). V textu se autor vyjadřuje k lékaři posuzujícího míru závislosti na alkoholu, jako k lékaři-alkohologovi. V dnešní době se odborníci na závislost nazývají adiktologové. *„Adiktologie je multidisciplinární vědní obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem závislostního chování“* (Kalina, 2015).

Zkušenosti ukazují, že pro účinné ochranné léčení, zejména u pachatelů užívajících návykové látky, má zásadní význam náležitá motivace léčené osoby k pozitivní změně a její spolupráce při léčení. Proto při ukládání ochranného léčení podle § 99 odst. 2 písm. b) TrZ musí soud též zkoumat, zda neexistuje tzv. kontraindikace v osobě samotného pachatele, tedy zda vzhledem k jeho osobě je zřejmé, že účelu ochranného léčení nelze dosáhnout. Zde autor hovoří o důležitosti motivace pachatele k léčbě a zároveň spolupráci při léčení. Také popisuje, že celé léčení je zaměřené nejprve na motivaci pro změnu a později bezproblémový vstup pacienta do běžného života, včetně zajištění existenčních podmínek a obnovení často narušených kontaktů s pacientovou rodinou a blízkými. Úspěšným ochranným léčením tedy je v některých případech vyléčení, ale častěji motivace k dobrovolné návazné léčbě v ambulanci, případně v některém k tomu určeném zařízení (např. u protitoxikomanického léčení v terapeutické komunitě apod.). *„Následná péče splňuje funkci vedení při začleňování se do běžné společnosti, které je vzhledem k povaze*

poruchy často u pacienta spojeno s nutností osvojit si různé dovednosti, což je pro něho nesnadné, a proto je nutno zásadně podporovat jeho motivaci ke změně životního stylu“ (Šámal, 2010).

Válková a Kuchta (2012) tvrdí, že léčení může být účinné jen tehdy, podaří-li si získat spolupráci závislého. Kalina (2008) uvádí, že řada výzkumných studií prokázala, že zda je léčba nucená nebo dobrovolná, nemá vliv na její úspěšnost. Navíc Kalina (2015) hovoří o faktorech, které ovlivňují úspěšnost léčby a jsou to:

- poradenství před léčbou,
- práce s motivací klienta/pacienta,
- individualizovaný přístup ke klientovi,
- volba vhodného druhu léčby,
- podpora zapojení klienta/pacienta do léčby.

Jestliže účelu ochranného léčení nemůže být dosaženo, soud jej neuloží podle § 99 odst. 2 písm. b) TrZ.

Cílem protialkoholní a protitoxikomanické léčby je zbavit pacienta jeho závislosti, pomoci pacientovi získat náhled na svou závislostní problematiku spojenou s páčáním trestné činnosti a motivovat ho ke změně životního stylu. Pacient musí mít potřebu se sám léčit. Pokud pacient motivaci nemá nebo ji během léčby nezíská a léčba se může jevit jako zbytečná či neúčelná, v takovém případě zdravotnické zařízení může kdykoli navrhnout ukončení léčení podle § 99 odst. 6 TrZ. To se týká i pacientů, kteří nejsou schopni abstinovat ve svém přirozeném prostředí, pouze v institucích. Pacienti často berou ochranné léčení tak, že si je nevybrali, jak uvádí Vondráčková (2006), proto k němu získávají odpor. *„Úspěšným ochranným léčením tedy není vyléčení, ale častěji motivace k dobrovolné návazné léčbě v ambulanci, případně v některém k tomu určeném zařízení“ (Vondráčková, 2006).* V podobném duchu hovoří i Šámal. Celou kapitolu o práci s motivací u závislostí vysvětlují níže.

Ochranné léčení je možné uložit jen po předchozím znaleckém posudku soudního znalce. Soudním znalcem je lékař z oboru psychiatrie a u ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického není určeno, že by měl mít adiktologické zaměření. *„Psychiatr se zásadně vyjadřuje k otázkám přítomnosti či nepřítomnosti známek duševní poruchy, k chorobným změnám, k ovládacím a rozpoznávacím schopnostem a k případným léčebným opatřením“ (Pavlovský, 2012).* Podle trestního řádu (TŘ) by měl předseda senátu soudu, který o ochranném léčení ústavním rozhodl, zařídit neodkladný nástup do léčebného zařízení, v němž má být ochranné léčení provedeno.

2.7. Formy ochranného léčení

Tato kapitola popisuje formy ochranného léčení, které jsou v podstatě jen dvě a to buď forma ambulantní, nebo ústavní. O všem rozhoduje soud, ani ne s přihlédnutím na spáchaný trestný čin, ale spíš s ohledem na stav a nemoc pachatele nebo četnost předešlých ochranných léčeb. Soud opět postupuje na základě znaleckého posudku. *„Při rozhodování o dané formě je podstatný zejména znalecký posudek, který se týká povahy nemoci pacienta, ovšem znalecký posudek nemá v řízení privilegované postavení, jde o důkaz jako každý jiný a platí pro něj všechny obvyklé zásady dokazování, zejména zásada volného hodnocení důkazů“* (Jelínek, 2017). To znamená, že konečné rozhodnutí bude vždy záležet na úvaze daného soudu. Mach (2010) píše, že ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek je uvedeno stanovisko, že znalecký posudek musí vypracovat vždy znalec příslušné odbornosti a je nepřijatelné, aby posudek samotný vypracoval znalec jiné odbornosti, byť by se na jeho vypracování podílel konzultant příslušné odbornosti.

Ukládá-li soud ochranné léčení, musí vždy rozhodnout o způsobu jeho výkonu ve smyslu § 99 odst. 4 TrZ, to znamená, jestli se vykoná v ústavním zdravotnickém zařízení nebo ve specializovaném oddělení věznice, pokud je vykonáváno současně s nepodmíněným trestem odnětí svobody, nebo ambulantní formou.

Šámal (2010) vysvětluje, že ochranné léčení se ve smyslu § 99 odst. 4 TrZ ukládá podle povahy nemoci a léčebných možností ve dvou formách – ústavní a ambulantní. Ukládá-li soud ochranné léčení, musí vždy rozhodnout o způsobu jeho výkonu, tj. zda se vykoná v ústavním zdravotnickém (léčebném) zařízení, nebo ambulantně ve zdravotnickém zařízení poskytujícím příslušnou ambulantní péči (srov. č. 30/1972 Sb.). *„V souvislosti s tím je třeba zdůraznit, že ambulantní způsob výkonu ochranného léčení je zásadně možný ve všech případech ochranného léčení, jestliže nebezpečí, které od léčené osoby hrozí, je touto formou léčení odstraněno nebo alespoň zásadním způsobem omezeno“* (Šámal, 2010).

2.7.1. Ambulantní ochranné léčení

Moje práce je zaměřena na ústavní ochranné léčení, ale i přesto zde krátce zmíním ochranné léčení ve formě ambulantní. Jelikož v následujících dvou kapitolách se budu zabývat výkonem ochranného léčení ve zdravotnických zařízeních, budu se k osobě pachatele vyjadřovat, jako k osobě pacienta.

Ochranné léčení v psychiatrických ambulancích upravuje zákon o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.). Ten specifikuje práva a povinnosti pacientů (i pacientů v ochranném léčení), a poskytovatelů zdravotnických služeb. A zejména zákon o

specifických zdravotních službách (zákon č. 373/2011 Sb.). Tento zákon obsahuje v § 83 - § 89 (koncipovaných původně jako samostatný zákon o ochranném léčení) práva a povinnosti pacienta v ochranném léčení. Ochranné léčení dále upravuje Jednací řád soudů (vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb.). Ten stanovuje v § 42 administrativní postupy soudů po uložení ochranného léčení ambulantního. Jedná se např. o to, jaké materiály zaslat poskytovateli společně s nařízením, nebo že předseda senátu vyzývá osobu k nástupu ochranného léčení, nikoli poskytovatel.

Výkon ambulantní formy ochranné léčby probíhá bez vyčlenění pacienta ze svého přirozeného prostředí, tedy na svobodě, není mu poskytnuta lůžková péče. Na základě rozhodnutí soudu musí pacient pravidelně docházet do zdravotnického zařízení. Jak uvádí Švarc (2018), výkon ochranného léčení ambulantního nařídí soud do psychiatrické ambulance a dodává, že taková ambulance se těžce shání, s čímž z praktické zkušenosti souhlasím. Autor dále dodává, že tento problém by vyřešilo oprávněné finanční zvýhodnění lékaře za péči o pacienty v ochranném léčení.

Při výkonu ochranného léčení ambulantního, jak píše Švarc (2018), se postupuje takto:

- Pokud se pacient dostaví poprvé, lékař zašle soudu, který ochranné léčení nařídil, oznámení o započtení léčení.
- Lékař na počátku ochranného léčení musí formulovat individuální léčebný postup a pacient s ním musí být seznámen, společně se jeho právy a povinnostmi a léčebnému postupu je pacient povinen se podrobit.
- Pokud se pacient ve stanoveném termínu nedostavuje do ambulance, lékař to oznámí policii ČR a soudu, který ochranné léčení nařídil (platné od 1. 11. 2017, do té doby se hlásilo pouze soudu). Pojem „nedostavuje“ neznamená okamžité nahlášení hned po prvním nedostavením se.
- Ambulantní lékař podá soudu ve svém okrese návrh na ukončení ochranného léčení, jakmile bylo dosaženo účelu, popř. jakmile zjistí, že účelu ochranného léčení nelze dosáhnout, nebo podá návrh na přeměnu ochranného léčení na ústavní formu, pokud pacient podmínky ambulantního léčení neplní. V návrhu lékař popíše průběh a výsledky ochranného léčení a uvede důvody navrhovaného postupu.
- Ambulantní ochranné léčení není potřeba prodlužovat (s účinností od 1. 7. 2016).

Tato forma ochranného léčení přichází v úvahu spíše u takových pacientů, u nichž lze předpokládat, že účel léčení bude splněn i při pobytu v jeho přirozeném prostředí.

2.7.2. Ústavní ochranné léčení

Jak je již zmíněno výše, ústavní ochranné léčení je vykonáváno ve zdravotnickém zařízení nebo ve věznici. Ve věznici připadá v úvahu, pokud je současně uložen nepodmíněný trest odnětí svobody a zároveň toto léčení není vykonáváno před nebo po vykonání tohoto trestu.

Řídí se zákonem o specifických zdravotních službách (zákon č. 373/2011 Sb.), a § 83 - § 87 obsahuje práva a povinnosti pacienta v ochranném léčení, § 83 odst. 2. přímo uvádí, že výkon ochranného léčení lze provést mimo zdravotnické zařízení v psychiatrických nemocnicích (během výkonu odnětí svobody) taktéž ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby. To se týká ochranného léčení ústavního, ale i ambulantního. Ovšem toto léčení nesmí ovlivnit podmínky výkonu trestu odnětí svobody. Ústavní ochranné léčení dále upravuje Jednací řád soudů (vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb.). Ten stanovuje v § 41 administrativní postupy soudů po uložení ochranného léčení, např. že předseda senátu vyzývá osobu k nástupu ochranného léčení.

Přehled všech spádových psychiatrických nemocnic a léčeben, dle místa bydliště osob s uloženým ochranným léčením, lze nalézt v Kancelářském řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy v příloze č. 8. V této práci je součástí přílohy B.

Jako příklad výkonu ochranného léčení přímo ve věznici je možno uvést věznici Rýnovice. V letech 2001 až 2010 se na oddíle ve věznici v Rýnovicích vykonávala soudem nařízená ochranná protitoxikomanická léčba v ústavní formě. Na základě pozdějších změn lze od roku 2011 v tomto oddělení vykonávat soudem nařízenou ochrannou protitoxikomanickou léčbu pouze ve formě ambulantní.

Od podzimu 2016 byla léčba rozšířena o ambulantní ochrannou léčbu protialkoholní. Program, kterým klienti procházejí je koncipován na 12 měsíců a je založen na komunitním systému a skupinové terapii, kde se klienti učí novým sociálním rolím, přebírají zodpovědnost za sebe i za druhé, mění systém životních hodnot orientovaných na abstinenci. Náplní programu jsou komunitní setkání, skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie na zahradě a v ubytovně, sportovní zátěžový program, ranní rozvíčka, relaxační program, přednášky, psaní deníků, elaborátů a zájmové kroužky. V rámci postpenitenciární péče jsou navazovány kontakty s organizacemi zabývajícími se léčbou závislostí. Odborný tým tvoří psycholog, adiktolog, speciální pedagog, sociální pracovníce, dva vychovatelé terapeuti, vychovatel a externí psychiatr (dostupné na: www.vscr.cz/veznice-rynovice, cit. 6. 11. 2018).

Pokud je ochranné léčení vykonáváno v psychiatrických nemocnicích či léčebnách, je vykonáváno podobným způsobem a dá se říci s totožným terapeutickým programem.

Pouze terapeutický tým nedisponuje speciálním pedagogem a vychovateli, poněvadž se jedná o zdravotnické zařízení a skládá se z těchto profesí: primář, lékař, psycholog, středně zdravotnický personál, nižší zdravotnický personál, sociální pracovníce a některá zařízení zaměstnávají i adiktology (podle přílohy č. 1 k vyhlášce č. 99/2012 Sb.). O způsobech léčení v psychiatrických nemocnicích a léčebnách bude vypovídat kapitola níže.

2.8. Postupy pro poskytovatele zdravotní péče ochranného léčení

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. specifikuje práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb (dále jen poskytovatel). Poskytovatelé se tímto zákonem musí řídit i při léčbě pacientů v ochranném léčení, kromě situací specifikovaných v zákonu č. 373/2011 Sb. (zákon o specifických zdravotních službách).

Jak již bylo řečeno, výkon ochranného léčení ústavního nařídí soud spádové nemocnici. U ambulantního ochranného léčení spádová ambulance není zapotřebí. Podle § 353 TŘ k nařízení ochranného léčení soud připojí znalecký posudek a podle § 41 odst. 1 jednacího řádu soudu i opis rozhodnutí, kterým bylo ochranné léčení uloženo. Jak uvádí Švarc (2018), jde o veřejné listiny, nikoli o zdravotnickou dokumentaci. *„Zdravotnická dokumentace je něco, co obsahuje údaje a informace o pacientovi, jeho zdravotním stavu a o zdravotní péči, která je mu poskytována“* (Polícar, 2010). V praxi se tyto jmenované „listiny“ zakládají do dekursu pacienta.

Nemocnice zaevidují pacienta s ochranným léčením ústavním do svého informačního systému, aby bylo každému zaměstnanci nemocnice při styku s tímto pacientem jasné, že má tuto léčbu nařízenou, tudíž musí být přijat. Poskytovatel zpravidla sděluje soudům, že pacient může nastoupit kdykoli v termínu určeném soudem. Pokud poskytovatel nemůže zajistit přijetí pacienta v ochranném léčení pro „překročení únosného pracovního zatížení“ (dle § 84 odst. 2 zákona 373/2011 Sb.), pak má povinnost oznámit to soudu a zároveň uvést předpokládaný termín nástupu. Poskytovatel oznámí soudu, který ochranné léčení nařídil, započetí ochranného léčení a od tohoto data se odvíjí dvouletá lhůta, jak sděluje Švarc (2018). Dále § 85 odst. 3 zákona 373/2011 Sb. ukládá povinnost poskytovatele seznámit pacienta s jeho právy a povinnostmi, mimo jiné i s léčebným plánem atd., pacient vše stvrdí podpisem.

Za zmínku ještě stojí § 88 zákona 373/2011 Sb., ten ukládá to, že poskytovatel je povinen evidovat pacientovi v ochranném léčení propustky, vycházky mimo areál, datum a čas odchodu i návratu, pravidelně kontrolovat osobní věci, výsledky zaevidovat do zdravotnické dokumentace, provádět namátkové kontroly na přítomnost alkoholu či jiných návykových látek atd. Ještě dodává, že *„návštěvy a větrání oddělení jsou prováděny s*

minimalizací rizika svévolného opuštění oddělení a předávání zakázaných předmětů“ (Švarc, 2018). V tomto případě ovšem může nastat technický problém, jestliže oddělení pro léčbu závislostí nedisponuje uzamykatelným oddělením, není umístěno v patře a s mřížemi na oknech. Zakázanými předměty jsou myšleny především jakékoli návykové látky, nebezpečné předměty apod. Pakliže pacient svévolně opustí léčebné zařízení, poskytovatel do dvaceti čtyř hodin tuto skutečnost nahlásí soudu a policii ČR. Mach et al. (2013) uvádí, že pokud toto hlášení nebude provedeno nebo bude provedeno opožděně, lze uložit poskytovateli služeb pokutu.

Nebude-li ústavní ochranné léčení do 2 let soudem ukončeno, podá zdravotnické zařízení podle § 353 odst. 1 TŘ nejméně 2 měsíce před uplynutím dvouleté lhůty návrh na jeho prodloužení. V návrhu popíše průběh a výsledky ochranného léčení a zároveň uvede důvody navrhovaného prodloužení. Jinak poskytovatel podává návrh na ukončení ochranného léčení, jakmile bylo dosaženo účelu, popřípadě jakmile zjistí, že účelu ochranného léčení nelze dosáhnout. Lze také navrhnout přeměnu ochranného léčení ústavního na ochranné léčení ambulantní formou. Návrh většinou podává primář oddělení, ale není to podmínkou, záleží na vnitřních směrnicích nemocnic. Po propuštění pacienta z ochranného léčení přichází od soudu poskytovateli písemné rozhodnutí poštou. Švarc (2018) k tomu dodává, že toto rozhodnutí zpravidla přichází dlouho poté, co nabylo právní moci. Proto doporučuje nastavit způsob komunikace s místními soudy, aby se zbytečně s propuštěním pacienta nevyčkávalo do doručení rozhodnutí.

K datu 1. 1. 2018 se stal stát plátcem zdravotního pojištění za pacienta v ochranném léčení ústavním. Tím se údajně konečně narovnal stav, kdy tito pacienti byli znevýhodněni oproti vězňům nebo osobám v zabezpečovací detenci. Některým pacientům v ochranném léčení ústavním vznikly vysoké dluhy na zdravotním pojištění, nemohli se přihlásit jako uchazeči o zaměstnání na úřad práce, ani nemohli vykonávat výdělečnou činnost, z níž by odváděli zdravotní pojištění.

Na závěr této kapitoly bych chtěla uvést, že pacienti v ochranném léčení ústavním se vykazují v kategorii 5, dle úhradové vyhlášky účinné k 1. 1. 2018. Tato kategorie se vyazuje pacientům s příznaky těžké duševní poruchy, nebo kteří potřebují trvalý zdravotnický dohled. Ovšem tím, že se mohou v této kategorii vykazovat i pacienti v ochranném léčení, zvýšila se úhrada pojišťoven za tyto pacienty. Pacienti léčící se dobrovolně spadají do kategorie jiné.

2.8.1. Ochranné léčení v Polsku

Vzhledem k tomu, že ve výzkumné části jeden respondent zmiňuje ochranné léčení v Polsku, bude se tato kapitola soustředit na popis ochranného léčení právě v Polsku.

Jak uvádí Rosůlek (2016), problematiku soudem nařízené nucené léčby v Polsku upravuje Kodeks karny (polský trestní zákoník) a Ustawa o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (zákon o opatřeních vůči osobám s psychickými poruchami které ohrožují život, zdraví nebo sexuální svobodu jiných osob).

Autorka (jedná se o ženu) dále píše, že osoby s nepsychotickými psychickými poruchami včetně sexuálních deviantů, tělesně postižených, mentálně retardovaných, závislých na alkoholu a drogách však trest odnětí svobody vykonávají v tzv. terapeutickém systému, který byl do polského právního řádu zaveden již roku 1997. Tyto osoby vlastně vykonávají svůj trest odnětí svobody ve speciálním terapeutickém oddělení ve věznici v délce 3 – 6 měsíců. V polských věznicích je údajně těchto specializovaných terapeutických oddělení 68, z toho 31 oddělení se specializuje na léčbu alkoholu a 15 na léčbu toxikomanickou.

Polský zákoník taktéž rozlišuje mezi léčbou ambulantní a léčbou pobytovou v psychiatrickém zařízení, k tomu řadí také elektronickou kontrolu místa pobytu pachatele. Navíc obsahuje nucenou farmakoterapii, psychoterapii a léčení drogové závislosti. *„Nucená farmakoterapie je součástí polského právního řádu od června 2010, původně se týkala pouze pedofilních pachatelů“* (Rosůlek, 2016). Podle Dvořáčka a Kaliny (2015) nejčastější farmakoterapie, která se v adiktologii používá, jsou léčiva k terapii závislostí na alkoholu, např. antabus nebo na opioidech, např. metadon, suboxone a jiné.

Zajímavostí v polském trestním řádu je ten fakt, že v § 202 stanoví, že k zpracování posudku o stavu psychického zdraví pachatele soud povolá vždy minimálně dva lékaře psychiatry. Na žádost těchto lékařů se ke zpracování posudku přibírá také lékař specialista (např. u sexuálních deviací sexuolog). Navíc může být psychiatrické vyšetření spojeno s pozorováním v ústavu, které může trvat 4 týdny, maximálně 8 týdnů. Dalším zajímavým aspektem polského systému je ten, že o ochranném léčení rozhoduje senát, který je složený ze tří soudců, na rozdíl od České republiky, kdy se skládá pouze z tříčlenného senátu, tedy jednoho soudce a dvou přísedících.

2.8.2. Trestněprávní systém v Anglii

Podle Gabrhelíkové (2011), na propracovaném principu funguje trestněprávní systém v Anglii a Walesu, který se zaměřuje na specifickou problematiku uživatelů drog, páchající trestnou činností. Tento systém je postaven na časném monitoringu obviněných osob a časně nabídce spolupráce s drogovou službou. Jedná se o multidisciplinární spolupráci mezi trestněprávními institucemi a drogovými institucemi. *„Kriminální justice zde klade důraz na ukládání trestů a povinností, které cíleně reagují na individuální potřeby klientů, přičemž jejich plnění je důsledně kontrolováno“* (Gabrhelíková, 2011). Tím se daří redukovat recidivu trestné činnosti a také soudem nařízené léčení je úspěšnější.

Celý systém je založen na úzké spolupráci širokého spektra institucí, jako je policie, státní zastupitelství, soudů, probační a vězeňské služby a také poskytovatelů drogových služeb a drogových týmů. To znamená, že spolupráce s pachatelem probíhá hned od prvních hodin jeho zadržení. Pracovníci z drogových služeb pachatele provází skrze všechny služby a to i v případě, že pachatel nastupuje do léčby.

Tento trestněprávní systém je založen na dvou hlavních komponentech a to je tzv. „program drogových intervencí“ a druhým je „soudem uložená povinnost podílet se na řešení drogových problémů“. Účinnost tohoto trestněprávního systému je poměrně vysoká, jak z pohledu úspěšnosti léčby, tak i z hlediska redukce páchaní trestné činnosti související s užíváním návykových látek.

3. ÚSTAVNÍ LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

Z hlediska konceptualizace své výzkumné otázky se v druhé oblasti teoretické části věnuji vysvětlení pojmů spadajícím pod ústavní léčbu v psychiatrických nemocnicích/léčebnách.

3.1. Vznik a vývoj léčby závislosti

V cizích zemích byly ústavy pro léčbu alkoholismu vybudovány již koncem 19. století. Jak uvádí Šejvl a Barták (2017), specifická ústavní zařízení pro „alkoholiky“ začala vznikat ve Švýcarsku, Německu a Švédsku. První léčebna pro závislé na alkoholu byla vybudována ve Švýcarsku a to již v roce 1889. Tím se nechal inspirovat kněz Bedřich Konařík.

Ovšem za průkopníka léčby závislosti v Českých zemích je považován MUDr. Jan Šimsa, zároveň je uznáván jako průkopník psychoterapie. Šimsa mimo jiné působil také v zahraničí a do Čech se vrátil v roce 1901. „V témže roce (1901), kdy byla v Praze publikována Zpráva Zemského výboru o „moru kořalečným“, zahájil činnost svého soukromého léčebného ústavu pro psychicky nemocné, v kterém léčil také pacienty závislé na alkoholu a morfiu“ (Popov, 2017).

Později v roce 1910 nechal postavit velké sanatorium pro léčbu různých chorob (srdečních, žaludečních, nervových aj.). V sanatoriu se léčili i „alkoholici a morfinisti“. Kromě jiných terapií, kladl Šimsa důraz na psychoterapii, a jak píše Popov (2017), byl prvním v českých zemích, který v léčebném procesu psychoterapii uplatňoval. Celou činnost sanatoria narušila první světová válka od roku 1920 a tento areál vlastní někdo jiný.

Zcela první léčebna čistě pro závislé na alkoholu vznikla již před první světovou válkou. Jejím zakladatelem se stal kněz (ne lékař) z Moravy p. Bedřich Konařík. „Alkoholismus byl v první Československé republice vážným zdravotním a společenským problémem, na který upozorňovali nejen lékaři, učitelé a kněží, ale i politici“ (Morovicsová, Falisová, 2016).

„V roce 1908 vydává Konařík svoji první monografii zaměřenou na problematiku alkoholu, „Léčebna pro alkoholiky“ (Šejvl, Miovský, 2017). Inspiroval se ve švýcarské léčebně v Ellikonu. Po velkém úsilí a vysvětlování smyslu léčebny se Konaříkovi podaří v roce 1911 zřídit první pobytovou léčebnu ve Velkých Kunčicích u Frenštátu na Moravě. Tato léčebna byla určena pouze mužům a délka léčebného pobytu se pohybovala mezi 6 – 12 měsíci. Léčebna bohužel neměla dlouhého trvání a její zánik se datuje na rok 1915. Důvodem zániku je počátek první světové války, kdy chovanci byli povoláni do armády.

Ovšem v roce 1923 Konařík zakládá novou léčebnu pro alkoholiky a to na území Slovenska s názvem Abstinentský penzionát zámek Tuchlov. „Podle představ Konaříka měl být ústav mezistupněm mezi nemocnicí a psychiatrickou léčebnou, kde by se alkoholikům poskytla

potřebná péče“ (Morovicsová, Falisová, 2016). V této léčebně se léčili nejen alkoholici, ale v té době i jeden morfinista a jeden kokainista. Léčebna bohužel ukončila svou činnost v roce 1938 z důvodu okupace. Před Skálou v roce 1937 vzniká ještě jedna léčebna pro alkoholiky opět na Slovensku, v Istebném nad Oravou. V Tuchlově, i v této léčebně jsou již první zmínky o psychoterapii. Ovšem nedostatek finančních prostředků po vzniku Slovenského státu, bylo příčinou ukončení činnosti této léčebny a to již v roce 1939.

V roce 1948 bylo při psychiatrické klinice dnešní 1. lékařské fakulty UK v Praze ve Všeobecné fakultní nemocnici první specializované lůžkové oddělení, určené pro studium a léčbu závislých na alkoholu, s názvem Apolinář. *„Oddělení založil a do roku 1982 vedl doc. MUDr. Jaroslav Skála“* (Kalina, 2008). Skála (2003) uvádí, že již po roce 1948 a také po roce 1970 umožnila legislativa nedobrovolnou ambulantní léčbu. Nařizovaly ji soudy nebo zdravotní výbory okresních národních výborů. Autor uvádí, že již tehdy vznikaly diskuze o léčitelnosti jedinců bez potřebné motivace.

V roce 1951 schválil Pražský magistrát zřízení záchytné stanice. Původně se jednalo jen o noční ambulanci pro intoxikované osoby nebezpečné sobě nebo svému okolí a později se stala stanicí s nepřetržitým provozem. Příslužba ústavně léčených pacientů v jejich druhé polovině tříměsíční léčby se brzy stala jedním z nejdůležitějších bodů léčebného programu. *„Šlo o živé učení, které umocňovalo motivaci k léčbě“* (Skála, 2003). Skála byl navíc uznán jako zakladatel tzv. bodovacího systému. Jak uvádí Kalina (2015) tento bodovací systém je založený na odměnách a trestech, tudíž zahrnuje řadu požadavků na pacienta, povinností, zákazů, ale i tvůrčích možností, které sledují, hodnotí, buď odměňují, nebo trestají body (např. kladné a záporné body).

Později po vzoru tohoto protialkoholního oddělení vznikaly další, jako např. Bohnice, Dobřany, Beřkovice, Jihlava, Havlíčkův Brod, Černovice, Šternberk, Kroměříž, Opava a další. *„Apolinářský bodovací systém převzala a modifikovala postupně většina oddělení pro léčbu závislosti v psychiatrických léčebnách tehdejšího Československa“* (Kalina, 2015). Nyní v ČR funguje několik psychiatrických léčeben či psychiatrických nemocnic s oddělením pro léčbu závislosti, kde se délka léčebného programu pohybuje od 3 do 6 měsíců.

3.2. Léčba závislosti v PN/PL v současnosti

Práce je zaměřena na systém léčebných programů v oblasti závislostních poruch v psychiatrických nemocnicích/léčebnách, proto je tato kapitola věnována popisu průběhu těchto programů.

O léčbě závislosti v psychiatrických nemocnicích se hovoří jako o léčbě střednědobé.

Střednědobá léčba závislosti je ústavní léčba, vymezená trváním v délce 3 – 6 měsíců. V našich podmínkách, podle Dvořáčka (in Kalina, 2003), je poskytována kromě psychiatrických nemocnic či léčeben, také některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic.

Dřív, než je pacient přijat přímo na oddělení závislosti, musí projít tzv. detoxifikací. Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení). „*Jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná ani detoxifikace v domácím prostředí*“ (Nešpor, in Kalina, 2003). Některé detoxifikační jednotky jsou přímo součástí oddělení pro léčbu závislosti, jiné ne. Nejčastější možnosti začlenění detoxifikační jednotky lze shrnout následovně:

- Detoxifikační jednotka jako součást zařízení střednědobé léčby.
- Samostatná detoxifikační jednotka v nemocničním komplexu.
- Samostatná detoxifikační jednotka mimo nemocniční komplex.

Vyžadovaná doba detoxifikace se liší podle závažnosti stavu pacienta a také druhem užívané návykové látky, zhruba 7 dní.

Do léčby v psychiatrických nemocnicích/léčebnách vstupují pacienti obvykle dobrovolně po absolvování již zmíněné detoxifikaci a tato zařízení přijímají i pacienty s nařízenou ústavní ochrannou léčbou. Využívá se zde „*řada prvků, jako jsou režim a pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkávání, trénink dovedností apod.*“ (Kalina, 2008). Skála (1987) model léčby popisuje jako Apolinářský model, kdy se jedná o strukturovaný program, kde v bezpečném léčebném prostředí probíhá skupinová i individuální psychoterapie, rodinná terapie, pracovní terapie, volnočasové aktivity a sport. Podle Dvořáčka (2003, in Kalina) program oddělení je organizován jako terapeutická komunita, kromě skupinové psychoterapie obsahuje i rodinnou terapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu, rehabilitační aktivity, zátěžové aktivity a trénink sociálních dovedností.

Cílem střednědobé léčby by měla být trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek, která však někdy bývá nemožná. Důležitá je především stabilizace pacienta. Například pacient závislý pouze na pervitinu má v úmyslu po léčbě kontrolovaně pít alkohol. Jeřábek (in Kalina, 2015) hovoří o tzv. eklektickém přístupu, který klade důraz na výběr intervencí dle typu klienta, jeho problému a zakázky. Podle něj by terapeutické cíle měly být adekvátní, měl by být oboustranný kontrakt a plán léčby. Cíle mohou být velmi individuální, některé z nich jsou:

- „*stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí,*

- *vybudování náhledu (uznání závislosti jako svého problému, jejich důsledků a potřebných kroků k jejich kompenzaci včetně uznání potřeby dlouhodobě se léčit a nadále dodržovat některá pravidla,*
- *postupné řešení důsledků drogové kariéry,*
- *přebudování motivace z původního vnějšího tlaku na vnitřní pozitivně formulovanou motivaci,*
- *identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik,*
- *některé změny v původním prostředí (např. změna rizikových známostí, rizikových míst pro trávení volného času apod.),*
- *přiměřené zlepšení sebehodnocení a prožívání“ (Dvořáček, in Kalina, 2003).*

Podle Jeřábka (in Kalina, 2015) by léčba vždy měla zajistit bezpečný prostor, v němž má každý pacient svoje místo s určitým režimovým a materiálním zajištěním. To znamená nepřipustnost návykových látek, násilí, nezneužívání atd. *„Požadavek bezpečí je důležitý i vzhledem k anamnéze klientů, která je typicky sycena traumaty, chaosem a rizikovým životním stylem“* (Jeřábek, in Kalina, 2015). Autor také hovoří, že léčba by měla vést „odněkud někam“, to znamená jít pomalu krok za krokem. Léčba závislosti je dlouhodobým procesem, který nelze urychlit.

Součástí střednědobé léčby závislostí v psychiatrických nemocnicích/léčebnách je často Skálův bodovací systém, od kterého však již některá oddělení upouští. Jak uvádí Kalina (2015), Skála si byl vědom jeho výhod, ale i nevýhod. Podle něj bodovací systém vyvíjí na pacienta značný tlak a působí žádoucím, ale i nežádoucím směrem. Například odměnou za získané kladné body, je pacient odměněn vycházkou navíc nebo výjezdem domů nebo přeřazení na otevřené oddělení. Trest za záporné body je třeba ztráta nároku na požádanou vycházku, výjezd apod. Jak píše Kalina (2015), při vší snaze o rovnováhu mezi sankcemi a odměnami, byly nakonec bodovací systémy nastaveny častěji a více na tresty za nežádoucí chování, než na odměny za chování žádoucí.

Dalším aspektem komplexního terapeutického programu je pevně daná struktura. Strukturovaný je prakticky celý průběh léčby. Jak uvádí Dvořáček (2003), struktura týdne zajišťuje skladbu programu, struktura dne zase jednotlivé aktivity. *„Struktura kromě zajištění vyváženosti a stálosti komplexního programu umožňuje zpřehlednění činností pacienta během dne a zpřehlednění postupu léčby“* (Dvořáček, in Kalina, 2003). Nedílnou součástí léčby je i každodenní psaní deníku.

V posledních letech se již opouští přísný Skálovský model a práce s pacienty se přibližuje více komunitnímu modelu léčby, který podporuje růst a zrání osobnosti pacienta. Jak uvádějí Ženková a Šindelář (2014), komunita je vnímána jako určité léčebné společenství a

u pacientů podporuje přebírání zodpovědnosti za vlastní průběh léčby. Na mnoha primariátech pacienti prochází léčebnými fázemi, podobně jako v terapeutických komunitách a každá tato fáze má svůj význam, např. v přebírání větší zodpovědnosti za léčbu a svůj život v abstinenci.

Ne na všech odděleních pro léčbu závislostí probíhá léčba v koedukovaném kolektivu. Jsou oddělení, kde se léčí muži zvlášť a ženy zvlášť, tedy jsou oddělení mužská a oddělení ženská. Ve většině případů se ovšem muži i ženy léčí pohromadě. Sdílejí společně komunitní dění, společné aktivity i psychoterapii.

Nejdůležitějším pilířem léčby závislostí, stejně jako v terapeutické komunitě, je psychoterapie. Jak píše Hetzerová a Gabrhelík (2014), psychoterapie je směřována na nemoc, tedy závislostní poruchu, a na analýzu modelových situací, kdy se nejvíce využívá kognitivně- behaviorální terapie.

3.2.1. Léčba závislosti v terapeutické komunitě

Poněvadž se v psychiatrických nemocnicích a léčebnách na oddělení léčby závislostí stále častěji uplatňuje komunitní model léčby, je důležité zařadit tuto kapitolu pro doplnění představy o jiných léčebných možnostech.

„Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení s neformální a otevřenou atmosférou, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci“ (Kalina, 2008). V těchto komunitách je poskytována péče spíše dlouhodobého rozsahu a to v rozmezí 6 – 18 měsíců.

„Terapeutické komunity u nás jsou součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně existují jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení. Zřizující organizace je většinou nestátní“ (Richterová Těmínová, Kalina, Adameček, 2008). Stojí často mimo zdravotnictví, i když je pravdou, že právě na Moravě jsou provozovány i terapeutické komunity ve zdravotnickém komplexu. Co se týče složení terapeutického týmu v komunitě pro závislé, ten je tzv. multidisciplinární, tedy s různým vzděláním – psychoterapeutickým, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce nebo adiktologie.

Cíle terapeutické komunity, jak je popisují Adameček a Radimecký (in Kalina, 2015):

- *„Hlavním cílem je napomoci osobnímu růstu klientů. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci.*
- *Představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými. To představuje sankce a tresty stejně jako možnost dosáhnout vyššího*

statutu a výhod.

- *Lidé v komunitě jsou jejími členy – tak jako v rodině, nejsou pacienti instituce.*
- *Členové a tým fungují jako facilitátoři, zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní život a jeho zlepšení.*
- *Terapeutická komunita zdůrazňuje integraci individua v komunitě a pokroky jsou hodnoceny v rámci komunity vzhledem k jejímu očekávání. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny jeho chování.*
- *V komunitě existují dvě linie moci – horizontální a vertikální, což umožňuje sdílení odpovědnosti podporou procesu společného rozhodování, pokud je to prospěšné a v souladu s filozofií terapeutické komunity“ (Adameček, Radimecký, in Kalina 2015).*

Podle Nešpora (2018) je terapeutická komunita vhodná pro ty pacienty, u nichž závislost dosáhla určitého stupně závažnosti, kteří jsou schopni tělesně a zejména duševně takový pobyt zvládnout a také pro ty, kteří jsou ochotni takovou léčbu přijmout a setrvat v ní. Jedná se např. o klienty s mnohaletou drogovou kariérou.

Podobně jako v psychiatrických nemocnicích či léčebnách na oddělení léčby závislostí funguje určitý program dne, např. setkání komunity, skupinová i individuální psychoterapie, práce s rodinou, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity. Navíc pobyt klienta v komunitě je strukturován do fází (nultá fáze, první, druhá a poslední třetí). „*Liší se mírou přijímané odpovědnosti a jsou rovněž výrazem toho, že klient v léčbě postupuje a pracuje na vlastní změně*“ (Richterová Těmínová, Kalina, Adameček, 2008).

3.2.2. Rozdíly mezi psychiatrickou nemocnicí/léčebnou a terapeutickou komunitou

Terapeutické komunity pro závislé vznikly jako alternativní přístup pobytové léčby osob se závislým chováním. Léčbu závislostí v Československu do roku 1990 poskytovaly pouze psychiatrické léčebny. „*Lze mezi komunitami a léčebnami najít řadu rozdílných charakteristik*“ (Adameček, Radimecký, in Kalina, 2015).

Nejviditelnější je například to, že v komunitách chodí personál v civilu, ne v bílých pláštích. Patrný rozdíl je v délce léčby, v komunitách je standardem supervize, v léčebnách jen v některých a jen pro některé členy terapeutického týmu (např. jen pro psychology, lékaře, bez zdravotních sester). V komunitách je přístup ke klientovi méně direktivní, než v léčebně, v komunitách je menší počet klientů, menší skupiny umožňují personálu více zohledňovat individuální specifika klienta. Zdravotnický status v léčebnách znemožňuje

zapojení pacientů do činností, jako je vaření, praní, topení apod., což je v komunitě běžnou záležitostí.

3.3. Nejužívanější psychoterapie v léčbě závislosti

Jak je uvedeno výše, největším a hlavním pilířem léčby závislosti je skupinová psychoterapie a práce s motivací, proto je důležité ji krátce v této kapitole představit.

V České republice se skupinová psychoterapie pokládá za významnou, dá se říci za klíčovou metodu v léčbě závislosti, jak uvádí Kalina (2008). Pojem psychoterapie má mnoho definic a jedna z nich zní: „*Psychoterapie je oprava špatné zkušenosti se sebou a s druhými ve vztahu s člověkem, který není lepší, ale je vycvičen řešit si své problémy jinde*“ (Kalina, 2013). V této definici se hovoří o jakési „opravě“ špatné zkušenosti, což je v léčbě závislosti vcelku podstatné, navíc je zde zmíněna i osoba terapeuta, která také nebývá dokonalá.

Ve skupinové psychoterapii se využívá prvků různých směrů a přístupů, ovšem podrobnější pohled na tuto rozsáhlou oblast jde mimo rámec této práce, proto se zde zmíním jen o dvou směrech a to je BT (behaviorální terapie) a KBT (kognitivně-behaviorální terapie). Jak uvádějí Miovský a Kalina (in Kalina, 2008), tyto dva terapeutické přístupy v léčbě závislosti v posledních desetiletích dominují.

BT je forma terapie založená na změně chování a to formou učení, založené na klasickém a operantním podmiňování. Tento přístup uplatňoval již doc. Skála a úzce souvisí s bodovacím systémem. Jako příklad negativního podmiňování v léčbě závislosti lze uvést tzv. averzivní terapii. Ta spočívá v expozici s alkoholem a nepříjemnými tělesnými stavy při podání antabusu. Jako příklad pozitivního podmiňování lze uvést nácvik asertivního chování nebo relaxačních technik. Podle Nešpora (2018), jsou kromě relaxačních technik vhodné také jóga, meditační techniky, i jiná tělesná cvičení.

Techniky BT využívají plánování, různé úkoly a zpevňování žádoucího chování, tj. chování abstinenčního. Sociálnímu učení lze využít na terapeutické skupině, při nácviku odmítání, nácviku asertivního chování apod. Je obecně známo, že závislí pacienti mají problémy s asertivním chováním a neumějí odmítnout například nabídnutou drogu kamarádem. Prochaska a Norcross (1999) uvádějí, že způsob léčby BT lze přizpůsobit individuální povaze problému každého jedince.

„*KBT chápe užívání návykových látek jako naučenou kognitivně-behaviorální strategii, která převládá v životě uživatele a v procesu zvládnutí jeho každodenních problémů*“ (Kalina, 2015). Kuklová (2016) k tomu dodává, že závislost na návykové látce je naučené chování, které je zpevňováno pozitivními účinky návykové látky. KBT se podle Peška (2013)

zaměřuje na čtyři složky lidské psychiky, jsou to myšlení, emoce, tělesné reakce a chování. Jako další a podstatný rys KBT, jak uvádí Praško (2007) je její strukturovanost a direktivita, dále základ v otevřené aktivní spolupráci pacienta a řešení přítomných problémů.

Tato terapie klade důraz na učení se novým strategiím, jak zacházet s problémovými vzorci chování. Umožňuje pacientům rozpoznávat určité negativní vzorce chování, které má spojeny s užíváním návykových látek a naučit ho novým strategiím, jak se vyhnout spouštěčům k užívání, jak jim předcházet a jak je dobře zvládat. Podle Kaliny (2015), KBT vede pacienta k tomu, aby:

- *„rozpoznal dysfunkční a pro sebe škodlivá kognitivní schémata a strategie chování,*
- *byl schopen tato schémata a strategie přepracovat, nalézt více funkční a pro sebe méně poškozující,*
- *posílil svoje kompetence „zvládnání“, zvýšil sebeřízení a sebekontrolu“ (Kalina, 2015).*

Jedním z nástrojů může být například pravidelné psaní deníku, které je v léčbě v psychiatrických nemocnicích/léčebnách vyžadováno a v případě nevedení deníku, bývá sankcionováno. Nejrozšířenější metody KBT u závislosti jsou prevence relapsu, to znamená předcházení znovuužití návykové látky a to například pomocí rozvrhu dne, vyhýbáním se krizových míst a přátel, rozpoznávat svoje spouštěče, osvojit si strategie zvládnání cravingu apod. A dalším důležitým nástrojem jsou motivační rozhovory.

3.4. Práce s motivací u závislosti

Tato poslední kapitola se zabývá mnohokrát v této práci zmíněného aspektu a to je motivace, neboť stupeň motivace v léčebném procesu u závislého jedince může předpovědět i výsledek léčby.

Motivaci lze chápat jako jakýsi „hnací motor“ k aktivitě člověka, aby dosáhnul nějakého cíle. Dobiášová, Broža a Kalina (2008) motivaci popisují jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování, může jít o proces nejen zvýšení, ale taktéž poklesu aktivity jedince.

V naší republice je stále v povědomí ten fakt, že pacienti v ochranném léčení jsou pro léčbu nedostatečně motivováni, anebo nejsou motivováni vůbec. K tomu se vyjadřuje Soukup (2014), že nemotivovaný klient neexistuje a zároveň upozorňuje, že slovní spojení nemotivovaný klient může souviset s omluvou pracovníka neúspěchu v práci s ním. O nižší míře motivace pacientů v ochranném léčení píše i Vondráčková (2006). Ta tvrdí, že se na oddělení soudní ochranné léčby setkává s pacienty, kteří se nacházejí podle kruhového modelu změny ve stádiu prekontemplace nebo kontemplace. Proces, který se nazývá také

kolo změny nebo cyklus změny popsali autoři Prochaska, Norcross a DiClemente (1992).

Vysvětlení stádií změny:

- Prekontemplace = pacient nestojí o změnu, chce dále užívat návykové látky. Pracovník by měl zvědomit rizika užívání, pomoci vyvolat pochybnosti o užívání.
- Kontemplace = pacient zvažuje změnu, ale je ambivalentní. Pracovník by měl pomoci při rozhodnutí ke změně a posilovat sebedůvěru při překonávání problému.
- Rozhodnutí = pacient se rozhodl pro změnu. Pracovník se snaží pomoci najít nejschůdnější řešení pro pozitivní změnu.
- Akce = pacient začal změnu uskutečňovat. Pracovník pacienta podporuje v pozitivní změně.
- Udržení změny = pacient abstinguje. Pracovník pomáhá pacientovi užívat strategie k prevenci relapsu. Toto stádium je velmi náročné.
- Relaps, recidiva = pacient znovu užil návykovou látku. Pracovník pomáhá užívání návykových látek co nejdříve zastavit.

V minulosti se tradovalo přesvědčení, že závislý jedinec získá potřebnou motivaci, až když dopadne „na dno“. Toto přesvědčení se ale ukázalo jako nepravdivé. Je spousta, dá se říci většina pacientů, kteří do léčby přicházejí pod nějakým nátlakem, ať ze strany rodiny (pohrůžka rozvodem), ze strany zaměstnavatele (pohrůžka ukončení pracovního poměru) nebo také nátlak justičním systémem (podmíněně odložený trest odnětí svobody za nedovolenou výrobu). Zde se dá hovořit spíše o stimulaci zevnějšku, než o motivaci. Podle Gabrhelíkové (in Kalina, 2015), pacienti často jednájí účelově, ale je možné účelovost jednání vidět jako vnější motivaci pacienta ke změně a je možné ji v práci s pacientem patřičně využít. Není na místě předem vyloučit možnost, že je pacient opravdu motivován k léčbě.

Posilování motivace pacienta k léčbě je faktor na straně pracovníka a k tomu jsou určeny tzv. motivační rozhovory, které by měl pracovník v pomáhající profesi ovládat. Podle Soukupa (2014) nízká míra motivace často souvisí se způsobem pracovníkovi komunikace. Také tvrdí, že k práci s „nemotivovaným“ pacientem patří základní vztahová nabídka a tím jsou: nehodnocení pacienta, zájem pracovníka, empatie pracovníka a vzájemná spolupráce pacient x pracovník.

Kalina (2003) uvádí, že silná motivace může nastat i v případě, že tlak přichází zevnějšku, jak z rodiny, zaměstnavatele či justičního systému (i u pacientů v ochranném léčení). Může zvýšit úspěšnost léčené intervence, které jsou srovnatelné s dobrovolnými pacienty a někdy i více. U pacientů v ochranném léčení je důležitá nejen práce s motivací, ale záleží i

na dalších faktorech, jako jsou:

- již zmíněná práce s motivací,
- *„překonání „vězeňských stereotypů“ u těch, kteří prošli vězením, ti se zdánlivě dobře adaptují na režim, ale jejich sociální chování, komunikace a schopnost účinně participovat na skupinových terapiích je značně deformovaná,*
- *zapojení zodpovědného pracovníka justice (probační a mediační služba) jako třetí strany do formulování a monitorování léčebného kontraktu mezi klientem a zařízením,*
- *volba léčebného programu v přiměřené délce (tam, kde léčbě předcházelo vězení), čím delší je celková doba strávená ve vězení a v léčbě, tím menší jsou vyhlídky na trvalou abstinenci a úspěšnou resocializaci“ (Kalina, 2003).*

Vondráčková (2006) se dále vyjadřuje k pacientům v ochranném léčení tak, že jejich nemotivovanost a jejich osobnostní charakteristiky ovlivňují často charakter nejen skupinové psychoterapie, ale celé komunity. S těmito pacienty je těžké navodit bezpečné prostředí. To ovšem hovoří o oddělení pouze určené ochrannému léčení.

V zahraničí bylo realizováno několik studií, jednu z nich provedli Kelly, Finney a Moos (2005), kteří zkoumali tři skupiny pacientů v předléčebném procesu, v léčebném procesu a v období 1 a 5 let po prodělané léčbě. Jedna skupina byli pacienti s nařízenou ochrannou léčbou, druhá bez nařízené ochranné léčby, ale s problematikou páčání trestných činů spojenou s užíváním návykových látek a poslední skupina se týkala pacientů v léčbě zcela dobrovolné. Výsledky studie zjistily, že pacienti v ochranném léčení dosáhli stejných nebo lepších výsledků, jako pacienti, kteří vstoupili do léčby dobrovolně. I přes počáteční nižší motivaci ke změně u pacientů v ochranném léčení, jsou tito schopni motivaci získat během samotného léčení s patřičným terapeutickým působením a celkové výsledky po 1 a 5 letech vyšly příznivější, než u pacientů v léčbě dobrovolné

Další přínosnou studii, zabývající se nejen motivací pacientů k ochrannému léčení, ale i výsledkům po proběhnutém léčení, realizovali například Rourke, Howard a Martire (2015). Ti ve své studii zjistili, že pacienti v ústavním ochranném léčení protialkoholním a protitoxikomanickým vnímali právní tlak na nucenou léčbu, jako užitečný, i po počátečním odporu. Čím vyšší byl vnímaný právní tlak, tím nižší byla motivace k léčbě, ovšem zjistilo se, že motivace může růst během probíhající léčby a na nízkou motivaci pacientů v ochranném léčení by se proto nemělo pohlížet jako na překážku v léčbě, ale měla by být víceméně „terčem“ v léčbě. Toto zjištění sděluje, že tlak nemusí mít negativní dopad.

4. VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1. Výzkumná strategie

Vzhledem k zaměření mé práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum a vycházím z otevřeného a axiálního kódování, jež má původ v zakotvené teorii. Kvalitativní výzkum jsem zvolila také proto, že zkoumám menší počet respondentů, ale při získávání dat jsem se pomocí rozhovorů pokusila jít více do hloubky, abych dosáhla co nejpřesnějších výsledků.

Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích. Hendl (2008) kvalitativním výzkumem nazývá obecný metodologický přístup sloužící k řešení výzkumné otázky. Uvádí také, že použití kvalitativní metody je potřeba, mimo jiné, „porozumět zkoumané situaci“ (Hendl, 2008). Miovský (2006) tvrdí, že prvními klíčovými termíny v kvalitativním výzkumu jsou principy jedinečnosti a neopakovatelnosti.

Jak uvádím výše, v této práci vycházím z modelu zakotvené teorie. Cílem metody zakotvené teorie je vytvoření teorie, která věrně odpovídá zkoumané oblasti a vysvětluje ji (Strauss, Corbinová, 1999). Využívám otevřeného a axiálního kódování, vytvářím kategorie, subkategorie a dimenze. „Otevřené kódování údaje rozděluje a umožňuje určit některé kategorie, jejich vlastnosti a umístění na dimenzionálních škálách a axiální kódování tyto údaje zase novým způsobem skládá dohromady vytvářením spojením mezi kategorií a jejími subkategoriemi“ (Strauss, Corbinová, 1999).

4.2. Operacionalizace výzkumné otázky

V této kapitole bych ráda představila cíl výzkumu a hlavní výzkumnou otázku. Hlavní výzkumná otázka se vytváří na základě formulace výzkumného problému (Miovský, 2006). Cílem výzkumu je tedy zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: „*Jakým způsobem funguje systém léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě pro pacienty v ústavním ochranném léčení protialkoholním a protitoxikomanickým?*“

Koncept ústavního ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického a systému léčebných programů jsem si vybrala pro jeho blízkost. Zaměřuji se na prostředí, ve kterém tato léčba probíhá, časový úsek léčení, motivaci klientů k léčbě, celkový průběh nejen léčby, ale i zabezpečení prostorů, personální obsazení a v nemalé míře i komunikací se soudy při ukončování ochranného léčení. Těž mě zajímá i osobní názory respondentů na

ukládání ochranného léčení. Domnívám se, že právě systém léčebných programů pro pacienty v ochranném léčení nikde není jasně a pevně ukotven, proto jsem se rozhodla pro tento výzkum. O tyto koncepty se zajímám z pozice primářů. Proto jsem si za své respondenty vybrala přímo primáře oddělení pro léčbu závislosti, o kterých předpokládám, že mají největší přehled o veškerém dění na jejich primariátech, kde probíhá ochranné léčení. Zároveň právě primáři bývají nejčastěji přítomni u soudu při ukončování ústavního ochranného léčení.

Abych dokázala zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, zvolila jsem si tři indikátory:

1. charakteristika jednotlivých oddělení,
2. personální obsazení a zabezpečení oddělení,
3. režim a ukončování ochranného léčení.

V souladu s uvedenými indikátory jsem si stanovila tři dílčí výzkumné otázky.

Dílčí výzkumná otázka 1.: *„Jaká je celková charakteristika oddělení, kde probíhá ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické?“*

Smyslem této otázky je zjistit, jak vypadá oddělení pro pacienty v ochranném léčení, kolika odděleními jednotlivé primariáty disponují a jestli jsou rozdíly mezi ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým. Otázky jsem definovala obecně, abych si nejdříve udělala představu o jednotlivých primariátech a jejich odděleních a zjistila, v jakých prostorách probíhá ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické. Ovšem než jsem přešla k samotnému zkoumání charakteristiky primariátů, tak mě zajímalo celkové vnímání respondentů ochranné léčení.

Dílčí výzkumná otázka 2.: *„Jaké je personální obsazení na odděleních, jak je oddělení pro pacienty v ochranném léčení zabezpečeno a jak je vnímána motivace k léčbě?“*

V rámci této otázky jsem zkoumala, jaké profese jsou zastoupeny na jednotlivých odděleních pro léčbu pacientů v ochranném léčení. Dále mě zajímalo, zdali jsou tato oddělení nějak zabezpečena a pokud ano, jak. V rozhovorech jsem se zabývala i zkušenostmi respondentů s motivací pacientů k léčbě a jednáním s policií při možných problémech s pacienty v ochranném léčení.

Dílčí výzkumná otázka 3.: *„Jaká je délka časového úseku pobytu pacienta v ochranném léčení a jaké mají respondenti zkušenosti s jednáním se soudy?“*

Touto otázkou jsem zjišťovala celkovou délku léčení pacienta v ochranném léčení. Zároveň mě zajímalo, jakým způsobem a s jakým výsledkem je tato léčba soudem ukončována. Taktéž jsem se zabývala zkušenostmi respondentů s jednáním se soudy a závěrem mě zajímal celkový názor respondentů na ukládání ochranného léčení.

4.3. Metoda sběru dat

Hendl (2008) řadí mezi základní metody kvalitativního sběru dat pozorování, rozhovor a analýzu dokumentů. Pro tento výzkum jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Podle Miovského (2006) je důležité, aby byly otázky pevně dané pořadí pro respondenty stejné. Polostrukturovaný rozhovor je podle Žižlavského (2007) složen ze souboru otázek tak, aby na ně každý respondent odpovídal ve stejném pořadí a aby se výzkumník ptal každého respondenta stejnými slovy. V případě potřeby je možné rozhovor rozšířit o doplňující otázky.

Jádro rozhovoru jsem vytvořila seznamem otázek a pro větší přehlednost jsem je seřadila do tří oblastí. První a druhá oblast obsahuje 14 otázek, oblast třetí 15 otázek. Jejich přesné znění a pořadí lze nalézt v příloze A. Tyto otázky vycházejí z operacionalizace dílčích výzkumných otázek. „*Při polostrukturovaném rozhovoru je možné v případě, že výzkumníkovi není něco ve výpovědi respondenta jasné, nebo chce, aby respondent nějaké téma více rozvinul, využít doplňujících otázek, které nejsou předem připravené*“ (Miovský, 2006). V mnoha případech jsem tuto možnost využila.

4.4. Výběr souboru

Během výzkumu jsem původně použila záměrný kriteriální výběr, který definuje například Žižlavský (2003). Jedná se o výběr vzorku splňujícího určitá kritéria. V mém výzkumu bylo kritériem oddělení pro léčbu závislosti, kde probíhá ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické v psychiatrických nemocnicích/léčebnách. Později jsem ale zjistila, že se jedná o výběr totální, poněvadž zcela všechny psychiatrické nemocnice/léčebny splňovaly požadovaná kritéria. Jak uvádím, svou pozornost jsem zaměřila na všechny psychiatrické nemocnice/léčebny na Moravě. Do mého výzkumu byli zahrnuti primáři jednotlivých oddělení. V jednom případě zdravotně-sociální pracovnice i s primářem, který odpovídal telefonicky, neboť byl nepřítomen. V druhém případě byl rozhovor realizován s lékařkou zástupkyní po zemřelém primáři. Ostatními respondenty byli přímo primáři oddělení. Poněvadž na Moravě se vyskytuje pouze 5 psychiatrických nemocnic/léčeben, které mimo jiné poskytují i ústavní léčbu závislosti pro pacienty v ochranném léčení, tím pádem respondentů je také pouze 5. Z důvodu zachování anonymity je nebudu jmenovat.

4.5. Postup a realizace sběru dat

Svůj výzkum jsem začala realizovat tím způsobem, že jsem si nejprve v Kancelářském řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy, v příloze 8, našla všechny psychiatrické nemocnice/léčebny na Moravě a zjistila si, zdali poskytují ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické. Dalším krokem v procesu sběru dat bylo získání respondentů s ochotou ke spolupráci. Všech pět respondentů jsem oslovila emailem, v němž jsem vysvětlila a popsala svůj záměr. Zároveň jsem všechny informovala, že rozhovory budu nahrávat a požádala je o podepsání informovaného souhlasu (viz příloha C). Respondenti byli upozorněni na to, že když nebudou něčemu rozumět, mohou se kdykoliv na vše doptat a pokud nebudou chtít pokračovat, mohou rozhovor ukončit. Výběr termínu a místa pro rozhovor jsem nechala na každém jednotlivci, dle jejich časových možností.

Po domluvě jsem osobně přijela na předem domluvené místo, kde jsem rozhovory realizovala. Rozhovory byly pořizovány jednotlivě v období od dubna do července 2018 v klidných prostorách pracoven jednotlivých respondentů přímo na jejich odděleních. Respondentům jsem kladla předem připravené otázky a v případě potřeby jsem pokládala otázky doplňující. Délka jednoho rozhovoru se pohybuje v rozmezí 30 – 45 minut. Všechny tyto rozhovory byly nahrány na diktafon se souhlasem respondentů, poté jsem jejich obsah přenesla do písemné podoby a následně vymazala.

4.6. Postup a realizace zpracování dat

V procesu sběru dat jsem volila prvky ze zakotvené teorie a využila při tom metody otevřeného a axiálního kódování. Disman (2000) tuto teorii definuje jako způsob, jak vyvinout teorii přímo z existujících dat. Tato metoda mi pomohla zachytit množství údajů v obecnějších kategoriích a taktéž mi při jejich interpretaci.

Nejdříve jsem se věnovala otevřenému kódování. Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999), kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. V otevřeném kódování jsem údaje rozebrala na samostatné části a snažila jsem se najít shody a rozdíly. Výsledky jsem seskupila na základě podobnosti. Následovalo rozvíjení kategorií na subkategorie a posléze na dimenze.

Poté následovalo axiální kódování, pomocí kterého jsem jednotlivé údaje z otevřeného kódování uspořádávala a skládala novým způsobem, a to vytvářením spojení mezi kategoriemi, subkategoriemi a dimenzemi. Také jsem využívala paradigmatického modelu, který představují autoři Strauss a Corbinová (1999). „*Jde o spojení subkategorií a kategorií*

do souboru vztahů, kde jsou určeny příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky“ (Strauss, Corbinová, 1999). Na závěr jsem také zjištěná data z rozhovorů propojila a uvedla do kontextu s literaturou uvedenou v teoretické části.

4.7. Etické aspekty výzkumu

Jak uvádí Hendl (2008), ve společenskovedním výzkumu velkou roli hrají etická hlediska, která jsou zastoupena několika etickými pravidly. Taktéž podle Miovského (2006) je důležité vždy dbát na etiku výzkumu, která znamená řídit se při provádění výzkumného šetření určitými zásadami. V zásadě se jedná o soukromí, informovaný souhlas, emoční bezpečí. Stěžejní je získat informovaný souhlas klienta, měl by být seznámen s okolnostmi výzkumu, důležitá je dobrovolnost, klient může kdykoli od výzkumu odstoupit apod. „*Jedno z nejdůležitějších pravidel je anonymita*“ (Hendl, 2008).

Co se týče klidného prostředí, to zajistili respondenti v jejich pracovnách. Při mém příchodu se s podřízenými domluvili tak, aby pokud možno nebyli rušeni. Před samotným rozhovorem jsem opět respondentům vysvětlila, že budu rozhovor nahrávat a použiju ho čistě ke svým studijním účelům a ve své diplomové práci zůstanou v anonymitě. Požádal jsem je o podepsání informovaného souhlasu. Všichni účastníci se mého rozhovoru zúčastnili dobrovolně, dali mi svolení k jeho nahrávání a podepsali informovaný souhlas.

Respondenti jsou označeni anonymně kódem P1 – P5 a v interpretaci neuvádím místa, kde jednotlivá zařízení působí.

5. INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ

Tato část diplomové práce se věnuje interpretaci zjištěných dat, která vycházejí z mého výzkumu. Práci rozdělují do tří kapitol, ve kterých představuji zjištěné informace podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek. Abych dokázala zodpovědět dílčí výzkumné otázky, z odpovědí respondentů jsem si stanovila kategorie, subkategorie a dimenze z odpovědí respondentů, v následující podobě:

1., 2., 3.....Kategorie

A., B., C..... Subkategorie

A1.,A2.,A3.....dimenze

Na závěr každé kapitoly uvedu dílčí souhrn. Z výsledků budu vycházet v závěru diplomové práce při zodpovězení hlavní výzkumné otázky: : „*Jakým způsobem funguje systém léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě pro pacienty v ústavním ochranném léčení protialkoholním a protitoxikomanickým?*“

V této kapitole hledám odpověď na první dílčí otázku: „*Jaká je celková charakteristika oddělení, kde probíhá ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické?*“

V rámci této otázky jsem identifikovala následující kategorie, subkategorie a dimenze.

Kategorie: 1. CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ, KDE PROBÍHÁ ÚSTAVNÍ OCHRANNÉ LÉČENÍ

Subkategorie: **A. Ochranné léčení je obecně vnímáno jako problém v mnoha směrech**

Dimenze:

A1. Nespolupracující klientela

A2. Více administrativní práce

A3. Náročnější léčba

B. Nejednotnost primariátů

B1. Jednotlivá zařízení disponují různým počtem oddělení pro léčbu závislosti a ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické probíhá v různých prostorách

B2. Stavební a prostorové řešení jednotlivých oddělení

C. Otevřenost/uzavřenost jednotlivých oddělení pro poskytování ochranného léčení

C1. Pacienti v ochranném léčení by měli začínat léčbu na uzavřeném oddělení

C2. Do společnosti by pacienti z ochranného léčení měli odcházet z otevřeného oddělení

C3. Podmínky pro pacienty v ochranném léčení časem prošly drobnými změnami

D. Patrné rozdíly mezi ochranným léčením protialkoholním, protitoxikomanickým a pohlavím

D1. Ochranné léčení protialkoholní probíhá odděleně od ochranného léčení protitoxikomanického

D2. Mezi ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým nejsou žádné rozdíly

D3. Muži v ochranném léčení mají více možností umístění na odděleních, než ženy

E. Představy respondentů o ochranném léčení

E1. Zavést systém jako v terapeutických komunitách, vaření, hospodaření...

E2. Zavést jedno celorepublikové oddělení pro všechna ochranná léčení

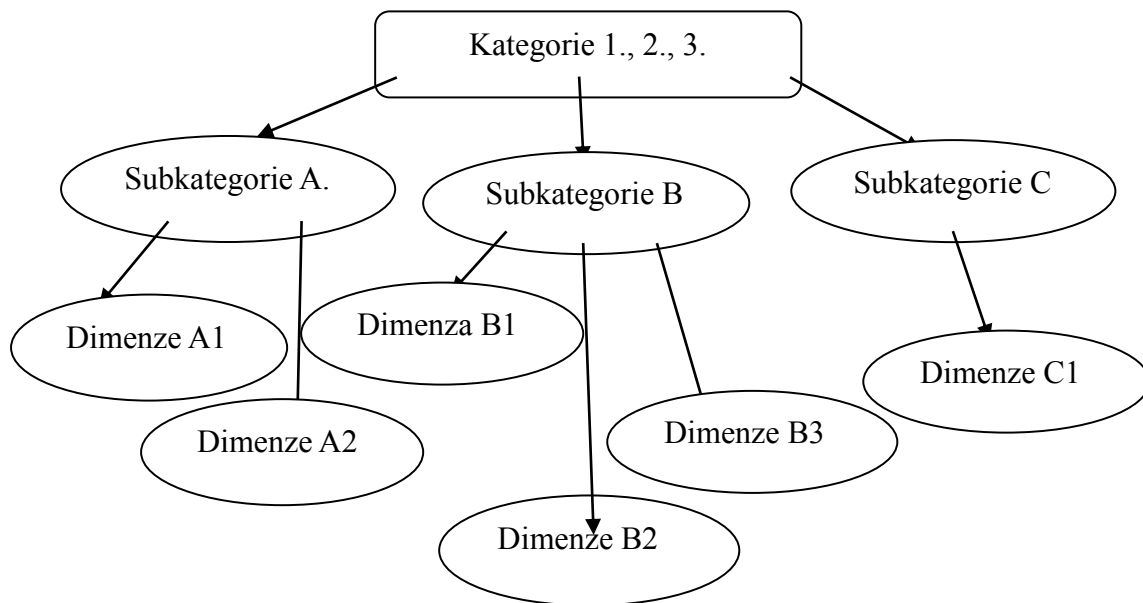
E3. Ochranné léčení zrušit

E4. Ochranné léčení protitoxikomanické vůbec, ochranné léčení protialkoholní jen zřídka a dohled probační a mediační služby (dále PMS)

E5. Pacienti v ochranném léčení by neměli být zvlášť od dobrovolných pacientů

E6. Pacienti v ochranném léčení by měli mít strukturovaný program, víc personálu a individuální přístup

Schéma č. 1. Vysvětluje dělení kategorií, subkategorií a dimenzí



Kategorie 1 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ, KDE PROBÍHÁ ÚSTAVNÍ OCHRANNÉ LÉČENÍ

Odpovědi, které spadají do této oblasti ilustrují to, jak vnímají respondenti celkově jednotlivá oddělení, kde probíhá ústavní ochranné léčení. Otázky byly kladeny tak, aby odpovědi jasně vyjádřily počet oddělení, kterými různá zařízení disponují, jak jsou prostorově řešená. Odpovědi respondentů sdělují údaje, týkající se charakteristiky jejich oddělení a prostoru, v němž probíhá ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické. Možná se může jevit, že první subkategorie do této nespadá, ale jeden z mých prvních dotazů zněl: „Co vás jako první napadne, když se řekne ochranné léčení? Poněvadž se k němu respondenti vyjadřovali jednoznačně a košatě, rozhodla jsem se i tuto kategorii zakomponovat.

V rámci této kategorie jsem vytvořila pět subkategorií a interpretuji je pomocí těchto dimenzí:

A. Ochranné léčení je obecně vnímáno, jako problém v mnoha směrech

V následující subkategorii respondenti reflektovali tři oblasti, v nichž shledali nejzákladnější problém a to jsou:

A1. nespolupracující klientela

A2. více administrativní práce

A3. náročnější léčba

Pohled respondentů obecně na ochranné léčení se shoduje v tom, že ji vnímají, jako určitý problém. Všichni respondenti P1, P2, P3, P4 a P5 při mém dotazu na první myšlenku při vyslovení ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické sdělili, že ochranné léčení celkově vnímají, jako problém. Respondenty (P2 a P3) spontánně okamžitě napadlo pouze jen slovo problém, který později specifikovali, jak uvádím níže.

Základní problémy byly viděny nejen v nedostatku motivace k léčbě u pacientů v ochranném léčení, ale především v přijetí režimu pacienty, kteří často popisovali, že je pro ně léčba horší, než vězení. Ve vězení si údajně mohli kdykoli lehnout a zakouřit, kdežto v léčbě závislostí existují jistá pravidla a řád, který je nutno respektovat. Právě respondent P2 upozorňuje, že vnímá pacienty v ochranném léčení jako nespolupracující klientelu, která odmítá přijmout režim a má proti němu určité výhrady - *nespolupracující klientela (A1)*. Jiný respondent zase poukazoval (P4) na velkou administrativní zátěž, která zatěžuje nejen lékaře a sestry, ale prakticky celý terapeutický tým – více *administrativní práce (A2)*.

„Děláme tu všichni spíš písáře, od sester přes doktory, konče sociální pracovníci...“ (P4).

Mezi respondenty P2, P3, P4 a P5 panuje stejný názor na náročnější léčbu pacientů v ochranném léčení, poněvadž jejich motivace k léčbě je často sporná – *náročnější léčba (A3)*. Respondent P4 navíc upozorňuje na náročnost v léčbě také v tom, když přichází pacient do léčby přímo z výkonu trestu, má tendenci se chovat jako „kápo“. Jeho chování je odmítavé, nadřazené a často direktivní vůči ostatním a to jak k ostatním pacientům, tak i k personálu. Tito pacienti rádi dávají najevo svou moc. Navíc pacienti po dlouholetém výkonu trestu se necítí být závislími a s léčbou nesouhlasí. Poukazují na to, že už abstinují několik let (podle délky trestu), tudíž léčbu vnímají, jako zbytečnou a bojkotují ji. Pracovníci oddělení se snaží těmto pacientům vysvětlovat situaci, v níž se obě strany nachází (vy tu musíte být a my vás tu musíme mít). Domnívám se, že velmi také záleží na situaci, v níž se pacient s personálem setkává, nakolik si porozumí, jakým způsobem jsou mu informace předávány. Jak píše Navrátil (2001), klienti, v našem případě pacienti, jsou sami experti na svůj život a úkolem pracovníků je brát v potaz jedinečnost klientovi situace a s tím souvisí i klientův pohled na vlastní životní situaci.

Nikdo ze čtyř respondentů P1, P2, P4, P5 nehovořil o sobě. Problém nebyl viděn ve své vlastní osobě, u všech respondentů převládal jednostranný pohled a problém vnímali jen v osobě pacienta v ochranném léčení. Pouze respondent P3 upozorňoval na problém v absenci směrnic a pokynů, které by uváděli, jakým způsobem má léčba pro pacienty v ochranném léčení probíhat.

Shrnutí subkategorie A.:

V rámci této subkategorie se vyskytl jednotný názor na ochranné léčení, který všichni respondenti (P1 – P5) identifikovali jako problém, který každý z nich během rozhovoru

specifikoval. Nikdo se nevyjádřil tak, že by léčbu pacientů v ochranném léčení vnímal bezproblémově.

B. Nejednotnost primariátů

Tato subkategorie vypovídá o tom, že každý primariát disponuje nejen jiným počtem oddělení, určených pro léčbu závislostí, ale zároveň i odlišnou charakteristikou jednotlivých oddělení. Respondenti se k uvedené subkategorii vyjadřovali v rozpětí následujících dimenzí:

B1. Jednotlivá zařízení disponují různým počtem oddělení pro léčbu závislosti a ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické probíhá v různých prostorách

B2. Stavební a prostorové řešení jednotlivých oddělení

Nikdo z pěti respondentů (P1 - P5) nesdělil, že by na jejich primariátu existovalo specializované oddělení, v němž by probíhalo pouze ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické. Pacienti v ochranném léčení jsou rozmístěni různě po odděleních závislosti, dle možností primariátů. To znamená, že léčba pacientů v ochranném léčení probíhá ve stejných prostorách, jako léčba pacientů, kteří se léčí dobrovolně, tedy ne na příkaz soudu.

Je patrné, že jednotlivá zařízení pro léčbu závislosti v psychiatrických nemocnicích či léčebnách se diametrálně liší, poněvadž *jednotlivá zařízení disponují různým počtem oddělení a ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické probíhá v různých prostorách (B1)*.

Celkově dvěma odděleními disponují pouze dva primariáty, to uvádějí P1 a P3. Z toho P3 sděluje, že obě oddělení jsou otevřená, to znamená bez mříží na oknech, odemčená, v přízemí. Tato oddělení je možno kdykoli opustit, ať dveřmi či oknem - *stavební a prostorové řešení jednotlivých oddělení (B2)*.

„ Obě oddělení jsou otevřená, jedno je mužské pro pacienty, kteří již nejsou schopni zvládat režimovou léčbu a druhé je režimové, koedukované. Ochranné léčby mohou být na jednom i druhém oddělení“.(P3)

To znamená, že pacient s nařízeným ochranným léčením podstupuje svou ústavní léčbu na otevřeném oddělení, které je možno kdykoli opustit či do něj vnést návykovou látku. K tomu ještě P3 dodává, že nikde nejsou stanoveny podmínky, jak má léčba pro pacienty v ochranném léčení vypadat, jakým způsobem má být prováděna a jak má vůbec být vybaveno oddělení pro pacienty v ochranném léčení.

P1 informuje, že mají také dvě oddělení, z toho jedno z nich je uzavřené. OL PAL a PTL

probíhají pouze na tomto oddělení uzavřeném.

„Máme oddělení pro léčbu dobrovolnou, podle Skálovského systému a pak oddělení uzavřené, kde jsou pacienti, kteří již nejsou schopni zvládnout normální režim. Chtěl bych ale říct, že těch ochranek je tu jen tak dvě, tři.... a ta je určena pouze pro muže“.(P1)

Ve zmíněném zařízení ochranné léčení probíhá na oddělení uzavřeném a zde se mohou léčit pouze muži v ochranném léčení. P2 sděluje, že jejich primariát disponuje čtyřmi odděleními, jedno je detoxifikační jednotka (detox) pro muže, to je uzavřené. Další dvě jsou určeny léčbě protialkoholní a jedno je oddělení určené pro toxikomany, tedy pro pacienty závislé na nealkoholových drogách. Tato oddělení jsou koedukovaná, kromě detoxu. Pacienti v ochranném léčení vykonávají léčbu na tomto uzavřeném oddělení.

„Máme čtyři oddělení – oddělení uzavřené, mužské, tady probíhají detoxy a ochranné léčby muži, pak máme oddělení protialkoholní s nejvíce motivovanými pacienty, muži i ženy, potom máme protialkoholní oddělení už pro ty somaticky poškozenější a pak máme toxické oddělení, všechna koedukovaná. Ochranné léčby jsou na uzavřeném oddělení, jsou tady mříže, sítě v oknech. To zase dělá problémy s ombudsmanem, protože když nám přijde kontrola, říkají, že stigmatizujeme pacienty.“ (P2)

Podle Goffmana (2003)) slovo stigmatizace znamená negativní hodnocení člověka, většinou zaměřenou na celou jeho osobnost. V případě pacientů v ochranném léčení se nejspíš ze slov ombudsmana jedná o negativní hodnocení pacientů personálem tím, že jim pracovníci omezují svobodu pobýtem na uzavřeném oddělení. Stigmata Goffman (2003) dělí na několik typů a to nejen na tělesné vady, ale i na vady charakteru, jako jsou falešnost, nepoctivost ale i duševní poruchy, homosexualita, nezaměstnanost. K tomu se vztahuje i užívání návykových látek. Dále se P2 vyjadřuje k názoru ombudsmana tak, že by jejich oddělení neměla pacienty v ochranném léčení do ničeho nutit, že by pacienti v ochranném léčení měli mít právo i odmítnout medikaci. Nad tímto výrokem se P2 pozastavuje s nepochopením. Další dvě zařízení disponují šesti odděleními pro léčbu závislosti, to je informace od P4 a P5.

„Všechna oddělení jsou otevřená, koedukovaná, uzavřené oddělení nemáme. Ochranné léčení teoreticky může probíhat na všech odděleních“. (P5)

Toto zařízení disponuje i třemi terapeutickými komunitami, byť ve zdravotnictví, která jsou započtena k dalším třem oddělením závislosti. Ochranné léčení je možno vykonávat i v těchto terapeutických komunitách, i když léčebný program je zde náročnější a na pacienta jsou kladeny větší nároky. Respondent P4 také hovoří o šesti odděleních. Jedná se o přijímací oddělení pro muže závislé na alkoholu, přijímací oddělení pro muže závislé na nelegálních drogách, přijímací pro ženy závislé na nelegálních drogách a gamblery muže i ženy, potom psychoterapeutické oddělení protialkoholní muži, dále protialkoholní ženy a

ještě jedno detašované pracoviště mimo areál, kde probíhá pracovní terapie.

„Každý pacient v ochranném léčení je vždy přijímán na uzavřené oddělení a po určité době, podle spolupráce a náhledu, tak je jim ten režim postupně rozvolňován.“ (P4)

Dva primariáty vůbec nejsou vybaveny detoxifikační jednotkou, tudíž detoxifikace organismu musí probíhat v jiných zařízeních a teprve po ní přijímají jakéhokoli pacienta na své oddělení, bez ohledu na to, zdali se jedná o jedince v ochranném léčení či nikoli. A primariát se čtyřmi odděleními je vybaven detoxem pouze pro muže.

Shrnutí subkategorie B.:

V této subkategorii je zjevné, že každý primariát disponuje různým počtem oddělení pro léčbu závislosti a dva primariáty nejsou vybaveny ani detoxifikační jednotkou. Navíc léčba pacientů v ochranném léčení je vykonávána v různých prostorách, mnohdy jen na otevřených odděleních. Předpokládám, že počet oddělení a lůžek není v kompetenci primářů, byť v mnoha případech s touto situací nejsou spokojeni.

C. Otevřenost/uzavřenost jednotlivých oddělení pro poskytování ochranného léčení

Interpretací této subkategorie chci poukázat na názory respondentů, související s tím, co si myslí o odděleních otevřených či uzavřených, kde probíhá ochranné léčení. V této subkategorii respondenti uváděli následující tři dimenze:

C1. Pacienti v ochranném léčení by měli začínat léčbu na uzavřeném oddělení

C2. Do společnosti by pacienti z ochranného léčení měli odcházet z otevřeného oddělení

C3. Podmínky pro pacienty v ochranném léčení časem prošly drobnými změnami

Většina respondentů souhlasí s názorem, že *pacienti v ochranném léčení by svou léčbu měli začínat na oddělení uzavřeném (C1)*. K tomuto názoru se přiklání především respondenti P2, P3 a P4 a částečně i P1. Shodují se v tom, že každý pacient v ochranném léčení by měl léčbu nastoupit na uzavřeném oddělení a pak postupem času by mohl přestoupit na oddělení otevřené. Záleželo by nejen na motivaci pacienta ke změně životního stylu, ale i na jiných okolnostech. Například jestli se osvědčil na vycházkách mimo areál léčebny/nemocnice a na propustkách tím, že neporušil abstinenci, neutekl a podobně. Zároveň je důležité, aby byla chráněna společnost od nebezpečnosti pacienta, proto by měl začínat na oddělení uzavřeném.

„... v těch prvních fázích, když je možnost útěku a pacient teprve hledá sám sebe, tak je uzavřené oddělení na místě.“ (P4)

S celkem striktním názorem přichází respondent P3, neboť jejich primariát nedisponuje uzavřeným oddělením.

„Oddělení by mělo být vybaveno tím způsobem, aby tu společnost ochraňovalo. Na sto procent by měl pacient při nástupu začínat na uzavřeném oddělení. Pakliže se prokáže jeho motivace je možné, aby šel na otevřené oddělení, ale pokud není nebo nechce, pak by měly být vytvořeny takové podmínky, aby ta společnost byla opravdu ochráněna.“ (P3)

Pouze jeden respondent P1 s ostatními názory není zcela ztotožněn. Souhlasí s tím, že by pacient v ochranném léčení měl nejen začínat léčbu na uzavřeném oddělení, ale měl by ji tam prodělat celou. Tvrdí, že podle platných předpisů, musí být pacient v ochranném léčení na oddělení uzavřeném. Poslední respondent P5, jejichž primariát taktéž nedisponuje uzavřeným oddělením se nad tímto tématem pozastavuje odlišným postojem, než ostatní čtyři respondenti. Nevnímá tak velký problém v tom, že by pacient své ochranné léčení podstoupil celé na otevřeném oddělení.

„Já si myslím, že to zase není tak velký problém, i když samozřejmě někdy je to náročnější, ale nemyslím si, že by to musela být priorita, aby byli na uzavřeném oddělení.“ (P5)

Pacienti v ochranném léčení by do společnosti měli odcházet z otevřeného oddělení (C2). K tomuto výroku se přiklání drtivá většina respondentů (P2, P3, P4 a P5). Pouze jeden respondent P1 má názor odlišný, o němž se budu vyjadřovat v další dimenzi.

Jinak všichni jmenovaní respondenti sdílejí názor, že pacienti podstupující ochranné léčení by měli odcházet do společnosti z otevřeného oddělení, je pro ně velmi důležité, aby si samostatně vyzkoušeli propustky mimo areál léčebny/nemocnice, aby chodili mezi ostatní lidi, aby navštěvovali rodinné příslušníky a pomalu se začleňovali do společnosti. Mnozí pacienti jsou k výkonu ochranného léčení přivezeni přímo z výkonu trestu po dlouholetém odnětí svobody a vcelku nejistě se pohybují na svobodě. A to jim uzavřené oddělení neumožní. Jednoznačně o tom přímo hovoří P4:

„Aby pacient mohl být zařazený do společnosti, tak si myslím, že by měl odcházet z otevřeného oddělení, aby byl jaksi ve styku s tou realitou, než odejde do normálního života.“ (P4)

„My ty pacienty posíláme ven na vycházky, i na vícedenní propustky, takže pak ta uzavřenost se postupně rozvolňuje.“ (P2)

Jak zmiňuji výše, pouze jeden respondent P1 je striktním zastáncem toho, že léčbu pacienta v ochranném léčení je nutno vykonávat celou na uzavřeném oddělení. Jasně sděluje, že podle platných předpisů, musí být pacient v ochranném léčení na oddělení uzavřeném. Tento respondent navíc verbalizuje, že je soudní znalec v oblasti závislosti a není příliš ztotožněn s častým udělováním ochranného léčení.

„Sám jsem soudní znalec a nejlepší ochranné léčení je žádné ochranné léčení,... podle mě se to dává psychopatům, kteří prostě něco pod vlivem alkoholu vyvedou a je to prostě

zbytečný.“(P1)

Z výše uvedené citace předpokládám, že respondent P1 oplývá vcelku negativismem vůči pacientům v ochranném léčení a vysvětluji si to tím, že je ten soudní znalec, který má snahu ochranné léčení neukládat, neboť v ní vidí spíš neúčelnost.

V poslední dimenzi této subkategorie se respondenti zamýšlí nad změnami, kterými jejich primariát během let prošel, co se týče ochranného léčení- *podmínky pro pacienty v ochranném léčení občas prochází změnami (C3)*. Drtivá většina z nich sděluje (P2, P3, P4, P5), že na každém oddělení k jistým změnám během let dochází. Především ke změnám režimovým. P4 například říká, jak se během času mění celkově režim pro všechny pacienty, tak se prakticky mění i pro pacienty v ochranném léčení. Respondent P5 povídá o změně takové, že dříve do léčby pacienty v ochranném léčení brali pouze spádové, nyní po domluvě jsou ochotni vzít i pacienty v ochranném léčení mimospádové. Další respondent (P2) mluví o větší náročnosti klientely v ochranném léčení a tím i náročnější práci s nimi.

„V podstatě se mění klientela, je čím dál náročnější a čím dál hůř se s nimi pracuje a připadá mi, že pro soud je pohodlný problematického člověka dát do zdravotnictví...“ (P2)

Jiný respondent (P3) se rozvypráví o změnách na jejich primariátě, které si jako vedoucí pracovník ohledně léčby pacientů v ochranném léčení musel se svými podřízenými stanovit sám a to tak, že nejdřív limitoval počet přijatých pacientů v ochranném léčení na dva pacienty naráz, pak si vybudoval jistý systém pravidel a zároveň více vyjednávat s jinými kolegy z psychiatrické nemocnice, aby v případě agresivity či porušení abstinence byli ochotni pacienta v ochranném léčení převzít na jejich uzavřené oddělení, byť pouze psychiatrické.

„Pravidla jsme si museli nastavit vlastně sami. Legislativa mi v tomto případě přijde nepodchycená, nikde nejsou podmínky, jak má tato léčba vypadat, jakým způsobem má být prováděna, jaké musí mít podmínky vybavení oddělení atd.“ (P3)

Pouze jediný respondent (P1) sděluje, že podmínky pro pacienty v ochranném léčení žádnými změnami neprošly, režim je standardní.

Shrnutí subkategorie C.:

Zde je patrné, že všichni respondenti se shodují v názoru, že by pacienti v ochranném léčení měli vždy léčbu začínat na uzavřeném oddělení a postupem času režim rozvolňovat. S tímto nesouhlasí pouze jeden respondent. Dále je zjevné, kromě jednoho respondenta, všichni ostatní souhlasí s odchodem pacienta z ochranného léčení do společnosti z oddělení otevřeného, aby již měl jistý kontakt s realitou, než opustí oddělení závislosti. A co se týče změn na odděleních pro léčbu závislosti včetně ochranného léčení, tak většina oddělení nějakými změnami prošla, ovšem ty si upravovala dle svých možností a

schopností, nikoli podle určitých standardů.

D. Patrné rozdíly mezi ochranným léčením protialkoholním, protitoxikomanickým a pohlavím

V této subkategorii respondenti uvedli vcelku mnoho oblastí, které jsem rozdělila do těchto tří dimenzí:

D1. Ochranné léčení protialkoholní probíhá odděleně od ochranného léčení protitoxikomanického

D2. Mezi ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým nejsou žádné rozdíly

D3. Muži v ochranném léčení mají více možností umístění na odděleních, než ženy

Dva respondenti z pěti (P2 a P4) uvádějí, že ochranné léčení protialkoholní probíhá na jiném oddělení, než ochranné léčení protitoxikomanické, což odpovídá dimenzi, že *ochranné léčení protialkoholní probíhá odděleně od ochranného léčení protitoxikomanického (D1)*. To odpovídá primariátům, které disponují víc než dvěma odděleními léčby závislosti a navíc mají specifická oddělení, kdy pacienti jsou rozděleni podle diagnóz syndromu závislosti F 10 – F 19. To znamená, že se léčí zvláště závislost na alkoholu a zvláště závislost na nealkoholových drogách.

„Ano, rozlišujeme mezi ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým. Ta protitoxikomanická je delší a intenzivnější a nestalo se nám, aby pacient tu léčbu dokončil, jakmile je tam nedostatečná motivace, tak oni to nedají“.(P2)

Zde je zjevné, že léčba pro pacienty v ochranném léčení závislé na nealkoholových drogách je natolik náročná, že tito pacienti nejsou schopni léčbu úspěšně podstoupit a dokončit. Oddělení pro pacienty závislé na nealkoholových drogách pracuje s pacienty na principu terapeutických komunit. Jak uvádí Kalina (2008), terapeutická komunita (dále TK) je dlouhodobý, intenzivní a vysoce strukturovaný léčebný pobytový program. Jedná se o bezpečné prostředí bez drog, v němž lidé žijí organizovaným a strukturovaným způsobem. Podobně, jako v psychiatrických nemocnicích/léčebnách (PN/PL) se řídí jistým řádem a pravidly, ovšem celková doba pobytu se mnohem delší a program intenzivnější. Proto, jak sděluje respondent P2 je vcelku pochopitelné, že pacient v ochranném léčení s nedostatečnou motivací, není schopen léčbu dokončit.

Respondent P4 hovoří také o rozdílnosti mezi ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým, poněvadž i jejich primariát disponuje více odděleními a pacienti se zde taktéž léčí podle diagnóz.

„Pro léčbu závislosti na alkoholu, závislosti na nealkoholových drogách a gamblingu máme

historicky na úseku samostatné stanice (oddělení) respektující specifika klientely. Psychoterapeutické přístupy, převážně kognitivně-behaviorální terapie (KBT) jsou u protialkoholní léčby i protitoxikomanické obecně velmi podobné.“ (P4)

Na tomto primariátu je zjevné, že pacienti v ochranném léčení protialkoholním a protitoxikomanickým se sice léčí odděleně, ale jejich léčba se neliší v psychoterapeutickém přístupu, ani délkou léčby. Kalina (2008) píše, že psychoterapeutický přístup KBT (kognitivně behaviorální terapie) je v léčbě závislostí nejpoužívanějším a nejrozšířenějším přístupem. Kuklová (2016) dodává, že KBT postupy jsou natolik univerzální, proto jsou vhodné při léčbě jakékoli závislosti a samozřejmě i pro léčbu duálních diagnóz. Není zde ani zmínka o větší náročnosti léčby, navíc respondent upozorňuje ještě na oddělení zvláště pro procesuální závislosti, hovoří přímo o oddělení pro gamblery, čímž jiné primariáty nedisponují.

Další tři respondenti (P1, P3, P5) upozorňují na to, že mezi ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým nijak nerozlišují. To odpovídá dimenzi - *mezi ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým nejsou žádné rozdíly (D2)*. Pacienti se léčí společně a také dohromady s pacienty v dobrovolné léčbě. Mají prakticky stejný program, jen přísnější podmínky. Protože pokud pacient v ochranném léčení poruší nejpřísnější, tedy kardinální pravidla (užije návykovou látku, je agresivní...), nemůže být z léčby vyloučen, na rozdíl od pacienta v léčbě dobrovolné. Pacient v dobrovolné léčbě v tomto případě musí léčbu okamžitě opustit. Také respondent P5 vypráví, že ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické lze prodělat kdekoliv, teoreticky to může být na jakémkoliv oddělení. Dokonce již několik pacientů v ochranném léčení úspěšně prodělalo léčbu v jejich komunitách, kterými primariát disponuje.

Z odpovědí respondentů také vyplynulo, že *muži v ochranném léčení mají více možností umístění na odděleních, než ženy (D3)*. O tom hovoří především respondent P3. Jejich primariát disponuje pouze dvěma odděleními, z toho jedno je koedukované, druhé čistě mužské a ochranné léčení pro muže smí probíhat na obou odděleních, pro ženy logicky pouze na jednom. Další respondent verbalizuje jejich situaci a problematiku umístění mužů v ochranném léčení a žen v ochranném léčení.

„Ochranné léčení pro muže je to uzavřené oddělení, pro ženy tam, kde je místo. Nemáme specializované oddělení, chybí ženský detox, zároveň uzavřené oddělení pro závislé ženy, takže ty schopnější jsou přijaté na otevřené oddělení mezi dobrovolně se léčící.... a ty nemotivované jsou na uzavřeném psychiatrickém oddělení a zde žádná specifická léčba neprobíhá a jde vlastně o pouhou detenci.“(P2).

Za detenci respondent P2 považoval zabezpečovací detenci. Institut zabezpečovací detence je také ochranné opatření v českém právním řádu (trestní zákoník č. 40/2009,

který vstoupil v účinnost dne 1. ledna 2010) a znamená nucené zadržování a léčbu nemocných ve speciálních zdravotnických zařízeních, tzv. detenčních ústavech.

Poslední respondent P1 uvádí, že pro muže ochranné léčení probíhá pouze na uzavřeném oddělení a pro ženy vůbec. Na můj dotaz, kam umísťují ženy v ochranném léčení mi respondent odpověděl následovně:

„To není můj problém, to je oddělení jen mužské“. (P1).

Shrnutí subkategorie D.:

V této subkategorii se odpovědi respondentů v podstatě dosti rozcházejí a jednájí podle svých možností primariátů. Je ovšem patrné, že ženy jsou v tomto případě více diskriminovány.

E. Představy respondentů o ochranném léčení

Odpovědi spadající do této subkategorie ilustrují, jaké představy o ochranném léčení respondenti zaujímají, jak by si představovali vhodné ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické. Dle odpovědí respondentů jsem vytvořila několik dimenzí, neboť názory respondentů se diametrálně liší:

E1. Zavést systém jako v terapeutických komunitách, vaření, hospodaření...

E2. Zavést jedno celorepublikové oddělení pro všechna ochranná léčení

E3. Ochranné léčení zrušit

E4. Ochranné léčení protitoxikomanické vůbec, ochranné léčení protialkoholní jen zřídk a dohled probační a mediační služby (dále PMS)

E5. Pacienti v ochranném léčení by neměli být zvlášť od dobrovolných pacientů

E6. Pacienti v ochranném léčení by měli mít strukturovaný program, víc personálu a individuální přístup

Představa respondenta P4 odpovídá léčbě jako v terapeutických komunitách, kde by pacienti měli možnost nacvičit si dovednosti běžného typu života. To se týká vaření, hospodaření s penězi a podobně - *Zavést systém jako v terapeutických komunitách, vaření, hospodaření...(E1)*

„Spíš takového komunitního rodinného typu, ne až tak lůžkové...“ (P4).

P4 zároveň verbalizuje, že oddělení by měla být integrovaná a pacienti v OL by neměli být umístěni zvlášť od pacientů, kteří se léčí dobrovolně, měli by být pohromadě (E5). Respondent jednoznačně preferuje tento způsob léčení.

Další respondent P2 se přiklání k názoru, že by se mělo *zavést jedno celorepublikové oddělení pro všechna ochranná léčení (E2)*. Respondent by byl radši, kdyby se na jeho primariátu vůbec pacienti v ochranném léčení nevyskytovali, nemá s nimi dobrou zkušenost, vnímá je jako přítěž pro léčbu ostatních pacientů, neboť jsou pro léčbu často neindikováni.

„Ideální by bylo, kdyby tu ty ochranné léčby vůbec nebyly, kdyby bylo jedno centralizované celorepublikové oddělení a opravdu by se tam ty lidi dávali indikovaně a zbytek by se řešil nějakým jiným způsobem, protože velká část je nařizována neindikovaně.“ (P2).

Dále se respondent P2 zamýšlí nad názorem, že *ochranné léčení protitoxikomanické by se nemělo ukládat vůbec, ochranné léčení protitoxikomanické jen zřídka a dohled PMS“ (E4)*. Je přesvědčen, že ochranné léčení by mělo být doporučeno a měl by zároveň probíhat dohled probační a mediační služby. Tím pádem má člověk větší rozhodovací možnosti, jestli léčbu nastoupí a absolvuje.

„Když je to nařízený, je v tom problém a soudy to někdy nařizují i proti názoru soudního znalce a ti lidi jsou nemotivovaní, nemají intelektový potenciál a strašně těžko se to ruší...“ (P2).

Radikální odpověď přináší respondent P1. Ten v zásadě trvá na tom, že nejlepší je *ochranné léčení zrušit (E3)*. Ten vnímá, že devadesát procent pacientů je k léčbě neindikovaných a o neindikovaných pacientech se zmiňuje i předešlý respondent P2.

„Já bych ochranné léčení zrušil úplně. Já bych si to představoval, jak to mají v Polsku, tam když něco provede, tak mu dají vybrat, jestli chce jít do kriminálu nebo se léčit. A když si vybere léčbu a něco vyvede, tak jde do kriminálu“ (P1).

Respondent P3 uvažuje o nedostatku personálu. V terapeutickém týmu chybí minimálně jeden lékař a hrubý nedostatek vnímá v absenci psychologů a adiktologů. OL by zároveň měli mít strukturovaný program. To souhlasí s dimenzí *pacienti v ochranném léčení by měli mít strukturovaný program, víc personálu a individuální přístup (E6)*. Také se přiklání k názoru, že je důležitý individuální přístup k pacientům v ochranném léčení. Kromě respondenta P3 s tímto rčením souhlasí i P4 a P5. Pacienti v ochranném léčení často narušují léčbu, jsou méně motivovaní a k problematice závislosti nekritičtí. Oni vědí, že na oddělení musí být, mívají ke všemu výhrady, mluví do režimu, ale i přesto je důležitý individuální přístup k pacientovi, neboť jsou i případy, kdy si pacient během léčby alespoň částečnou motivaci vybuduje a v léčbě funguje.

Shrnutí subkategorie E.:

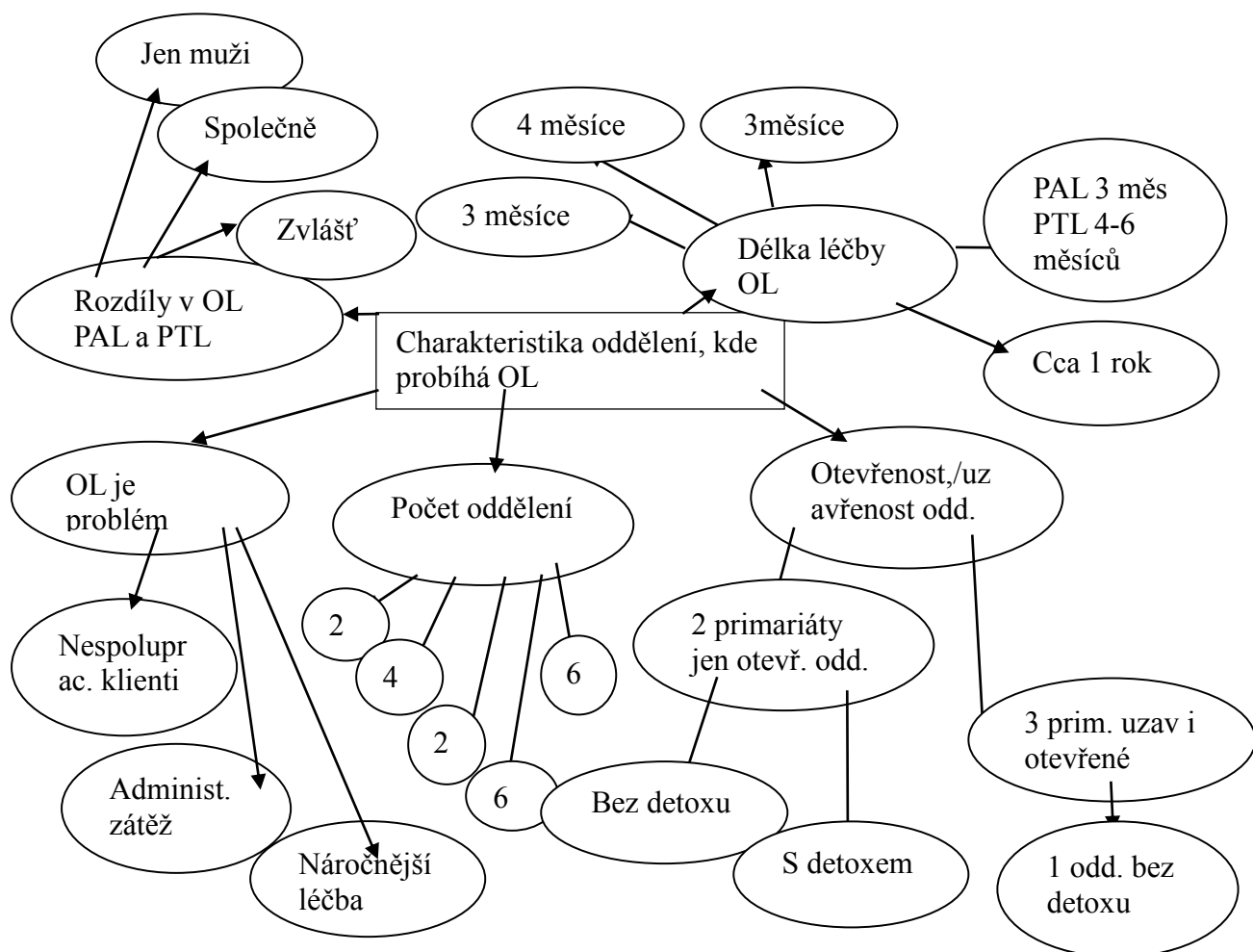
Je zřejmé, že v poslední subkategorii kategorie 1. se respondenti ve svých odpovědích vcelku rozcházejí a jejich odpovědi mohou být ovlivněny osobními zkušenostmi s klientelou

v ochranném léčení. Ale domnívám se, že kromě respondenta P1, všichni ostatní přemýšleli o vhodnosti a systému léčebné péče pro pacienty v ochranném léčení, tudíž jim tito pacienti zřejmě nebudou lhostejní.

Dílčí souhrn:

Odpověď na moji první dílčí otázku: „*Jaká je celková charakteristika oddělení, kde probíhá ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické?*“ zní takto: Co se týče počtu oddělení na jednotlivých primariátech, zde jsem zaznamenala jisté rozdíly. Předpokládám, že počet oddělení a lůžek není v kompetenci primářů, byť v mnoha případech s touto situací nejsou spokojeni. Zaznamenala jsem jisté nesrovnalosti, týkající se rozdílnosti délky ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického a to pouze na některých primariátech. Zároveň se zde objevila jistá diskriminace žen v ochranném léčení, pro něž jsou prostory pro ochranné léčení omezené. Dále jsem v rámci axiálního kódování vyzorovala, že všechny subkategorie jsou propojeny jedním fenoménem a to poukazováním respondentů na to, že celkově ústavní ochranné léčení vnímají, jako problém v mnoha směrech. Zvláštní jev jsem vyzorovala u dvou respondentů, jeden radikálně ochranné léčení odmítá, druhý jako jediný problém vnímá v chaotickém systému nastavení pravidel pro ochranné léčení, která zřejmě není nikde zakotvena.

Schéma č. 2. vysvětluje odpověď na 1. dílčí výzkumnou otázku „Jaká je celková charakteristika oddělení, kde probíhá ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické“.



Druhá dílčí výzkumná otázka zní: „*Jaké je personální obsazení na odděleních, jak je oddělení pro pacienty v ochranném léčení zabezpečeno a jak je vnímána motivace pacientů v ochranném léčení k léčbě?*“

V rámci interpretace se stejně, jako v předešlé kapitole, nebudu z důvodu rozsahu práce věnovat zcela všem uvedeným subkategoriím a dimenzím, vyberu ty, z mého hlediska, nejpodstatnější. Každou z nich člením následovně:

Kategorie 2. PERSONÁLNÍ A ZABEZPEČOVACÍ OBLAST

Subkategorie A. Personální obsazení pro pacienty v ochranném léčení

Dimenze:

A1. Kompetence pracovníků se neliší od léčeb dobrovolných

A2. Je nedostatek mužského personálu

A3. Absence administrativních pracovníků a adiktologů

B. Bezpečnostní opatření personálu a spolupacientů

B1. Není zajištěna bezpečnost personálu z hlediska možné nebezpečnosti pacienta v ochranném léčení

B2. Není zajištěna bezpečnost spolupacientů z hlediska možné nebezpečnosti pacienta v ochranném léčení

B3. Absence směrnic a pokynů, které ukládají bezpečnostní předpisy

B4. Oddělení nelze zabezpečit

B5. Na odděleních by měly být bezpečnostní složky, nejen zdravotnický personál

B6. Oddělení by měla být vybavena mřížemi, kamerami, zvonky...

C. Reflexe policie vzhledem k pacientům v ochranném léčení

C1. Policie je volána výjimečně

C2. Policie je využita zatím jen jako výhrůžka

C3. Jednání ze strany policie je vesměs vstřícné, spolupracující

D. Motivace k léčbě u pacientů v ochranném léčení

D1. Pacienti v ochranném léčení jsou obecně málo motivovaní k léčbě

D2. Někteří pacienti si během léčby motivaci vybudují

D3. Pacienti v ochranném léčení mohou být i obohaceni pro dobrovolné pacienty

D4. Pro efektivitu práce s pacienty v ochranném léčení je nutná práce s motivací a jasná pravidla

Kategorie 2. PERSONÁLNÍ A ZABEZPEČOVACÍ OBLAST

Tato kategorie se věnuje tomu, jakým způsobem jsou různé primariáty vybaveny personálním zastoupením na odděleních, kde probíhá léčba pacientů v ochranném léčení a zároveň se zabývá i bezpečnostním opatřením na jmenovaných odděleních.

Odpovědi respondentů vyjadřují stav na jednotlivých primariátech. V informacích poskytnutých respondenty jsem v rámci této kategorie rozlišila čtyři významné subkategorie a jejich dimenze:

A. Personální obsazení pro pacienty v ochranném léčení

Zde se respondenti vyjadřují k personálnímu obsazení svých oddělení pomocí těchto dimenzí:

A1. Kompetence pracovníků se neliší od léčeb dobrovolných

A2. Je nedostatek mužského personálu

A3. Absence administrativních pracovníků a adiktologů

Téma, které v odpovědích respondentů rezonovalo se týkalo především první dimenze - *kompetence pracovníků se neliší od léčeb dobrovolných (A1)*. Pohled respondentů na tuto dimenzi se shoduje v tom, že všichni pracovníci oddělení, ať už se to týká lékařů, sester, psychologů, adiktologů a ostatních zaměstnanců, mají zcela stejné kompetence v práci s pacienty v ochranném léčení, jako s pacienty dobrovolnými. Všichni respondenti P1 – P5 hovoří o jisté náplni práce, kterou jejich pracovníci, dle svých profesí, musí dodržovat. Kromě toho se respondent P3 vyjadřuje tak, že co se týče nějakých specifických nároků na personál, nikde není popsáno, jaké kompetence má personál pro pacienty v ochranném léčení mít.

Další téma, které se v této subkategorii objevovalo se týkalo *nedostatku mužského personálu (A2)*. Je obecně známo, že v nemocničních zařízeních chybí muži v rolích zdravotních bratrů či všeobecných sanitářů. Na to upozorňuje nejen respondent P3, ale především respondent P5, který nedostatek mužského personálu vnímá jako zásadní problém, neboť na jejich primariátu absentují muži i v rolích terapeutických, jako je psycholog či adiktolog.

Tímto již pomalu přecházím k dalšímu tématu chybějících pracovníků - *absence administrativních pracovníků a adiktologů (A3)*. K tomuto výroku se přiklání především respondent P4.

„Osobně bych uvítal ještě adiktologa se způsobilostí S4 a samostatnou administrativní pracovníci pro OL“. (P4).

Zdůvodňuje to především tím, že kolem pacientů v ochranném léčení je příliš administrativní práce a jejich celý primariát disponuje pouze jednou zdravotně-sociální pracovnící. S tím jednoznačně souhlasí respondent P5 a P3.

Respondent P3 nedostatek adiktologů navíc zdůvodňuje nutností zajištění dobré psychoterapeutické práce, aby na psychoterapeutické skupině mohli fungovat terapeuti dva a ne jeden, jak je ve zdravotnických zařízeních zvykem. Adiktologa na svém pracovišti by rád přivítal také respondent P5, nejlépe adiktologa muže.

Shrnutí subkategorie A.:

Co se týče kompetencí pracovníků na různých primariátech, jsou všude stejné pro pacienty v ochranném léčení, i pro pacienty dobrovolné. Na tom se shodlo všech pět respondentů. Také se vesměs všichni shodují v tom, že jistý personál jim chybí.

B. Bezpečnostní opatření personálu a spolupacientů

Tato subkategorie se zabývá nejen bezpečnostními opatřeními, ale zároveň vyjadřuje i představy respondentů o jejich představách bezpečného prostředí. Odpovědi spadající do této subkategorie respondenti vyjádřili pomocí těchto dimenzí:

B1. Není zajištěna bezpečnost personálu z hlediska možné nebezpečnosti pacienta v ochranném léčení

B2. Není zajištěna bezpečnost spolupacientů z hlediska možné nebezpečnosti pacienta v ochranném léčení

B3. Absence směrnic a pokynů, které ukládají bezpečnostní předpisy

B4. Oddělení nelze zabezpečit

B5. Na odděleních by měly být bezpečnostní složky, nejen zdravotnický personál

B6. Oddělení by měla být vybavena mřížemi, kamerami, zvonky...

Na tom, že *není zajištěna bezpečnost personálu z hlediska možné nebezpečnosti pacienta v ochranném léčení (B1)* se shodla drtivá většina respondentů (P2 – P5), kteří se jednoznačně vyjádřili tak, že žádné bezpečnostní zařízení na oddělení nemají. Respondent P3 k tomu informuje, že jejich ředitelství uvažovalo o vytvoření nějakého zvonečku, který by byl napojený na policii nebo nějakou instituci. Dále se také uvažovalo o nějakých školeních, týkajících se sebeobrany, ale to je tak všechno a k realizaci se zvonečkem zatím nedošlo, kurzy sebeobrany začaly probíhat na bázi dobrovolnosti.

Pouze respondent P1 sděluje, že na jejich oddělení, kde probíhá léčba pacientů v ochranném léčení, mají určité bezpečnostní zařízení.

„Jsou tam bezpečnostní hlásiče, to je vše. Je to takový knoflík na zdi na několika místech oddělení, který se zmáčkne a pošle signál na vrátnici a na nejbližší oddělení, kde slouží ošetřovatelé – muži.“ (P1)

Z této odpovědi vyplývá, pakliže zazní signál, dostaví se na oddělení mužští ošetřovatelé a nebezpečného pacienta spacificují. Kolikrát byl tento hlásič využit a jakým způsobem byl pacient v ochranném léčení spacificován, to jsem se již nedotazovala, nebylo to součástí mého výzkumu.

Není zajištěna bezpečnost spolupacientů z hlediska možné nebezpečnosti pacienta v ochranném léčení (B2). Na tom se shodli zcela všichni dotazovaní respondenti (P1 - P5), byť se setkávají se situacemi, kdy pacient v ochranném léčení ohrožuje dobrovolného pacienta a dobrovolní pacienti mají z pacientů v ochranném léčení strach, což značně narušuje celý terapeutický proces. Respondent P2 a P3 se shodují se zkušeností, kdy pacienti v ochranném léčení často vyhrožují ostatním pacientům a ti se pak s nimi nechtějí léčit pohromadě a mají tendenci svou léčbu předčasně ukončit.

Respondent P3 dále komentuje situaci tak, že neexistuje žádná směrnice, ani pokyny, které zaručovaly bezpečnost pro personál či jiné pacienty. To souvisí s dalším tématem - *absence směrnic a pokynů, které ukládají bezpečnostní předpisy (B3)*

„Není žádná směrnice, pokyny ani příkazy... ani pro personál, ani pro pacienty. Akorát jsme si sami vytvořili tak zvaný ochranný režim.“ (P3)

Tento respondent vysvětluje vytvoření ochranného režimu tak, že si s kolegy sami vybudovali systém pravidel, kde jsou vymezeny podmínky, jak má pacient v ochranném léčení fungovat. Pokud pacient nebude podle platných pravidel fungovat, je seznámen s opatřeními, která by následovala.

Jiný respondent (P1) tvrdí, že *oddělení nelze zabezpečit (B4)*. Prosazuje názor, že oddělení

pro léčbu závislosti se prostě nedá zabezpečit a verbalizuje to slovy:

„To se nedá zabezpečit, buď jsme v léčení, nebo v kriminále!!!“(P1)

Tato odpověď ale není slučitelná s odpovědí respondenta P2. Ten zastává názor, že na *odděleních by měly být bezpečnostní složky, nejen zdravotnický personál (B5)*. Aby se cítil bezpečně nejen personál, ale také jiní spolupacienti.

„Mělo by mít i personál policejní nebo vězeňský, nezdravotnický. My nejsme represivní složka, nikdo z ošetřujícího personálu nemá zapotřebí se nechat ohrožovat, vstupovat do konfliktů a bránit mu v útěku s rizikem, že bude třeba napaden nebo zraněn..“.(P2)

Jiný názor zase zastává respondent P3, ten si myslí, že *oddělení by měla být vybavena mřížemi, kamerami, zvonky (B6)*. Mimo těchto opatření zároveň přemýšlí i o signalizačním zařízení a možná také o jednom pokoji v izolaci, čímž bývají vybavena psychiatrická zařízení ohledně neklidných pacientů. Za důležité také považuje vzdělávání personálu, aby o pacientech v ochranném léčení věděl co nejvíce, aby rozuměl tomu, co se s pacientem děje, protože nevzdělaný personál může v dobrém přesvědčení napáchat více zla, aniž by tomu tak chtěl.

Respondenty P4 a P5 žádná speciální opatření nenapadla. Oba hovoří o nějakém bezpečnostním zajištění, ale blíže ho nespecifikují.

Shrnutí subkategorie B.:

Téměř všichni respondenti se shodují, že nedisponují žádnými bezpečnostními opatřeními ohledně personálu, ani spolupacientů, pracujícího s pacienty v ochranném léčení. Ale pohled všech respondentů na bezpečnostní opatření je značně rozdílný, přitom téměř všichni stojí o celkové bezpečí svého primariátu.

C. Reflexe policie vzhledem k pacientům v ochranném léčení

Drtivá většina respondentů má zkušenosti s přivoláním policejní složky ohledně různých prohřešků pacientů v ochranném léčení, proto jsem z jejich nejdůležitějších odpovědí vytvořila následující dimenze:

C1. Policie je volána výjimečně

C2. Policie je využita zatím jen jako výhrůžka

C3. Jednání ze strany policie je vesměs vstřícné, spolupracující

Mezi respondenty P4 a P5 panuje podobný názor na to, že *policie je volána výjimečně (C1)*. Respondent P4 přímo hovoří o volání policie víceméně k pacientům psychiatrickým, ale u pacientů v ochranném léčení závislých na alkoholu nebo nealkoholových drogách se

policie spíše volá sporadicky. K tomu názoru se přiklání i respondent P5 a mluví o volání policie pouze v případech, když pacienti v ochranném léčení jedou na soudní jednání a hrozí u nich útěk, nebo když se pacient nevrátí z propustky. Tyto případy se dějí výjimečně.

Jeden respondent P2 popisuje situace, kdy policii vůbec nevolá, ale *policie je využita zatím jen jako výhrůžka (C2)*. Údajně zatím nebyla potřeba policii volat, pacientům v ochranném léčení stačilo zavoláním policie pouze pohrozit.

„Zatím jsme spíš jenom vyhrožovali zavoláním policie a pacienti se raději podrobili, protože oni se odmítají podrobit odběru moči pod dohledem, různě s ní manipulují a bohužel u ochranek to jinak nejde....Jednou pacient vyhrožoval personálu, že ho musí pustit, nebo že si zjistí, kde bydlí a pomstí se a sestřička kontaktovala policii a policie ji řekla – až se něco stane, tak nás zavolejte..“. (P2)

Respondent P3 přiznává, že policii museli volat opakovaně, především když pacient v ochranném léčení z otevřeného oddělení utekl. Ale přiklání se k názoru, že *jednání ze strany policie je vesměs vstřícné, spolupracující (C3)*. Dodává, že se jim osvědčuje s policií jednat na rovinu, vždy se domluví, nejsou žádné problémy. K tomuto názoru se připojuje i respondent P5. I když policii volají výjimečně, tak s ní mají dobrou a spolupracující zkušenost. Pouze respondent P1 verbalizuje, že policii nevolá, nemusel ji volat už aspoň dvacet let.

„Víte, já mám s těmi kriminálníky takovou gentlemanskou dohodu – že já je nebudu otravovat nějakou terapií a oni budou v klidu šlapat brázdu. Ted' tam mám kriminálního, co byl 15 let ve Valdicích a on je předseda spolusprávy, no“. (P1)

Podle těchto slov respondenta P1 je zjevné, že na jejich primariátě není zapotřebí volat policii.

Shrnutí subkategorie C.:

Ze slov respondentů vyplývá, že mají s policií spíš pozitivní, než negativní zkušenost a v některých případech ani není nutné ji kontaktovat.

D. Motivace k léčbě u pacientů v ochranném léčení

V poslední subkategorii druhé kategorie jsem se respondentů dotazovala na jejich zkušenosti z praxe s motivací k léčbě u pacientů v ochranném léčení. Jejich odpovědi mě navedly k vytvoření těchto čtyř dimenzí:

D1. Pacienti v ochranném léčení jsou obecně málo motivovaní k léčbě

D2. Někteří pacienti si během léčby motivaci vybudují

D3. Pacienti v ochranném léčení mohou být i obohaceni pro dobrovolné pacienty

D4. Pro efektivitu práce s pacienty v ochranném léčení je nutná práce s motivací a jasná pravidla

Z rozhovorů se všemi respondenty vyšlo najevo, že *pacienti v ochranném léčení jsou obecně málo motivovaní k léčbě (D1)*. Respondenti P1 - P5 se jednoznačně shodli na nízké motivaci pacientů, kteří přichází do ochranného léčení. Tito pacienti se podle slov respondentů nejspíš nachází v cyklu změny dle Prochasky a DiClementa ve stádiu prekontemplace nebo kontemplace.

Respondent P1 je dokonce zastáncem toho názoru, že motivace u těchto pacientů bývá často nulová a pacienti většinou léčbu berou, jako prodloužení trestu. Respondent P5 se k tématu vyjadřuje tak, že kromě nedostatečné motivace, chybí u pacientů v ochranném léčení náhled na závislostní problematiku a nechtějí se sebou nic dělat. S nedostatečnou motivací k léčbě souhlasí i respondent P3 a dodává, že ve většině případů se to nedá ani nazvat motivací, ale stimulací. Jedná se víceméně o tlak okolí, není to vnitřní přesvědčení pacienta, že hodlá léčbu podstoupit. Zbývající respondenti P2 a P4 jsou ztotožnění s názory ostatních respondentů.

I přesto, že všichni respondenti P1 – P5 souhlasí s nedostatečnou motivací k léčbě u pacientů v ochranném léčení, drtivá většina respondentů P2 - P5 se přiklání k názoru, že *někteří pacienti si během léčby motivaci vybudují (D2)*.

Respondent P2 tento názor demonstruje tím, že příchozí pacienti v ochranném léčení jsou minimálně motivovaní k léčbě, ale postupem času někteří začnou spolupracovat a část z nich si motivaci vybuduje. Velmi podobné názory sdílí i další respondenti. Respondent P3 tvrdí, že sedmdesát procent pacientů v ochranném léčení je nemotivovaných a ten zbytek pacientů si během léčby motivaci vytvoří. Ostatní respondenti P4 a P5 mají vcelku shodné názory. Pouze respondent P1 hovoří o nulové motivaci, jak zmiňují výše.

Zajímavý úhel pohledu přináší respondenti P2 – P5 ohledně tématu *pacienti v ochranném léčení mohou být i obohaceni pro dobrovolné pacienty (D3)*.

Tito jmenovaní respondenti se shodují v názoru, že pacienti v ochranném léčení do jisté míry mohou být obohaceni pro pacienty v léčbě dobrovolné a to především negativní motivací.

„Hypoteticky můžou být obohaceni. Protože ti dobrovolní pacienti můžou vidět, kam až je to možné dotáhnout. Protože oni všichni pacienti na skupině sedí vedle sebe, jsou vlastně stejní, jen ti v ochranném léčení měli smůlu, že je chytli při páchání trestné činnosti.“ (P4)

„Myslím si, že jo, aby se ostatní nedostali do té situace, v které jsou ti v ochranném léčení. Jsou společně na těch skupinách, může to být poučné, kam až by to mohlo zajít.“ (P5)

Z citací respondentů vyplývá, že negativní motivací jsou myšleny odstrašující případy

pacientů v ochranném léčení, kteří v důsledku páchaní trestné činnosti pod vlivem návykové látky byli odsouzeni a nyní pod nátlakem jsou nuceni prodělávat léčení. Respondent P3 s negativní motivací jednoznačně souhlasí, akorát by to nenazval „obohacením“. Jediný respondent P1 tvrdí, že pacienti v ochranném léčení v žádném případě nemohou být obohacením pro pacienty v léčbě dobrovolné.

S posledním tématem této subkategorie pro *efektivitu práce s pacienty v ochranném léčení je nutná práce s motivací a jasná pravidla (D4)* jsou v souladu respondenti P2 – P5, kromě respondenta P1. Ten se k efektivitě práce s pacienty v ochranném léčení nevyjadřoval.

Výše jmenovaní respondenti P2 – P5 s výrokem souhlasí. Například respondent P2 tvrdí, že je důležitá práce s motivací, neboť motivace je jistý proces. Pro práci s motivací je vhodná metoda zvaná motivační rozhovory, jejichž základním tématem je podle Soukupa (2014) změna životního stylu a motivace ke změně. Gabrheníková (in Kalina, 2015) uvádí, kromě jiného, že v práci s nedobrovolným pacientem je důležité jednoznačné a srozumitelné vysvětlení role pracovníka a pacienta a zároveň společné vymezení jasných pravidel spolupráce. Navíc je vhodné, klást si s pacientem v ochranném léčení realistické cíle.

Respondent P4 navíc dodává, aby byl výsledek co nejefektivnější, je důležitá práce v erudovaném, flexibilním a komunikujícím týmu, vždy v souladu s potřebami pacienta. Respondent P3 se přiklání k názoru, že léčba pro pacienty v ochranném léčení by měla mít jasně daná pravidla od samého začátku a sděluje:

„To znamená, že bychom měli mít nějaký mustr, rozumně vytvořené podmínky, aby byly závazné a bezpečné pro všechny, vytvoření jednotlivých legislativních opatření, personál aby byl motivován ke vzdělávání, aby práce měla smysl a byla efektivní.“(P3)

Respondent P5 velkou váhu přikládá i strukturovanému programu pro pacienty v ochranném léčení, aby jejich léčba nebyla jen o tom, že v léčbě musí být. Snaží se pacienty motivovat i do terapeutických komunit, které jsou součástí jejich psychiatrické nemocnice.

Shrnutí subkategorie D.:

Co se týče názoru na motivaci pacientů v ochranném léčení k léčbě, jsou téměř všichni respondenti (kromě jednoho) jednotní a hovoří o motivaci sporné, minimální. Jsou ale schopni uvažovat o možnostech zlepšení práce s pacienty v ochranném léčení, aby léčba pro ně byla smysluplná.

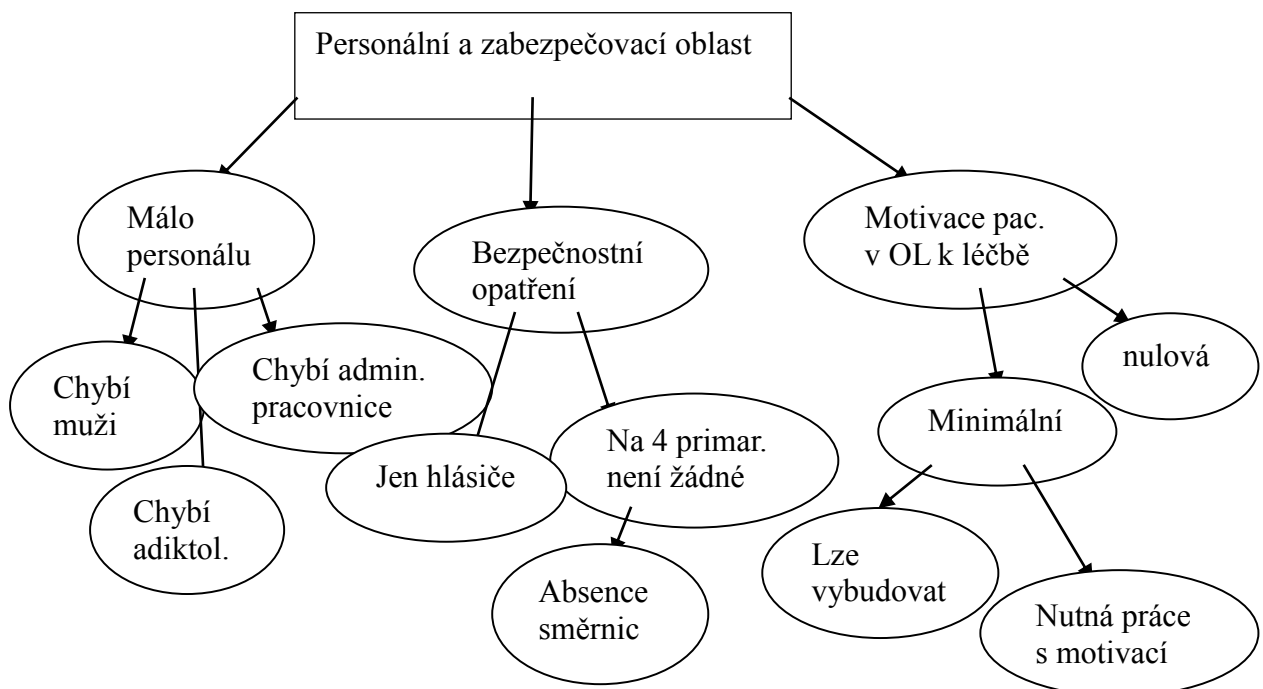
Dílčí souhrn:

Cílem této kapitoly bylo odpovědět na druhou dílčí otázku a ta je: *„Jaké je personální obsazení na odděleních, jak je oddělení pro pacienty v ochranném léčení zabezpečeno a jak je vnímána motivace pacientů v ochranném léčení k léčbě?“*

Respondenti jsou vesměs nespokojeni především s počtem svého personálu, chybí jim především specialisté způsobilí k terapeutickým úkonům a zároveň postrádají administrativní pracovníci, poněvadž pacienti v ochranném léčení vyžadují více administrativní práce, než pacient v léčbě dobrovolné. Celkově všechny primariáty jsou genderově nevyváženy.

Většina respondentů prezentovala, že postrádají zabezpečovací zařízení. U pacientů vnímají jistý potenciál násilnického chování a sami přinášejí různé představy o zabezpečení svých oddělení. Také jsem narazila na kontinuum dimenzí, týkající se především různorodých názorů respondentů na způsoby zabezpečení svých oddělení. A co se týče axiálního kódování, dochází ke shodě v tom aspektu, že všichni respondenti si uvědomují spornou motivaci pacientů k léčbě.

Schéma č. 3. vysvětluje odpověď na 2. dílčí otázku: „Jaké je personální obsazení na odděleních, jak je oddělení pro pacienty v ochranném léčení zabezpečeno a jak je vnímána motivace pacientů v ochranném léčení k léčbě?“



Třetí a poslední dílčí otázka zní: „*Jaká je délka časového úseku pobytu pacienta v ochranném léčení a jaké mají respondenti zkušenosti s jednáním se soudy?*“ Podrobně rozeberu pouze nejdůležitější aspekty

Kategorie 3. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ A UKONČOVÁNÍ OCHRANNÉHO LÉČENÍ

Subkategorie A. Průběh ochranného léčení

Dimenze:

- A1. Celková délka ochranného léčení v různých zařízeních*
- A2. Délka léčby ochranného léčení před podáním návrhu k soudu*
- A3. Způsoby ukončování ochranného léčení*

B. Specifika léčby s pacienty v ochranném léčení

- B1. Pravidla a řád jsou přísnější*
- B2. Práce s pacienty v ochranném léčení je náročná*
- B3. Nejčastější prohřešky pacientů v ochranném léčení*

C. Postupy řešení při porušení abstinence

- C1. Zpřísněná režimová opatření*
- C2. Pacient je přeřazen na uzavřené oddělení psychiatrické*

D. Návazná péče pro pacienty v ochranném léčení

- D1. Chybí zpětná vazba od pacientů po ukončení ochranného léčení*
- D2. Neochota ambulantních psychiatrů přijímat v ochranném léčení*

E. Komunikace se soudy

- E1. Jsou dlouhé a zbytečné čekací lhůty na rozhodnutí soudů*
- E2. Soudy zbytečně požadují nové znalecké posudky*
- E3. Soudy rozhodují v rozporu s názorem odborníků na závislost*

F. Ústavní ochranné léčení je třeba zrušit

F1. Ochranné léčení jako polehčující okolnost nebo doporučení

Kategorie 3. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ A UKONČOVÁNÍ OCHRANNÉHO LÉČENÍ

Tuto kategorii jsem pojala formou režimového opatření, týkajícího se nejen pacientů v ochranném léčení, ale také fenoménu, jakým způsobem probíhá komunikace respondentů se soudy, a určitou část věnuji celkovému pohledu respondentů na ukládání ochranného léčení.

V rámci poslední kategorie jsem našla šest subkategorií.

A. Průběh ochranného léčení

V této subkategorii se zaměřuji na celkový průběh léčby pacientů v ochranném léčení, včetně ukončení léčby a interpretuji je pomocí těchto dimenzí:

A1. Celková délka ochranného léčení v různých zařízeních

A2. Délka ochranného léčení před podáním návrhu k soudu

A3. Způsoby ukončování ochranného léčení

Pomocí otázek ve svém polostrukturovaném rozhovoru jsem zjistila, že *celková délka ochranného léčení v různých zařízeních (A1)* není zcela totožná, na každém primariátu se pacienti v ochranném léčení léčí jiný časový úsek.

Asi nejkratší časový úsek léčby uvádí respondent P1. Sděluje, že se snaží tak, aby léčba byla shodná s léčbou dobrovolných pacientů, tudíž tři měsíce. Říká, že nemá v úmyslu tuto léčbu natahovat. S tímto názorem vesměs souhlasí i respondent P4, také se snaží, aby léčba trvala tři měsíce, jako ostatním pacientům. Dodává, že o prázdninách se většinou tato doba natáhne z důvodu dovolených, poněvadž tím nastanou delší čekací lhůty na rozhodnutí soudů. Podobný názor sdílí i respondent P2, s tím rozdílem, že u pacientů v ochranném léčení závislých na alkoholu léčba trvá taktéž cca tři měsíce, ale u pacientů závislých na nealkoholových drogách se doba léčby pohybuje v rozmezí 4 – 6 měsíců. Situace je vysvětlena tím, že se pacienti v ochranném léčení protialkoholním a v ochranném léčení protitoxikomanickým léčí odděleně a protitoxikomanická léčba trvá déle, což zmiňuji v první kategorii. Také respondent P3 se snaží, aby léčba pro pacienty v ochranném léčení probíhala stejnou dobu, jako léčba u ostatních pacientů, což je na jejich oddělení čtyři měsíce.

„Nikde nejsou nastaveny podmínky, jak dlouho léčba musí trvat, jen jak dlouho trvat může.“

My jsme se rozhodli, že pacient v ochranném léčení bude v léčbě tak dlouho, jak dlouho trvá léčba dobrovolná. Když zásadně porušuje režim, tak se léčba může ukončit už po měsíci.“ (P3)

Nejdělsí léčebný pobyt pacientů v ochranném léčení jsem shledala u respondenta P5. Ten sděluje, že v jejich zařízení ochranné léčení probíhá minimálně půl roku, ale většinou až jeden rok.

Od předchozí dimenze se hladce odvíjí dimenze následující, a to *délka ochranného léčení před podáním návrhu k soudu (A2)*.

Respondent P1 a P4 se shodují v tom, že návrh na přeměnu posílají k soudu zhruba druhý, maximálně třetí měsíc. Respondent P3 po třech měsících léčby. Respondent P2 pro pacienty v ochranném léčení závislých na alkoholu po dvou měsících a u závislých na nealkoholových drogách až po třech či čtyřech měsících. Pouze u respondenta P5 jsem se setkala s názorem, že návrh na přeměnu k soudu posílají až po půl roce.

Poslední dimenzí v této subkategorii jsou *způsoby ukončování ochranného léčení (A3)*. Respondenty jsem požádala o udání údaje pokud možno v procentech.

Respondent P1 se vyjadřuje tak, že se snaží většinu pacientů propouštět, jak on tvrdí, úplně, ne jim dávat návrh na ambulantní léčení. V procentech informuje, že 50% pacientů v ochranném léčení propouští zcela a 30% pro neúčelnost. Zbytku navrhuje ambulantní léčbu. Respondent P2 sděluje, že asi $\frac{2}{3}$ až $\frac{3}{4}$ pacientům navrhuje ambulantní léčbu a ostatním úplné zrušení. Respondent P3 disponuje trochu jinými číselnými údaji – zhruba 50% je přeměněno na ambulantní, 40% je zrušeno pro neúčelnost a maření úředního rozhodnutí činí cca 10%. Další údaj uvádí respondent P4 – 10% neproveditelnost, 60% ukončení zcela a 30% přeměna na ambulantní léčbu. A poslední respondent udává, dá se říci odlišné údaje:

„Takže podáváme návrh z naší strany a to většinou návrh na přeměny na ambulantní léčení. A v malém procentu, za těch dvacet let se mi to stalo myslím dvakrát, teď potřetí, to byl návrh na zrušení pro neléčitelnost... a maření to v jednom případě za tu svou kariéru a to šel do vězení.“ (P5)

Z textu vyplývá, že v tomto zařízení v naprosto největším měřítku podávají návrh k soudu na přeměnu na ambulantní léčení. Ostatní přeměny (pro neléčitelnost nebo maření úředního rozhodnutí) se dá vyčíslit v jednotkách.

Shrnutí subkategorie A.:

Z této subkategorie je zjevné, že zkušenosti a praktiky jednotlivých zařízení se do jisté míry různí, určité podobnosti se objevují jen u některých respondentů. Ovšem zcela odlišné zkušenosti se jasně objevily v poslední dimenzi.

B. Specifika léčby s pacienty v ochranném léčení

Tato subkategorie mapuje, jakými pravidly a řádem se musí podrobit pacienti v ochranném léčení, dále se vyjadřuje o jisté náročnosti s těmito pacienty a v nemalé řadě se zmiňuje i o některých prohřešcích proti pravidlům a řádu, s nimiž se respondenti ve své práci s pacienty v ochranném léčení setkávají. Identifikovala jsem tyto dimenze:

B1. Pravidla a řád jsou přísnější

B2. Práce s pacienty v ochranném léčení je náročná

B3. Nejčastější prohřešky pacientů v ochranném léčení

Respondenti z velké části reflektují, že pro pacienty v ochranném léčení jsou *pravidla a řád přísnější (B1)*, než pro pacienty v léčbě dobrovolné. Respondenti P1 a P2 odpovídají, že pacienti v ochranném léčení se zdržují déle na oddělení, než je puštěný do areálu léčebny. K tomu navíc P2 dodává, že tito pacienti musí být nejméně tři týdny na oddělení, aby zjistili, jestli jsou či nejsou nebezpeční a po třech týdnech se jim režim rozvolňuje. Nejdřív pacienti v ochranném léčení začínají chodit po areálu PN/PL, pak i mimo areál a pomalu se režim připodobňuje ostatním pacientům. Dodává jednu připomínku opět k ombudsmanovi, jak už bylo řečeno výše:

„Taky byl problém s ombudsmanem, protože pacient má nárok na čerstvý vzduch, nechápu, jak to máme s těmi ochrankami dělat. Tak jim otevíráme okna!“ (P2)

Respondent P4 se k této dimenzi vyjadřuje tak, že na jejich oddělení dodržují zákonná kritéria, to znamená, pokud chce pacient někam jít, musí si žádat u lékaře a pokud se mu rozvolňuje režim, vše musí schvalovat starší lékař. Respondenti P3 a P5 uvádějí, že režim pro pacienty v ochranném léčení je podstatně stejný, jako pro ostatní pacienty, jen s tím rozdílem, že dopady při porušení kardinálních pravidel pro pacienty v ochranném léčení jsou bohužel přísnější. Respondent P5 ještě dodává připomínku, že první propustku mimo areál pacient dostává až po třech měsících a pak má nárok každý měsíc, ale pouze pokud spolupracuje.

Respondenti, co se týče specifík práce s pacienty v ochranném léčení, nejvíce vnímají, že *práce s pacienty v ochranném léčení je náročná (B2)*. Náročnost práce vyjadřují především respondenti P2 – P5. Pouze jediný respondent ze všech P1 žádná specifika práce příliš nevnímá a odpovídá takto:

„V podstatě když dodržuju režim a nepiju, tak je neotravuje“. (P1)

Jak uvádím výše, s tímto výrokiem souhlasí tzv. gentlemanská dohoda, o níž tento respondent (P1) hovořil v předešlé kategorii. Respondent P2 vidí náročnost práce v tom, že vložená energie personálu neodpovídá kvalitnímu výsledku. K tomuto se přiklání i respondenti P4. A P5 ještě identifikuje náročnost práce v tom, že pacienti v ochranném

léčení jsou bez náhledu na závislostní problematiku, jsou nekritičtí, hůř se zapojují do kolektivu. Zároveň zdůrazňuje problém v chování na oddělení u pacientů v ochranném léčení s poruchami osobnosti. Poruchy osobnosti Práško popisuje takto: „*Poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí.*“ (Praško, 2015). Z textu lze pochopit důvod náročnosti práce s touto klientelou. I respondent P3 si uvědomuje náročnost léčby pro tyto pacienty a vidí v ní nejen problematického pacienta, ale i neerudovanost personálu, především středně zdravotnického personálu.

„Specifika jsou taková, že personál by měl vědět, jak s tímto pacientem zacházet. My možná někdy chceme víc, než pacient sám a tlačíme ho tam, kam on ještě dojít nechce. Je důležité se na tohoto pacienta nejdříve dívat kritickými očima a pak přemýšlet o tom, jestli vůbec ochotný tuto léčbu přijmout.“(P3)

Pacienti v ochranném léčení jsou v léčbě závislosti nuceni dodržovat pravidla a řád, stejně jako pacienti dobrovolní. Jen s tím rozdílem, že pro pacienty v ochranném léčení bývají méně příjemné důsledky jejich porušování. Další dimenze se zabývá tématem *nejčastější prohřešky pacientů v OL (B3)*.

Největší důraz respondenti kladli na kardinální a zásadní pravidla a to je porušení abstinence, vnesení návykové látky na oddělení anebo násilí vůči jiným pacientům. Respondenti ovšem za nejčastější prohřešek pokládají u pacientů v ochranném léčení nesouhlas s režimem, o čemž píšu v předchozích kapitolách. Respondent P2 udává, že tito pacienti nemají ani zájem uklízet své pokoje, účastnit se psychoterapeutických skupin a nejvíce jim vadí omezení doby kouření. K tomu názoru se přiklání skoro všichni respondenti P2 – P5. Dalším prohřeškem je právě zmiňované porušení abstinence nebo vnesení návykové látky. Tomuto tématu se věnuji v následující subkategorii.

Souhrn subkategorie B.:

V této části se většina respondentů shoduje, že pravidla pro pacienty v ochranném léčení jsou vesměs přísnější, než pro pacienty dobrovolné a to ve smyslu pozdější možnosti opustit oddělení z důvodu vycházek či dovolenek mimo areál PN/PL. Práci s pacienty v ochranném léčení taktéž všichni vnímají náročnější a s porušováním pravidel se taktéž víceméně shodují.

C. Postupy řešení při porušení abstinence

Zcela všichni respondenti (P1 – P5) se za svou praxi u těchto pacientů setkávají s celkem častým a závažným prohřeškem a to je porušení abstinence. Jak uvádí Jeřábek (in Kalina, 2015), k porušení abstinence neboli relapsu, může dojít z důvodu silného cravingu na

návykovou látku anebo také i bez něj. Proto je vhodné s pacienty v ochranném léčení pracovat nejen s motivací, ale i prevencí relapsu.

Porušení abstinence vesměs patří k zásadním pravidlům, za která je pacient v dobrovolné léčbě disciplinárně vyloučen. U pacientů v ochranném léčení je nutno si poradit jiným způsobem. Vymezuji tyto uváděné dimenze:

C1. Zpřísněná režimová opatření

C2. Pacient je přeřazen na uzavřené oddělení psychiatrické

Nejčastěji, o čem respondenti hovořili při porušení abstinence u pacientů v ochranném léčení, byla *zpřísněná režimová opatření (C1)*. V celku přísné pravidlo verbalizuje respondent P1, kdy porušení abstinence nahlašují soudu a pacient v ochranném léčení má v rámci režimových opatření zákaz vycházek. Také respondent P2 hovoří o hlášení maření léčby k soudu. O zpřísnění režimu se vyjadřuje i respondent P4, ale určitě v mnohem mírnější formě. Zároveň se přiklání k práci s relapsem a individuálnímu přístupu k jednotlivým pacientům v ochranném léčení.

„Zpřísní se režim. Dříve jsme to hlásili, jako maření. V současné době to sice taky hlásíme, jako maření, ale opravdu jen když to nabude nějakých větších rozměrů. Máme individuální přístup, pracujeme s relapsem, vysvětlení na skupině...a pokud je zcela bez náhledu, dochází ke změně režimového nastavení, uzavřený režim.“ (P4)

Podobně nastavená pravidla při porušení abstinence u pacientů v ochranném léčení mají i na primariátu, o němž mluví P5. Taktéž se zpřísní pravidla tím stylem, že pacient nesmí jet na propustku a relaps zpracovává na psychoterapeutické skupině

Druhou a zároveň jedinou možností potrestání pacienta v ochranném léčení při porušení abstinence je takové, že *pacient je přeřazen na uzavřené oddělení psychiatrické (C2)*. O tomto způsobu povídá respondent P3. Poněvadž jejich primariát nedisponuje ani jedním uzavřeným oddělením závislosti, ani detoxem, je pacient nekompromisně přeřazen na oddělení uzavřené, ovšem pouze oddělení psychiatrické, které s léčbou závislosti nemá zcela nic společného. A pokud se jedná o drobnosti, jako je například nedochvilnost nebo zapomenutí odevzdání deníku, řeší se to stejně, jak u léčby dobrovolné.

Souhrn subkategorie C.:

Dá se jednoznačně říci, že u všech respondentů dochází ke zpřísnění režimových opatření a v některých zařízeních se porušení abstinence u pacientů v ochranném léčení nahlašuje k soudu, jako maření léčby. V jiných se pracuje na psychoterapeutických skupinách s relapsem, pouze v jednom případě je pacient přeřazen na psychiatrické oddělení, kde bohužel léčba závislostí neprobíhá.

D. Návazná péče pro pacienty v ochranném léčení

Jako důležitou součást mého polostrukturovaného rozhovoru jsem vnímala i zájem o zkušenosti respondentů s návaznou péčí pro pacienty v ochranném léčení. Z odpovědí respondentů jsem vytvořila tyto dvě dimenze:

D1. Chybí zpětná vazba od pacientů po ukončení ochranného léčení

D2. Neochota ambulantních psychiatrů přijímat pacienty v ochranném léčení

Pouze respondent P1 se vyjádřil tak, že o následné péči pro pacienty v ochranném léčení neví, protože to údajně neřeší. Především respondent P3 si uvědomuje, že *chybí zpětná vazba od pacientů po ukončení ochranného léčení (D1)*. Uvádí, že někteří pacienti v ochranném léčení přišli i na doléčovací pobyty nebo odešli do doléčovacích center, časem se ztratili z kontaktu. Je jich ale méně, než dvacet procent. Respondent P4 dodává, že pokud je léčba pro pacienta v ochranném léčení neúčelná, tak není potřeba ani žádnou návaznou péči doporučovat, jinak můžou doporučit soudu, aby nařídil dohled probačního úředníka. Jinak také chybí kontaktování zařízení pacientů po ukončeném ochranném léčení.

Respondenti P2 – P5 se z velké části shodují s praxí a to je *neochota ambulantních psychiatrů přijímat pacienty v ochranném léčení (D2)*. S tímto názorem jednoznačně souhlasí zcela všichni čtyři jmenovaní respondenti P2 – P5. Respondent P2 sděluje, že pokud má pacient v ochranném léčení přeměnu na ambulantní léčbu, musí mít ambulantního psychiatra a to je prý problém, poněvadž pacienta s ochranným léčením nikdo nechce převzít do své ambulantní péče a k tomu dodává:

„Ale teď je to lepší, zhruba před rokem jsme měli obrovský problém sehnat ambulantního psychiatra. Když se stane průšvih a je to medializované, žádný psychiatr nikoho nechce. Pak nemůžeme žádat o přeměnu, protože soud chce mít napsaného psychiatra, takže naše sociální neustále obvolává a snaží se psychiatry uprosit.“ (P2)

O totožném problému hovoří i P4. Ambulantní psychiatři do své péče pacienty s nařízeným ochranným léčením nechtějí převzít, to se bohužel stává často. Tak to údajně „lepší“ tak, kdo koho zná, toho se snaží přemluvit. Také respondent P5 má zcela stejné zkušenosti. Taktéž neochotu psychiatrů převzít do své péče pacienty s nařízeným ochranným léčením verbalizuje, jako velký problém.

Souhrn subkategorie D.:

To, že respondenti mají nízkou zpětnou vazbu od pacientů po léčbě v ochranném léčení, tomu nepřikládají tak velkou váhu, jako problému neochoty ambulantních psychiatrů přijímat pacienty v ochranném léčení do následné péče v ambulanci. Proč tomu tak je, to nikdo z respondentů sám od sebe nezmínil.

E. Komunikace se soudy

Předposlední subkategorie je věnována tomu, jakou mají jednotliví respondenti zkušenosti s jednáními se zdejšími soudy, co jim ztěžuje jejich práci a jak jsou spokojeni celkově s komunikací se soudy. Výsledky interpretuji v následujících dimenzích:

E1. Jsou dlouhé a zbytečné čekací lhůty na rozhodnutí soudů

E2. Soudy zbytečně požadují nové znalecké posudky

E3. Soudy rozhodují v rozporu s názorem odborníků na závislost

Mezi drtivou většinou respondentů (P1, P2, P3 a P5) panuje stejný názor na to, že *jsou dlouhé a zbytečné čekací lhůty na rozhodnutí soudů (E1)*. Nejvíce se k tomuto tématu vyjadřuje respondent P2. Popisuje situaci, kdy od roku 2012 má v ambulanci pacienta v ochranném léčení, časem degradoval, je chronický alkoholik, není schopný abstinence v nechráněném prostředí, nepáchal trestnou činnost, protože jen ležel a pil. Navíc mu soud přidal i psychiatrické ochranné léčení. K tomu dodává:

„Opakovaně jsem žádala o zrušení obou ochranek, soud to odmítl ukončit, nikdy to neukončil, posledně psali, ať návrh stáhnou zpět... nakonec ho přeřadili do jiného zařízení podle trvalého bydliště, tam jsou osvětenější soudci, tam se to snad podaří ukončit.“ (P2)

K dlouhým čekacím lhůtám se vyjadřuje i respondent P5 a sděluje, že někdy předvolání k soudu pacient v ochranném léčení obdrží do týdne, jindy za dva měsíce. K tomu se přiklání i respondent P3 a informuje, že natahování čekací lhůty shledává i v neznalosti soudců, k čemuž se budu vyjadřovat v poslední dimenzi této subkategorie. Jediný respondent P4 tvrdí, že průběh soudního jednání bývá vesměs bezproblémové.

„Spolupráce se soudy je vymakaná, víme co ten soud chce, víme, že značka ideál je, když máme podklady, kam pacient odchází po léčbě, třeba souhlas rodiny, když je to sociální služba tak předběžný termín přijetí a jestli je to přeměna, tak souhlas psychiatra...ted' se nám ale stalo, že soud žádal nový znalecký posudek, holčina v drogové psychóze zabila vlastní dítě, tak to chápu..“ (P4)

K tomu ještě respondent P4 přikládá názor, že jediný, kdo pacientovi v ochranném léčení u soudu zhoršuje průběh líčení někdy bývá pacientův právník ex-offo, který se na soud dostaví nepřipraven, nezná pořádně spis, dá nemístnou otázku a tím celý průběh soudu zhorší.

Tímto plynule přecházím k další dimenzi - *soudy zbytečně požadují nové znalecké posudky (E2)*. I k tomuto tématu se opět vyjadřují výše zmiňovaní respondenti P1, P2, P3, kromě P4 a P5. Respondent P1 sděluje, že někdy znalecké posudky soudy vyžadují naprosto

zbytečně. S tímto souhlasí i respondent P2 a dodává, že komunikace se soudy je malá, spíš žádná, byť jim posílají vše, co soud po nich žádá. Respondent P3 sděluje, že častokrát jde o zbytečné přizívání nových soudních znalců, pak vzniká komplikace nejen pro pacienta v ochranném léčení, ale také pro personál. Dále přináší ještě jeden zajímavý úhel pohledu na řešení zlepšení komunikace se soudy.

„My jsme soudcům poskytli možnost, aby se k nám přišli podívat, pověděli jsme jim o indikacích, tak si myslím, že se spolupráce dosti zlepšila. Máme soudce, s kterými se pracuje velmi dobře, nechají si věci vysvětlit a máme pocit, že jsou ochotni udělat věci, které by dříve nebyli ochotni udělat, například zrušení ochranného léčení.“ (P3)

V podobném duchu se vyjadřoval i respondent P2, který hovořil o podobném smýšlení. Říká, že letos plánují udělat sezení pro soudce, protože oni netuší, jak léčba pro pacienty v ochranném léčení probíhá.

S tímto úzce souvisí poslední dimenze - *soudy rozhodují v rozporu s názorem odborníků na závislost (E3)*. S tou se ztotožňují tři respondenti (P2, P3 a P5). Respondent P2 se k tomu vyjadřuje tak, že soudci často závislostní problematice nerozumí, třeba u chroniků žádají roční abstinenci, což často není možné. Respondentovi P5 připadá, že kolikrát ze strany soudu dochází k nepochopení, jako by problému soudci nechtěli rozumět. Nejvíce se k danému tématu vyjadřuje respondent P3:

„Je to nedostatečná informovanost soudců... soudce nepátrá po tom, jestli je či není soudní znalec odborník na léčbu návykových nemocí. Z našeho zdravotního hlediska je to jasné a my víme, proč takový a takový návrh podáváme.“ (P3)

Zde se respondent P3 pozastavuje nad tím, že znalecké posudky pro závislé pacienty často zpracovává soudní znalec, který závislostní problematice příliš nerozumí. Zato v léčbě závislosti pracují odborníci s adiktologickým zaměřením, jsou v přímém kontaktu s pacientem, proto na rozdíl od soudců vědí, z jakého důvodu pacientovi v ochranném léčení nařizují patřičný návrh.

F. Ústavní ochranné léčení je třeba zrušit

Poslední subkategorie vypovídá o celkovém postoji všech respondentů k ukládání ústavního ochranného léčení a charakterizovali ho pomocí níže uvedené dimenze:

F1. Udělení ochranného léčení jako polehčující okolnost nebo doporučení

Názor, který rezonoval v odpovědích všech respondentů (P1 – P5) byl jednoznačný. Všichni odpověděli, že by ochranné léčení prostě zrušili. Respondent P2 uvádí, že by ochranná léčení neměla být nařizována, neboť jsou finančně náročná a efekt je minimální. Respondent P1 radikálně sděluje, že ukládání ochranného léčení je zbytečné, zrušil by ho.

A pokud člověk opakovaně pod vlivem návykové látky vyvede něco závažného, pak by se přikláněl k zabezpečovací detenci. Respondent P5 navíc vnímá, že ne všichni pacienti v ochranném léčení jsou léčitelní, proto také s ukládáním ochranného léčení nesouhlasí.

Poslední dva respondenti P3 a P4 by také ukládání ochranného léčení zrušili nebo by navrhli *udělení ochranného léčení jako polehčující okolnost nebo doporučení (F1)*. K této poslední dimenzi se zbývající respondenti vyjadřují takto:

„Je to neefektivní, nemůžeme člověku vnuknout motivaci, aby s tím něco dělal, aby si to tu odseděl a pak si stejně vedl život podle svého. Je možné to léčení doporučit, může to být polehčující okolnost, ale opravdu nutit někoho, aby změnil životní styl je velice nevyhovující.“ (P4)

„OL bych zrušila. Dala bych to jako polehčující okolnost, pokud by se léčit chtěl. Jako polehčující okolnost při výměře trestu, protože jakmile máme pachatele potrestat, nemůžeme ho přeci potrestat léčbou.“ (P3)

Souhrn subkategorie F.

Z odpovědí respondentů jednoznačně vyplývá, že ukládání ochranného léčení vnímají neefektivně, zbytečně a někteří respondenti přispěli i jistými návrhy k řešení.

Dílčí souhrn:

V poslední kapitole jsem hledala odpověď na tuto otázku: *„Jaká je délka časového úseku pobytu pacienta v ochranném léčení a jaké mají respondenti zkušenosti s jednáním se soudy?“*

Zde se názory respondentů vcelku rozcházejí, délka léčby pacientů v ochranném léčení se zařízení od zařízení liší. Dokonce v jednom kraji mají pacienti v ochranném léčení rozličnou délku léčby. Pak má smůlu ten, který svým trvalým bydlištěm spadá pod PN/PL, kde léčba trvá mnohem déle.

Když se zaměřím na axiální kódování, nacházím shodu v názoru, že všichni respondenti by ochranné léčení nejraději úplně zrušili.

Schéma č. 4. vysvětluje odpověď na 3. dílčí otázku: : „Jaká je délka časového úseku pobytu pacienta v ochranném léčení a jaké mají respondenti zkušenosti s jednáním se soudy?“

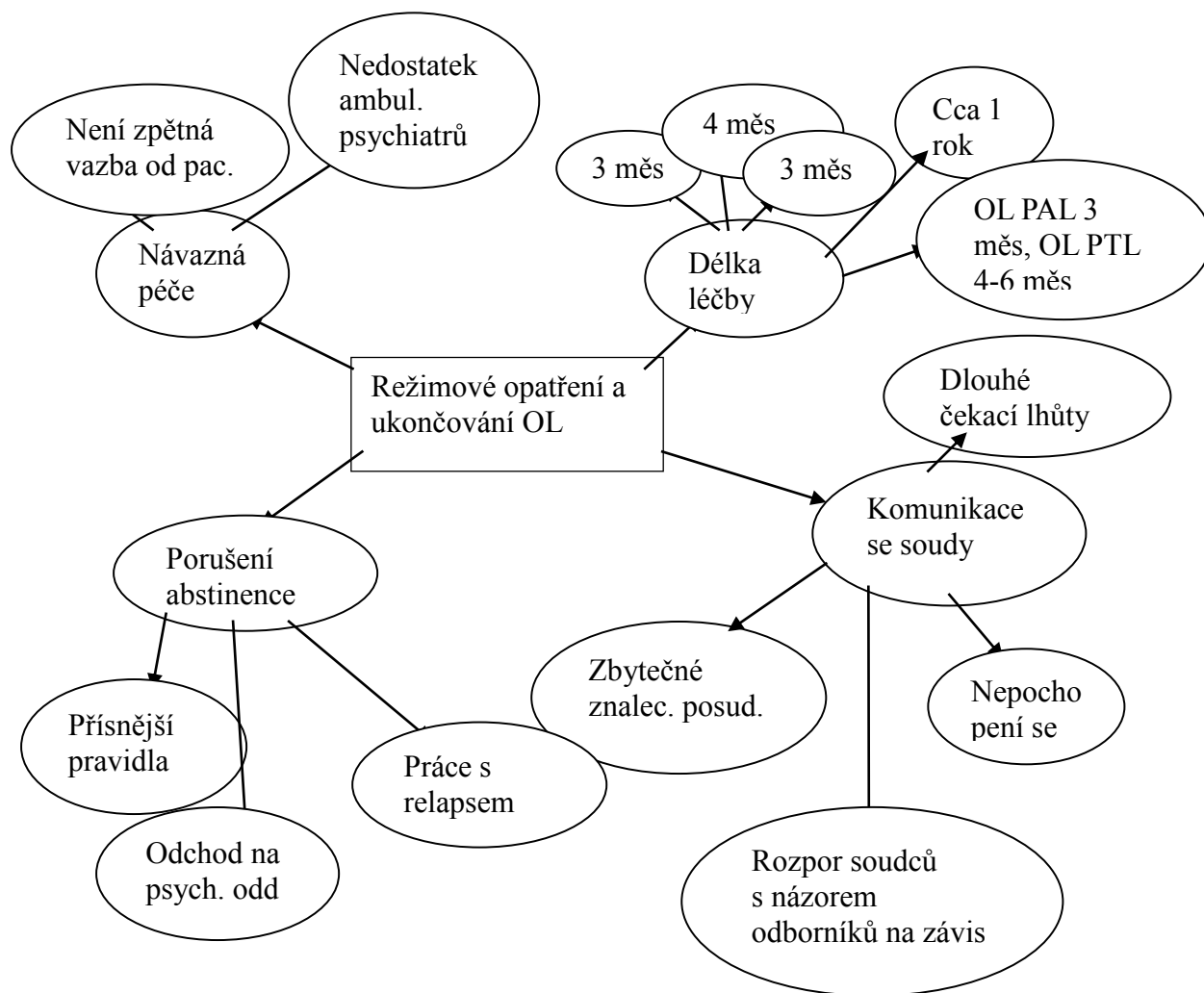
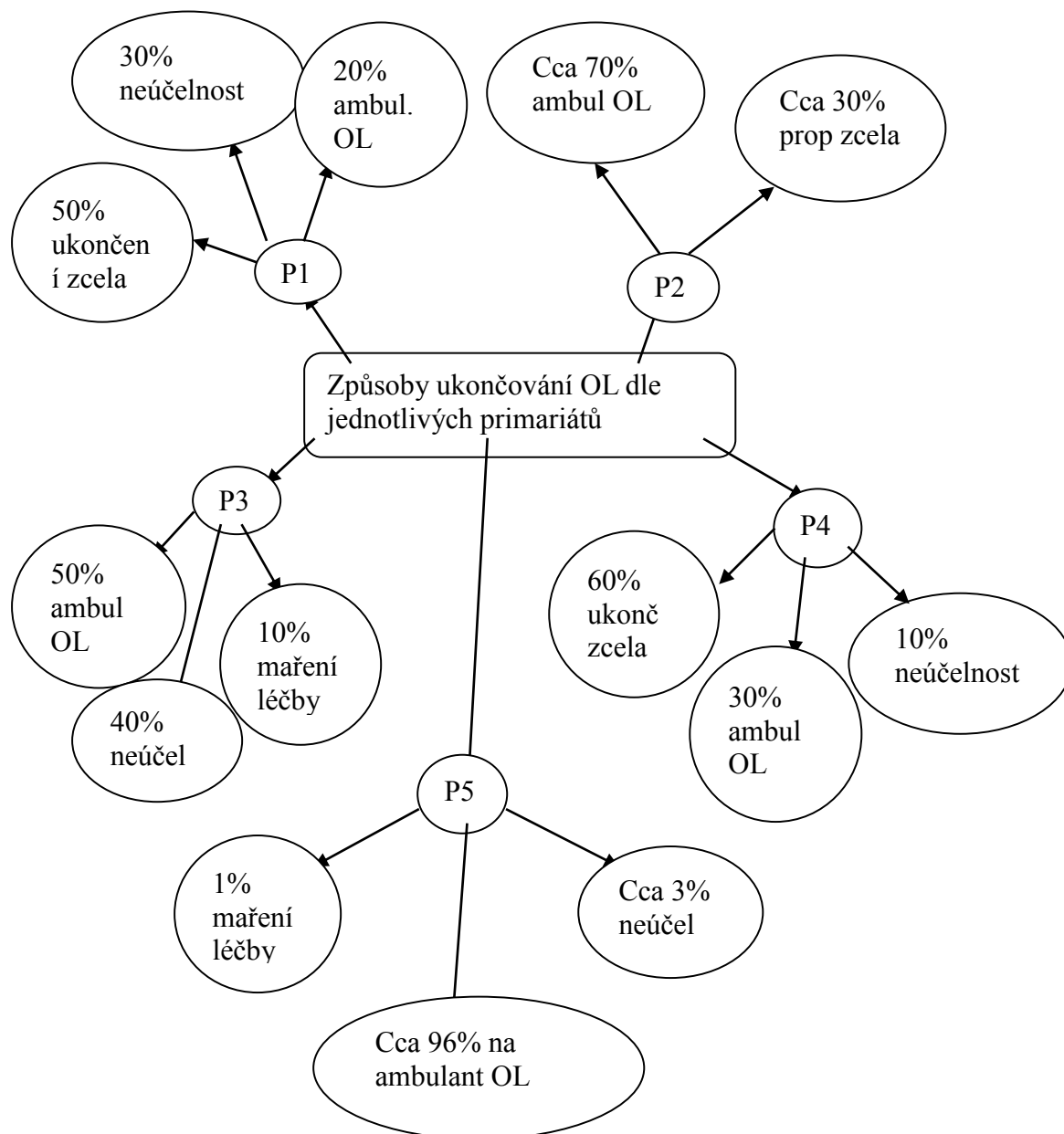


Schéma č. 5. popisuje způsoby ukončování ochranného léčení na jednotlivých primariátech podle respondent P1, P2, P3, P4, P5.



6. DISKUZE

V diskuzi se nejprve budu věnovat získaným výsledkům ve vztahu k teoretické části této diplomové práce.

Zaměřím-li pozornost na výzkum v první kategorii, která je zaměřena na celkovou charakteristiku jednotlivých oddělení, zjistila jsem, že každý primariát disponuje jiným počtem oddělení pro léčbu závislostí, což nevnímám až tak zásadní, ovšem léčení pacientů v ochranném léčení probíhá často v odlišných podmínkách s odlišným časovým úsekem léčení. Někteří pacienti v ochranném léčení protialkoholním se léčí pohromadě s pacienty v ochranném léčení protitoxikomanickým, jiní odděleně. Některé zařízení disponuje terapeutickými komunitami pro drogově závislé, kde je léčba intenzivnější a delší a pacienti v ochranném léčení často nejsou schopni tuto léčbu absolvovat. Jak uvádím v teoretické části, podle Nešpora (2018), léčba v terapeutické komunitě je vhodná pro ty pacienty, kteří jsou ochotni takovou léčbu přijmout a setrvat v ní. Ovšem pacienti v ochranném léčení si vybírat nemohou, neboť svou léčbu musí prodělat ve spádovém zdravotnickém zařízení (dle Kancelářského řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy). Pakliže primariát disponuje oddělením protitoxikomanickým ve formě terapeutické komunity, pacient v ochranném léčení protitoxikomanickým je nucen vykonat léčbu právě zde. A jestliže tento pacient není s léčbou příliš ztotožněn, není schopen ji přijmout a setrvat v ní. Zde vnímám další důležitou neshodu, že v některých zařízeních je léčba pro pacienty v ochranném léčení protialkoholním jednodušší, než pro pacienty v ochranném léčení protitoxikomanickým, a jinde fungují stejným způsobem.

Léčba pacientů v ochranném léčení probíhá na odlišných odděleních. Někteří pacienti podstupují léčbu na oddělení otevřeném po celou dobu léčení, jiní nejdříve na oddělení uzavřeném, pak přestupují na oddělení otevřené a v jednom případě celou léčbu pacienti v ochranném léčení podstupují na uzavřeném oddělení.

Identifikovala jsem velkou neshodu v podmínkách léčby pro pacienty v ochranném léčení a, domnívám se, že by podmínky pro pacienty v ochranném léčení měly být jednotné. Zároveň si uvědomuji, že každý primariát má jiné možnosti, což jak jsem vyzkoumala, nemusí souviset s velikostí psychiatrické nemocnice a počtem oddělení na primariátu. Například v jednom zařízení disponují šesti odděleními závislostí, ovšem nedisponují uzavřeným oddělením. Jinde chybí detoxifikační jednotka, jinde nepřijímají ženy v ochranném léčení apod. Ne všichni respondenti jsou se svou situací na primariátu spokojeni.

Téměř všichni respondenti se shodují s tím, že pacienti v ochranném léčení by měli být do léčby přijímáni nejdříve na uzavřené oddělení, podle chování jim režim rozvolňovat a do

běžného života měli odcházet z oddělení otevřeného, neboť v léčbě už si vyzkoušeli vycházky a výjezdy přes noc bez užití návykové látky. Pak ovšem nastává otázka, jakým způsobem mají postupovat ta oddělení, která uzavřenými odděleními nedisponují? A kde je ochrana společnosti, když pacient v ochranném léčení přichází k výkonu ochranného léčení rovnou na otevřené oddělení, odkud může kdykoli odejít či vnést návykovou látku. Myslím si, že příchozí pacient do ochranného léčení by se měl v novém prostředí nejdříve aklimatizovat, seznámit se s režimem a podmínkami léčení, zařadit se do léčebného procesu a po adaptační fázi přecházet k rozvolňování režimu. Proto se osobně přikláním k názoru, že by každý pacient v ochranném léčení měl nastoupit svou léčbu původně na uzavřené oddělení.

Dalším vyzkoumaným aspektem je ten fakt, že všech pět respondentů se shodují s názorem, že pacienti v ochranném léčení jsou vesměs problematictí, oproti pacientům v léčbě dobrovolné. Respondenti poukazují u těchto pacientů na problém v přijímání režimových opatření, tito pacienti jsou nespolupracující, mnozí v léčbě uplatňují vězeňské návyky a hlavní a významný problém všichni respondenti vnímají v nedostatečné či sporné motivaci k léčbě u pacientů v ochranném léčení. Tématem „motivace“ je protkán prakticky celý výstup této práce. To se shoduje s autorkami, jak uvádím v teoretické části. Vondráčková (2006) píše o pacientech v ochranném léčení, kteří bývají často nedostatečně motivováni k léčení, také Gabrhelíková (in Kalina, 2015) se k pacientům v ochranném léčení vyjadřuje jako ke klientům jednajícím často účelově.

Zajímavým způsobem se jeví představy respondentů o ochranném léčení. Zde se jejich názory vcelku rozcházejí. Většina respondentů přemýšlela o ideálním stavu a vhodných podmínkách pro pacienty v ochranném léčení. Zaujala mě myšlenka jednoho respondenta, který by si léčení pacienta v ochranném léčení představoval, jako v terapeutické komunitě, kde by se pacient naučil běžným každodenním povinnostem. O způsobu léčení v terapeutické komunitě píše v teoretické části (viz Kalina, 2003, 2008, 2015). Zcela odlišný pohled přinesl jiný respondent, který by kategoricky ochranné léčení zcela zrušil.

Další respondent by zavedl jedno celorepublikové oddělení pro ochranné léčení, aby byli odděleni od dobrovolně léčících se pacientů. Jiný respondent se domnívá, že by tito pacienti měli být pohromadě a poslední respondent tvrdí, že by pacienti v ochranném léčení měli mít hlavně strukturovaný program, víc erudovaného personálu a důležitou stránku přikládá k individuálnímu přístupu k těmto pacientům.

Mezi respondenty došlo k rozdílným názorům v pohledu na ochranné léčení a nabízí se otázka, proč mají názory natolik odlišné.

Ve druhé kategorii jsem se zaměřila na oblast personální a zabezpečovací. Ke shodě mezi respondenty došlo v personální oblasti, kdy respondenti přiznávají, že by ve svém týmu pracujícím s pacienty v ochranném léčení uvítali více odborného personálu, hlavně

mužského a také vnímají absenci v administrativních pracovnících, neboť pacienti v ochranném léčení vyžadují více administrativní zátěže, jak uvádí i Švarc (2018).

Co se týče bezpečnostních opatření pro ošetřující personál a pro spolupacienty, tam jsem zaznamenala nedostačující možnosti bezpečí. Na většině oddělení, kde se léčí pacienti v ochranném léčení bezpečnostní zařízení zcela absentují. Pouze v jednom případě mají jisté hlásiče v podobě knoflíků na zdi, který pošle signál na vrátnici a na nejbližší oddělení, kde slouží muži ošetřovatelé. Drtivá většina respondentů jsou s tímto stavem nespokojeni, neboť již několikrát zaznamenali násilné jednání ze strany pacientů v ochranném léčení, především ve formě vyhrožování. Těchto pacientů se bojí pacienti v dobrovolné léčbě a tím je narušován celý terapeutický proces. Zároveň má obavy i zdravotnický personál.

Ohledně bezpečnostního zabezpečení vyslovili respondenti různá řešení. Buď by mohly být na oddělení přítomny i bezpečnostní složky, nejen zdravotníci, nebo by oddělení měla být vybavena mřížemi, kamerami, zvonky, izolační místností. Také padl názor, že by měly existovat jisté směrnice, pokyny, které by zaručovaly bezpečnost pro personál a jiné pacienty. Další respondent tvrdil, že se oddělení prostě zabezpečit nedá, neboť se nejedná o vězení, ale zdravotnické zařízení. Zajímavý úhel pohledu se týkal názoru jiného respondenta, který se přiklání k názoru, že kromě výše jmenovaných opatření, patří k bezpečnosti personálu také jejich vzdělanost a znalosti ohledně pacientů v ochranném léčení, aby personál byl schopen s nimi náležitě komunikovat, aby rozuměl tomu, co tento pacient prožívá, co se s ním děje. Tento respondent si uvědomuje, že nevzdělaný personál může v dobrém přesvědčení napáchat více zla, aniž by tomu tak chtěl.

Poněvadž jsem sama zaměstnanec zdravotnického zařízení, uvědomuji si, že středně zdravotnický personál není příliš podporován a motivován k odbornému vzdělávání a tím pádem často dochází i k nezájmu pro další vzdělávání ze strany středně zdravotnického personálu. Proto se přikláním k názoru posledního respondenta, neboť i určité znalosti komunikace personálu se závislým klientem může být jistou formou bezpečnostního opatření, jako např. nácvik v oblasti řešení konfliktních situací. Personál často s pacienty komunikuje direktivním způsobem, což v mnoha případech není příliš žádoucí. Jak uvádí (2016), při rozhovoru s pacientem je důležitý nedirektivní empatický rozhovor, při jeho vedení by mělo být snahou zdravotníků vytvořit přátelskou a bezpečnou atmosféru, která zvyšuje důvěru a sdělnost.

Poslední část této kategorie jsem věnovala již výše zmíněné motivaci k léčbě pacienta v ochranném léčení. Kromě toho, že pacienti přichází do ochranného léčení nedostatečně motivováni jsem zaznamenala i to, že někteří pacienti v ochranném léčení si během léčby motivaci vybudují. To tvrdili téměř všichni respondenti, kromě jednoho. Ten vnímal motivaci jako nulovou a celkově se k pacientům v ochranném léčení stavěl negativisticky. Zároveň přiznal, že sám je soudní znalec.

O vybudování si motivace u pacientů v ochranném léčení bylo provedeno mnoho tuzemských i zahraničních výzkumů, jak jsem popsala v teoretické části. Názory mých respondentů jsou s nimi v souladu. V zahraničních studiích navíc zkoumali stav pacientů v ochranném léčení rok a pět let po léčení. Z mého výzkumu vyšlo jasně najevo, že nikdo z respondentů nemá od pacientů v ochranném léčení zpětnou vazbu.

Dále se většina respondentů (kromě jednoho) vyjadřovala k tomu, že pro efektivitu práce s pacienty v ochranném léčení je nutná práce s motivací a jasná pravidla. Tento názor se ztotožňuje i s názory našich autorů, jako např. Kalina (2003) a dokonce i Šámal (2010), který není odborník na závislostní problematiku, ale odborník v právním systému.

Poslední kategorie se vztahuje nejen k režimovým opatřením pro pacienty v ochranném léčení, také k průběhu ochranného léčení, ale především k ukončení ochranného léčení a způsobům komunikace se soudy, jak je vnímají sami respondenti, neboť oni jsou právě ti, kteří se soudů účastní.

Pravidla a řád pro pacienty v ochranném léčení jsou přísnější, než pro pacienty v léčbě dobrovolné. Týká se to především písemných žádostí o propustky, povinného nahlášení místa pobytu apod., stejně jak uvádí Švarc (2018) v teoretické části. Dalším důležitým aspektem v přísnějších pravidlech je porušení abstinence nebo jiného kardinálního pravidla, za které by byl pacient v dobrovolné léčbě disciplinárně vyloučen. Pacient v ochranném léčení vyloučen být nemůže, ovšem každá psychiatrická nemocnice má způsoby potrestání nastavené rozdílně.

V některém zařízení se porušení abstinence hned hlásí soudu, jako maření léčby a pacientovi v ochranném léčení se zakáží vycházky, jinde se hlásí soudu pouze velmi závažné důvody, které nabudou větších rozměrů. V dalším zařízení pacient v ochranném léčení nesmí jet na propustku a jeho porušení abstinence se zpracovává na psychotherapeutické skupině. Podobné nastavení preferuje i další respondent, hovoří o individuálním přístupu k těmto pacientům, ale pokud je pacient zcela bez náhledu, dochází ke změně režimového nastavení v tom smyslu, že je pacient v ochranném léčení přemístěn na uzavřené oddělení. Zcela odlišný přístup jsem odhalila na primariátě, který disponuje pouze dvěma otevřenými odděleními. Dojde-li k relapsu, pacient v ochranném léčení musí být přemístěn na uzavřené oddělení psychiatrické, kde se léčba závislostí mívá účinkem. Toto zařízení bohužel jinou možnost nemá. Proto i v této oblasti shledávám další nejednotnost.

Zaměřím – li se na následnou péči pro pacienty v ochranném léčení po propuštění z ústavního ochranného léčení do ochranného léčení ambulantního, v tomto směru se jednoznačně všech pět respondentů shodlo, že mají obrovský problém sehnat ambulantního psychiatra, který by do své péče tyto pacienty převzal. Respondenti

přiznávají, že se ambulantní psychiatry snaží shánět různými způsoby přes známé nebo se je snaží uprosit. Předpokládám, že se jedná o celorepublikový problém.

Návrhy na přeměnu k soudům respondenti posílají tak, aby délka léčby pacientů v ochranném léčení zhruba odpovídala délce léčby pacientům dobrovolným. V tom se taktéž všichni respondenti shodli. Rozdíl je ale v tom, v každém zařízení probíhá léčení jiný časový úsek. Nejkratší léčebný pobyt trvá 3 měsíce, nejdelší 1 rok. Takže v jednom zařízení se pacient v ochranném léčení léčí tři měsíce, v jiném až jeden rok. To také souvisí s odlišnou délkou řízení o zrušení či přeměně ochranného léčení u jednotlivých soudů.

Ve čtyřech zařízeních pacienti v ochranném léčení podstupují psychoterapii, pouze na jednom primariátě psychoterapii nepodléhají. Respondent tuto situaci vysvětluje tak, že pacienta v ochranném léčení nebudou obtěžovat terapií, pacient v ochranném léčení na oplátku nebude problematický. A údajně jim tato metoda funguje. Můj názor je takový, že tito pacienti v ochranném léčení prakticky žádnou léčbu závislostí nepodstupují, pouze společnost je ochráněna.

Se zajímavými výsledky mého výzkumu jsem se setkala v oblasti ukončování ochranného léčení a komunikaci se soudy. Zajímaly mě odpovědi v procentech na otázku, jakým způsobem je ochranné léčení nejčastěji ukončováno, jaký návrh k soudu respondenti podávají. Týkalo se to návrhu na přeměnu z ústavního ochranného léčení na ochranné léčení ambulantní, návrhu na zrušení zcela, návrh na zrušení ochranného léčení pro neúčelnost a návrhu maření léčby. V této oblasti se respondenti zcela rozcházel. Respondent P1 – 50% propustit zcela, 30% pro neúčelnost, 20% přeměna na ambulantní ochranné léčení, respondent P2 – $\frac{2}{3}$ až $\frac{3}{4}$ přeměna na ambulantní, ostatním úplné zrušení, respondent P3 – 50% přeměna na ambulantní ochranné léčení, 40% zrušeno pro neúčelnost a 10% maření léčby, respondent P4 – 10% zrušeno pro neúčelnost, 60% úplné zrušení a 30% přeměna na ambulantní ochranné léčení a respondent P5 – víc než 90% návrh na ambulantní ochranné léčení, ojedinělé případy zrušení pro neúčelnost a jeden případ maření léčby.

Tato rozdílná čísla mě překvapila, proto jsem přemýšlela, čím je to způsobeno. Všimla jsem si, že u respondenta, který je zároveň soudním znalcem a dá se říci, že s pacienty v ochranném léčení terapeuticky nepracuje a po celou dobu léčení jsou umístěni na uzavřeném oddělení, tam respondent podává nejméně návrhů na přeměnu na ambulantní ochranné léčení (20%). Zároveň léčba pacientů v ochranném léčení probíhá nejkratší dobu. Naopak u respondenta, kde se doba léčení pacienta v ochranném léčení pohybuje téměř jeden rok a pracuje se s ním terapeuticky, tam respondent podává nejvíce návrhů na přeměnu na ambulantní ochranné léčení (cca 90%). Předpokládám, že tyto údaje spolu úzce souvisí a mohou být do jisté míry významné. Přitom oba tito respondenti vnímají pacienty v ochranném léčení jako nemotivované a problematické.

Co se týče oblasti komunikace respondentů se soudy ohledně ukončování ochranného léčení, zde jsem zaznamenala určité shody. Čtyři respondenti z pěti se shodli, že zažívají dlouhé a zbytečné čekací lhůty na rozhodnutí soudů. Zároveň se tyto respondenti shodují, že soudy často vyžadují nové soudní znalecké posudky a někteří respondenti tyto nové znalecké posudky považují za zcela zbytečné.

Další tři respondenti si stěžují, že soudy rozhodují v rozporu s názorem odborníků na závislostní problematiku. Verbalizují pocit, že ze strany soudů dochází k nepochopení a že jde o nedostatečnou informovanost soudců. Zkušenosti s jednáním se soudy se taktéž liší. Respondenti často upozorňují na dlouhé čekací lhůty, neznalost soudců závislostní problematiky a s tím související požadování nových soudních znaleckých posudků.

Pouze jediný respondent poskytl soudcům tu možnost, aby se přijeli podívat na jejich oddělení, poskytl soudcům jistou edukaci o průběhu léčby a jejich indikacích a dodává, že nastaly jisté změny při řešení návrhů u soudu. Tuto akci vnímám jako velmi efektivní.

Celkový postoj všech respondentů na ukládání a výkon ústavního ochranného léčení je spíše negativní. Může to být způsobeno zkušeností respondentů s náročnou klientelou, může to být negativním postojem respondentů k pacientům v ochranném léčení, nespokojeností s podmínkami léčby pro pacienty v ochranném léčení, nedostatečnou legislativou, syndromem vyhoření, délkou praxe nebo také nespokojeností sami se sebou atd.

Jelikož taktéž pracuji v oboru, uvědomuji si, že může docházet také k jisté kategorizaci pacientů v ochranném léčení, k určitému nálepkování či etiketizaci ze strany personálu (to jsou ti kriminálníci). Pacienti v ochranném léčení rychle vycítí, že jsou vyčleněni. Válková a Kuchta (2012) píše, jakmile tito jedinci zjistí, že jsou označeni za ty horší, začnou posilovat svůj nepřátelský postoj. I to může vyvolávat dojem, že jsou pacienti v ochranném léčení více problematičtí, než ostatní pacienti. Zmiňuji i syndrom vyhoření, poněvadž si uvědomuji, že spousta respondentů svou pozici vykonává mnoho let, aniž by procházela pravidelnou supervizí. Supervize ve zdravotnických službách je využívána zatím ojediněle, navíc jsou jednotlivci, kteří o supervizi neprojevují zájem. Čermáková a Holečková (2008) zdůrazňují, že jedním ze znaků určujících vyspělost organizace je právě využívání supervize pro potřeby zaměstnanců a ochota zaměstnanců supervizi využívat.

V každém případě, díky praxi v oboru závislostních poruch a práci s pacienty v ochranném léčení, se v mnoha bodech ztotožňuji s polským právním systémem. Například s elektronickou kontrolou místa pobytu pacienta, ale především podstatnou výhodu vnímám ve dvou psychiatrech při prošetřování zdravotního stavu pacienta, popřípadě přivolání třetího specialisty. V neposlední řadě bych ocenila i odbornější složení polského senátu, který rozhoduje o ochranném léčení. Zároveň jsem v souladu s trestněprávním systémem v Anglii, kde je justiční systém propojený se systémem adiktologických a

s pachatelem, který páchá trestnou činnost související s drogami, je možno pracovat na motivaci již pár hodin po jeho zatčení.

Nyní popíšu silné a slabé stránky výzkumu, které by mohly výsledky realizovaného výzkumu zkreslit nebo jinak ovlivnit. Za silnou stránku považuji zvolení kvalitativní výzkumné strategie s využitím polostrukturovaného rozhovoru, který mi umožnil získat podrobné informace od všech respondentů. Za další silnou stránku považuji svou znalost v oboru a tím možné lepší uchopení zvoleného tématu.

Ovšem zároveň si uvědomuji, že právě moje zkušenost s pacienty v ochranném léčení by mohla být mou slabou stránkou výzkumu, neboť i já jsem touto klientelou jistým způsobem ovlivněna, zaujímám k ní nějaký postoj a funguji v systému léčebné péče pro pacienty v ochranném léčení, který sama vnímám jako nedokonalý. Podle Švaříčka a Šedřové (2007) je v tomto případě výzkumník tzv. domorodcem a vzniká zde riziko nedostatečného odstupu a neschopnost vidět věci jinak, než jako samozřejmé a dané. Sdělují, že při rozhovorech jsem respondenty nijak neovlivňovala, snažila jsem se být neutrální, i když všichni si byli vědomi, že jsem prakticky jejich kolega z jiného zařízení. Tento aspekt „kolegiality“ mohl mít na odpovědi také vliv. Za další slabou stránku by se dal považovat malý výzkumný vzorek a případně i nedokonale formulované otázky.

Zaměřím-li pozornost na návrh dalších výzkumů, každopádně bych doporučila stejný typ výzkumu realizovat v celé naší republice a zmapovat systém léčebných programů pro pacienty v ochranném léčení ve všech psychiatrických nemocnicích/léčebných na našem území. Přínosný by byl také výzkum, jak ochranné léčení ve zdravotnickém systému vnímají přímo pacienti.

V posledním odstavci diskuze bych se vyjádřila k doporučením pro praxi. Výsledky výzkumu by mohly přispět k diskusi v odborné veřejnosti k otázce ochranného léčení. Jako příklad by bylo vhodné uspořádat jistou konferenci na téma ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické v systému zdravotnické péče v psychiatrických nemocnicích, společně s adiktologickými službami a trestněprávním systémem, přesněji řečeno přímo se soudci, státními zástupci a právníky. Sama jsem byla přítomna několika soudů při přeměně ochranného léčení ústavního na ochranné léčení ambulantní a setkala jsem se se situací, kdy státní zástupkyně neměla ponětí, co je doléčovací centrum a proč pacient u soudu ukazuje dokument o datu přijetí do doléčovacího centra. Ovšem taktéž jsem zažila situaci, kdy soudce byl erudovaný v závislostní problematice, na pozvání navštívil psychiatrickou léčebnu a zajímal se o průběh ochranného léčení a soud s pacientem probíhal zcela bez problémů. Soudce bral v potaz doporučení odborníka na závislosti, nevyžadoval další znalecký posudek a pacientovi ochranné léčení ukončil zcela.

Výsledky výzkumu by mohly také přispět k vypracování jistých směrnic a pokynů, jakým způsobem, v jakých podmínkách a s jakým zabezpečením by ochranné léčení mělo

probíhat. Práce by taktéž mohla přispět k zamyšlení nad samotným smyslem ukládání ochranného léčení, v krajním případě o jejich zrušení. Nebo i k porovnání systému léčebných programů v jiných zemích.

7. ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zmapovat, jakým způsobem fungují systémy léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě pro pacienty v ústavním ochranném léčení protialkoholním a protitoxikomanickým.

Z výzkumu vyšlo jednoznačně najevo, že systém léčebných programů není nikde legislativně zakotven, liší se napříč všemi zařízeními, každý vedoucí pracovník z řad primářů s pacienty v ochranném léčení pracuje dle možností svých primariátů a bohužel celkový pohled všech respondentů k ukládání ochranného léčení vesměs zaujímá negativní postoj.

Dále převládá nespokojenost s nedostatkem personálního obsazení, respondenti verbalizují problém společného soužití pacientů v ochranném léčení na jednom oddělení s pacienty v léčbě dobrovolné. Velký nedostatek respondenti určili v zabezpečovacím systému, který je vesměs nulový, některá oddělení nedisponují uzavřenými odděleními, pacienti v ochranném léčení při porušení kardinálních pravidel podstupují ochranné léčení na psychiatrických odděleních, kde není možné zajistit potřebnou léčbu závislostí.

Další důležitý aspekt, na kterém se respondenti shodují je ten, že pacienti v ochranném léčení by měli být do léčby přijímáni nejdříve na uzavřené oddělení. Podle chování těchto pacientů by se jim měl režim postupně rozvolňovat a do běžného života by měli odcházet z oddělení otevřeného, poněvadž během léčebného programu měli, díky vycházkám a výjezdům, možnost kontaktu s reálným životem bez užívání návykové látky.

Velmi rozdílné jsou i způsoby ukončování nebo přeměny ochranného léčení a zkušenosti s komunikací se soudci respondenti vnímají vesměs jako nedostačující.

8. SEZNAM LITERATURY:

- Adameček, D., Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. Kapitola 25. In Kalina et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Čermáková, K., Holečková, M. et al. 2008. *Standardy kvality sociálních služeb –výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR.
- Dismanm M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Dobiášová, D., Broža, J., Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. Kapitola 9. In Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup I. a II*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Dvořáček, J., Kalina, K. (2015). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek. Kapitola 19. In Kalina et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Gabrhelikova, P. (2011). *Trestněpravní systém podporující efektivitu léčby aneb poznámky ze stáže v Londýně*. Adiktologie, (11)3.
- Gabrhelíková, P. (2015). Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. Kapitola 33. In Kalina et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Goffman E. (2003). *Stigma. Poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hetzerová, L. Gabrhelík, R. (2014). *Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu: Pilotní studie*. Adiktologie, 14(1).
- Jelínek, J. et al. (2017). *Trestní právo hmotné: Obecná část, zvláštní část*. 6. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Leges.
- Jeřábek, P. (2015). Integrativní přístup v léčebném kontinuu. Kapitola 11. In Kalina et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al.(2003). *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. 1. a 2. díl*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. Publishing.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita, obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti* Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013) *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al.(2003). Rozšiřování terapeutických možností. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I a II*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kuklová, M. (2016). *Kognitivně behaviorální terapie v léčbě závislostí*. Praha: Portál

- Kelly, J., F., Finney, J., W., Moos, R. (2005). Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28.
- Mach, J., Buriánek, A., Záleská, D., Mlynářová, D., Kvapilová, I., Máca, M. et al. (2013). *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada Publishing.
- Mach, J. (2010). *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychoterapie v léčbě závislostí. Kapitola 12. In Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Morovicsová, E., Falisová, A. (2016). Význam protialkoholických léčební v boji proti alkoholizmu v prvej Československej republike. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 112 (6).
- Navrátil, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I a II*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Pavlovský, P. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Pešek, R. et al. (2013) *Kognitivně behaviorální terapie v praxi: pro terapeutu, studenty a poučené laiky*. Praha: Triton.
- Polícar, R. (2010). *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada.
- Popov, P. (2017). MUDr. Jan Šimsa – průkopník léčby závislostí a psychoterapie v Čechách. *Adiktologie*, 17(2).
- Praško, J. et al. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Praško, J. et al. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. *American psychologist*, (47).
- Prochaska, J. a Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada publishing.
- Raboch, J., Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I a II*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Richterová-Těmínová, M., Kalina, K., Adameček, D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 14. In Kalina et al. Praha: Grada Publishing.
- Rourke, P., Howard, J., Martine, K., A. (2015). *Legal Mandates and Perceived Coercion in Residential Alcohol and Other Drug Treatment*. *Psychiatry, Psychology and Law*, Vol. 22, No. 5.

Skála, J. (2003). Historie léčby závislosti v České republice. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I a II*. Praha: Úřad vlády ČR.

Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.

Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

Šámal, P. (2010). *K úpravě ochranného léčení v trestním zákoníku*. *Trestněprávní revue*, roč. 9, č. 4.

Šámal, P. et al. (2012). *Trestní zákoník I.: §1 – 139 Komentář*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck.

Šejvl, J., Barták, M. (2017). *Počátky ústavní léčby závislosti na alkoholu v českých zemích počátku 20. století v kontextu veřejného zdravotnictví*. *Adiktologie*, 17 (4).

Šejvl, J., Miovský, M. (2017). *Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: Případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911 – 1915)*. *Adiktologie*, 17 (2).

Švarc, J. (2018). *Ochranné léčení – postupy pro poskytovatele zdravotní péče*. *Psychiatrie pro praxi*, 19 (2).

Švarc, J. (2018). *Novinky v ochranném léčení*. *Psychiatrie pro praxi*, 19 (2).

Švaříček, R., Šedřová, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Válková, H., & Kuchta, J. (2012). *Základy kriminologie a trestní politiky*. Praha: C. H. Beck.

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing.

Ženková, V., Šindelář, M. (2014). *Proces certifikace odborné způsobilosti a střednědobá ústavní léčba závislostí v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice*. *Adiktologie*, (14) 1.

Žižlavský, M. (2007). *Metodologie výzkumu. Studijní text pro předmět (kurs). Metodologie výzkumu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.

www.vscr.cz/veznice-rynovice

9. SEZNAM PRÁVNÍCH NOREM:

Trestní zákoník (zákon č. 40/2009 Sb.) § 99

Trestní řád (zákon č. 141/1992 Sb.) § 351 - § 353

Zákon o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.)

Zákon o specifických zdravotních službách (zákon č. 373/2011 Sb.) § 83 - § 89

Jednací řád soudů (vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb.) § 41 a § 42

Kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy (instrukce Ministerstva spravedlnosti č. 1/2002) § 88 - § 90

10. SEZNAM ZKRATEK:

Zkratka	Význam
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BT	behaviorální terapie
č.	číslo
et al.	a kolektiv
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
např.	například
odst.	odstavec
OL	ochranné léčení
PAL	protialkoholní
písm.	písmena (v zákonech)
PN/PL	psychiatrická nemocnice/léčebna
PTL	protitoxikomanická
Sb.	sbírky (v zákoně)
srov.	srovnání (se zákonem)
TrZ	trestní zákoník
TŘ	trestní řád
tzv.	tak zvaný

11. SEZNAM SCHÉMAT:

- Schéma č. 1.: *Vysvětluje dělení kategorií, subkategorií a dimenzí.....str. 37*
- Schéma č. 2.: *Vysvětluje odpověď na 1. dílčí výzkumnou otázku „Jaká je celková charakteristika oddělení, kde probíhá ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické?“.....str. 49*
- Schéma č. 3.: *Vysvětluje odpověď na 2. dílčí otázku: : „Jaké je personální obsazení na odděleních, jak je oddělení pro pacienty v ochranném léčení zabezpečeno a jak je vnímána motivace pacientů v ochranném léčení k léčbě?“.....str. 58*
- Schéma č. 4.: *Vysvětluje odpověď na 3. dílčí otázku: : „Jaká je délka časového úseku pobytu pacienta v ochranném léčení a jaké mají respondenti zkušenosti s jednáním se soudy?“str. 69*
- Schéma č. 5.: *Popisuje způsoby ukončování ochranného léčení na jednotlivých primariátech podle respondent P1, P2, P3, P4, P5.....str.70*

12. PŘÍLOHY:

Příloha A. Polostukturovaný interview

OTÁZKY

Charakteristika oddělení

1. Jak dlouho pracujete na odd. závislostí s ochrannými léčbami?
2. Co vás jako první napadne, když se řekne OL?
3. Jaký je vývoj OL ve vašem zařízení? Jakými proměnami prošla?
4. Jakými odděleními celkově disponuje vás primariát?
5. Jak je oddělení stavebně a prostorově řešené? (otevřené, uzavřené, mříže, v patře..)
6. Co si myslíte o otevřenosti/uzavřenosti odd, jste s tím spokojeni?
7. Kde probíhá OL pro muže a kde pro ženy?
8. Rozlišujete mezi léčbou PAL a PTL?
9. ...pokud ano, jaký vidíte rozdíl, pokud ne, z jakých důvodů?
10. Jaká je kapacita klientů/pacientů pro léčení PAL a PTL?
11. je to dostačující?
12. Kde vykonává léčení klient/pacient, který má nařízenou OL PAL i PTL zároveň?
13. Jak by podle Vás mělo vypadat oddělení pro OL?

Oblast personální + zabezpečovací

2. Jaké profese jsou zastoupeny na oddělení pro OL?
3. Jste s tím spokojeni? Změnil/a byste to?
4. Jak by to podle Vás mělo být ideální?
5. Jaké mají tyto profese kompetence v práci s klienty/pacienty s OL?
6. Co Vás napadne, když se řekne bezpečnostní opatření?
7. Jsou v souvislosti s OL přijímány nějaké bezpečnostní opatření ve vztahu k personálu? Pokud ano, jaké?
8. Jsou v souvislosti s OL přijímány nějaké bezpečnostní opatření ve vztahu ke spoluklientům/spolupacientům?

Pokud ano, jaké?

9. Setkáváte se se situacemi, kdy ostatní klienti/pacienti ohrožují klienty/pacienty s OL nebo naopak? Pokud ano, jak je řešíte?
10. Stává se, že musíte volat policii? Pokud ano, jaká je její odezva?
11. Mohou být klienti/pacienti s OL obohaceni pro klienty/pacienty bez OL? Pokud ano, v čem, pokud ne, jak to vysvětlíte?

12. Jak by podle Vás mělo být zabezpečeno odd. pro OL PAL a PTL?
13. Jakou máte zkušenost s motivací k léčbě u klientů/pacientů s nařízenou OL?
14. Jakým způsobem by měla probíhat práce, aby byl výsledek co nejefektivnější?

Ohlas režimová

2. Jak dlouho obvykle trvá OL? (od přijetí po soud)
3. Jakým způsobem je OL nejčastěji ukončováno? (návrh na přeměnu, zrušení...)
Můžete prosím udat v %?
4. Po jaké době léčení klienta/pacienta na odd podáváte návrh na přeměnu?
5. V čem se liší pravidla a řád pro dobrovolné léčení od OL?
6. Jaká jsou specifika práce s těmito klienty/pacienty? Ještě něco? Můžete mi říct nějaký příklad?
7. S jakými problémy v rámci dodržování režimu OL se nejčastěji potýkáte?
8. A jak je řešíte? Co by vám nejvíc pomohlo?
9. Jak postupujete při zjištění porušení abstinence? Změnili byste něco na tomto stavu, vyhovuje vám to tak?
10. Jakou máte zkušenost s návaznou péčí pro klienty/pacienty s řádně dokončenou OL a jakou s klienty/pacienty, pro něž je tato léčba neúčelná?
11. Jakou máte zkušenost s komunikací se zdejšími soudy ohledně přeměny OL? Jak je srozumitelná, na kolik Vás zatěžuje?
12. Co se týče soudů, je něco, co ztěžuje hladký průběh změny či ukončení OL? Pokud ano, co a jak to řešíte?
13. Máte nějaké výhrady proti rozhodování soudů? Pokud ano, jaké a jak je řešíte?
14. Jste s tím spokojeni, co byste změnil/a? Můžete Vy proto něco udělat, zkoušel jste proto něco udělat?
15. Jaký je váš celkový názor na ukládání OL obecně?

Příloha B. Přehled spádových území psychiatrických léčeben pro ústavní ochranné léčení

Systém ASPI - stav k 26.4.2017 do částky 45/2017 Sb. a 12/2017 Sb.m.s.

505/2001-Org. - vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy - poslední stav textu

Příloha 8

PŘEHLED SPÁDOVÝCH ÚZEMÍ PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBEN A ZAŘÍZENÍ A ÚSTAVŮ PRO VÝKON ZABEZPEČOVACÍ DETENCE

III. Spádová území psychiatrických léčeben pro ústavní ochranné léčení protialkoholní, protitoxikomanické, patologické hráčství

Psychiatrická léčebna	Spádová území
PL Bohnice*) (Hl. m. Praha)	Hlavní město Praha Středočeský kraj - obce s rozšířenou působností: Brandýs nad Labem-Stará Boleslav, Černošce, Říčany
PL Kosmonosy*)	Středočeský kraj - obce s rozšířenou působností: Český Brod, Lysá nad Labem, Mladá Boleslav, Mnichovo Hradiště, Nymburk, Poděbrady Liberecký kraj - obce s rozšířenou působností: Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Jilemnice, Liberec, Semily, Tanvald, Turnov, Železný Brod Královehradecký kraj - obce s rozšířenou působností: Dvůr Králové nad Labem, Hořice, Jičín, Nová Paka, Trutnov, Vrchlabí
PL Červený dvůr	Jihočeský kraj - obce s rozšířenou působností: České Budějovice, Český Krumlov, Kaplice, Trhové Sviny, Týn nad Vltavou, Prachatice, Vimperk, Soběslav, Tábor
PL Dobřany (Plzeňský kraj)	Plzeňský kraj - obce s rozšířenou působností: Blovice, Domažlice, Horažďovice, Horšovský Týn, Klatovy, Kralovice, Nepomuk, Nýřany, Plzeň, Přeštice, Rokycany, Stod, Stříbro, Sušice, Tachov Karlovarský kraj - obce s rozšířenou působností: Aš, Cheb, Karlovy Vary, Kraslice, Mariánské Lázně, Ostrov, Sokolov Jihočeský kraj - obce s rozšířenou působností: Blatná, Milevsko, Písek, Strakonice, Vodňany

Středočeský kraj - obce s rozšířenou působností: Beroun, Dobříš, Hořovice, Příbram, Sedlčany

PL Horní Ústecký kraj - obce s rozšířenou působností: Bílina, Děčín, Chomutov, Beřkovice*) Kadaň, Litoměřice, Litvínov, Louny, Lovosice, Most, Podbořany, Roudnice n. (Ústecký kraj) Labem, Rumburk, Teplice, Ústí nad Labem, Varnsdorf, Žatec
Liberecký kraj - obce s rozšířenou působností: Česká Lípa, Nový Bor
Středočeský kraj - obce s rozšířenou působností: Kladno, Kralupy nad Vltavou, Mělník, Neratovice, Rakovník, Slaný

PL Havlíčkův Brod Kraj Vysočina - obce s rozšířenou působností: Havlíčkův Brod, Chotěboř, (Kraj Vysočina) Světlá nad Sázavou
Královehradecký kraj - obce s rozšířenou působností: Broumov, Dobruška, Hradec Králové, Jaroměř, Kostelec nad Orlicí, Náchod, Nové Město nad Metují, Nový Bydžov, Rychnov nad Kněžnou,
Pardubický kraj - obce s rozšířenou působností: Česká Třebová, Hlinsko, Holice, Chrudim, Králupy, Lanškroun, Litomyšl, Pardubice, Polička, Přelouč, Svitavy, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto, Žamberk
Středočeský kraj - obce s rozšířenou působností: Benešov, Čáslav, Kolín, Kutná Hora, Vlašim, Votice

PL Brno Jihomoravský kraj - obce s rozšířenou působností: Blansko, Boskovice, (Jihomoravský kraj) Brno, Bučovice, Hustopeče, Ivančice, Kuřim, Kyjov, Mikulov, Moravský Krumlov, Pohořelice, Rosice, Šlapanice, Slavkov u Brna, Tišnov, Veselí nad Moravou, Znojmo, Židlochovice

PL Jihlava Kraj Vysočina - obce s rozšířenou působností: Bystřice nad Pernštejnem, (Kraj Vysočina) Humpolec, Jihlava, Moravské Budějovice, Náměšť nad Oslavou, Nové Město na Moravě, Pacov, Pelhřimov, Telč, Třebíč, Velké Meziříčí, Žďár nad Sázavou
Jihočeský kraj - obce s rozšířenou působností: Dačice, Jindřichův Hradec, Třeboň

PL Kroměříž Jihomoravský kraj - obce s rozšířenou působností: Břeclav, Hodonín, Vyškov (Zlínský kraj) Zlínský kraj - obce s rozšířenou působností: Bystřice pod Hostýnem, Holešov, Kroměříž, Luhačovice, Otrokovice, Rožnov pod Radhoštěm, Uherské Hradiště, Uherský Brod, Valašské Klobouky, Valašské Meziříčí, Vizovice, Vsetín, Zlín
Olomoucký kraj - obce s rozšířenou působností: Konice, Prostějov

PL Opava Moravskoslezský kraj - obce s rozšířenou působností: Bílovec, Bohumín, (Moravskoslezský kraj) Bruntál, Český Těšín, Frenštát pod Radhoštěm, Frýdek-Místek, Frýdlant nad Ostravicí, Havířov, Hlučín, Jablunkov, Karviná, Kopřivnice, Kravaře, Krnov, Nový Jičín, Odry, Opava, Orlová, Ostrava, Rýmařov, Třinec, Vítkov

PL Šternberk Olomoucký kraj - obce s rozšířenou působností: Hranice, Lipník nad Bečvou, (Olomoucký kraj) Litovel, Mohelnice, Olomouc, Přerov, Šternberk, Šumperk, Uničov, Zábřeh

Pardubický kraj - obce s rozšířenou působností: Moravská Třebová

PL Bílá Voda Olomoucký kraj - obce s rozšířenou působností: Jeseník
(Olomoucký kraj)

Pozn.: *) V případě ochranného léčení protialkoholního jsou v PL Kosmonosy přijímáni pouze muži, ženy ze spádové oblasti PL Kosmonosy pro část Středočeského kraje přijímá PL Bohnice, pro část Libereckého kraje PL Horní Beřkovice a pro část Královéhradeckého kraje FN Hradec Králové - Nechanice (Psychiatrická klinika - léčebna návykových nemocí Nechanice).

IV. Spádová území psychiatrických léčeben pro ústavní ochranné léčení psychicky nemocných trpících aktivní tuberkulózou

PL Dobřany - celá ČR.

V. Přehled věznic zajišťujících výkon ochranného léčení

1. Výkon ochranného léčení zajišťuje:

- a) Věznice Heřmanice - ochranné léčení protialkoholní a léčení patologického hráčství u odsouzených mužů ve věznici s ostrahou,
- b) Věznice Kuřim - ochranné léčení sexuologické u odsouzených mužů ve věznici s ostrahou,
- c) Věznice a ústav pro výkon zabezpečovací detence Opava - ochranné léčení protitoxikomanické, protialkoholní a léčení patologického hráčství u odsouzených žen ve věznici s dohledem, s dozorem a s ostrahou a dále u odsouzených mužů ve věznici s dozorem,
- d) Věznice Rýnovice - ochranné léčení protitoxikomanické u odsouzených mužů ve věznici s ostrahou,
- e) Věznice Znojmo - ochranné léčení protitoxikomanické u odsouzených mužů ve věznici s dozorem.

2. Ochranné léčení do věznice dle odstavce 1. není možno nařídit automaticky, příslušnou věznici je třeba předem kontaktovat za účelem zjištění, zda je nařízení ochranného léčení v průběhu výkonu trestu odnětí svobody u konkrétního vězně v dané věznici možné.

VI. Přehled ústavů pro výkon zabezpečovací detence

Ústavy pro výkon zabezpečovací detence jsou:

- a) Ústav zabezpečovací detence ve Vazební věznici Brno,
- b) Ústav zabezpečovací detence ve Věznici Opava

Příloha C: Informovaný souhlas se vstupem do výzkumu

Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze

Apolinářská 4

128 00 Praha 2

Autor studie: Bc. Jana Pánková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, PhD.

Informovaný souhlas se vstupem do výzkumu

Výzkum se zabývá „Ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické - systémem léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě. Jeho hlavní součástí je polostrukturovaný rozhovor, který bude nahráván za účelem pozdějšího zpracování materiálu.

Přístup k údajům o Vás nebo Vašich datech (nahrávce rozhovoru) je umožněn pouze výzkumníkovi, který je povinen zajišťovat a zachovávat důvěrnost Vašich údajů. **S Vašimi údaji bude nakládáno jako s přísně důvěrnými** v souladu s právními předpisy České republiky a to zejména zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění. Máte právo nahlížet do záznamů vedených o Vaší osobě a případně požádat o odstranění zjištěných nedostatků při jejich zpracování v souladu s výše zmíněným zákonem. Části rozhovoru, které budou v diplomové práci použity, budou anonymizovány a všechna jména budou pozměněna. Vaše účast ve studii je dobrovolná. Můžete odmítnout pokračování v rozhovoru bez udání jakýchkoliv důvodů nebo odmítnout účast ve studii, a to bez jakýchkoliv postihů.

Máte právo se i zpětně zeptat na cokoli, co se týká této studie. Kontaktovat mě můžete na: jana.pank.007@seznam.cz. Pokud byste chtěl/a získat více informací k této studii nebo si na cokoli stěžovat, máte možnost se obrátit na vedoucí práce na Mgr. Hanu Fidesovou, PhD., email: fidesova@adiktologie.cz.

Souhlas:

Já jsem si přečetl/a výše uvedené informace, těmto informacím rozumím a dobrovolně souhlasím se svou účastí ve studii „Ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické – systém léčebných programů v psychiatrických

nemocnicích/léčebnách na Moravě.“ Rozumím, že mohu souhlas odmítnout, případně svobodně a bez udání důvodu ze studie kdykoliv odstoupit a zároveň souhlasím s tím, že rozhovor bude nahráván a použit jen pro vědecké účely v anonymizované podobě.

V Dne

Podpis respondenta Podpis výzkumníka

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Beru na vědomí, že odevzdáním této diplomové práce poskytuji svolení ke zveřejnění a půjčování za předpokladu, že každý, kdo tuto diplomovou práci použije pro svou přednáškovou a publikační činnost, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze 4.12.2018

Podpis autora diplomové práce.....

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav/pracoviště	Datum	Podpis

