

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Eva Morcová

Problematika rodičovské zodpovědnosti u uživatelů nelegálních drog a její příklady z praxe

Issue of parental responsibility for illicit drug users and examples from practise

Bakalářská práce

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

Praha

2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že 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 mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 25. 7. 2013

Eva MORCOVÁ

Identifikační záznam

MORCOVÁ, Eva. Problematika rodičovské zodpovědnosti u uživatelů nelegálních drog a její příklady z praxe. [Issue of parental responsibility for illicit drug users and examples from practise]. Praha, 2013. 98 s., 3 příl., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 2013. Vedoucí práce Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Fidesové, Ph.D. za vstřícnost, odborné vedení, podnětné komentáře a podporu při zpracování bakalářské práce. Velký dík patří také všem respondentům za jejich ochotu a čas.

Dále bych chtěla poděkovat rodině a příteli za podporu při psaní práce i po celou dobu studia.

Abstrakt

Problematika rodičovské zodpovědnosti u uživatelů nelegálních drog je tématem poměrně kontroverzním vzhledem k tomu, že se řeší ve vztahu k nezletilým dětem, jejichž zájem je vždy potřeba zohledňovat.

Cílem této bakalářské práce je popsat, jakým okruhem problémů v oblasti rodinného práva se respondenti v práci s rodičem – uživatelem drog zabývají, jak v praxi práce s touto skupinou klientů vypadá a jak s těmito problémy odborníci z vybraných služeb dále pracují.

Zdrojem kvalitativních dat byla semistrukturovaná interview a textové dokumenty v podobě klientských spisů. Byly použity následující metody: redukce prvního řádu, barvení textu, metoda vytváření trsů. Výzkumný vzorek tvoří odborníci z adiktologických služeb a ze služeb sociální péče, celkem se jedná o 7 respondentů. Všichni s účastí na výzkumu souhlasili.

Bylo zjištěno, že klienti nejčastěji řeší problémy týkající se péče o děti, s těmito problémy přichází za odborníky převážně sami. Tuto problematiku řeší respondenti v menší míře. V práci s touto klientelou se objevují specifika – je nutné zohledňovat i zájem dítěte, což si často žádá individuální řešení situace. Dále bylo zjištěno, že většinou je motivace klientů „pasivní“, což znamená, že primárním cílem léčby / kontaktu s daným zařízením, je vyřešit rodinně-právní problémy. Většina respondentů potvrzuje stále se zlepšující spolupráci mezi danými zařízeními.

Klíčová slova

rodinné právo - rodičovská zodpovědnost - matky uživatelky drog - sociálně-právní ochrana dětí

Abstract

The issue of parental responsibility of illegal drugs users is quite controversial, since it applies to minors, whose interests it is always necessary to take into consideration.

The aim of this thesis is: the description of problems in the field of a family law, the work of respondents with parents who are using drugs, how this problem looks according their practical experience and how they continue to work over this.

Source of data was semi-structured interviews and text documents of client files. The following methods were used: first rank reduction, text coloring, clustering. Research group consisted from addictology experts and experts of social services. Altogether seven respondents. All participants agreed to collaborate.

It was found out that majority of clients coming with their problems about child care on their own initiative but this happens not so often. In work with these clients appear specifics - it is necessary to take into account interests of the child who often demands the individual decision. Moreover it became clear that the majority of motivation is "passive", which means that a main objective of treatment / contact with this organizations is the family law affairs. The majority of respondents confirm continuous improvement of cooperation between the each other.

Key words

Family law - parental responsibility - mothers drug users - social-legal protection of children

Obsah

Úvod	9
I. Teoretická část.....	10
1. Právní úprava	10
1.1 Mezinárodněprávní ochrana dítěte	10
1.2 Rodinné právo	12
1.3 Sociálně-právní ochrana dětí.....	15
2. Systém péče	17
2.1 Péče rodičů.....	18
2.2 Náhradní rodinná péče.....	19
2.3 Ústavní péče.....	22
2.4 Péče o rodiče – uživatele drog	24
II. Výzkumná část.....	28
3. Cíle výzkumu a výzkumné otázky	28
4. Metodologický rámec výzkumu.....	28
4.1 Výzkumný soubor	29
4.2 Metody tvorby, zpracování a analýzy dat	30
4.3 Etické aspekty	32
5. Výsledky.....	33
6. Příklady z praxe	45
6.1 Kazuistika 1	45
6.2 Kazuistika 2	47
6.3 Kazuistika 3	51
7. Diskuze a závěry	56
Citace	59
Přílohy.....	62
Příloha č. 1: Dotazník – charakteristika respondentů.....	62
Příloha č. 2: Struktura interview	63
Příloha č. 3: Přepis rozhovorů s respondenty	64

Seznam zkratk

DC	dětské centrum
DST	denní stacionář
LZPS	Listina základních práv a svobod
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
nOZ	„nový“ občanský zákoník
NRP	náhradní rodinná péče
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dítěte
OÚORP	obecní úřady obcí s rozšířenou působností
RP	rodinné právo
RZ	rodičovská zodpovědnost
sOZ	„starý“ občanský zákoník
SPOD	sociálně-právní ochrana dětí
TK	terapeutická komunita
TP	terénní programy
VZ	výroční zpráva
Zákon o SPO	zákon o sociálně-právní ochraně dítěte
ZDVOP	zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
ZoR	zákon o rodině

Úvod

Uživatelé drog a rodiče? Pro většinu běžné populace je toto spojení nepředstavitelné, ne-li přímo zavrženíhodné. Ale i uživatelé drog mohou být rodiči a mít v péči nezletilé dítě, či děti. Poprvé jsem se o toto téma začala zajímat při praxi v terénních programech, kde jsem si všimla těhotných žen a rodičů s kočárky, kteří využívali výměnných programů. Zajímalo mě, s jakými problémy v oblasti rodinného práva se pracovníci odborných služeb setkávají, jak pracují s touto skupinou uživatelů a jak je ochrana dětí zakotvena v právním systému.

Jedná se o poměrně kontroverzní problematiku, o čemž svědčí i řada konferencí pořádaných na toto téma. Ve dnech 15. – 16. dubna 2009 proběhla konference „Ženy a drogy“, která se mimo jiné zaměřovala i na sociálně-právní aspekty práce s matkami – uživatelkami drog. V letošním roce se 19. února konala konference na téma „Co když je u výměny dítě?“, která se věnovala etickým a právním dilematům v harm reduction službách.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část se věnuje zejména současné úpravě rodinného práva. Popis úmluv a právních předpisů je uspořádán od mezinárodní úrovně po předpisy vnitrostátní. Dále je zde popsána sociálně právní ochrana dětí. Druhá kapitola teoretické části se věnuje systému péče – o děti i o jejich závislé rodiče.

Výzkumná část se věnuje metodologickému rámci kvalitativního výzkumu – popisu výzkumného souboru, metodám získávání, zpracování a analýzy dat. Cílem práce bylo popsat, jakým okruhem problémů v oblasti rodinného práva se respondenti v práci s rodičem – uživatelem drog zabývají, jak v praxi práce s touto skupinou klientů vypadá a jak s těmito problémy odborníci z vybraných služeb dále pracují. Metodou tvorby dat byly semistrukturovaná interview, dotazník a analýza dokumentů. Pro analýzu dat rozhovorů byla použita metoda barvení textu, redukce prvního řádu a technika vytváření trsů. Pro analýzu dokumentů byly použity klientské spisy, které jsou společně s rozhovory zhodnoceny v kapitolách Výsledky, Diskuze a závěry.

I. Teoretická část

V teoretické části se práce zaměřuje zejména na právní úpravu vztahu mezi rodičem – uživatelem drog a jeho nezletilým dítětem. Vymezena zde bude zejména mezinárodně právní ochrana dětí, rodinné právo obecně, včetně změn souvisejících s novým občanským zákoníkem, přijatým v souvislosti s rekonstrukcí občanského práva hmotného, který nabude účinnosti 1. ledna 2014, a dále bude podrobně rozveden zákon o sociálně právní ochraně dětí, i novela tohoto zákona. Dále bude v teoretické části popsán systém péče – o nezletilé děti, i o jejich rodiče, kteří chtějí se svou závislostí skončit.

1. Právní úprava

1.1 Mezinárodněprávní ochrana dítěte

Hlavní dokument týkající se mezinárodně právní ochrany dětí je *Úmluva o právech dítěte* (dále jen „Úmluva“), vyhlášená pod č. 104/1991 Sb. jako sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí. Tato Úmluva byla přijata 20. listopadu 1989 v New Yorku a podepsána jménem České a Slovenské Federativní Republiky 30. září 1990. Všechny státy, které jsou smluvní stranou této Úmluvy, by měli respektovat rodinu jako základní jednotku společnosti a jako přirozené prostředí pro růst a blaho všech jejích členů a zejména dětí. Proto musí mít rodina nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti. Všechny státy by měly také uznávat, že v zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění.

Podle Čl. 1 definuje tato Úmluva dítětem každou lidskou bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve. Respektování a zabezpečení práv daných touto Úmluvou náleží všem dětem bez jakékoli diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, etnického nebo sociálního původu, tělesné nebo duševní nezpůsobilosti, rodu a jiného postavení dítěte, jeho rodičů nebo jeho zákonných zástupců. Všechny státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy, se zavazují zajistit dítěti takovou ochranu a péči, jaká je nezbytná pro jeho blaho, přičemž berou ohled na práva a povinnosti jeho rodičů. Dále je v Úmluvě (Čl. 6, 7) vyhrazeno přirozené právo dítěte na život, právo na jméno, právo na státní příslušnost, a pokud je to možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči. Dále je zde zajištěno, že žádné dítě nemůže být odděleno od svých rodičů proti jeho vůli, samozřejmě pokud není soudně rozhodnuto, že oddělení je potřebné v zájmu dítěte, například, jde-li o zneužívání, nebo zanedbávání dítěte rodiči. V Čl. 18 se uvádí, že rodiče,

nebo v odpovídajících případech zákonní zástupci, mají prvotní odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte, přičemž základním smyslem jejich péče musí být zájem dítěte.

Dalším důležitým dokumentem je *Úmluva o pravomoci orgánů, použitelném právu, uznávání, výkonu a spolupráci ve věcech rodičovské zodpovědnosti a opatření k ochraně dětí*, přijata Ministerstvem zahraničních věcí pod č. 141/2001 Sb. m.s. Cílem této Úmluvy je určit stát, jehož orgány mají pravomoc přijímat opatření na ochranu osoby nebo majetku dítěte, určit, jakého práva mají tyto orgány při výkonu své pravomoci používat, stanovit právo použitelné na rodičovskou zodpovědnost, zajistit uznávání a výkon těchto opatření na ochranu dětí ve všech smluvních státech a zajistit mezi orgány smluvních států spolupráci nezbytnou k dosažení cílů této Úmluvy. Pro účely této Úmluvy výraz „rodičovská zodpovědnost“ zahrnuje rodičovskou moc nebo jiný obdobný vzájemný vztah stanovující práva, pravomoci a povinnosti rodičů, opatrovníků nebo jiných zákonných zástupců ve vztahu k osobě nebo majetku dítěte.

Mezi další mezinárodní smlouvy vztahující se k mezinárodněprávní ochraně dítěte patří také *Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení*, č. 43/2000 Sb. m. s. a *Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí*, č. 34/1998 Sb., obě přijaty jako sdělení Ministerstva zahraničních věcí.

Mezinárodněprávní ochranu dítěte upravuje v současné době také *zákon č. 97/1963 Sb., o mezinárodním právu soukromém a procesním*, na němž se usneslo Národní shromáždění Československé socialistické republiky. Obecně tento zákon upravuje soukromoprávní vztahy s mezinárodním prvkem. Rodinnému právu se věnuje § 19 - § 31, kde jsou upraveny vztahy mezi manžely, vztahy mezi rodiči a dětmi a opatrovnictví. Podle § 24 je zde uvedeno, že vztahy mezi rodiči a dětmi, včetně výchovy a výživy se řídí právem státu, jehož příslušníkem je dítě.

Od 1. ledna 2014 nabude účinnosti *zákon č. 91/2012 Sb. ze dne 25. 2. 2012*, na němž se usnesl Parlament České republiky, *o mezinárodním právu soukromém*, který bude výše zmíněný zákon nahrazovat. Oproti starému je zde podrobněji zpracovaná úprava soukromoprávních a procesních vztahů s mezinárodním prvkem, místo 70 §§, které měl zákon předchozí je zde §§ 125. Rodinnému právu se věnuje Hlava V, § 47 - § 66. Podle § 56 je ve věcech výživy, výchovy a dalších věcech péče o nezletilé dítě včetně opatření k ochraně jeho osoby a majetku dána pravomoc českým soudům, pokud má nezletilý obvyklý pobyt v České republice, nebo

jestliže je státním občanem ČR, i když má obvyklý pobyt v cizině. Nebo pokud pravomoc v těchto věcech není přímo upravena použitelnými předpisy Evropské unie.

Můžeme si všimnout, že oproti starému zákonu je zde použit obrat „obvyklý pobyt“ místo „státní příslušnost“. Ve vztahu k rodičovské zodpovědnosti jsou podle nařízení Rady (ES) č. 2201/2003 ze dne 27. listopadu 2003 o příslušnosti a uznávání a výkonu rozhodnutí ve věcech manželských a ve věcech rodičovské zodpovědnosti soudy členského státu příslušné ve věci rodičovské zodpovědnosti k dítěti, které má v době podání žaloby obvyklé bydliště na území tohoto členského státu. Nemusí se tedy jednat přímo o příslušníka České republiky, stačí, aby dítě mělo na území ČR obvyklý pobyt. Obvyklým pobytem se nerozumí místo obvyklého pobytu tak, jak je definováno v § 2 písm. r) zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě.

1.2 Rodinné právo

Pojem „rodina“ jako takový není přímo v zákoně definován, avšak zákon vymezuje vzájemná práva a povinnosti mezi rodiči a jejich dětmi. Mezi základní práva a povinnosti rodiče patří péče o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, o jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, zastupování nezletilého dítěte a správu jeho majetku. Při výkonu těchto práv a povinností jsou rodiče povinni důsledně chránit zájmy dítěte a vykonávat nad ním dohled odpovídající stupni jeho vývoje. Dále mají právo užít přiměřených výchovných prostředků tak, aby nebyla dotčena jakýmkoliv způsobem důstojnost dítěte. Naopak děti mají právo, s ohledem na stupeň vývoje, svobodně se vyjadřovat ke všem podstatným rozhodnutím rodičů týkajících se jejich osoby. Dítě je povinno podle svých schopností pomáhat ve společné domácnosti, a pokud má vlastní příjem, či majetek, přispívat i na úhradu společných potřeb rodiny.

Základními prameny českého rodinného práva, které řadíme mezi právo soukromé, je zákon o rodině a Listina základním práv a svobod. Se zákonem o rodině souvisí zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník (dále jen „sOZ“). Pokud nejsou v zákoně o rodině nějaké rodinně-právní vztahy upraveny, použijí se ustanovení sOZ.

Listina základních práv a svobod (dále „LZPS“) ze dne 16. prosince 1992 je na základě usnesení předsednictva České národní rady, ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., součástí ústavního pořádku České republiky. LZPS je rozdělena do 6 hlav, přičemž Hlava IV, ve které jsou obsažena hospodářská sociální a kulturní práva se

věnuje ochraně rodiny a rodičovství. Konkrétně v Čl. 32 je uvedeno, že děti narozené v manželství i mimo ně mají stejná práva, péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Dále je zde uvedeno, že práva rodičů mohou být omezena proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona. A všichni rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině (dále „ZoR“) je považován za základní zákon upravující podmínky rodinného práva. Nabyl účinnosti 1. dubna 1964 a je rozdělen do čtyř částí. Část první upravuje manželství – vznik manželství, jeho neplatnost a neexistenci, vztahy mezi manžely a rozvod. Druhá část se věnuje vztahům mezi rodiči a dětmi, konkrétně rodičovské zodpovědnosti, výchovným opatřením, určení rodičovství, osvojení a poručenství a opatrovnictví. Hlava první vymezuje pojem *rodičovská zodpovědnost* (dále jen „RZ“). Podle § 31 se jedná o souhrn práv a povinností při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj; při zastupování nezletilého dítěte a při správě jeho jmění. Podle § 32 mají rozhodující roli ve výchově dětí rodiče a měli by být svým osobním životem a chováním dětem příkladem.

Hlava druhá upravuje výchovná opatření. Podle § 42 opatření, kterými se omezuje rodičovská zodpovědnost, může učinit jen soud, podle § 43 vyžaduje-li to zájem na řádné výchově dítěte, a neučiní-li tak orgán sociálně-právní ochrany dítěte (dále „OSPOD“), může soud rozhodnout o výchovném opatření podle zákona o sociálně-právní ochraně dítěte. Pokud tak OSPOD učinil, nepotřebuje schválení soudu. Brání-li rodiči ve výkonu RZ závažná překážka, může soud podle § 44 výkon RZ pozastavit, pokud tyto povinnosti nevykonává řádně a vyžaduje-li to zájem dítěte, soud jeho RZ omezí, přičemž vymezí rozsah práv a povinností, na které se omezení vztahuje. Pokud rodič svou RZ zneužívá, nebo jiným závažným způsobem zanedbává, soud jej RZ zbaví, vyživovací povinnost rodiče vůči dítěti ale nezaniká. Dále je zde upravena pěstounská péče, podle § 45a může soud svěřit dítě do pěstounské péče fyzické osobě (dále jen „pěstoun“), jestliže zájem dítěte vyžaduje svěřeni do takové péče a osoba pěstouna poskytuje záruku řádné výchovy dítěte. Ujala-li se osobní péče o dítě osoba příbuzná nebo dítěti blízká, dá jí soud přednost před jinou osobou, ledaže to není v souladu se zájmy dítěte. Soud může dítě také svěřit do pěstounské péče na přechodnou dobu. Všechny podrobnosti o umístění do takovéto péče upravuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Takto vypadá současná platná úprava rodinného práva, je ale nutno podotknout, že od 1. ledna 2014 nabude účinnosti *zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník* (dále jen „nOZ“), který po nabytí účinnosti zruší současnou právní úpravu rodinného práva, která je obsažena v ZoR a sOZ. nOZ je rozdělen do 5 částí – obecná část, rodinné právo, absolutní majetková správa, relativní majetková správa a ustanovení společná, přechodná a závěrečná. Ustanovení o rodinném právu (dále jen „RP“) tedy najdeme ve druhé části, §§ 655 – 975. Tento zákon navazuje ve velké míře na současnou úpravu RP, jedná se tedy hlavně o změny formulační, aby byl text lépe srozumitelný.

RP se také dotýká *zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů*. Podle § 1 se registrovaným partnerstvím rozumí trvalé společenství dvou osob stejného pohlaví vzniklé způsobem stanoveným tímto zákonem. Dále je zde podle § 13 zajištěno, že existence partnerství není překážkou výkonu RZ. Partner, který je rodičem, je povinen zajistit vývoj dítěte a důsledně chránit jeho zájmy. Pokud jeden z partnerů pečuje o dítě a oba partneři žijí ve společné domácnosti, podílí se na výchově dítěte i druhý partner.

K RP se vztahuje také *zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*, konkrétně Hlava IV – trestné činy proti rodině a dětem, §§ 194 – 204. Vzhledem k tématu této bakalářské práce bych chtěla zmínit § 195 - opuštění dítěte nebo svěřené osoby, § 196 – zanedbání povinné výživy a § 201 – ohrožování výchovy dítěte, kde je uvedeno, že kdo, byť i z nedbalosti, ohrozí rozumový, citový nebo mravní vývoj dítěte tím, že závažným způsobem poruší svou povinnost o dítě pečovat nebo jinou důležitou povinnost vyplývající z RZ, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

Ve vztahu k našim klientkám je také potřeba zmínit *zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)*, ve kterém je podle § 322 uvedeno, že výkon trestu odnětí svobody na těhotné ženě a na matce novorozeného dítěte předseda senátu odloží na dobu jednoho roku po porodu.

1.3 Sociálně-právní ochrana dětí

Podle Novotné a Fejta (2009) má sociálně-právní ochrana dětí v systému veřejného práva významné postavení a v České republice dlouholetou tradici. Výkon sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „SPOD“) není zdaleka jednoduchý, neboť sociálně-právní ochrana je ovládána ústavními principy, mezinárodními dokumenty a je zakotvena v řadě právních předpisů. Její výkon není jednoduchý také proto, že se velmi citelně dotýká života dětí a jejich rodin a problémy v rodinách bývají někdy dlouho skryté a nedaří se je snadno a včas řešit. Sociální pracovník vykonávající SPOD musí být teoreticky i prakticky připravený řešit složité životní situace dětí, do kterých se v převážné většině nedostávají vlastním přičiněním nebo vinou, ale například v důsledku nezodpovědného přístupu rodičů.

Dne 9. prosince 1999 se Parlament České republiky usnesl na *zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí* (dále „zákon o SPO“). Sociálně-právní ochranou dětí se podle § 1 rozumí zejména:

- a. ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,
- b. ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění a
- c. působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny,
- d. zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.

Přičemž zdůrazňuje, že nedotčeny zůstávají zvláštní právní předpisy, které též upravují ochranu práv a oprávněných zájmů dítěte.

Sociálně právní ochranu zajišťují podle § 4 krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností (dále „OÚORP“), újezdní úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále „MPSV“), Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí a nově Úřad práce ČR – krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu. Dále ji zajišťují kraje a obce v samostatné působnosti, komise pro SPOD a pověřené osoby (právnícké a fyzické osoby, které jsou výkonem SPOD pověřeny).

Předním hlediskem SPOD je podle § 5 zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu a péči. Zaměřuje se zejména na děti, jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti plynoucí z RZ nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z RZ. Podle § 7 je každý oprávněn upozornit OSPOD na porušení těchto povinností.

Dle novely zákona o SPO, zákon č. 401/2012 Sb., ze dne 7. 11. 2012 vydané MPSV (účinná od 1. ledna 2013) je OÚORP povinen pravidelně vyhodnocovat situaci dítěte a jeho rodiny a na základě tohoto vyhodnocení je povinen zpracovat individuální plán ochrany dítěte, který podle § 10, odst. 3 vymezuje příčiny ohrožení dítěte, stanoví opatření k zajištění ochrany, pomoci rodině a k posílení funkcí rodiny a stanoví časový plán pro provedení těchto opatření. Tento plán se zpracovává s důrazem na přijetí takových opatření, která umožní setrvání dítěte v péči rodičů nebo jiných osob odpovědných za jeho výchovu, vypracovává se od počátku doby poskytování SPOD (nejpozději do 1 měsíce) a pravidelně se aktualizuje. Dále dochází k zakotvení institutu případové konference jako jedné z metod práce OSPOD při poskytování SPOD. Případová konference podle § 10 spočívá v zapojení dětí, rodičů, jiných osob zodpovědných za výchovu, jiných osob blízkých rodině a dítěti a dalších subjektů podílejících se na ochraně dítěte a řešení jeho situace. Vyžaduje-li to zájem dítěte, může OÚORP podle § 13 napomenout vhodným způsobem dítě, rodiče a jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, stavět dohled, uložit omezení bránící působení škodlivých vlivů na výchovu dítěte a uložit povinnost využít odbornou poradenskou pomoc. Pokud tato výchovná opatření nevedla k nápravě, může soud dočasně odejmout dítě z péče rodičů. Dítěti nařídí nejdéle na 3 měsíce pobyt ve středisku výchovné péče nebo v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále jen „ZDVOP“), nebo zařízení poskytovatele zdravotních služeb nebo domově pro osoby se zdravotním postižením (podle § 13a). ZDVOP poskytuje (podle § 42) ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Dítě se do těchto zařízení umísťuje na základě rozhodnutí soudu, na základě žádosti OÚORP, na základě žádosti zákonného zástupce, nebo požádá-li o to dítě. Provoz těchto zařízení je nepřetržitý a ZDVOP je povinno spolupracovat s rodinou dítěte.

Dále je v zákoně o SPO zajištěno, že na výzvu OSPOD (podle § 53) jsou státní orgány, zaměstnavatelé, další právnické osoby, zejména poskytovatelé zdravotních služeb, školská a jiná obdobná zařízení, fyzické osoby, pokud jsou poskytovateli zdravotních služeb nebo zřizovateli škol a dalších zařízení povinni sdělit bezplatně údaje potřebné pro poskytnutí SPOD.

2. Systém péče

V této kapitole bude popsán systém péče o děti, které jsou v péči rodičů, v náhradní rodinné péči nebo v péči ústavní. Dále zde bude popsán systém péče o rodiče – uživatele drog a jiná zařízení, která se podílejí na péči o děti a jejich rodiče.

Obr. 1: Systém péče o ohrožené děti



Podle obrázku 1 můžeme vidět, že v systému péče o ohrožené děti by měla být zapojena především rodina, orgány sociálně právní ochrany, soudy a další služby, z nichž některým se bude tato kapitola věnovat níže.

2.1 Péče rodičů

Práva a povinnosti rodičů dle ustanovení platného zákona jsou vymezena v podkapitole „Rodinné právo“.

Rodina jako celek musí zajistit i další funkce. Základní funkcí rodiny je funkce biologická zajišťující reprodukci. Se zabezpečením dětí a jejich potřeb souvisí funkce ekonomická. Pro vývoj dítěte je důležitá funkce výchovná, socializační, která tvoří společenské normy dítěte. Další významnou funkcí rodiny je funkce emocionální, která všem členům poskytuje citové zázemí. Programy WHO, UNICEF, zaměřené na kvalitu života a zdraví, definují termín „zdravá rodina“ jako rodinu, kde funguje soudržnost a spolupráce mezi všemi členy navzájem, jsou zde vytvořeny emočně pozitivní vztahy, umožňující vzájemné poskytování opory, je používána otevřená, upřímná a srozumitelná komunikace a existuje vzájemný respekt všech členů rodiny (MPSV, 2011).

Ptáček a Kuželová (2013) uvádí, že po narození dítěte, v rámci sociální práce s rodinou, patří mezi nejdůležitější tři rodičovské kompetence osobnostní připravenost a zralost, materiální připravenost a rodičovská připravenost. Osobnostní připravenost a zralost lze posuzovat podle toho, zda matka ví, co mateřství obnáší a zda je na něj připravena. Rizikovou skupinou tak mohou být matky velmi mladé, s nízkou vzdělaností a nízkou sociální úrovní. Socioekonomický statut není rozhodujícím faktorem výchovné způsobilosti rodičů, nicméně narození dítěte si žádá především v prvních měsících života specifické materiální zajištění. Kromě materiálního zajištění je také důležité, aby se rodiče připravovali na svou rodičovskou roli. Zjišťovali informace, jak se o dítě starat, jak ho dále vychovávat a rozvíjet. Drogová závislost pak může být závažným rizikem pro další výchovu a vývoj dítěte. Klientky drogově závislé mají často nízký socioekonomický status, často nemají zajištěnou základní materiální výbavu pro dítě a na rodičovskou roli nejsou vždy plně připraveny.

Jedním z nejdůležitějších cílů poporodní péče o uživatelky návykových látek je především sanace rodiny. Potvrzuje se, že úspěch sanace bývá jednak podmíněn zajištěním primárního kontaktu matky a dítěte po porodu a případnou podporou širšího rodinného zázemí (Mravčík et al, 2011)

Pokud rodina neplní své funkce, a je-li dítě nějakým způsobem ohroženo, zapojují se do její podpory další příslušné instituce, jednou z nich je i MPSV, které v současné době realizuje projekt s názvem „Systémová podpora procesů transformace systému péče o ohrožené děti“.

Ministerstvo práce a sociálních věcí je ústředním orgánem státní správy v oblasti sociálního zabezpečení a sociální péče. Tvoří největší podíl na činnostech spadajících do problematiky péče o ohrožené děti. Dále je MPSV zodpovědné za realizaci novely zákona oSPO, o které se zmiňuji výše. Od července loňského roku realizuje MPSV projekt s názvem „Systémová podpora procesů transformace systému péče o ohrožené děti a rodiny“. Cílem je komplexní systémová změna v systému péče o rodiny ohrožené sociálním vyloučením, sociálně vyloučené, nebo na ty, na které se zaměřuje SPOD a zkvalitnění a zefektivnění systému. První aktivitou byla sociodemografická analýza, která je zaměřena na problematiku sociální jevy a indikátory ohrožení cílové skupiny dětí, mládeže a mladých dospělých. Druhou aktivitou je příprava Manuálu popisu a implementace standardů kvality, jehož cílem je vytvořit efektivní a transparentní systém práce s ohroženými dětmi, sjednotit postup pracovníků a zvýšit jejich profesní úroveň. Další důležitou aktivitou projektu je rozvoj sítě služeb pro ohrožené rodiny s dětmi, v plném proudu je i rozvoj náhradní rodinné péče, s čímž souvisí například systém příprav budoucích pěstounů.

2.2 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinnou péčí (dále jen „NRP“) rozumíme situace, kdy o dítě nepečují jeho vlastní rodiče, ani jeden z nich, a dítě je rozhodnutím soudu svěřeno někomu jinému.

NRP můžeme rozdělit na 4 formy:

- Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Podle § 45 ZoR je možné na základě soudního rozhodnutí svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, vyžaduje-li to zájem dítěte a jestliže tato osoba poskytuje záruku řádné výchovy a se svěřením dítěte souhlasí. Při výběru vhodné osoby dává soud přednost zpravidla příbuznému dítěte (prarodiče, teta, apod.) V případě svěření dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče trvá i nadále vyživovací povinnost rodičů k dítěti, přičemž rodiče by měli platit výživné právě k rukám fyzické osoby, které soud svěřil dítě do výchovy. Není-li soudem rozhodnuto jinak, zůstává rodičům zachována také rodičovská zodpovědnost k dítěti a rodiče jsou nadále zákonnými zástupci dítěte.

- Pěstounská péče

Druhou možností NRP je péče pěstounská. Soud může svěřit dítě do pěstounské péče fyzické osoby (dále jen „pěstoun“) pokud zájem dítěte takové svěřením vyžaduje a poskytuje-li osoba pěstouna záruku řádné výchovy (§§ 45a – 45d, ZoR). Před svěřením dítěte do pěstounské péče je soud povinen vyžádat si od OSPOD o tom, zda ten, kdo se má stát pěstounem, je vhodnou osobou. Pěstoun je povinen o dítě osobně pečovat a vykonávat přiměřeně práva a povinnosti rodičů. Dále nemá k dítěti vyživovací povinnost a právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti má pouze v běžných věcech, neboť toto právo nadále náleží rodičům, pokud nejsou v RZ omezeni, nebo pokud jí nejsou zbaveni nebo není její výkon pozastaven. Má-li pěstoun pocit, že rozhodnutí zákonného zástupce dítěte není v souladu se zájmem dítěte, může se domáhat rozhodnutí soudu. Další práva a povinnosti při výkonu pěstounské péče upravuje § 47a odst. 2 zákona o SPO. Pěstounská péče tedy vzniká rozhodnutím soudu a končí zletilostí dítěte. Může být také zrušena, a to jen rozhodnutím soudu, který jí může zrušit jen z důležitých důvodů. Učiní tak vždy, jestliže o to požádá pěstoun. Je-li dítě z rozhodnutí soudu v ústavu nebo v ZDVOP nebo v pěstounské péči na přechodnou dobu, může být před rozhodnutím soudu o svěřením dítěte do pěstounské péče dočasně svěřeno rozhodnutím OSPOD do péče osoby, která má zájem stát se pěstounem a splňuje zákonem stanovené podmínky. Obdobně může být do péče budoucích pěstounů svěřeno i dítě, které není v ústavní výchově, pokud rodiče s pěstounskou péčí souhlasí. Ale nebude-li do tří měsíců od právní moci tohoto rozhodnutí u soudu zahájeno řízení o svěřením dítěte do pěstounské péče, rozhodnutí o dočasném svěřením dítěte pozbude právní účinky.

Další možností je pěstounská péče na přechodnou dobu. Soud může také na návrh OSPOD svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu osobám, které jsou podle zákona o SPO dětí zařazeny do evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče po přechodnou dobu, a to na dobu, po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat, na dobu, po jejímž uplynutí lze podle § 68a ZoR dát souhlas rodiče s osvojením, nebo na dobu do pravomocného rozhodnutí soudu o tom, že tu není třeba souhlasu rodičů k osvojení podle § 68 ZoR. V těchto případech je soud povinen nejméně jednou za tři měsíce přezkoumat, zda trvají důvody pro svěřením dítěte do tohoto typu NRP a za tím účelem si vyžaduje také zprávy od příslušného OSPOD (OÚORP). Soud rozhodne o výchově dítěte vždy, odpadnou-li důvody, pro které bylo dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu svěřeno. Pěstounská péče na přechodnou dobu může trvat maximálně jeden rok. To neplatí, pokud jsou do pěstounské péče téhož

pěstouna svěřeni sourozenci dítěte, kteří byli do této péče svěřeni později, ne však na dobu delší, než jeden rok od svěřeni posledního ze sourozenců.

Vyživovací povinnost k dětem svěřeným do pěstounské péče náleží nadále rodičům nebo jiným osobám povinným výživou k dítěti, kterou určí soud. Současně jim uloží, aby toto výživné poukazovaly příslušnému orgánu státní sociální podpory – úřadu práce, který vyplácí pěstounovi, popřípadě zletilému dítěti příspěvek na úhradu potřeb dítěte. Nárok na výživné, určené rozhodnutím soudu na dítě, jemuž náleží příspěvek na úhradu potřeb dítěte, totiž přechází z dítěte na stát (podle § 45d ZoR).

- Poručenství (pokud poručník o dítě osobně pečuje)

Podle § 78 ZoR může soud ustanovit dítěti poručníka, jestliže rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni RZ, výkon jejich RZ byl pozastaven nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Poručník bude dítě vychovávat, zastupovat a spravovat jeho majetek místo rodičů. Pokud ustanovený opatrovník o dítě osobně pečuje a naplňuje všechny složky RZ, nastupuje namísto rodičů téměř v celém rozsahu. Například nemá vůči poručenci vyživovací povinnost a nemůže za dítě rozhodovat v podstatných věcech, na to potřebuje schválení soudu. V případě osobní péče o dítě jsou poručník i dítě (poručenec) zabezpečeni dávkami pěstounské péče za stejných podmínek jako pěstoun a dítě svěřené do pěstounské péče. Jestliže to není v rozporu se zájmy dítěte, ustanoví soud poručníkem především toho, koho doporučili rodiče a pokud nebyl takto nikdo doporučen, má soud ustanovit poručníkem někoho z příbuzných nebo osob blízkých dítěti nebo jeho rodině, popřípadě jinou fyzickou osobu. Nemůže-li být poručníkem ustanovena fyzická osoba, ustanoví soud poručníkem OSPOD. Dokud není dítěti ustanoven poručník nebo dokud se ustanovený poručník neujme své funkce, činí neodkladné úkony v zájmu dítěte a v jeho zastoupení OSPOD (§ 79 odst. 2 ZoR a § 17 písm. B, zákona o SPO).

- Osvojení

Osvojení bychom mohli pokládat jako nejideálnější formu NRP, jelikož se nejvíce přibližuje výchově rodinné – mezi osvojitelem a osvojencem vzniká takový právní vztah jako mezi rodiči a dětmi a mezi osvojencem a příbuznými osvojitele podle § 63 ZoR poměr příbuzenský. Osvojitelé mají při výchově dětí RZ v plném rozsahu. Na rozdíl od pěstounské péče u osvojení vztahy k původní rodině zanikají a dítě přijme příjmení osvojitele, který je namísto rodiče na základě pravomocného rozhodnutí soudu zapsán do knihy narození

matriky. Podle § 64 ZoR se osvojiteli mohou stát pouze fyzické osoby, které zaručují způsobem svého života, že osvojení bude ku prospěchu dítěte a společnosti. K osvojení je třeba souhlasu zákonného zástupce osvojovaného dítěte, pokud jím jsou jeho rodiče, není třeba jejich souhlasu, jestliže zjevně nemají o dítě zájem. Podle § 68 ZoR se má za to, že nezájem rodiče o dítě je zjevný, trvá-li alespoň 3 měsíce od posledního projeveného opravdového zájmu, pokud rodiče nevykazují hrubé porušování svých povinností, měl by je příslušný OSPOD upozornit na možné důsledky jejich chování. Tohoto souhlasu není třeba, pokud rodiče dají souhlas k osvojení předem bez vztahu k určitým osvojitelům, nejdříve může být tento souhlas dán však šest týdnů po narození dítěte. ZoR rozeznává dva druhy osvojení, a to osvojení zrušitelné a nezrušitelné, přičemž o nezrušitelném osvojení může soud rozhodnout pouze u dítěte, které je starší 1 roku věku.

2.3 Ústavní péče

V současné době je snaha umísťovat děti do zařízení ústavní péče co možná nejméně a upřednostňovat formy NRP, soud je povinen tuto možnost výchovy přezkoumat. Podle ZoR je možné umístit dítě do ústavní výchovy nebo do péče ZDVOP, pokud je výchova dítěte vážně ohrožena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu zabezpečit. Ústavní výchovu lze nařídit nejdéle na dobu tří let, po uplynutí této doby lze výkon ústavní výchovy prodloužit, pokud stále trvají důvody umístění do této péče. Byla-li ústavní výchova nařízena z výše zmíněných důvodů je soud povinen nejméně jednou za šest měsíců přezkoumat, zda tyto důvody stále přetrvávají. Za tímto účelem si vyžádá zprávy příslušného OSPOD, vyjádření dítěte, je-li toho dítě s ohledem na svůj věk a rozumovou vyspělost schopné a vyzve rodiče k vyjádření jejich stanoviska.

V systému péče o ohrožené děti je zapojeno také *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* (dále jen „MŠMT“). Jedná se zejména o činnost související se zřizováním dětských domovů, dětských domovů se školou, diagnostických ústavů a výchovných ústavů, kterou upravuje *zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*. MŠMT se také podílí na specifické primární prevence rizikového chování, odpovídá především za obsah a koordinaci prevence a zpracování metodických a dalších materiálů souvisejících s touto problematikou. MŠMT v souvislosti s Národním akčním plánem k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 – 2011 (NAP), zpracovalo Rámcovou koncepci v oblasti

transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. Jedním z hlavních cílů této koncepce je snížit počet dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče, posílit preventivní složky práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami, podpora rozvoje a dostupnosti souvisejících služeb.

Podle § 29 zákona o SPO, OÚORP sleduje dodržování práv dítěte ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v dětských domovech pro děti do 3 let věku a v obdobných ústavech (zařízeních) zejména rozvoj duševních a tělesných schopností dětí a zjišťuje, zda trvají důvody pro pobyt dítěte v těchto zařízeních. Restrukturalizaci kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let s ohledem na optimalizaci potřeb každého dítěte, podpoře preventivních programů pro děti a mládež, prevenci, včasné diagnostice a léčbě při zanedbávání, zneužívání, týrání, komerčním a sexuálním zneužívání dětí a mladistvých se věnuje *Ministerstvo zdravotnictví*.

Jedním ze zařízení ústavní výchovy jsou *Dětská centra* (dříve kojenecké ústavy, dále jen „DC“), které poskytují zdravotní, výchovnou a sociální péči dětem, které jsou ohroženy prostředím i matkám, které jsou závislé na návykových látkách a chtějí se svou situací něco udělat. Do dětského centra může být k pobytu se svým dítětem, nebo k tzv. zácviku přijata i matka – uživatelka, která zároveň bojuje se svou závislostí a v současné době abstinguje. Pokud dochází do denního stacionáře, nebo do ambulance, v době její nepřítomnosti se o dítě stará DC. Pozitivní je, že při této variantě (matka zůstává v DC a denně dochází do denního stacionáře) matka neztratí v době léčení kontakt s dítětem.

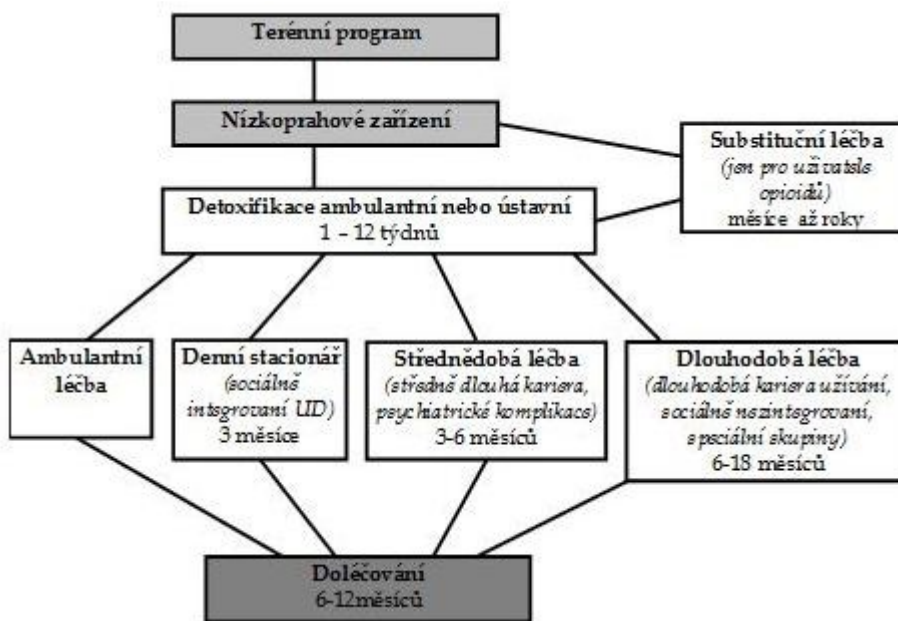
Dalším zařízením pro výkon ústavní výchovy pro děti od 3 let a mladistvé do 18 let je *Dětský domov*. Pokud je ze strany rodičů projevován zájem, je možné vydat dítěti povolení pro pobyt mimo toto zařízení (např. víkendové propustky, prázdninové propustky do rodin), je potřeba souhlasu pracovníků OSPOD a ředitele dětského domova.

Od roku 2001 vydává *Vláda ČR*, konkrétně Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti každoročně výroční zprávy (dále jen „VZ“) o stavu ve věcech drog. Tyto VZ jsou zpracovávány podle osnovy stanovené Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost. Každá VZ obsahuje mimo tuto osnovu také speciální část, ve které se probírá různá problematika související s drogovou závislostí. Ve VZ 2010 byla část této speciální části věnovaná uživatelům návykových látek a jejich dětem.

2.4 Péče o rodiče – uživatele drog

V současné době je snaha pomoci rodině v krizových situacích, a pokud chceme, aby dítě vyrůstalo ve vyhovujícím rodinném prostředí s rodiči, kteří mu tuto péči chtějí a jsou schopni zajistit je potřeba, aby se řešil primární problém. Tím může být i drogová závislost, která tento úkol značně znesnadňuje. Z toho důvodu bude v této kapitole popsán standardní systém péče o uživatele drog s přihlédnutím ke specifiku rodičovství.

Obr. 2: Systém služeb pro uživatele návykových látek



Terénní programy (dále jen „TP“) jsou prvním článkem systému péče o drogově závislé. Specifikem této služby je jednak místo, kde je tato služba poskytována, což je ulice a další veřejná místa – tzv. otevřená drogová scéna, ale také byty, kde se uživatelé sdružují – tzv. uzavřená scéna. Druhým specifickým je přístup ke klientovi, kde terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o službu a nečeká, až bude osloven (Kalina, 2008, p. 370). Dále je uplatňován nízkoprahový přístup, což mimo jiné znamená, že klientům je služba poskytována anonymně. Pracovníci TP se na ulici setkávají s těhotnými uživatelkami, které užívají nitrožilně, ženy s malými dětmi, nebo s muži v doprovodu malého dítěte při nákupu drog a výměně injekčního materiálu.

Detoxifikační jednotky jsou určeny především ke zvládnutí odvykacích stavů. Jsou buď součástí zařízení adiktologické péče, nebo jako samostatné jednotky v rámci nemocnic. Sociální práce s touto klientelou spočívá především v zajišťování další léčby, kontaktu s rodinou a komunikaci s úřady.

Substituční léčba probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních. Základním principem substituce je náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně), v čisté formě a perorálně (výjimečně i jiným způsobem), (Popov in Kalina, 2003). V současné době je možné využít substituční léčby metadonem, buprenorfinem (Subutex), či buprenorfinem / naloxonem (Suboxone). Poslední ze jmenovaných se neuzívá k substituci u těhotných klientek. Substituční centra můžeme rozdělit na nízkoprahová a vysokoprahová, podle nároků na klienta. Obecně se nedoporučuje u těhotných klientek opiáty vysazovat, hrozí zde riziko potratu, předčasného porodu a dalších komplikací. Klientky, které přecházejí z nelegálních drog na substituční léčbu, nejčastěji užívají nitrožilně nelegálně zakoupený Subutex. Těhotné klientky jsou přijímány přednostně, často si okolnosti obvykle vynutí bezodkladné přijetí (Preslová, 2011, p. 57).

Denní stacionář (dále jen „DST“) je ambulantní zařízení, které má intenzivní denní strukturovaný program, jenž využívá prvků z terapeutických komunit a je rozdělen do jednotlivých fází. Je určen zejména motivovaným klientům, kteří mají relativně stabilní sociální zázemí. Služeb DST využívají často klientky, které jsou zároveň matkami. V Praze se na tuto klientelu specializuje DST Sananim o.s., který nabízí individuální poradenství a psychoterapii, speciální program týkající se výchovy a péče o dítě a nácvik výchovných dovedností, tříměsíční intenzivní stacionární léčbu, motivační skupinu, zprostředkování nástupu do rezidenční léčby pro matky s dětmi v terapeutické komunitě, zprostředkování substituční léčby, emoční podporu a provázení, řešení specifických ženských otázek a poradenství v oblasti intimních vztahů, podporu v rodičovství, péče o děti a rozvíjení rodičovských kompetencí, provázení při snaze získat odebrané dítě zpět do vlastní péče, sociální a právní servis, poradenství v oblasti sociálně-právní ochrany dětí a pomoc a asistenci při jednání s institucemi a úřady (volně dle Preslová, 2011, p. 11-12).

Střednědobá ústavní léčba závislosti je vymezená trváním v délce 3 – 6 měsíců. V našich podmínkách je poskytována některými psychiatrickými léčebnami, eventuálně některými specializovanými psychiatrickými oddělení nemocnic. Program střednědobé léčby je

komplexní, sdružuje přístupy terapeutické a výchovně-edukativní. Základem komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba, průběh léčby je rozdělen do několika fází, výrazně od sebe oddělených, během týdne je požadováno minimálně 20 strukturovaných hodin a den probíhá podle přesného časového rozvrhu jednotlivých aktivit (Dvořáček in Kalina, 2003, p. 195 – 196).

Terapeutickou komunitu (dále jen „TK“) definujeme jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci. V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6 – 18 měsíců (Kalina, 2008).

V České republice funguje zatím jediná komunita, která přijímá drogově závislé matky s dětmi, a tou je TK Karlov. Její cílovou skupinou jsou těhotné ženy závislé na drogách, drogově závislé matky s dětmi, přičemž matka může mít v léčbě jedno či dvě děti, dále matky se soudně nařízenou léčbou a matky, jimž bylo dítě na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče; v těchto případech je nutný souhlas OSPOD či jiného zákonného zástupce dítěte s pobytem dítěte v zařízení. Ke specifickým cílům u skupiny matek patří vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem, přijetí role matky, výchova k rodičovství a partnerství, osvojení si základních dovedností v péči o dítě, získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby. Mezi specifické cíle u skupiny dětí patří zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení, diagnostika zdravotního stavu dítěte a zajištění odpovídající výchovy, a tím i vývoje dítěte (volně dle Preslová, 2011, p. 13-14).

Doléčovací programy jsou ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení změny v chování a životním způsobu klienta, které získal během léčebného procesu či abstinence. Doléčování se může nabízet formou ambulantních skupin jednou týdně nebo na druhé straně se může jednat o intenzivní strukturovaný program doplněný volnočasovými aktivitami. Mezi další cíle patří udržení abstinence, získání a prohlubování znalostí, jak přecházet relapsu, podpora osobního růstu klienta, podpora změn v sebepojetí a sebepřijetí a sociální stabilizace v oblasti základních sociálních jistot (Kalina, 2008, p. 382-383). Mezi specifické cíle u klientek matek by pak patřila navíc pomoc zajistit a zdokonalit se v péči o dítě.

Jiné

Farní charita je účelové zařízení církve, které pomáhá lidem v nouzi. Často pomáhá v rámci farnosti, může působit ale mimo něj. Některé programy v rámci farní charity se zaměřují na ženy v sociální nouzi. Mezi ně patří například ženy bez domova, ženy po ztrátě zaměstnání, po rozchodu s partnerem, nebo ženy po léčení, může se tedy jednat i o ženy, které se potýkají s drogovou závislostí. Cílem těchto programů je začlenit tyto sociálně vyloučené ženy zpět do většinové společnosti a pomoci jim s řešením jejich situace.

Rozum a cit je občanské sdružení, které podporuje myšlenku NRP jako upřednostňované varianty před ústavní výchovou. Mezi hlavní cíle této neziskové organizace patří snaha zvyšovat kvalitu života dětí vyrůstajících mimo vlastní rodinu, provázet a podporovat rodiče při výchově přijatých dětí, zvyšovat kompetence náhradních rodičů a pomáhat rodinám při řešení obtížných situací a tím i přispívat k prevenci selhávání NRP. Služeb tohoto občanského sdružení mohou využívat i prarodiče, kteří mají oficiálně v péči dítě matky – uživatelky.

Střep o.s.- České centrum pro sanaci rodiny je občanské sdružení, jehož cílem je zabránit odebrání dítěte z rodiny, či umožnit jeho návrat zpět domů ze zařízení ústavní péče. Toto sdružení není zaměřeno pouze na dítě, ale na celou jeho rodinu, přičemž nástrojem pomoci je poskytování sociálních služeb – sociální a rodičovský výcvik (stimulace a rozvoj osobnosti dítěte, podpora rodičovského chování, úprava rodinných a sociálních podmínek celé rodiny).

Středisko náhradní rodinné péče je občanské sdružení, které usiluje o to, aby se zvýšil podíl NRP v systému služeb pro děti, které nemohou vyrůstat ve své vlastní rodině, aby se zkrátila doba pobytu dětí mimo vlastní nebo náhradní rodinu, byl zrušen systém ústavní péče a rodinná péče měla vždy přednost před péčí ústavní. Rodiny s dětmi v NRP mohou již 7 let využívat služeb Klubu náhradních rodičů, který pořádá neformální a vzdělávací setkání.

Právní poradna A.N.O. nabízí zdarma právní poradenství související s problematikou užívání nelegálních drog. Poskytuje právní pomoc jak odborníkům, tak i uživatelům drog a jejich příbuzným. Mimo jiné se zabývá i problematikou matek – uživatelék drog, tedy otázkou rodinného práva.

II. Výzkumná část

Ve výzkumné části této práce bude definován cíl výzkumu a výzkumné otázky. Bude popsán metodologický rámec výzkumu – kdo tvoří výzkumný soubor a pomocí jakých metod byl tento soubor vybrán. Dále budou popsány metody získávání, zpracování a analýzy dat, zmíněny budou také etické aspekty tohoto výzkumu.

3. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Tato práce si klade za cíl:

- popsat, jakým okruhem problémů v oblasti rodinného práva se respondenti v práci s rodičem – uživatelem drog zabývají, jak v praxi práce s touto skupinou klientů vypadá a jak s těmito problémy odborníci z vybraných služeb dále pracují.

Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly definovány takto:

- Jaké okruhy problémů v oblasti rodinného práva klienti řeší?
- Jak v praxi vypadá práce s klienty, kteří se potýkají s drogovou závislostí a zároveň mají problémy v oblasti rodinného práva?
- Jak funguje spolupráce mezi vybranými zařízeními?

4. Metodologický rámec výzkumu

V této kapitole bude popsán výzkumný soubor, metody tvorby, zpracování a analýzy dat. Poslední část této kapitoly se věnuje etickým aspektům výzkumu.

Pro účely této práce byl zvolen kvalitativní výzkum, zejména kvůli jeho flexibilitě oproti výzkumu kvantitativnímu. Kvalitativní výzkumník na začátku výzkumu vybírá téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu, kde se něco děje. Analýza dat a jejich sběr probíhá současně. Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů (Hendl, 2005).

4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří odborní pracovníci, kteří se ve své praxi mohou setkávat s rodiči – uživateli drog a různými způsoby se aktivně podílejí na řešení jejich problémů. Pro tento výzkum byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru, konkrétně výběr prostý z toho důvodu, že nebyl potřeba velký výběrový soubor a potenciální respondenti byli poměrně snadno dostupní. Záměrný výběr prostý spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, kdo je pro účast ve výzkumu vhodný, splňuje určitá kritéria a souhlasí s účastí (Miovský, 2006).

Všichni respondenti splňují daná kritéria: jsou odborníci pracující v adiktologických službách nebo ve službách sociální péče, s účastí na výzkumu souhlasili, všichni účastníci měli zkušenost s klienty, kteří řešili problémy v oblasti rodinného práva.

Při tomto typu výzkumu samozřejmě mohou nastat určité komplikace. Nejvíce jsem se obávala neochoty respondentů účastnit se výzkumu, což se nakonec nepotvrdilo jako odůvodněná obava. Mezi další komplikace, které by mohly zkreslit výsledky výzkumu, často patří obava z nepravdomluvnosti respondentů, tato komplikace, se domnívám, nenastala. Myslím si, že souhlas byl podpořen zájmem respondentů o tuto problematiku a tím, že se nejednalo o citlivou, intimní oblast.

Osloveno bylo celkem 10 odborníků, snažila jsem se zajistit co nejširší pohled na tuto problematiku tím, aby do výzkumného souboru byli zařazeni odborníci ze všech složek systému péče o drogově závislé klienty a ze systému péče o děti. Z těchto 10 potenciálních účastníků souhlasilo s účastí na výzkumu 7 z nich, přičemž 2 na žádost o spolupráci nereagovali žádným způsobem, 1 byl z výzkumného souboru vyřazen kvůli časové zaneprázdněnosti. Výzkumný soubor a jeho charakteristiky nám ukazuje tabulka č. 1.

Tab. 1: Charakteristika respondentů

Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe	typ služby	pracovní pozice
Žena	26 - 30	vysokoškolské	5 let	terénní program	terénní pracovník
Žena	41 - 50	vysokoškolské	30 let	nemocnice - sociální oddělení	sociálně - zdravotní pracovník
Žena	51 - 60	vysokoškolské	6 let	OSPOD	sociální pracovník
Žena	31 - 40	vyšší odborné	3 roky	farní charita	sociální pracovník
Žena	51 - 60	vysokoškolské	25 let	ambulantní zařízení	psycholog
Žena	31 - 40	vysokoškolské	3 roky	detox, dříve TK (1 rok)	sociálně - zdravotní pracovník
Žena	31 - 40	vysokoškolské	11 let	centrum substituční léčby	adiktolog, vedoucí programu

4.2 Metody tvorby, zpracování a analýzy dat

Jako metoda získávání dat bylo zvoleno semistrukturované (polostrukturované) interview. Tento typ rozhovoru byl vybrán především z toho důvodu, že dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak i plně strukturovaného interview. Za hlavní výhodu považují především to, že po vytvoření si schématu otázek závazných pro tazatele, je možné pokládat doplňující otázky. Vhodné je také použít následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka (Miovský, 2006).

Dalším zdrojem dat byla analýza dokumentů, konkrétně klientských spisů. Celkem se jednalo o 3 klientské spisy, které mi dala k dispozici pracovnice oddělení OSPOD. Spisy byly vybrány účelově, ve všech případech se problematika rodinného práva řešila s matkami, u kterých se vyskytl na začátku, či v průběhu spolupráce s oddělením OSPOD problém s návykovými látkami. Tyto spisy byly následně předělány do podoby kazuistik, kde je největší část věnována právě sociálně-právním problémům. Kazuistiky společně s komentáři jsou v plné verzi v kapitole 6 „Příklady z praxe“, nejdůležitější závěry jsou pak shrnuty v kapitole 5 „Výsledky“ společně s výsledky semistrukturovaných interview.

V přípravné a úvodní fázi bylo definováno jádro interview, tedy minimum témat a otázek, které jsem měla jako tazatel za povinnost probrat. Schéma otázek bylo konzultováno s vedoucí práce. Dále byli kontaktováni potenciální účastníci výzkumu a seznámeni s účelem interview a jeho časovou náročností. Před samotným interview všichni účastníci podepsali tištěnou verzi informovaného souhlasu a každý dostal jeho kopii. Informovaný souhlas zabezpečuje anonymitu respondentů i jejich klientů, informací, že respondent má právo kdykoliv od výzkumné aktivity odstoupit a všichni účastníci výzkumu budou mít možnost seznámit se s jeho výsledky.

Tyto semistrukturované rozhovory byly prováděny tváří v tvář a nahrávané na záznamník mobilního telefonu. Na začátku rozhovoru byli všichni účastníci znovu informováni, o jakou práci se jedná, jaká je předpokládaná časová náročnost, měli možnost prohlédnout si základní okruhy otázek, bylo zopakováno, že bude zajištěna anonymita, poté respondenti poskytli informovaný souhlas s účastí na tomto výzkumu. Jako místo pro interview bylo využito pracoviště respondentů, čímž bylo zajištěno větší pohodlí a co nejmenší nábourání pracovních aktivit.

Jádro interview podle Miovskeho (2006) tvoří tematické okruhy, které jsou v našem výzkumu přímo spojeny s jeho cíli a výzkumnými otázkami. Při dotazování jsem využívala i možnosti doplňujících otázek. Dále jsem kontrolovala, jestli jsem odpovědi správně rozuměla a doptávala jsem se na konkrétní zkušenosti, zážitky či případy pokud byly podávány informace obecnějšího rázu. Na konci každého interview jsem respondentům dala volný prostor pro otázky, doplnění tématu či pro jakékoliv jiné poznámky. Nikdo z účastníků po ukončení rozhovoru nejevil známky deprese, úzkosti či traumatizace. Během rozhovorů jsem se snažila o přirozený projev a jistou autentičnost.

Mezi metody zpracování kvalitativních dat patřil tedy audio záznam na záznamník mobilního telefonu a dotazník ke zjištění základních charakteristik respondentů. Dotazník se od záznamového archu lišil pouze v tom, že ho vyplňovali sami respondenti po ukončení rozhovoru a byli v něm otázky týkající se pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, délky praxe v konkrétním zařízení, typu zařízení a pracovní pozice. Důvodem zvolení dotazníku byla především časová nenáročnost, jednalo se pouze o „zaškrtnutí“ příslušné kolonky, což ušetřilo čas samotnému rozhovoru. K přípravě dat pro analýzu byla základem transkripce zvukového záznamu do textové podoby. Kontrola transkripce byla zajištěna opakovaným poslechem, přičemž jsem porovnávala původní záznam s přepsanou textovou podobou, aby nedošlo k chybné interpretaci získaných dat.

Jelikož nebylo pracováno s dílčími projevy mluveného slova, jako jsou pauzy, různé zvuky apod., ale s obsahem, byla pro transkripci záznamu zvolena redukce prvního řádu. Redukcí prvního řádu se rozumí vynechání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci. Vynechány tedy byly zvuky, slova tvořící pouze tzv. slovní vatu a výrazy, které spíše narušovaly plynulost a které samy nenesly žádnou další informaci. Dále byl textový dokument vytištěn a byla použita metoda barvení textu. Každému z hlavních témat byla přiřazena barva a v textu byla označena všechna místa, která se jednotlivých témat týkala (Miovský, 2006).

Jako metodu analýzy kvalitativních dat jsem zvolila metodu vytváření trsů. Tato metoda slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (Miovský, 2006).

Pro grafické znázornění odpovědí respondentů byl použit program yEd Graph Editor.

4.3 Etické aspekty

Výzkum byl prováděn zcela dobrovolně, všichni účastníci souhlasili s poskytnutím informovaného souhlasu. Jednu kopii obdržel respondent, druhou já jako tazatelka. Byla zaručena anonymita jak respondentů, tak i jejich klientů, pokud by se v průběhu rozhovoru zmiňovali o konkrétních jménech. Anonymita byla zaručena také institucionární, což znamená, že v práci se objevují pouze typy zařízení, ne jejich celé názvy. Všichni respondenti byli informováni o možnosti upuštění od výzkumné aktivity a dále o možnosti být seznámeni s výsledky výzkumu.

V případě práce s klientskými spisy bylo podepsáno čestné prohlášení, že bude důsledně dodržena zásada mlčenlivosti o všech skutečnostech týkajících se klientů, s nimiž se seznámím v průběhu práce na oddělení OSPOD.

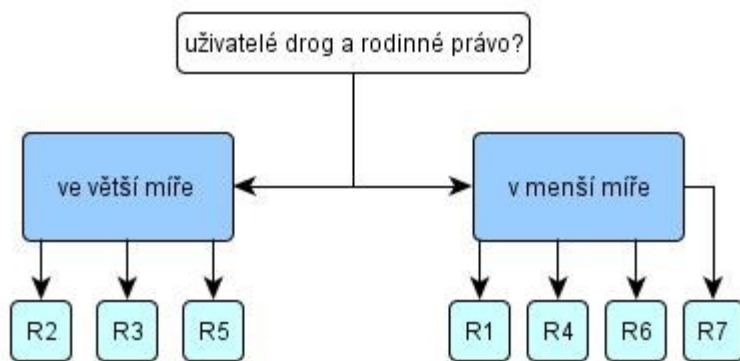
5. Výsledky

Výsledky výzkumu budou probrány podle jednotlivých výzkumných otázek.

Uživatelé drog a rodinné právo?

První výzkumná otázka směřovala ke zjištění konkrétních okruhů problémů, které řeší respondenti v práci s uživateli nelegálních drog, v jaké míře se tato problematika v jednotlivých zařízeních objevuje a jak tyto problémy respondenti zjišťují.

Obr. 3: Míra problémů v oblasti rodinného práva



Jak je patrné z obrázku 3, v menší míře tyto problémy řešili respondenti 1, 4, 6 a 7. Respondentka 1 uvádí: „*Minimálně, úplně minimálně...těch klientů jestli je 1 – 2 do měsíce, do dvou, je to fakt v minimální míře... Ale na tý uzavřený scéně se fakt občas vyskytnou jako situace kdy, to řešíme...*“.

Respondentka 2 zmiňovala z hlediska užívání návykových látek, především alkohol, ale klientek, které by užívali nelegální drogy, mají minimum – „*v podstatě všechny užívají alkohol, to je u těch bezdomovkyň časté, ale nelegální drogy, to je minimum...tyhle klientky si chodí třeba jen pro výměnu oblečení...ale jsou i naši klientelou, protože jsou vlastně na ulici a chodí si hlavně jenom pro tu výměnu oblečení*“. Tyto klientky tedy využívají především služeb sociálního šatníku, co se týká problematiky rodinného práva, má farní charita evidované pouze dvě klientky.

Na detoxu se klienti s touto problematikou objevují také, ale primárně ji tu neřeší. Respondentka 6 uvádí: „*pouze občas, ale je to jen okrajová část klientů...tady je detox, mají*

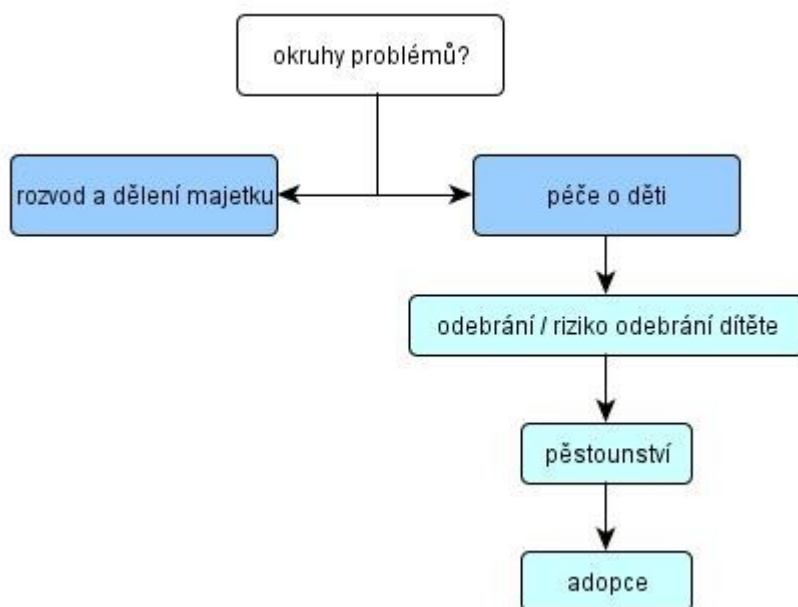
problémy sami se sebou, aby zvládli odvykací stav...řešení těchto problémů si nechávají na později - na následnou léčbu, na dobu, kdy jim bude fyzicky a psychicky lépe...“.

Ve větší míře pak tyto problémy řeší především ambulantní zařízení a pracovníce sociální péče, tedy respondentky 2, 3 a 5. V ambulantním zařízení se snaží tyto klientky koncentrovat, z toho důvodu tuto problematiku řeší často.

Respondentka 2 – sociální pracovníce nemocnice poukazuje na to, že dříve těchto klientek měla více, vidí zde možnou spojitost se změnou dávek porodného. *„dřív jsem mívala každý týden několik maminek drogově závislých...ted' je to tak půl na půl, dřív to byly převážně ty drogově závislé maminky, ted' s těmi sociálními problémy, že nemají finance, nemají bydlení, žádné zázemí - ty drogově závislé, ty teda taky nemají sociální zázemí ale ještě k tomu je přidružená ta závislost...je fakt, že dokud dostávaly porodné, tak stíhaly porod i dvakrát do roka, ted' už to tak není“.*

Všichni pracovníci považují za stěžejní okruh problémů vše, co je spojené s péčí o děti, častěji se jedná o klientky – matky. Konkrétní problémy znázorňuje obrázek č. 4.

Obr. 4: Okruhy problémů



Respondentka 7 uvádí: *„všechno ohledně těch dětí... tam vlastně třeba, že otcové vlastně se třeba rozešli s těma partnerkami a ted' zápasej o ty děti... to je u našich klientů určitě, maminky rozhodně jsou tady takový, který jakoby zase usilujou, aby jim dítě zůstalo v péči,*

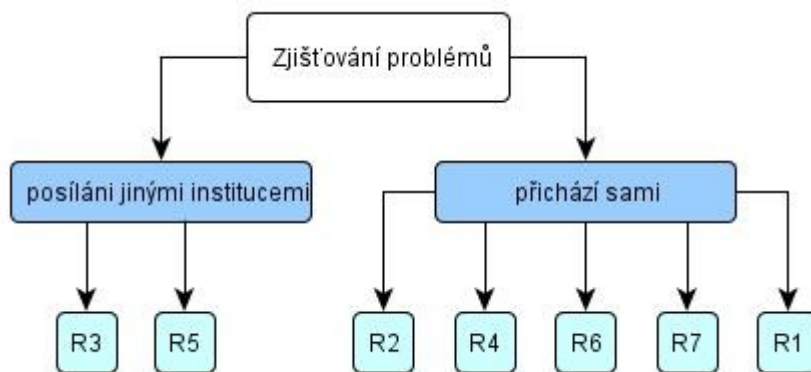
buď protože měly nějaký potíže, nebo jsou pod velkým drobnohledem toho sociálního pracovníka, ale to se zas tak často nedostává k soudu... no většinou je to fakt kolem těch dětí.“

Respondentka 6 zmiňuje také možnost následné péče pro klientky, které by chtěly pokračovat v léčbě společně se svým dítětem: *„závislé klientky někdy řeší pobyt dítěte v terapeutické komunitě Karlov, což je myslím jediná komunita pro drogově závislé matky, kde mohou mít v péči děti... od listopadu 2012 se jednalo o 2 klientky“.*

Jak vyplývá z odpovědí respondentů, největší okruh problémů rodinného práva se týká zejména péče o děti, rozvodu se týkala pouze jedna odpověď, respondentka 6: *„rozvod a dělení majetku... o tom se jenom zmíní, zatím jsem se nesečkala s tím, že bychom něco okolo těchto témat řešili více...“*

Co se týká zjišťování těchto problémů, většina respondentů uvádí, že klienti přichází do kontaktu s daným zařízením sami, u dvou respondentů je častější variantou, že jsou posíláni / doporučení jiným zařízením.

Obr. 5: Zjišťování problémů



Do ambulantního zařízení byla většina klientů zasílána z jiných zařízení, respondentka 3 uvádí: *„Je to asi jedna třetina, ta k nám přichází sama, že mají nějaký takovýhle problém. A ty dvě třetiny jsou k nám posíláni nějakýma sociálníma úřadama, nejčastěji ospodama... nebo řekněme porodnice, nebo někde se to zachytí po tom porodu.“* Tady se jedná tedy spíše o nějaké doporučení konkrétního ambulantního zařízení, se kterým zařízení OSPOD, případně nemocnice často spolupracuje.

Na oddělení OSPOD klienti užívající nelegální drogy nedochází sami z vlastní vůle, respondentka 5 uvádí: „*V podstatě uživatelé nelegálních drog nechodí vůbec - sami. A když, tak to jsou uživatelé, kteří jsou pro nás latentní, to znamená, že nepřijdou s tím „podívejte se, já užívám drogy a potřeboval bych z toho ven, jak můžu dostat děti do péče“.* To je pochopitelně totálně latentní, takže my to třeba zjistíme v průběhu, ale není to tak, že by přišel uživatel drog a chtěl nějakou právní pomoc, to ne.“

Respondentka 5 zmiňovala také klientky, které mají na oddělení vedené už z dřívější doby, jako tomu je u kazuistiky 2, kdy spis klientky byl veden od rozvodu jejích rodičů, kteří se nemohli dohodnout na péči o dceru, která pak začala mít problémy s docházkou ve škole, častými útekami z domova, následně byla umístěna do diagnostického ústavu a bylo u ní podezření na zneužívání drog a spis byl znovuotevřen, když porodila dceru a bylo zjištěno, že zneužívá drogy, dcera byla poté svěřena do péče matky klientky. Dále se jedná o klientky, které zanedbávaly prenatální péči a na základě pozitivního nálezu ve smolce dítěte je pracovnice nemocnice hlásí oddělení OSPOD: „*...když se teda nejedná o naše bývalé klientky, co sem přijdou, a my všichni už víme, kdo to je... tak se jedná o matky, které nechodily na prohlídky, měly nehlídané těhotenství a nahlásí je porodnice, takže sociální pracovnice porodnice nám hlásí, že porodila žena, která neměla sledované těhotenství a žádají nás o to, jestli budeme požadovat vyšetření smolky dítěte. A tím se to vlastně i zjistí. Protože i minimální množství drogy v tom těhotenství se, byť i stopově, v té smolce projeví.*“

Další ze způsobů, jak se klientky ocitnou v kontaktu s oddělením OSPOD může být nahlášení od ošetřující lékařky dítěte, či například souseda. V kazuistice 3 přišlo udání na klientku anonymně od neznámého muže, který nevedl ani své jméno a adresu, přesto OSPOD i na základě anonymního nahlášení musí provést šetření. Tyto případy nebývají tak časté: „*...pak to nahlásí třeba ošetřující lékařka, že ví, že ta matka je taková a maková, jo to jsou různé cesty potom...nebo až třeba ve školce. Že by to hlásili sousedi, tak to většinou když jsou ty děti už vyloženě týraný, nebo, že si všimnou, že kočár je půl dne před barákem a nikdo si ho nevšímá. Nebo, že ta matka si tam tahá chlapy...to jsou už takový ty vnější další znaky, že ten život je podezřelejší, ne teda, že ta matka bere drogy...prostě další návazný problémy, který ty drogy nesou a okolí na to třeba upozorní.*“

Ostatní respondentky klienti upozornili na své rodinné problémy sami. Nejčastěji se tyto problémy zjišťovaly v rámci prvních kontaktů s klienty, v rámci odebírání anamnézy (R 1, 6, 7), respondentka 7 konkrétně uvádí: „*Tak v rámci odebírání té anamnézy, tu první vlastně*

odebírání lékaře, a když to tam ten klient v souvislosti zmíní, protože se ptáme i na děti, na stav a takovéhle věci...tak tu informaci přinese ten lékař a když ne, protože tam spíš jde spíš po těch informacích medicínských a o té závislosti, tak obvykle na to pak natrefím já, která jako další sbírám anamnézu jakoby více sociální při těch konzultacích, které oni mají povinný. Tak při té první se vlastně znova odebírání ta anamnéza a tam většinou na to natrefíme. V případě, že se projeví v průběhu času, není to něco, s čím ten klient přichází, tak potom když to přinese on, tak se to řeší.“

Na porodnických oddělení nemocnic (R2) hlásí problém s návykovými látkami klientky často s předstihem: „většinou to hlásí už před tím porodem, protože říkají „My máme strach o to dítě“. Minimum jich to vůbec nesdělí a to se pak zjistí u dělátky, když má třeba abstínovat, anebo se to zjistí nějak dodatečně, protože třeba po pervitinu to ty miminka nemívají. A pokud to maminka nenahlásí, tak to může i uniknout.“

Práce s klienty v praxi

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jak vypadá v praxi práce s klienty, kteří se potýkají s drogovou závislostí a zároveň řeší problémy v oblasti rodinného práva. V průběhu rozhovorů jsem s respondenty narazila na specifika, která se týkají jejich práce, zjišťovala jsem jaká je motivace klientů, případně, jestli se v dnešní době stále setkávají s nějakými předsudky ať už ze strany odborníků, či laiků. Jako samostatnou specifickou skupinu můžeme považovat ženy jako takové, ale v případech problémů v oblasti rodinného práva se jedná navíc o matky, čímž je práce o to složitější, protože se nedotýká pouze klientek samotných, ale i jejich dětí a řešení problémů se nedá řešit odděleně, ale je potřeba komplexního přístupu. Ty nejčastější specifika, o kterých se zmiňovali respondenti, nám ukazuje obrázek č. 6.

Obr. 6: Specifika práce



Všechny respondentky se shodují na tom, že informace, které jim klientky - matky sdělují, je vždy potřeba ověřovat, což platí i obecně v práci s uživateli drog. V souvislosti s touto problematikou je ale situace složitější v tom, že musíme brát zřetel také na nezletilé dítě klienta / klientky. Respondentka 2 uvádí: „oni zapírají, neříkají všechno úplně hned, i když se jich člověk zeptá několikrát, jestli je to tak jak tvrdí, tak řeknou ano, přestože je upozorním, že si to budu ověřovat, někam zavolám, že někdo přijde na vyšetření... až do poslední vteřiny než já přijdu s tím, že to takhle není, tak pak řeknou, no jo, ono je to trochu jinak. S nima je ta práce opravdu taková, že tam si člověk musí dávat pozor a podchytávat ty jejich lži. Oni dokážou fakt mluvit hodně přesvědčivě a teď jak jsou motivovaný a nastartovaný „ano, tohle zařídím, ano, klidně zavolejte tam, a klidně jim řekněte, ať přijdou“ a já se pak zeptám, jak vypadá ta chatka, kde bydlí a oni „ne, to je úplně zabydlená chatka, mám tam kamna, teplou

vodu, úplně všechno“. Pak tam jde ošpod a zjistí, že je to nějaká taková dřevěná chatička, kde voda je v pumpě na zahradě, a bůhví, jestli je vůbec nezávadná...“

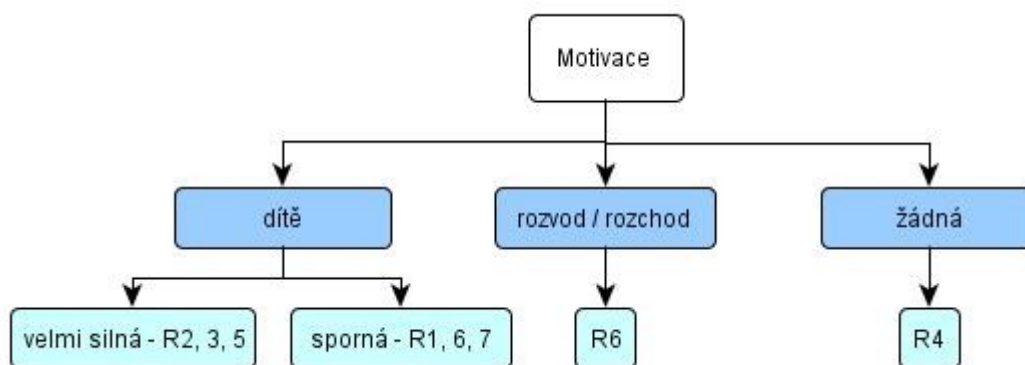
Renspondentka 6: *„specifika... jsou to závislí lidé, informace, které podávají, je třeba ověřovat, pracovník si musí zachovat objektivitu, ohledně péče o děti musí pečlivě zvažovat i zájem dítěte...“*

Respondentka 3 vidí jako hlavní specifikum, že řešení se nehledá pouze pro závislého rodiče, ale zároveň i pro jeho dítě: *„Tam je spousta specifík, protože tam se vlastně poskytuje nejenom léčba pro ty klienty, ale vlastně se řeší i ta sociálně právní problematika. Takže my jim třeba vysvětlujeme, proč jim třeba to dítě bylo odebrány, nebo mohlo být odebrány... to specifikum je tedy hlavně o tom hledat řešení pro tu klientku i pro to dítě...“*

Dalším důležitým specifikem je vztah dítěte k matce, který by se měl utužovat hned od počátku, proto je i snaha odborníků tento vztah neporušovat, případně obnovit po co nejkratší možné době. Vágnerová (2008) uvádí, že velmi důležitý je vztah matky k dítěti zejména v prvním roce života dítěte a prožitek jistoty a bezpečí, které dítě ve vztahu s matkou získává je základem dalšího pozitivního vývoje dítěte. Dále uvádí, že způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoj k sobě samému, ale i ke světu a k životu obecně. Za důležité to považuje i respondentka 5: *„...primární pochopitelně je zachovat matku s dítětem co nejvíce spolu a dát jim šanci být spolu.“*

Dalším aspektem v práci se závislými klienty je bezesporu práce s jejich motivací. Zajímalo mě, s jakou motivací se u klientů, kteří mají rodinně-právní problémy, respondenti setkávají v závislosti na typu zařízení, ve kterém působí. Jako nejčastější motivace bylo uváděno dítě - aby jim nebylo odebráno, nebo aby jim bylo vráceno do vlastní péče. Pokud bychom se motivaci podívali podle kruhového modelu změny (Wanigaratne, 2008) většina klientek byla ve fázi aktivní změny, což znamená, že se klient zavazuje k určitému jednání, od něhož očekává změnu, v těchto případech tedy nastoupit léčbu a pracovat na své situaci. Co bylo nejčastější motivací klientů, nám zobrazuje obrázek 7.

Obr. 7: Motivace klientů



Ve většině případů se jednalo o motivaci „pasivní“. Nevšímal (2007) uvádí, že „pasivní“ motivace léčících se matek je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek, chybí zde tedy odhodlání skončit se závislostí na drogách jako takovou. Dále uvádí, že tato „pasivní“ motivace ale účinně napomáhá vstupu do léčby a setrvání v ní.

Na příkladu kazuistiky 1 a 2 můžeme vidět, že motivace klientek byla zpočátku také pasivní, před porodem neměly zájem o vyřešení svého problému s návykovými látkami, ale narození dítěte se pro ně stalo motivací. V prvním případě byla dcera ponechána v péči klientky.

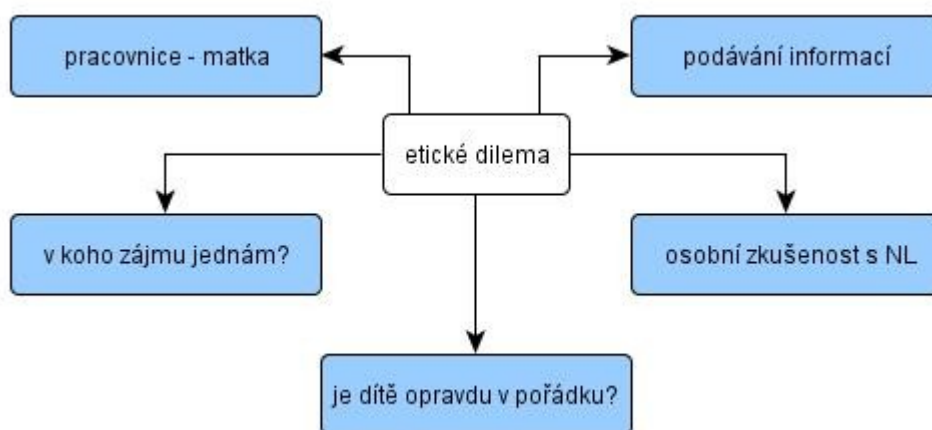
Respondentka 6 uvádí dítě jako motivaci pro klientku, která přichází s tím, že primárně chce například získat dítě zpět do své péče. Na této motivaci je pak potřeba dále pracovat: „*Na začátku přicházejí s tím, že nejčastěji se chtějí léčit, aby jim to dítě buď vrátili, nebo aby jim ho nevzali. A část z nich odpadne, kde vlastně ta motivace tím dítětem je slabá, ale ty klientky které nastoupí do léčby, tak v průběhu té léčby pochopí, že je to hodně o nich, oni by se měli léčit, a pak budou dobré mámy. A pak my se snažíme vlastně motivaci tím dítětem na začátku přijmout a potom se jí snažit trošku jako rozšířit.*“

U klientek substitučního centra jsou děti také motivací. Podle zkušeností respondentky 7, pokud se jedná o klientku, která začala do substitučního centra docházet pouze na základě doporučení, z programu často vypadávají. R7: „*ty co nastupujou jako motivace, že jim to někdo doporučil, že substituce bude lepší než herák z ulice, což jako jednoznačně, tak to prostě stejně nedají.*“ Oproti tomu klientky, které v rámci substitučního programu otěhotní, mají větší šanci na úspěch. Nejedná se samozřejmě o všechny klientky, některé v programu setrvávají i přes počáteční nepříznivé vyhlídky: „*...ted' tady máme jednu maminku, které hrozilo*

odebrání dítěte, tak ta k nám nastoupila a to je moc hezký příklad...tam jsme šanci moc nedávali, protože ona i hodně užívala alkohol a fakt to nevypadlo dobře. Tak jsme si ale říkali, že to zkusíme a fakt se spravila...ta motivace tam byla vlastně tím dítětem, my jí dali šanci a ona ji takhle využila...“

Dalším specifickým při práci s touto skupinou klientů jsou etická dilemata. S čím se potýkají pracovníci nejčastěji, nám zobrazuje obrázek 8.

Obr. 8: Etická dilemata respondentů



Důležité pro všechny pracovníky je mít ujasněno, v koho zájmu jedná. Preslová in Kalina (2003) uvádí, že při terapii drogově závislých matek si musíme ujasnit cíle terapie – co očekáváme od této pomoci? Chceme vyléčit klientku z drogové závislosti nebo terapií zajistit dítěti vhodnou matku, nebo pomáháme matce ujasnit si vztah k dítěti a tím nalézt motivaci k léčbě? I když má pracovník jasno, kdo je jeho klientem, na koho by se měl soustředit především, situace může být v některých případech složitá. Respondentka 4: „Taky jsme tu měli takovej etickej problém, kdy vlastně klientka porodila dítě a nechávala ho v kojeňáku s tím, že si ho tam nechá a až se jí upraví situace, atd. Tak to byl vlastně pak takový etický problém, jestli jednat v zájmu klientky, nebo v zájmu dítěte. Tam šlo vlastně o to, že my jsme věděly, že čas tomu dítěti ubíhá a ona prostě jako stejně asi nebude mít možnost, nebude o to

dítě schopná se postarat...“ V těchto situacích je dobré přijít s tím na supervizi a problém řešit s celým týmem.

Etickým dilematem může být také podávání informací – komu a v jaké míře? S tím se setkává respondentka 7: *„Taky když náš primární klient je ten dospělej, tak to dítě je ale taky nutný zohledňovat, někdy je to prostě složitější...občas tam je dilema, co tam napsat a co ne (pozn.: do zprávy pro OSPOD)... nakolik jaký informace pouštět ven, jaký informace jsou v zájmu dítěte a jaký v zájmu klienta... a teď jako psát pozitivní výsledky do zprávy maminkám na alkohol nebo ne, protože když to dělám tak většinou to ty sociální pracovnice vnímají jako obrovský drama...“* Informace o klientovi může odborník adiktologických služeb OSPODu podávat pouze s písemným souhlasem klienta. Jak můžeme vidět u všech kazuistik, nebývá to problémem, všechny klientky souhlas s podáváním informací daly, aby měl OSPOD možnost si ověřit, jak prospívají v léčbě.

Specifikem, které může práci s klienty znesnadňovat, jsou předsudky. Respondentky se setkávají nejčastěji s předsudky ze strany středního zdravotnického personálu, rodiny závislého klienta / klientky, nebo ze strany laiků. Respondentka 2 popisuje, že dříve se s předsudky setkávala mnohem častěji, kdy se drogově závislé matky začaly na porodnických oddělení objevovat. V dnešní době je situace lepší, nicméně připouští, že i tak se klientky s odmítavým přístupem, zejména ze strany zdravotních sester setkávají: *„...přímo útoky to nikdy nebyly, spíš takové to, že je to na tom člověku vidět na pohled... tón hlasu, gesta, určitě k nim přistupujou profesionálně, ale občas taková ta poznámka „no, kdybyste nebrala, tak je teď miminko zdravé“, to si myslím, že tam občas padne...“*

Objevuje se také odsouzení ženy jako takové, pokud se navíc jedná o matku, mluvíme o tzv. „dvojí deviaci“. Jedná se o fenomén, kdy žena, uživatelka drog, je problematická nejen pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své roli manželky a matky (volně dle Vobořil in Kalina, 2003, p. 239). Respondentka 3: *„...odsouzení ženy jako takové a matky vůbec, že jo, když bere. A tam přece jenom máme takovéto podvědomí, zejména veřejnost, že by matka měla být vzorná a spolupracující...“*

Respondentka 6 se nejčastěji ze strany rodinných příslušníků a laiků setkává s těmito předsudky: *„...třeba, že závislé ženy nemohou být dobrými matkami, závislého je nejlepší zavřít do vězení, závislý se nesmí stýkat s dětmi, kdo je závislý už nedokáže abstinovat a už se neumí postarat o rodinu atd....“*

Spolupráce vybraných zařízení

Cílem této otázky bylo zjistit, jak vypadá spolupráce mezi vybranými zařízeními adiktologických služeb a služeb sociální péče. Dále jsem se respondentů dotazovala na informovanost klientů, jestli ví, na jaké zařízení se mohou s otázkami ohledně RP obrátit, či jak bude vypadat postup řešení jejich situace.

Většina respondentů se shoduje na tom, že pokud klienti chtějí, informace si dokážou sehnat a u odborníků si je potom spíše ověřují. Respondentka 1 to přirovnává k vědomostem „normální“ společnosti – někdo ví a někdo neví. Všichni klienti ale mají podvědomý strach z OSPOD, což potvrzuje i jeho pracovníce: *„vůbec netuší... přijdou většinou v tenzi, protože sociálka to je prostě pojem pro ty uživatele... my jsme pro ně hrozný ohrožení, i když nevím jaký...ale říkají, že z té porodnice sem šly jako s úzkostí a s tím, že jim určitě sebereme to dítě, vykopneme je a naházíme na ně špínu a hlínu, a že jsou vlastně překvapení, máme vlastně docela dobrou odezvu... zakrátko zjistěj, že jsme na stejný lodi a že máme stejnej zájem, jen různý prostředky... pro ně je asi policie a sociálka to samý...“*

Podle kazuistik z oddělení OSPOD můžeme vidět, že pracovníce se snaží situaci řešit přes adiktologická zařízení a předávají klientům / klientkám přímé kontakty. V případě kazuistiky 3 klientce nebyly děti svěřeny do vlastní péče, ale i přes recidivu je možné po úspěšném absolvování léčby děti do své péče dostat. Pracovníce klientce situaci podrobně vysvětlila, ze začátku pomáhala zprostředkovat společné setkání s matkou a pěstouny, kteří měli do péče svěřeného mladšího syna klientky.

Stále lepší zkušenosti s pracovníci OSPOD vnímají i odborníci v adiktologických službách, respondentka 7 uvádí: *„Je pravda, že mám stále lepší a lepší zkušenost s těma ospodama... že komunikují, ptají se a že to není tak, že by si to vyřešili po svém.“*

Respondentka 7 také popisuje strach klientů z OSPOD s tím, že se snaží klientům vysvětlit, co přesně jejich práce obnáší a není jejich primárním cílem děti z péče odebrat: *„klienti z toho mají velkej strach... my jsme tam hlavně k tomu, abysme nějak ty třetí plochy co nejvíc minimalizovali... a většinou jsou ty pracovníci toho OSPODu vstřícný, prostě není to jako o tom, že jakmile se řekne OSPOD, tak odebíraj děti automaticky, a tohle je hodně vhodný těm klientům říkat...“*

Respondentky se také zmiňovali o jiných typech zařízení, především občanských sdruženích, které nabízejí pomoc rodičům, pěstounům a rodinným příslušníkům klientů. Mezi takové

zařízení patří i občanské sdružení Rozum a cit, jehož pomoci využívají rodiče klientky (kazuistika 3), kdy chodí na pravidelná setkání prarodičů, kteří mají do své péče svěřeny děti.

Respondentka 2 zmiňovala absenci zpětné vazby: *„Oni tady tu snahu mají (myšleno klientky), v tom terénu to asi vypadá trochu jinak. Občas dělám i to, že obvolávám ty ospody, ale to je těžký, oni mají ten spis třeba už v archivu a na tu klientku si už moc nevzpomínají...“*

6. Příklady z praxe

Všechny kazuistiky, které jsou uváděny v této kapitole, byly získány z oddělení OSPOD. Jednalo se o klientské spisy, které byly následně převedeny do podoby kazuistik s posílenou anamnézou sociálně-právní. Jelikož se jedná o spisy z oddělení OSPOD údaje o drogové kariéře klientek či rodinné anamnéze nejsou rozsáhlé. Kazuistiky slouží především k dokreslení práce odborníků sociálních služeb v práci s drogově závislými klienty, kteří řeší problémy v oblasti RP.

6.1 Kazuistika 1

Dokumentace o klientce je vedena od narození její dcery. V roce 2012 se jí narodilo první dítě – dcera. Protože klientka užívala pervitin i v průběhu těhotenství, ve smolce dítěte se našly stopy po této látce a sociální oddělení nemocnice zkontaktovalo OSPOD s žádostí o sociální šetření. Klientka byla vstřícná k řešení své situace, nechtěla o dceru přijít. Na základě spolupráce OSPOD, dětského centra a denního stacionáře mohla dcera zůstat i nadále v péči klientky.

Základní údaje:

Klientka narozená v roce 1981 (32 let), aktuálně bydlící v Praze, aktivní uživatelka pervitinu.

Sociální anamnéza:

- **Zaměstnání:**

Klientka je v současné době nezaměstnaná. Její pracovní zkušenosti nejsou příliš bohaté, v minulosti pracovala načerno jako servírka. Zdravotní, ani sociální pojištění si sama nehradí.

- **Finanční situace:**

Klientka pobírá příspěvek na živobytí a příspěvek hmotné nouze. Rodičovský příspěvek je v řešení – ten může pobírat až po svěření dcery do vlastní péče.

- **Bydlení:**

Klientka má trvalou adresu u svého otce, po porodu bydlela společně s dcerou v dětském centru, po dokončení léčby byla doporučena do azylového domu, kde je s dcerou doted'.

- **Sociálně-právní problémy:**

V roce 2000 byla klientka odsouzena za distribuci drog podle starého trestního zákona č. 140/1961 Sb., podle §187 odst. 1 (nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů) k trestu odnětí svobody v trvání 8 měsíců. Trest byl podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání 3 let.

Po narození dcery se ve smolce našly známky po užívání pervitinu v průběhu těhotenství a na základě předběžného opatření byla dcera klientky umístěna do dětského centra (dále jen „DC“, dříve kojenecké ústavy). Testy byly dělány hlavně z toho důvodu, že klientka zanedbávala prenatální péči, což bývá jedna z příčin, kdy se dítě na drogy testuje. Zpočátku klientka tvrdila, že užila dvakrát na začátku těhotenství, když vyšly testy pozitivně, přiznala pravidelné užívání. Klientka měla ale zájem situaci řešit, chtěla dceru dostat do své péče. Souhlasila s umístěním do DC a se zahájením léčby. Velkou podporou v tuto chvíli pro ni byl její otec, který souhlasil, že by si dceru klientky vzal případně i do své péče. V bytě měl zařízený pokoj pro klientku i s kompletní výbavou pro dítě.

Na základě návštěvy v DC bylo potvrzeno, že klientka tráví po léčebném programu s dcerou veškerý volný čas, příkladně o ni pečuje. Dcera byla po celou dobu návštěvy pracovnice OSPOD klidná, usměvavá. Sestry potvrdily, že klientka péči o dceru zcela zvládá a režim zařízení dodržuje bez problémů. Je v kontaktu se svým otcem, o víkendech za ním jezdí na „propustky“, vždy se vrátila ve stanovený čas.

Na začátku letošního roku nabyl právní moci rozsudek o zrušení předběžného opatření, zastavení řízení o nařízení ústavní výchovy a dcera byla ponechána v péči klientky, byl nad ní vysloven soudní dohled.

Otec dítěte není v rodném listě dcery uveden, i když ho klientka zná, nechce nechat určit otcovství soudní cestou. Opustil ji v průběhu těhotenství, vrátil se k bývalé partnerce a o dceru nejeví žádný zájem. Nebyl uživatelem nelegálních návykových látek.

Léčba:

Klientka nastoupila do denního stacionáře (dále jen „DST“) a dala souhlas s poskytováním informací o její léčbě oddělení OSPOD. Podle vyjádření DST klientka funguje bez potíží, náhodné testy na přítomnost návykových látek v moči měla vždy negativní. Do terapeutického programu se aktivně zapojuje, je motivována k abstinenci, využila služeb

sociálního poradenství a řeší své finanční závazky a bytovou situaci. Má zájem o rodinnou terapii se svým otcem. Výhledově jí byla doporučena intenzivní následná péče a podpora v sociální oblasti. Terapii v DST úspěšně dokončila.

V současné době dochází klientka do doléčovacího centra.

Rodina:

Klientčina matka zemřela před 6 lety, s otcem je v kontaktu. Ten má v současné době přítelkyni, se kterou sdílí společnou domácnost. V případě, že by jeho vnučka nebyla svěřena do péče klientky, je ochoten vzít si ji do své péče. V bytě má pro dceru připravený pokoj i s vybavičkou pro dítě. Klientku ve snaze o abstinenci maximálně podporuje, přiznává, že v době, kdy užívala drogy, to s ní bylo velmi obtížné. Klientčin otec je hodně aktivní, má dvě zaměstnání.

6.2 Kazuistika 2

Tento spis je veden od doby, kdy bylo klientce 11 let, její rodiče se rozváděli a řešila se úprava styku a posléze výchovné problémy s klientkou. Další záznamy jsou vedeny až po narození klientčiny dcery, kdy došlo k incidentu s matkou klientky, a bylo zjištěno, že klientka je pravidelnou uživatelkou pervitinu. Na této kazuistice můžeme vidět neefektivnost ústavní výchovy, která byla klientce nařízena ve 14 letech. Do Dětského diagnostického ústavu (dále jen „DDÚ“) byla umístěna z důvodu častých útěků z domova, záškoláctví, drobné krádeže doma. Ačkoliv matka měsíc po klientčině umístění do DDÚ podala odvolání proti ústavní výchově, trvalo více než rok, než jí dcera byla svěřena zpět do péče a byl nad ní nařízen dohled.

Základní údaje:

Klientka narozena v roce 1984, je jí tedy 29 let. Bydlí v Praze.

Zdravotní anamnéza:

Klientka měla jeden samovolný potrat, po kterém se ve své drogové kariéře „rozjela“, druhé těhotenství proběhlo bez větších komplikací.

Psychická anamnéza:

V rámci umístění v DDÚ, (klientce v této době 14 let) byly na klientku udělány posudky. Psycholog z DDÚ uvedl, že poruchy chování u klientky jsou způsobeny především v důsledku oživení konfliktů matka – dcera, s nástupem dospívání. Intelekt je v pásmu průměru, klientka má osobnost se sklonem k histriónskému, impulzivnímu jednání v zátěžových situacích. V rámci ústavního pobytu snaha o sebereflexi, adaptaci a až překompenzovanou idealizaci rodinných vztahů.

V 18 letech docházela pravidelně jednou měsíčně na psychiatricko-psychologické oddělení na psychoterapii.

Sociální anamnéza:

- **Vzdělání**

Klientka v 18 letech nastoupila na střední zdravotnickou školu, kterou úspěšně dokončila.

- **Zaměstnání**

Klientka pracovala v různých zdravotnických zařízeních, nikde ale nevydržela dlouho dobu.

- **Bydlení**

Mezi roky 2001 – 2002, tedy ve svých 17 letech, bydlela klientka s přítelem mimo Prahu, matka s tím souhlasila, po rozchodu se vrátila k matce do Prahy.

V současné době bydlí u kamarádky, která její pobyt podmínila pravidelným testováním na přítomnost návykových látek.

- **Sociálně – právní problémy**

Po rozvodu byla klientka ve střídavé péči obou rodičů.

Ve 12 letech byly poprvé zaznamenány problémy v chování klientky – poprvé utekla z domu na chatu mimo Prahu. Následovaly další útky, otec vždy aktivně asistoval při hledání své dcery. Po posledním útěku se rozhodl vzít si klientku k sobě v domnění, že změna prostředí a zejména školy jí pomůže. Následovaly další útky, u dcery zpozoroval změny v chování, všiml si, že dcera chodí často za školu, lže a stýká se převážně se staršími lidmi. Po půl roce, kdy byla klientka opět na útěku, otec rezignoval, přestal mít zájem o to, aby za ním dcera vůbec jezdila.

Snaha přemístit klientku na jinou ZŠ se tedy setkala s neúspěchem, její matka se obává, aby nesklouzla k drogám, nebo kriminální činnosti.

Klientka byla poté ve 14 letech umístěna do DDÚ, ze kterého po měsíci utekla s kamarádkou. Po týdnu se vrátila s matkou a sociálním pracovníkem, špinavá, hladová a z útěku prý vyléčená. Byla nařízena ústavní výchova, propuštění k matce soud zamítl. Klientka utekla znovu, tentokrát zanechala v DDÚ dopis na rozloučenou s tím, že chce spáchat sebevraždu, matka velmi rozrušená, urguje Policii.

Po návratu klientku přeřadili do jiného DDÚ, kde se situace opakovala. Matka opět podává odvolání proti nařízení ústavní výchovy, protože jí přijde bezúčelná. Té bylo nakonec vyhověno, nad dcerou byl nařízen dohled. Cca 1 rok bydlí s přítelem, matka s tím souhlasí, zná adresu jejího bydliště, pravidelně si volají.

V 18 letech (r. 2002) se klientka vrátila zpět k matce a dodělala si střední školu. V tomto období hodnotí sociální pracovnice rodinné prostředí jako funkční, situace mezi dcerou a matkou je stabilizovaná.

Další kontakt s oddělením OSPOD byl navázán v roce 2013, kdy se dostavila klientka s tím, že ji matka vyhodila z bytu, byly jí předány kontakty na azylové domy. Druhý den se dostavila znovu s tím, že se s matkou domluvila, že dceru nechá u ní, může v bytě přespávat, ale přes den se bude zdržovat jinde. Poté došlo k incidentu, kdy se klientka pod vlivem drog dobývala do bytu své matky ve snaze dostat dceru a odjet s ní do azylového domu mimo Prahu. Sama zavolala Policii ČR. Ta zkontaktovala kurátora, po jeho příjezdu se klientka uklidnila a dala souhlas, aby dcera i nadále zůstala u babičky.

Klientka se poté dostavila omluvit za své chování s tím, že proti OSPOD ani své matce nic nemá. Probírala se její závislost na drogách a byl předán kontakt na DST.

Matka je ohledně své dcery už značně nedůvěřivá, nepochybuje, že klientka svou dceru miluje, ale připouští, že její péče je nestálá, roztržitá a celkově ovlivněná životem na drogách.

Otec dcery je neznámý, pravděpodobně se také jednalo o uživatele návykových látek.

Klientka se domluvila na nástupu do DST a zároveň tomuto zařízení dala souhlas s poskytováním informací o průběhu léčby jak oddělení OSPOD, tak své matce.

Drogová kariéra

Podle spisu klientka užívala pervitin, začátky by se daly mapovat někdy v období dospívání, kdy často utíkala z domova nebo z DDÚ až do současnosti, s nějakými přestávkami. Nejvíce se „rozjela“ po samovolném potratu, takže když zjistila, že je podruhé těhotná, snažila se se svou závislostí skončit.

Léčba

První zaznamenaná léčba je v DST, kam klientka začala dvakrát týdně docházet na motivační skupiny. Pokud vše proběhlo podle plánu, měla by mít léčbu v DST již ukončenou.

Rodina

V prosinci roku 1990 se rodiče klientky rozvedli. Rozvod inicioval otec, který rodinu opustil už v roce 89 (klientce bylo v té době 5 let), protože si našel jinou partnerku, se kterou čekal dítě a chtěl se s ní oženit. Pro matku klientky to byl již druhý rozvod, situaci nesla těžce.

Otec se chtěl s klientkou stýkat i po rozvodu, měl k ní dobrý vztah, ale matka odmítala styk umožnit. Situaci na chvíli vyřešilo, to, že na dceru přepsal veškerý majetek, ne však na dlouho. Matka klientky tvrdila, že se dcera od otce vrací s pláčem, v depresi a nemá ráda nevlastní matku.

Klientka má bratra, který je o 17 let starší, více informací o něm ve spisu není.

V současné době klientka s otcem není v kontaktu vůbec, matka má v péči její dceru, kterou klientka pravidelně navštěvuje. Matka je ohledně své dcery už velmi nedůvěřivá, několikrát ji zklamala, okradla, ale přeje si, aby se dala dohromady a mohla vychovávat svou dceru.

6.3 Kazuistika 3

Tento spis je veden od nahlášení souseda (r. 2007), které přišlo na oddělení OSPOD anonymně. Tvrdil, že klientka užívá nitrožilně amfetaminy, proto bylo v rodině provedeno šetření. Na této kazuistice bych chtěla ukázat především postup práce OSPOD v situaci, která byla velmi komplikovaná. Můžeme zde vidět snahu matky překonat svou závislost, a i přes její recidivu je zde stále možnost získat děti v budoucnu do své péče. Situace byla o to komplikovanější, že druhý syn klientky se narodil s rozsáhlým tělesným postižením. Můžeme zde vidět proces umístění dětí jednak do péče jiné fyzické osoby a jednak do pěstounské péče registrovaným partnerům. Jelikož se kazuistika týká dvou dětí, budu je oslovovat jmény, aby byla kazuistika přehlednější. Jména jsou smyšlená.

Základní údaje:

Klientka, narozena v r. 1983. Svobodná, aktuálně bydlí mimo Prahu, v době řešení situace ohledně péče o děti pobývala na území hlavního města. Klientka měla problém s návykovými látkami amfetaminového typu.

Zdravotní anamnéza:

V roce 2005 porod prvního syna (Tomáš) – bez komplikací.

V roce 2007, v prosinci, narození druhého syna (Petr) - porod předčasný, značné zdravotní komplikace u dítěte.

Sociální anamnéza:

- **Vzdělání**

Klientka má ukončené střední učiliště, je vyučena jako zahradnice.

- **Zaměstnání**

Klientka vystřídala několik zaměstnání, pracovala v rychlém občerstvení, v blíže nespecifikované práci, která byla časově náročná, nyní pracuje brigádně mimo Prahu.

- **Bydlení**

Klientka bydlela v r. 2008 i s Tomášem v bytě s rodiči, v r. 2005 si dávala žádost o sociální byt, ale bylo plno. Chtěla by si najít jiné bydlení, protože cítí, že rodiče by taky chtěli mít svůj klid, pokud by ale nic nesehnala, nechají ji v bytě i s dětmi bydlet.

Na konci r. 2009 bydlí v chráněném bydlení mimo Prahu.

Z chráněného bydlení odešla, když si našla novou práci a bydlí na ubytovně. Po neprodloužení pracovní smlouvy na dobu neurčitou bydlela opět měsíc u rodičů, poté si pronajala garsonku.

Po dalším relapsu se odstěhovala ke kamarádce, která bydlí mimo Prahu v rodinném domě.

- **Sociálně – právní problémy**

Na oddělení OSPOD přišlo anonymně hlášení od souseda (r. 2007) s tím, že klientka užívá nitrožilně amfetaminy. Na základě tohoto nahlášení, byť anonymního, OSPOD zahájil šetření v rodině klientky. Klientka se dostavila i s partnerem, který nebyl otcem Tomáše, na oddělení OSPOD, syn čistě oblečen, normálně komunikující. Pravý otec Tomáše není v rodném listě uveden z bezpečnostních důvodů, o narození syna ví, ale nejeví zájem. OSPOD si vyžádal zprávu od praktické lékařky, která potvrdila, že klientka se o syna příkladně stará a chodí s ním na pravidelné prohlídky.

Po narození druhého syna (r. 2008) přišla na oddělení OSPOD žádost od nemocnice o prošetření poměrů v rodině, protože se jim matka „nezdá“. Po upozornění, že toto je vážný důvod, poslala nemocnice druhou zprávu s tím, že Petr se narodil silně nedonošený, v 27. týdnu těhotenství, gravidita nebyla sledovaná a dítě bude minimálně 2 měsíce hospitalizováno. Důvodem hospitalizace byla nezralost, závažné oběhové a ventilační selhání, rozvoj bronchopulmonální dysplazie, posthemoragického hydrocefalu a retinopatie. Péče bude tedy velmi náročná a z toho důvodu žádají o prošetření. Otec v rodném listě uveden zatím není, ale je znám (jiný než u staršího bratra).

Matka se domnívá, že péči o oba syny zvládne. Petr byl umístěn do DC, klientka přijata s ním, aby se seznámila s péčí o syna, který má značné zdravotní komplikace. Při šetření v bytě má sociální pracovnice výraznější pocit, že matka užívá návykové látky. Byla oteklá, neupravená, mluvila nesrozumitelně, výbavu pro syna neměla připravenou. Po zhoršení Petrova zdravotního stavu byl přesun do DC odložen.

Při šetření pověsti klientky v jejím bydlišti 4 sousedé považují rodinu za bezproblémovou, nemyslí si, že klientka užívá drogy. V poslední době si všimli, že hodně zhubla, ale přičítali to starostem o děti. Jeden soused sdělil, že klientka je blázen, děti by jí měly být odebrány, pohybuje se v pochybné společnosti. Je si jistý, že užívá drogy a věnuje se trestné činnosti. Zároveň volala praktická lékařka, která zná klientku od dětství, že se zhoršila, má také podezření na zneužívání NL.

Klientka nastoupila do DC, kde byl umístěn Petr, v péči o něj se zacvičila velmi dobře, ale potíže asi nastanou. Při vstupní prohlídce jí byla odebrána moč na toxikologické vyšetření, výsledky byly pozitivní na pervitin.

Klientka byla propuštěna z DC, aby se mohla starat o Tomáše, za Petrem dochází denně na zácvik aplikace inhalačních léků. Spojila se s DST a domluvila se na spolupráci.

Při šetření v bytě, veškerá výbava odpovídala přítomnosti dvou nezletilých dětí, se klientka přiznala k drogové kariéře. Od umístění mladšího syna v DC ale prý nic nebere. Kvůli NL měla problémy s rodiči, doteď má telefony od jiných uživatelů drog, bojí se chodit ven, pláče, nechce o své děti přijít, vyčítá si zdravotní stav Petra.

Na oddělení se dostavila s potvrzením od DST, poskytla jim souhlas o informování OSPODu s průběhem léčby, vypadá motivovaná jak pro terapii, tak pro spolupráci se sociální pracovníci. Petr byl propuštěn do domácí péče, domluven pravidelný kontakt s klientkou, byla předjednána spolupráce se střediskem rané péče a úzká spolupráce s ošetřující lékařkou nezletilého. Následoval incident v ordinaci praktické lékařky, klientka si stěžuje na její přístup. Lékařka se obává, aby péče o Petra nebyla pro klientku tak psychicky náročná, že by se vrátila k drogám.

Na oddělení OSPOD volala matka klientky s tím, že je doma peklo, klientka vyhrožuje podpálením bytu a zabitím. Po příjezdu a výzvě sociální pracovnice vyjde z pokoje, vypadá velmi neupraveně, vzniká podezření, že klientka opět užívá NL. Po pár dnech volá a omlouvá se za své chování, připouští svoji chybu, domluvila se s lékařkou, vyříkala si to s rodiči a doufá, že se tato situace opakovat již nebude. Doporučeno probrat svůj přístup a důvody rozladu v DST.

Na začátku roku 2009 volá matka klientky s tím, že klientka opustila děti (nebylo to prý poprvé), z venku je dopravila kamarádka klientky. Babička souhlasí s podáním předběžného opatření, Tomáš je svěřen do její péče, Petr do péče DC (kojeneckého ústavu). Rodiče

klientky chtějí Tomáše do pěstounské péče, klientka se prý občas za dětmi zastaví, domů se ale vrátit nechce, o léčbě pouze uvažuje, byla ale ujištěna, že pokud se dá dohromady, rodiče jí nebudou bránit vzít si děti zpět do péče. Lituje svého mateřského selhání.

Petr v DC udělal velké pokroky, ačkoliv je mentálně i fyzicky postižen, uvažuje se, že by bylo dobré zařadit ho do databáze dětí vhodných na svěřeni do pěstounské péče. Klientka zpočátku nesouhlasí, ale po pečlivém uvážení a s ohledem na zájem nezletilého Petra se rozhodla souhlasit se zprostředkováním pěstounské péče. O Tomáše se rodiče klientky starají vzorně, což potvrzuje zpráva od praktické lékařky, učitelek ze školy, tak i šetření v bytě prarodičů. Babička chodí jednou za dva měsíce na setkání prarodičů do organizace Rozum a cit.

Jako žadatel o pěstounskou péči byl zařazen muž, který žije v registrovaném partnerství. Partneři jsou registrovaní od r. 2008, předtím 4 roky ve vztahu. Klientka byla informována, že se jedná o pěstouna žijícího v registrovaném partnerství, nemá s tím žádný problém, chce, aby byl Petr hlavně spokojený, ale nechce přijít o možnost pečovat o něj v budoucnu. V prosinci 2011 soud svěřil Petra do pěstounské péče registrovaným partnerům, po sérii prošetření poměrů žadatele a vzájemných setkání. Bylo shledáno, že Petr si k pěstounům vytvořil citový vztah, udělal velké pokroky (r. 2012), je vidět, že mu věnují veškerý čas a lásku. Probíhají i setkání s prarodiči a starším bratrem.

Klientka pravidelně vídá Tomáše, domluvena i schůzka s Petrem a jeho pěstouny.

Drogová kariéra

Kdy přesně začala drogová kariéra klientky, se podle spisu nedá specifikovat. Projevy užívání návykových látek začaly být viditelné v r. 2008, klientka opustila děti. Po sérii relapsů nyní rok abstínuje a snaží se zdržovat mimo Prahu. Její hlavní drogou byl pervitin.

Léčba

První léčba proběhla v DST, klientka po ní nějakou dobu abstinovala, ale zrelapsovala.

V r. 2009 ukončila léčbu v psychiatrické léčebně a po ní využila služeb chráněného bydlení mimo Prahu. V roce 2010 relaps, má zájem docházet někde na terapii.

V současné době rok abstínuje a má zájem o děti v budoucnu pečovat.

Rodina

Matka žije s partnerem, který není otcem klientky. S vlastním otcem se klientka nestýká od svých 13 let, má k němu značně negativní vztah.

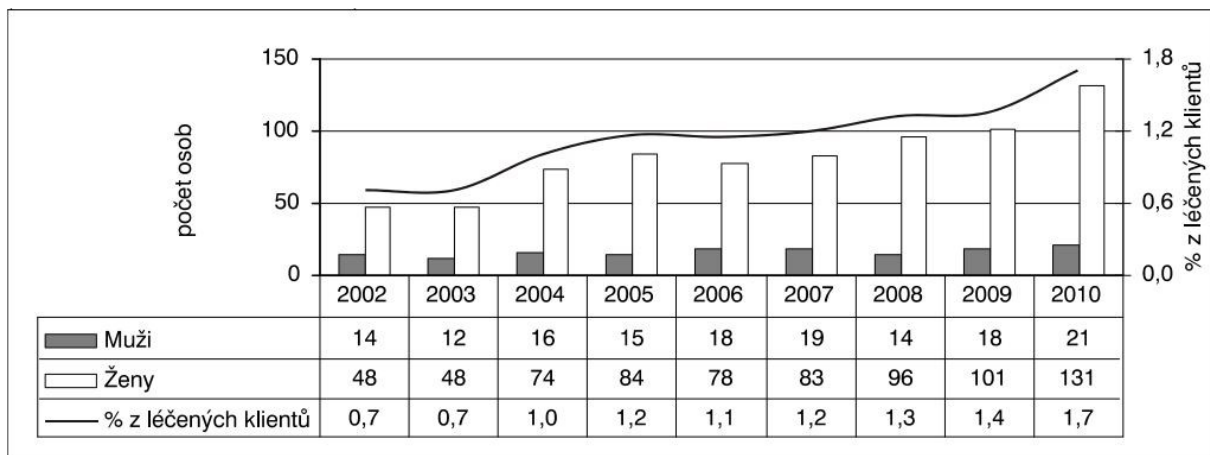
7. Diskuze a závěry

Téma rodičovské zodpovědnosti u uživatelů nelegálních drog je bezesporu tématem kontroverzním, vzhledem k tomu, že se řešení problémů týká nezletilých dětí.

Někteří uživatelé drog v určité fázi své drogové kariéry přivádějí na svět děti, což přináší mnohé zásadní otázky ohledně dalšího osudu dětí, jejich zdraví, bezpečí a práv. V praxi se často setkáváme s tím, že se jedná o těhotenství neplánovaná, nechtěná, nezřídka pozdě zjištěná, během kterých matky dále užívají drogy a žijí v nevyhovujících socio-ekonomických a hygienických podmínkách (Mravčík et al., 2011). Zejména tyto nevyhovující podmínky bývají důvodem, proč se o rodiče začne zajímat OSPOD, jehož hlavní náplní práce je zajistit blaho dítěte.

V posledních letech můžeme sledovat nárůst uživatelů drog, kteří žijí sami ve společné domácnosti s dítětem, z čehož lze usuzovat rozsah problému. Jak můžeme vidět podle grafu č. 1, jedná se především o ženy. Data byla získána z Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog a publikována byla ve VZ o stavu ve věcech drog pro rok 2010.

Graf 1: Všichni léčení uživatelé drog žijící sami s dětmi podle pohlaví a podílu z klientů v ČR I. 2002 – 2010 (Studničková and Petrášová, 2011)



Cílem této bakalářské práce bylo popsat, jakým okruhem problémů v oblasti rodinného práva se respondenti v práci s rodičem – uživatelem drog zabývají, jak v praxi práce s touto skupinou klientů vypadá a jak s těmito problémy odborníci z vybraných služeb dále pracují.

Výzkumné otázky byly definovány takto:

- Jaké okruhy problémů v oblasti rodinného práva klienti řeší?
- Jak v praxi vypadá práce s klienty, kteří se potýkají s drogovou závislostí a zároveň mají problémy v oblasti rodinného práva?
- Jak funguje spolupráce mezi vybranými zařízeními?

Klienti z okruhů problémů v oblasti RP řeší převážně péči o děti a vše, co je s ní spojené. S těmito problémy se respondenti obecně setkávají spíše v menší míře. Ve větší míře tyto problémy pak řeší pracovníci zařízení sociální péče a pracovnice ambulantního zařízení z toho důvodu, že se zde snaží na tuto klientelu koncentrovat. Klienti s těmito problémy převážně přichází sami, což může být důvodem menší míry povědomí o RP problémech, bylo by určitě vhodné, aby se pracovníci na tyto problémy klientů přímo dotazovali.

Práce s touto skupinou klientů přináší svá specifika – tím, že se jedná o citlivou oblast, je potřeba, aby měl pracovník ujasněno, v koho zájmu jedná, ale zároveň, pokud je jeho primárním klientem závislý člověk, je potřeba zájem dítěte zohledňovat. Výsledky výzkumu ukazují, že všichni respondenti se tyto situace snaží řešit, ať už v rámci supervizí, na poradách týmu a o těchto tématech přemýšlí, protože ne všechny situace jsou schopny obsáhnout dostupné publikace a manuály. Jak uvádí respondentka 6, hlavním specifíkem je, že se hledá řešení jak pro klientku / klienta, tak pro nezletilé dítě.

Ukázalo se, že motivace ze strany klientů je převážně „pasivní“, hlavním cílem nástupu do léčby nebo udržení kontaktu se zařízením sociální péče je snaha zabránit odebrání dítěte, či ponechání v péči rodiče. Tato motivace je zřejmá i u kazuistik, zejména potom u kazuistiky 3, kdy klientka opakovaně recidivovala, můžeme vidět, že motivaci neměla „zvnitřnělou“. Bylo by vhodné pracovat na motivaci klientů / klientek a v rámci kontaktu se pokusit tuto „pasivní“ motivaci rozšířit.

Tím, že tato problematika spadá do mnoha oblastí a její řešení si vyžaduje komplexní přístup, je potřeba spolupráce všech zainteresovaných subjektů nutná. Respondenti pracující v adiktologických službách uvádí, že spolupráce především s oddělením OSPOD se stále zlepšuje. Stejně tak i pracovnice OSPOD mají větší povědomí o drogové problematice i systému péče o uživatele návykových látek a snaží se klientům situaci ulehčit. Samozřejmě pokud je z jejich strany ochota situaci řešit. Respondentka 5 – pracovnice OSPOD: „*jakmile trošku chtějí, tak naše snaha je nekonečná... dokud budou trošku chtít.*“. Toto potvrzuje i

pracovnice nízkoprahových služeb, ve kterých se snaží klientům především vysvětlovat jak OSPOD funguje a jaké má pravomoce: „... *pokud ta klientka nemá žádný snahy něco řešit... a ten OSPOD to bohužel vnímá, oni se fakt snaží dávat spoustu záchytných lanek, ale ty tam pak už většinou nedopadají na úrodnou půdu...*“

Strach za „sociálky“ ale u klientů stále přetrvává, proto by bylo vhodné, pokud klient řeší problémy týkající se péče o děti, trpělivě vysvětlovat proč by se o ně OSPOD mohl zajímat, jak funguje a jak bude vypadat práce na řešení jejich situace.

Respondenti dále uvedli, že pokud je potřeba, doporučují klientům, či jejich rodinným příslušníkům i jiná zařízení specializující se například na děti v náhradní rodinné péči, nebo na sanaci rodiny.

Ukázalo se, že pokud klienti potřebují sehnat nějaké informace týkající se RP, jsou schopni je získat a u pracovníků si je spíše ověřují.

Jako nedostatek tohoto výzkumu považují fakt, že ve výzkumném souboru nejsou zahrnuty všechny složky systému péče o děti a o rodiče, ačkoliv byla snaha tento nedostatek eliminovat. Myslím si, že by bylo vhodné práci o tyto složky rozšířit. Dále si myslím, že by bylo zajímavé zaměřit budoucí výzkum na pohled rodičů – uživatelů drog, kteří se potýkali s problémy rodinně-právními. Je ale pravděpodobné, že odpovědi klientů by se mohly rozcházet s odborníky v závislosti na tom, jak dopadlo řešení jejich situace a nemusely by být zcela objektivní.

Citace

Seznam úmluv a vnitrostátních právních předpisů:

Listina základních práv a svobod, usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb.

Nařízení Rady (ES) č. 2201/2003 ze dne 27. listopadu 2003 o příslušnosti a uznávání a výkonu rozhodnutí ve věcech manželských a ve věcech rodičovské zodpovědnosti a o zrušení nařízení (ES) č. 1347/2000 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003R2201:CS:HTML>)

Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 34/1998 Sb.

Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 43/2000 Sb. m. s.

Úmluva o právech dítěte, sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb.

Úmluva o pravomoci orgánů, použitelném právu, uznávání, výkonu a spolupráci ve věcech rodičovské zodpovědnosti a opatření k ochraně dětí, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 141/2001 Sb. m. s.

Zákon č. 401/2012 Sb., novela zákona o sociálně-právní ochraně dítěte

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, účinný do 31. 12. 2013

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, účinný od 1. 1. 2014

Zákon č. 97/1963 Sb., o mezinárodním právu soukromém a procesním

Zákon č. 91/2012 Sb., o mezinárodním právu soukromém

Zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dítěte

Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Literatura:

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace* (1. vyd.). Praha: Portál

Kalina K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kalina K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (2011). *Služby pro rodinu a děti: Sborník příspěvků ze semináře konaného dne 16. srpna*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-041-9, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/search.php>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech republic]* Praha: Úřad vlády České republiky, 2011.

Nejšimal P. a kol. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj; Mníšek pod Brdy: Magdaléna

Novotná V., Fejt V. (2009). *Sociálně-právní ochrana dětí*. Praha: Univerzita J. A. Komenského

Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce, in K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. (s. 221 – 223). Praha: úřad vlády České republiky

Preslová I. et al. (2011). *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů*. Praha: SANANIM

Preslová I., Maxová V., a kol. (2009). *Ženy & drogy – Sborník odborné konference*. Praha: o.s. SANANIM

Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. (s. 245). Praha: Úřad vlády České republiky

Ptáček R., Kuželová H., (2013), *Vývojová psychologie pro sociální práci*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14786>

Studničková B., Petrášová B. (2011) Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. města Prahy, referát drogové epidemiologie. ISBN 978-80-254-9321-2

Vágnerová M. (2008). *Vývojová psychologie I. - Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum

Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická cílová skupina. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. (s. 239). Praha: Úřad vlády České republiky

Wanigaratne S., Wallace W., Pullin, J., Keaney, F. Farmer, R. (2008). *Prevence relapsu pro závislá chování*. Manuál terapeuta. Praha / Tišnov: Universita Karlova/sdružení SCAN

Internetové zdroje:

<http://www.rozumacit.cz/obcanske-sdruzeni>

<http://www.nahradnirodina.cz/uvod>

<http://obcanskyzakonik.justice.cz/>

<http://www.esfcr.cz/projekty/systemova-podpora-procesu-transformace-systemu-pece-o>

<http://www.mpsv.cz/cs/10566>

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník – charakteristika respondentů

1. Vaše pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. věk

- a) do 25 let
- b) 26 – 30
- c) 31 – 40
- d) 41 – 50
- e) 51 – 60
- f) 61 a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) jiné (doplňte)

4. Jaká je délka Vaší praxe v tomto zařízení?

.....

5. V jakém typu služby pracujete?

.....

6. Popis Vaší pracovní pozice

.....

Příloha č. 2: Struktura interview

1. Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší právními problémy, konkrétně v oblasti rodinného práva?
2. S čím nejčastěji klienti přicházejí? Jaký je okruh těchto problémů?
3. Jak tyto problémy zjišťujete?
4. Jaká jsou specifika práce s touto klientelou / metody práce? Jak s nimi tyto problémy řešíte? Sami, nebo klienty někde odkazujete?
5. Jaká je motivace těchto klientů? Mění se v průběhu léčby / kontaktu s daným zařízením? Ovlivňují motivaci tyto RP problémy? Stalo se někdy, že by klient vypadl z kontaktu pod přílišnou zátěží těchto problémů?
6. Myslíte si, že jsou s tímto tématem spojena nějaká etická dilemata a předsudky? Případně jaká? Setkali jste se s tím někdy?
7. Myslíte si, že jsou klienti vzdělaní v této problematice? Mají aktuální informace? Pokud ne, proč ne? Co by se mělo zlepšit?

Příloha č. 3: Přepis rozhovorů s respondenty

Přepis rozhovorů po redukci prvního řádu.

Rozhovor 1 – nízkoprahové služby

T: Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší právní problémy v oblasti rodinného práva?

R: Minimálně, úplně minimálně. Jakoby tam ta hlavní poptávka jsou vlastně výměnný programy, a jinak jakoby minimálně, těch klientů jestli je 1 – 2 do měsíce, do dvou, je to fakt v minimální míře.

T: Tak rodinné právo není hlavní oblast, které byste se věnovali.

R: Určitě ne, tam se jedná spíš o klienty na uzavřené drogové scéně, kde máme možnost pracovat s nimi vlastně víc do hloubky, kdežto v rámci terénu, kde je ta časová dotace na klienta půl minuty, někdy ani to ne, tak tam se to fakt nedá. Ale na tý uzavřené scéně se fakt občas vyskytnou jako situace, kdy to řešíme.

T: A když se jedná o klienty s těmito problémy, tak jakou oblast řeší nejčastěji? Okruh těch rodinně - právních problémů?

R: Tam jakoby, no tam je největší strach co se týče vlastně sociálek, odebrání dětí, klienti z toho mají velkej strach. Takže my jsme tam hlavně k tomu, abysme nějak ty třecí plochy co nejvíc minimalizovali. A většinou jsou ty pracovníci toho OSPODu vstřícný, prostě není to jako o tom, že jakmile se řekne OSPOD, tak odeberaj děti automaticky, a tohle je hodně vhodný těm klientům říkat. Hele neseberou...spíš v rámci nějakýho uklidňování a navázání kontaktu s těma pracovníkama. Teď jsme měli vlastně nedávno těhotnou klientku, a tam, co se týče terénního programu, se to omezuje hlavně na to odkazování, motivaci a popis tý služby aby se tam nebála dojít.

T: Takže nějaká specifika práce vlastně spočívá v podávání informací, jak např. ta sociálka funguje, nějaké ujišťování a motivace.

R: Určitě, no no no.

T: A ty klienti s těmito problémy přichází sami, nebo se jich na to ptáte?

R: S takovýhlema přijdou většinou sami, nejčastěji jako když už mají třeba děti. Tak to fakt jako ani moc nenabízíme, protože... samozřejmě pokud je nějaká situace kdy si člověk řekne

„Jo, ten by potřeboval fakt pomoc“, tak nabídneme. Ale je to hodně omezený tou anonymitou a ty lidi to logicky prostě nechtěj. A pak co se týče těhotných klientek, tak tam už je to zjevný, je to vidět, takže tam se už jako ptáme, já nevím, buď jakoby od začátku, zjistit jestli to dítě vůbec chce a tak dál. Pokud nechce, tak nabídnout bezpečnou anonymní interrupci, potrat a pak pokud se rozhodne ano – dítě si nechá, tak se vlastně snažíme zajistit léčbu. Tak v podstatě ta klientka, která je z Prahy, tak má variantu, že pude do nějaký komunity, nebo psychiatrická léčebna, nebo pak je možnost tady denní stacionář a tam si udělat tříměsíční léčbu, není nikde zavřená, jinak Terapeutická komunita Karlov.

T: A kam je odkazujete?

R: Záleží na zakázce toho klienta, my vlastně, pokud se ta těhotná slečna rozhodne, že pro to fakt teda něco udělá, tak my v podstatě můžeme co? Nabídnout možnosti, dopodrobna je popsat, co tam tu holku čeká, protože to je velkej strach. A zvlášť pro ty klientky je to navíc tím, že se odtrhávají fakt úplně od všeho a velkej problém tam jsou teda partneři tady těch klientek. To je často průšvih velkej, protože oni prostě nejenom, že mají opustit ten život, kterej znaly doteď, ale ještě navíc mají opustit člověka, kterej, ani se o ni třeba nestará, ale prostě je to taková ta dvojka, doplňují se nějakým způsobem. A u těch partnerů se často setkáváme s tím, že oni se jakoby snaží...no buď je nepodporují – v lepším případě, anebo fakt jakoby „Jestli vovejdeš, tak blebleble“.

T: Myslíte nějaké vyhrožování z jejich strany.

R: Jasně, donutí je jakoby zůstat. To pak většinou prostě končí adopcí. Protože prostě ta klientka jako nevytvořila si nic, nemá žádný snahy něco řešit a ten OSPOD to bohužel vnímá, oni se fakt snaží dávat spoustu záchytných lanek, ale ty tam pak už většinou nedopadají na úrodnou půdu a končí to tou adopcí.

T: A dalo by se říct, jestli je častější, že se ty slečny rozhodnou pro interrupci nebo dítě donosit?

R: No, většinou to ani nestihnou.

T: Jo, že na těhotenství přijdou už příliš pozdě.

R: Přesně tak, kdy už je vlastně pozdě, takže vlastně jsou vedený jako těhotný uživatelky. My máme zase nějaký různý manuály, jak vlastně pracovat s těhotnou uživatelkou, jsou tam různý pravidla, nevím, držet se stejného zdroje těch drog, neměnit moc dealery, aby kvalita tý drogy

byla tak nějak stejná, nedoporučuje se vysazovat, když už to zjistí fakt po těch třech měsících, tak by byla největší chyba prostě najednou se vším seknout, což je stejně většinou utopie. Takže prostě fakt stejný dávky, má to prostě svoje specifika.

T: Jasně, takže i v rámci těch terénních programů vlastně máte nějaké zdravotní poradenství.

R: Přesně a pro těhotný uživatelky máme jakoby i takhle takovej letáček co dáváme „Vyšel ti pozitivní test?“ a ten dáváme k těhotenským testům, dohromady.

T: Tak on je standardně ve výbavě terénního pracovníka, že ano?

R: Jojo, jasně.

T: A kdybychom se podívali na motivaci těch klientek, oni když na to těhotenství přijdou, většinou na to teda přijdou pozdě, ta motivace je tam aspoň nějaká? Dítě?

R: Může bejt, ale to může být i třeba nějaká drsná potyčka s policií. Ale nemusí...

T: Jasně, tak nemusí to být samozřejmě ve všech případech.

R: No tak ono se říká, že dítě je poklad, ale tam spíš je velkej problém pocitu viny u těch klientek, tam je to fakt hodně znát a my se snažíme, aby aspoň něco zkusily. Že kdyby to náhodou nevyšlo, aby si mohly říct „hele udělala jsem pro to, co jsem v tu chvíli jakoby mohla a není to tak, že jsem se na to úplně vykašlala, vyplivnu dítě a čau“. Ještě další věc, že k tý adopci je vlastně potřeba podpis matky i otce, takže tam to vlastně bývá, že klientka porodí a podepíše a revers a vlastně zdrhá pár hodin po porodu, nebo ten druhý den.

T: Jasně, že často ani nedojde k nějakému většímu kontaktu s tou sociálkou.

R: Ještě další věc, že oni hned automaticky vlastně chtějí vědět „Chcete si to dítě nechat?“, a ona vlastně hned po tom porodu se na ní seběhnou ty sociálky prostě a „musíte to nějak řešit!“ a teď ona je úplně hotová a zdrhne prostě. Takže ta motivace tam může být ale taky ne. Znáám ale i takový případy, kdy vlastně klientka šla do Karlova a normálně absolvovala léčbu a je čistá.

T: A když se bavíme o této problematice, myslíte si, že tam jsou nějaká etická dilemata? Předsudky? Vy jste se už zmínila o tom strachu ze sociálek. Ale ze strany pracovníků?

R: Tak může být v podstatě dilema třeba, když je to matka – ta pracovnice, a teď tam vidí tu těhotnou mladou slečnu, nebo já nevím, třeba když ta pracovnice děti mít nemůže, teď tak

jako fantazírůju, ale to samozřejmě také můžje nastat. Pokud jí gynekolog prostě řekne, vy už nikdy nebudete mít děti a teď se potkává v terénu s těma těhotnýma, který berou drogy, tak to taky nemusí působit úplně přijemně. Ale ne jinak tady je fakt velkej důraz na tu anonymitu, jako tam to poskytování...my sme nízkoprahovej program a zase člověk, kterej není schopnej se s tím vypořádat, ač má třeba možnost na supervizích, poradách týmu, samozřejmě probírá se to a tak dál atd., a pokud jakoby se to řeší třeba tím, že se dohodne s kolegou, že s těhotnýma pracovat nebude ale ve výsledku takovejhle člověk, ne že by byl v tom programu k ničemu, ale měl by to zvládat, měl by to mít nějak ošetřený.

T: Jasně, tak určitě by měl mít ten pracovník nějak ošetřeno, když v terénu potká klientku, která je těhotná, aby věděl, jak to na něj působí.

R: Jasně, ale tak ono v tý terénní práci kolikrát nastanou situace, který prostě v manuálech nepopíšete.

T: A setkala jste se třeba někdy s tím, že by pracovník měl tendenci zachránit spíš dítě než toho klienta?

R: To je zase jakoby...to spíš doporučuju rodičům, co volaj, prostě taky jim jako říkám, zaměřit se na to nebo na to, když třeba takhle volaj, „já mám dceru a ta má dítě, ale ona bere drogy a já bych chtěla zachránit oba“ a teď jim vysvětlit, že pro ně je lepší zaměřit se na jednoho toho človíčka. V tomhle jakoby si myslim, že je to normální, zamýšlet se nad tím. Je potřeba přinést to do toho týmu na tý supervizi a zjistit jakoby víc informací z jinejch programů, jaký mají pracovníci zkušenosti a jsou to fakt kolikrát případy tak hrozně individuální, nedá se říct...stává se to.

T: A ovlivňuje to nějak klientku v kontaktu s vámi? Nemají třeba pocity selhání, viny?

R: Určitě, tam pak hodně záleží na tom, odhadnout tu míru pomoci, protože v podstatě terénní pracovník by měl být jenom jako průvodce a motivátor, neměl by dělat práci za klienty a je to dáno i právě z toho důvodu, že když do toho vložíte moc, ten klient to ví. Oni znají podmínky a pravidla služeb a vědí, že prostě je to něco nad. A jakmile do tohoto prostoru vstoupí pracovník, tak musí čekat, že pokud nesplní klient „jeho požadavky“ tak ten klient se cejtí jakoby prostě nějakěj vinej „já mu slíbil, že to udělám a nic...“ a už jsou ty nároky na něj mnohem větší než v rámci toho standardního kontaktu.

T: Jo, dostává se to na jinou úroveň, než by mělo.

R: Jojo, takže říkám, tam se může stát, že se tam pracovník dostane, ale je to hlavně o tom si to ošetřit, aby se to vrátilo na tu normální hladinu, anebo aby s tím klientem pracoval prostě někdo jinej. Kdo dokáže ty hranice nějak udržet.

T: Jo, to je rozumné řešení, když vidím, že to nezvládám, tak klienta předat někomu jinému.

R: Jojo, i v rámci našeho týmu to takhle chodí.

T: Jasně, takže to řešení je převážně na samotných klientech, vy jim dáte potřebné informace, podle toho jak oni se rozhodnou a to hlavní je už na nich.

R: Jasně, jinak co jsme se bavili o tom jakoby kdo je důležitější, tak pro toho pracovníka, je to určitě ten klient. To prostě je na prvním místě, ať se ten klient či klientka rozhodne jakkoliv, tak to ten pracovník musí respektovat. Z toho zase plyne to etický dilema.

T: A myslíte, že jsou klienti vzdělaní v této problematice? Mají aktuální informace? Vědí, kam se můžou dostavit?

R: Je to jako v normální společnosti, někdo ví, někdo neví. Někdo tuší, ale bojí se zeptat, takže prostě nedá se říct, že by jako tahle skupina byla nějak jiná, prostě část ví, část ne. Takže je to zase na tom pracovníkovi, aby našel nějaké ty skuliny, jak se zeptat nějak rozumně.

T: A na praxi já jsem se vlastně setkala s jednou vaší klientkou, za kterou jste docházeli. Potkala jsem ji i jako těhotnou i když byla už po porodu, tak tam se snažíte vždycky navázat ten kontakt už s těhotnou?

R: No, to ani nemusí být, jakoby snažíme se samozřejmě, ale pokud je to situace kdy běží okolo „já hrozně pospíchám“, tak nebudeme intervenovat a zároveň jakoby ptáme se ale i ten klient by do toho měl něco dát. Je to hodně o případu, snažíme se, ale nejde to tlačit. Je na pracovníkovi, aby uvážil, jaká je míra, a jestli už může klienta oslovit a tak dál.

T: A s kým se jim lépe spolupracuje? Řekla bych, že asi se ženami.

R: Určitě, určitě, my se teda snažíme v rámci terénu, aby to byl vždycky kluk – holka, ale ne vždycky v rámci kapacity to jde skloubit. Ideálně by to takhle mělo bejt. Tak já když se vžiju do svý kůže, tak bych to asi taky nechtěla řešit s chlapem. Občas je prostě dobrý se zastavit a říct si, jak bych to asi měla já, než čerpat z nějakých moudřejch knih. Tak často prostě nevím,

když těm klientům říkáme, že by měly jít k zubaři a pak si člověk sáhne do svědomí a ty jo, já už dva roky nebyla na preventivní prohlídce. Takže je to těžký.

T: Děkuju za čas, a máte ještě nějaké poznámky na konec?

R: Ještě mě tak napadlo, že teď máme klientku, za kterou to řeší často maminka, tak to taky není dobře, tam ta motivace není ze strany klienta. Ale naposledy přišla sama a dobrý.

T: Ono je i docela časté, že rodiče klientů si děti berou do péče.

R: Jasně, ale taky sme měli třeba případ, že klientka má děti dvě, každé s jiným otcem a ty rodiče o jedno dítě zájem mají, ale o to druhé už ne. Ta práce je na dlouho.

Rozhovor 2 – sociální pracovnice nemocnice

T: Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší právní problémy, konkrétně v oblasti rodinného práva?

R: Samozřejmě, v naší praxi tady v nemocnici se s tím setkáváme v podstatě všichni, co máme na starosti sociální péči.

T: A co s nimi řešíte nejčastěji?

R: Takhle, já mám na starosti porodnici, tam se řeší vlastně ty počátky, kolegyně pak mají pediatrii a další oddělení. Takže tam řeší třeba trochu jinou problematiku než já. Ale mě přicházejí maminky jednak teda drogově závislé, se sociálními problémy, bezdomovkyně, psychiatricky nemocné a takovéto problémy a s tím vlastně souvisí ta péče.

T: A ten kontakt probíhá už v době těhotenství nebo až po porodu?

R: Bohužel poradny tyhle maminky nehlásí, takže z 99% se s nimi setkávám až na tom porodním sále. Jako cizí poradny vůbec nevolají, i když ví, že ta maminka bude pokračovat tady u nás, málokdy, to když se něco hodně semele, tak dávají vědět, ale většinou je to až na tom porodním sále.

T: Myslela jsem, že třeba z nízkoprahových služeb nějaké maminky odkazují přímo na vaši nemocnici.

R: To bylo hodně dříve, teď tenhle boom trošičku pohasl. Jako jsou tady, ale dřív jsem mívala každý týden několik maminek drogově závislých.

T: A teď ta situace vypadá tedy jak? Je to časté?

R: Teď je to tak půl na půl, dřív to byly převážně ty drogově závislé maminky, teď s těmi sociálními problémy, že nemají finance, nemají bydlení, žádné zázemí. A pak ty drogově závislé, ty teda taky nemají sociální zázemí ale ještě k tomu je přidružená ta závislost.

T: A tyhle problémy zjišťujete jak?

R: No buď se to zjistí hned na sále, že ta maminka má problém. Většinou to ale hlásí už před tím porodem, protože říkají „My máme strach o to dítě“. Minimum jich to vůbec nesdělí a to se pak zjistí u děťátka, když má třeba abst'ák, anebo se to zjistí nějak dodatečně, protože třeba po pervitinu to ty miminka nemívají. A pokud to maminka nenahlásí, tak to může i uniknout. Ale většinou tyhle maminky mají ještě nějaký jiný problém, buď, já nevím, mají dvě tři adresy, které udávají a to už trochu podivné, nebo přijdou špinavé, jsou nějak zvláštní a mě zavolají z toho oddělení, jestli bych si s nima nešla promluvit, že tam asi nějaký problém bude. A ono když spolu pak mluvíme, tak to z nich tak nějak vypadne, že tam ta droga je.

T: A jsou tam nějaká specifika v práci s těmito klientkami? Jak to vypadá? Vy jste zmiňovala, že třeba vůbec nenahlásí, že berou drogy, tak jak vypadá potom ten rozhovor s nimi, přiznají tu drogovou závislost nebo ji spíše zapírají?

R: Ta práce s nimi je přesně o tomhleto – oni zapírají, neříkají všechno úplně hned, i když se jich člověk zeptá několikrát, jestli je to tak jak tvrdí, tak řeknou ano, přestože je upozorním, že si to budu ověřovat, někam zavolám, že někdo přijde na vyšetření. Až do poslední vteřiny než já přijdu s tím, že to takhle není, tak pak řeknou, no jo, ono je to trochu jinak.

T: A odkazujete je pak někam?

R: Záleží na tom, jestli to miminko chtějí, nebo ne. Většinou ale tyhle maminky děti do péče chtějí. Takže samozřejmě je kontaktováno oddělení péče pro dítě, to udělá šetření v místě, kde ony říkají, že s miminkem z porodnice půjdou a samozřejmě zároveň my i ten OSPOD chceme, aby chodily někam dál na léčbu. Někdy jdou rovnou na detox a pak do Karlova, někdy mají zařízení Karlov, nebo nějakou ambulanci už předem.

T: Tak to záleží na tom, jestli se zajímaly už v těhotenství.

R: Přesně, někdy se odhalí až tady, že tam ta droga je, že nebyly v kontaktu s žádnou službou v průběhu těhotenství. Ale když není možnost toho Karlova, nebo jiné komunity, tak aspoň chodit do ambulance, kde jsou kontrolovány a ta terapie tam začíná. OSPOD je má od začátku v evidenci a ta kontrola tam probíhá.

T: Takže nejvíce vlastně spolupracujete s tím OSPODem, se kterým probíhá nějaké ověřování informací, které vám klientka poskytla.

R: Tak my nemáme žádné rozhodovací pravomoce, takže nemůžeme rozhodnout, jestli děťátko dáme mamince nebo pošleme do kojeňáku, co se bude dít, to musí rozhodnout to oddělení péče o dítě na základě toho šetření.

T: A kdybychom se podívaly na motivaci klientek, souvisí nějak s narozením toho dítěte?

R: Jojo, oni často tu situaci během těhotenství neřeší, to prostě nějak byly teda těhotný, do poradny nikam nechodí, ale pak se miminko narodí a samozřejmě přijdou slzy, „my jsme mu ublížily, a jak jsme mu to mohly udělat, miminko chceme“, tam ty emoce pracujou hodně, takže k té spolupráci jsou ochotný. „Jo, já jsem tušila, že někdo přijde“. Jak to potom vydrží dál, ty zpětný informace já pak už nemám, ale tady ta motivace je veliká. Dokonce, i když tady to miminko zůstává třeba 5 týdnů, podle toho abstinenciho syndromu, takže někdy i třeba dva měsíce, tak ta maminka chodí pravidelně na návštěvy, spolupracuje. Ale slyšela jsem, že ta úspěšnost do roka, do dvou není až tak vysoká, pokud tam není rodina, která by jí nějak pomáhala.

T: Takže u vás je ta motivace hodně vysoká.

R: Jo, ta je hodně vysoká. Po tom porodu to tam prostě je.

T: A stává se třeba někdy, že by vám vypadly hned po začátku? Podepsaly revers hned po porodu a odešly?

R: Je jich míň, mnohem míň a ty jsou schopný odejít i dvě hodiny po porodu. To jsou schopný, ale to jsou asi takový ty už hodně závislý, co před sebou už nic jiného nevidí. Tak ty jsou schopný přijít, porodit, jsou během toho nadrogovaný vším možným a za dvě, tři hodiny chtějí odejít. Ale je jich minimum.

T: Dobře, a mohly bychom se podívat na nějaká etická dilemata v práci s drogově závislýma těhotnýma ženami? Setkala jste se s tím? Někaké předsudky?

R: No, hodně to bývalo před lety, kdy se vlastně ty závislé maminky začaly objevovat ve větší míře. Tak samozřejmě, ten přístup personálu byl takovej občas i ostřej a odmítavej a soudily je. Potom, když tady těch maminek prošlo víc, tak to prostě brali tak jako... už to nebylo tak, že by na ně vyjížděli, ale to odsouzení tam pořád je.

T: A jak to vypadá?

R: Jako útoky přímo to nikdy nebyly, spíš takové to, že je to na tom člověku vidět na pohled. Tón hlasu, gesta, určitě k nim přistupujou profesionálně, ale občas taková ta poznámka „no, kdybyste nebrala, tak je teď miminko zdravé“, to si myslím, že tam občas padne. Ale nejsou to nějaké slovní útoky, že by na ně křičely, nadávali jim, to určitě ne, spíš z těch gest. A hlavně si myslím, že to jde spíš mezi tím personálem, ne přímo k těm maminkám.

T: Jo, že to zůstává „uvnitř“ a nevztahuje se to ke klientce.

R: No no, tam jestli možná některé sestřičce něco ujede, tak je to minimum, ale spíš si myslím, že se o tom hodně povídá mezi těma pracovníkama.

T: A myslíte, že ty maminky mají informace, že vědí, co je čeká?

R: Převážně vědí, protože když za nima přijdu a představím se, že jsem ze sociálního oddělení a že určitě tušily, že někdo takový přijde, tak vždycky pokývají hlavou, že věděly, že něco takového bude.

T: A vědí, že tam hrozí možnost odebrání dítěte?

R: Jo, vědí. A bojí se toho, „snad mi to miminko nevezmou“.

T: Dobře, tak my jsme probraly už všechny otázky a já bych se vás ještě ráda zeptala, jestli máte nějaké poznámky k tomuto tématu?

R: Jako my jsme to vzali hopem, ale v podstatě od začátku do konce, že jo. Já bych chtěla jenom říct, že s nima je ta práce opravdu taková, že tam si člověk musí dávat pozor a podchytávat ty jejich lži. Oni dokážou fakt mluvit hodně přesvědčivě a teď jak jsou motivovaný a nastartovaný „ano, tohle zařídím, ano, klidně zavolejte tam, a klidně jim řekněte, ať přijdou“ a já se pak zeptám, jak vypadá ta chatka, kde bydlí a oni „ne, to je úplně zabydlená chatka, mám tam kamna, teplou vodu, úplně všechno“. Pak tam jde ospod a zjistí, že je to nějaká taková dřevěná chatička, kde voda je v pumpě na zahradě, a bůhví, jestli je vůbec nezávadná. Takže tam je to opravdu o tom, hodně sledovat co oni říkají, a hlavně na ně

nevyjet, nezačít řvát „vy jste mi lhala“, to nejde. Já tomu říkám, že je to jako loupat cibuli. Ale baví mě to. Oni tady tu snahu mají, v tom terénu to asi vypadá trochu jinak. Občas dělám i to, že obvolávám ty ospody, ale to je těžký, oni mají ten spis třeba už v archivu a na tu klientku si už moc nevzpomínají.

T: Jasně, že tam chybí ta zpětná vazba.

R: Jojo, ale zas někdy sami zavolají a ptají se, jestli si pamatuju tu a tu klientku, tak to dopadlo takhle a takhle, ale není to u každé maminky. Ono to v tom fofru a návalu práce ani moc nejde úplně sledovat. Jako některý maminky se mi tady opakujou, tak u těch vím. Ale je fakt, že dokud dostávaly porodné, tak stíhaly porod i dvakrát do roka. Teď už to tak není.

T: Ono je teď jenom na první dítě, že ano?

R: Ano, takže teď se mi už ty maminky tolik tady netoče.

T: Vy jste popisovala taky jeden případ, kdy vám klientka tvrdila, že má zařízené bydlení u rodičů, připravenou vybavičku pro dítě a pak se ukázalo, že se jednalo o nějakou kůlnu na dvoře a rodiče ani nevěděli, že je jejich dcera těhotná, protože s ní nebyli asi 3 roky v kontaktu.

R: To se stává, tam je hlavní fakt si ověřovat všechny ty informace, jestli to tak je nebo není. Perfektní je, když tam funguje rodina, rodiče, sourozenci a jsou nastartovaný, pomáhají a držej tu maminku, tak tam to funguje. Pokud je tam ale partner třeba na heroinu, tak to je vždycky katastrofa.

T: Jo, závislý partner je tam vždycky problém.

R: Kolikrát vím, že třeba i ospod usiluje o to, aby se rozešli, protože on tam nemá žádnou motivaci, pro něj je to prostě miminko nějaký, co pořád řve a ten chlap tu motivaci prostě nemá. A ta maminka po porodu jo. Když ale nemá žádnou rodinu, která by jí podpořila a teď má teda toho partnera, kterej je taky na drogách, to i kdyby chtěla sebevíc, tak v tuhle chvíli nemá moc šanci. A kór když to dítě prodělává absták a je tady 14 dní, nebo 2, 3 měsíce a když je tady takhle dýl, tak za ním samozřejmě může denně chodit, ale ten kontakt trochu ztrácí.

T: Tak ono taky záleží, jak vypadá to její užívání, jestli je závislá, nebo bere jenom příležitostně.

R: Tak to na začátku tvrděj všechny „já beru jenom občas“, ony nikdy nic. Nebo, že to musely dostat na sále. Jednou mi jedna klientka dokonce říkala, že potkala nějakého pána, šla k němu na čaj a asi jí do něj něco dal. Taky jsme měli jednu maminku, která tvrdila, že drogy nikdy nebrala, že má jen vztahovej problém s partnerem a pak se u děťátka zjistilo, že je tam marijána a pervitin. Tak jako přiznala, že teda jednou před tím porodem si dala, že ani neví proč...no a pak z ní vypadlo, že to bylo teda víckrát...ale to byla fakt maminka, do který by to nikdo neřekl. Ani na pohled, tam bylo vidět spíš, že má problém s manželem a s partnerem. Kdyby doktora nenapadlo udělat testy, tak normálně v klidu odešla.

T: A podle čeho se teda určuje, jestli budete testovat nebo ne?

R: Tak to je vždycky na uvážení toho lékaře, jak jsem říkala, žádná prenatální péče, zanedbaný vzhled, apod. Já se s ní vlastně setkávám až po tom. Ale oni vždycky něco řeknou, nebo se nějak projevěj, že zatajujou nějaký údaje, podle čeho to člověka trkne.

Rozhovor 3 – ambulantní zařízení

T: Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší problémy v oblasti rodinného práva?

R: A co myslíte v oblasti rodinného práva? Jestli se rozváděj a tak jo?

T: Může to s tím také souviset, nebo nějaká úprava výchovy a výživného, odebrání dětí z péče rodičů, apod.,...

R: Jo takhle, tak to určitě, s tím se setkáváme.

T: A je to často, tyhle případy?

R: Je to u nás časté, ano. Protože tady tyhle klienty koncentrujeme. Pracujeme hodně se závislýma matkami a jejich dětma. Takže to řešíme hodně.

T: Takže ten okruh problémů je nejčastěji odebrání dětí z péče rodičů.

R: Určitě, všechno kolem péče o děti závislých rodičů.

T: A tyhle problémy zjišťujete jak? Přichází sami, nebo jsou k vám doporučení jinými zařízeními?

R: Je to asi jedna třetina, ta k nám přichází sama, že mají nějaký takovýhle problém. A ty dvě třetiny jsou k nám posíláni nějakýma sociálníma úřadama, nejčastěji ospodama.

T: Takže buď je posílá ospod, nebo přichází sami.

R: Jo, úplně nejčastěji je posílá ten ospod, nebo řekněme porodnice, nebo někde se to zachytí po tom porodu.

T: A jak vypadá práce s těmito klientkami, jsou tam nějaká specifika?

R: Určitě. Tam je spousta specifik, protože tam se vlastně poskytuje nejenom léčba pro ty klienty, ale vlastně se řeší i ta sociálně právní problematika. Takže my jim třeba vysvětlujeme, proč jim třeba to dítě bylo odebraný, nebo mohlo být odebraný. Nějak i spolupracujeme s těmahle institucemi typu ospod, kojeňák, apod. To specifikum je tedy hlavně o tom hledat řešení pro tu klientku i pro to dítě.

T: Jasně a tam to řešíte s nimi hlavně vy, nebo třeba ohledně toho nástupu do TK je to spíše na nich?

R: My tady s nimi na tohle hodně pracujeme a pomáháme jim s tím hodně. Co se týče nástupu do léčby – naprosto a co se týče těch sociálních věcí, tak tady máme sociální pracovníci, která se jim hodně věnuje, tyto věci s nimi řeší, pomáhá jim ty věci přepisovat, případně je někam i doprovází. Nebo jim i pomáháme zprostředkovat ten kontakt s těma úřadama, že tam telefonujeme, přijednáváme schůzky,...

T: A jak vypadá motivace těch klientů? Je to primárně vnější motivace – dítě?

R: Na začátku přicházejí s tím, že nejčastěji se chtějí léčit, aby jim to dítě buď vrátili, nebo aby jim ho nevzali. A část z nich odpadne, kde vlastně ta motivace tím dítětem je slabá, ale ty klientky které nastoupí do léčby, tak v průběhu té léčby pochopí, že je to hodně o nich, oni by se měli léčit, a pak budou dobré mámy. A pak my se snažíme vlastně motivaci tím dítětem na začátku přijmout a potom se jí snažit trochu jako rozšířit. Upřímně řečeno, u závislých lidí vždycky je motivace nějaký tlak. Že by někdo přicházel a říkal, „vím, že jsem na tom špatně, jdu se léčit“, tak to jsou fakt výjimky.

T: A stalo se někdy, že by vypadli z léčby, kvůli těm rodinně právním problémům, nebo za tím stojí něco jiného?

R: Každý klient i pacient může vypadnout z léčby, nikde ta úspěšnost není stoprocentní, takže vypadávají i u nás. A rozlišit, co je za tím je hodně těžký. My máme poslední dobou pocit, že za tím jsou otcové těch dětí a jejich partneři uživatelé. Častěji než ty sociálně právní problémy.

T: Jo, ten partner klientky je tam hodně důležité téma. A jedná se většinou o partnery – uživatele drog?

R: Občas to bývají i neuživatelé drog, ale hlavně dřív byly mnohem častěji neuživatelé, ale těch posledních 3 – 5 let opravdu výrazně převažují uživatelé jako otcové dětí. Něco se tam změnilo.

T: A když klientky vědí, kdo je otcem, bývá i zapsán v rodném listě dítěte, nebo je to spíš výjimečně? Že by pak řešily nějaké věci ohledně výživného...

R: Je to tak půl na půl u našich klientek. Velmi často ví, kdo je otcem, ne vždycky je zapisují. Jednak z toho důvodu, že ten otec je opravdu nespolehlivý, nebo si tím nejsou úplně jisté. Nebo ví, že od toho otce výživné nemají šanci získat a tak. Některý otcové naopak chtějí být zapsaní do toho RL. Řekla bych, že je to fakt tak polovina, co je zapsaná v RL.

T: A myslíte si, že jsou s tímto tématem spojeny nějaké předsudky, etnická dilemata ze strany pracovníků?

R: To určitě, tam je řada věcí. Jednak je to taková ta jak jsme si říkaly, takové to odsouzení ženy jako takové a matky vůbec, že jo, když bere. A tam přece jenom máme takovéto podvědomí, zejména veřejnost, že by matka měla být vzorná a spolupracující. Myslím si, že ty matky se setkávají s velkým odsouzením. Obzvláště v těch zařízeních, kde na to nejsou zvyklí, kde nemají takové klienty často, tak tam se třeba setkávají s takovým horším chováním.

T: A o jaká zařízení se třeba jedná?

R: Hlavně ve zdravotnických zařízeních, kde hlavně tedy ten střední zdravotnický personál je hodně odsuzuje za to, že braly, když byly těhotný a dávají jim to najevo. A tak.

T: Slyšela jsem, že se s tím setkávají třeba v porodnici, ze strany sestřiček.

R: Jojo, ale zase když má ta porodnice víc těch klientek, tak si na to trošku zvyknou, mají více informací ohledně celého tohoto tématu, takže se to vždycky zlepšuje. Hodně to bývá

z takové té neinformovanosti, že ty sestřičky mají pocit, že kdyby ta klientka chtěla, tak může kdykoliv přestat, a že to dělá tomu dítěti naschvál.

T: Takže to plyne spíše z té neznalosti problematiky.

R: Jojo, určitě se na tom podílí.

T: A setkala jste se ve Vaší praxi třeba s tím, že by měl pracovník nějaké záchranářské pudy a soustředil se spíše na to dítě?

R: Jo, je vždycky dobrý vědět, kdo je mou cílovou skupinou, kdo je můj klient. My se vždycky snažíme pečovat hodně o ty rodiče, o ty klienty, s tím, že víme, že to dítě je opečovávané těma jinýma úřadama. Ale zároveň víme, že s těmi úřady musíme komunikovat a spolupracovat, protože bez toho to nejde.

T: A ta spolupráce funguje dobře, s tím ospodem?

R: Tady v Praze třeba ano, ale je to určitě hodně o konkrétních lidech.

T: To určitě. A myslíte si, že mají klienti aktuální informace, vědí kam se obrátit, co je všechno potřeba si zařídit?

R: No já si myslím, že je hodně důležitý o jaké klienty se jedná. Jestli třeba klienti, kteří už jsou klienty našeho zařízení, tak ty docela obeznámení jsou, protože jim to každému pečlivě vysvětlujeme, máme tady pro ně speciální letáky, máme pro ně leták pro těhotný uživatelky a matky, máme tady leták o nějakých jako dalších věcech. Obecně si myslím, že lidi co berou a jsou na ulici, nebo v některých městech, ve kterých není taková dostupnost drogových služeb, tak přestože jim to někdo vysvětluje, tak to třeba ne úplně dobře pochopí. Nám se třeba běžně stává, že přijde nějaká matka, co porodila a říká „mně vzali dítě a já vůbec nevím proč“. Takže mi jí vysvětlujeme, na jakém základě se vlastně to stalo a jaký je rozdíl, když člověk bere jako uživatel, že to je jeho právo a není to trestný, ale když má dítě, tak je to něco jiného.

T: Jasně, takže je to takový průřez.

R: Jo, je to hodně odlišný, kde se zrovna pohybujeme a jaký jsou služby, kde se momentálně nacházejí.

Rozhovor 4 – farní charita

T: Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší problémy v oblasti rodinného práva?

R: Jojo, určitě, setkáváme.

T: A o jaký okruh problémů se jedná?

R: No, řešíme pěstounskou péči, řešíme adopci, úpravu styku matky s dítětem, já nevím, těhotenství, i u bezdomovkyň, a to je asi tak možná...no ještě tu školní docházku, to jsme měli taky jeden případ. A ubytování matky s dítětem jako takové.

T: Myslíte třeba ubytování v azylových domech?

R: To záleží vždycky na tom, kolik ta klientka má peněz, jestli má práci nebo ne. Pokud je to dotovaná sociálkou, tak potom spíš ubytovny, v případě, že má práci, tak pronájmy a soukromé byty.

R2: A ještě vymáhání výživného.

T: A je to často, tyhle případy? Vy se obecně zaměřujete na ženy v sociální nouzi, jsou mezi nimi tedy i uživatelky nelegálních drog?

R: V podstatě všechny užívají alkohol, to je u těch bezdomovkyň časté, ale nelegální drogy, to je minimum. Jinak jsou to ty alkoholičky. Tyhle klientky si chodí třeba jen pro výměnu oblečení, tak to některé z nich jsou uživatelky. Ale to jsou spíš mladé holky a na nich to člověk pozná. Ale jsou i naší klientelou, protože jsou vlastně na ulici a chodí si hlavně jenom pro tu výměnu oblečení.

T: Takže jiných služeb nevyužívají. A dokázala byste odhadnout počet těch případů, kolik jste tady měli?

R: Evidované tady máme dvě, ale z toho ta jedna je vystěhovaná zpátky na Slovensko. Ale ta to měla v takových etapách, chvíli drogy, pak alkohol, zase ty drogy, alkohol...takže dvě stálé klientky. A těch co chodí na tu výměnu... já bych řekla, že jich tady je tak čtyři, pět. Ale to je do tohoto dne, může se stát, že zítra přijdou další, ale to fakt nedokážu odhadnout.

R2: A hlavně mi tady máme, že pokud je pod vlivem, tak více méně jí nic víc než to oblečení nebo kafe jí nedáme. Jakoby v tu chvíli přestává být naší cílvkou na nějakou další sociální práci.

T: Jasně, že máte v pravidlech vašeho zařízení, že když chtějí využít těchto služeb, tak nesmí být pod vlivem. A tyhle problémy zjišťujete jak?

R: Ono je to hlavně znát na tom jejich zevnějšku, že berou, oni nemají potřebu něco řešit.

R2: Jo jedna ta sem chodí v takových intervalech.

R: Jo, tahle, no ta bere a vždycky řeší tyhle problémy ale s ní je to těžký, ona vždycky řeší takové věci... ona je zbavená svéprávnosti, a usiluje o to, aby jí byla navracená.

R2: Ale chodí si spíš zařizovat telefonáty, párkrát jsme se jí snažili i zařídit léčbu v komunitě. Ale ta vždycky přijde tak na hadry...

R: No ona skončí vždycky na tom, že chce, aby tu komunitu zaplatili jejímu příteli z jejích peněz. Ona teda peníze má, ale ta její opatrovnice z jejích peněz může zaplatit komunitu jenom jí, ne tomu příteli. Ale v okamžiku, kdy se dozví, že přítel do komunity nepojede, tak ona se na to vykašle a taky nepojede. Ale několikrát do roka to chce.

R2: To je už takový evergreen tohleto. Teď se vrátila z detoxu.

R: A vypadala pěkně. Ale minulej týden se tady zase válela pod obraz.

T: Jo, po té léčbě vždycky tak prokouknou ty klientky.

R: No úplná změna. Předtím zelené vlasy a otevřené vředy už bych řekla na obličejí a dneska čistá pleť, odbarvené vlasy, dobře oblečená, fakt jako změna. Ale na jak dlouho?

T: A když jste měly teda případy, které se týkaly rodinného práva, tak tam se jednalo konkrétně o co?

R2: Tam se jednalo o neplnění školní docházky, tenhle problém jsme řešily tak, že kluk byl umístěn do klockánku a mámě jsme pomáhali sehnat ubytování. Pak jsou to teda to vymáhání toho výživnýho, to je jedna paní, ta se vždycky jednou za čas objeví. Ta potřebuje vždycky něco sepsat, doložit, obvolat a pak se čeká, jak soud pracuje, co bude zase dál.

T: A s kým v těchto případech spolupracujete?

R: Řešili jsme teďka s policií, právě proto, že oni nemohli dohledat manžela, potom jsme to řešili s lékařkou, protože paní nechtěla, aby u soudu byla přítomna její dcera, že by jí to negativně ovlivnilo a nezanechalo by to na ní dobré stopy, takže to nechtěla, ale soudkyně to

nakonec neuznala, takže ona musela k soudu. A potom jakoby se soudkyněmi, ale to se spíš domlouvají termíny soudu, odložení, nebo nějaké čestné prohlášení, vůbec nějaká sdělení a takové věci.

T: A to si vyřizují ty klientky sami, nebo jak jim s tím pomáháte?

R: No tady záleží na klientce, každá je jiná. Třeba tady s touhle konkrétní paní, ta je schopná, inteligentní paní. Ona ví přesně, co chce, co má dělat, ale jenom potřebuje to třeba napsat na počítači, potřebuje sestylizovat ten dopis a vytisknout to, ale jinak si to obstará.

T: Takže je to hodně individuální.

R2: A pak se tady řeší takové věci jako, že jo, že těhotenství klientky a z toho teda, co bude dál s dítětem. Jestli bude do pěstounské péče, do adopce, kolikrát jde o ten zájem dítěte. Ona ho nechce dát do adopce, takže se tady tak trošičku...je to na hraně, co se týče služby. Ale snažíme se je teda nějak motivovat k tomu, aby udělaly, co je pro dítě nejlepší.

R: A zrovna dneska přišla paní, jako, že je mimopražská, že bydlí na ubytovně, vydělává si brigádami, ale že jí nestačí na tu ubytovnu a hledá nějaké levnější ubytování. Ale tím, že je mimopražská, tak bude mít trochu problém to tady sehnat, ale její dcera začala chodit do školy tady v Praze a chce tady pokračovat. Takže ještě nevím, jak to bude pokračovat.

T: A také jste mluvila o nějaké těhotné slečně / paní.

R2: No s tou jsme vlastně řešili, že ona přišla konzultovat, jestli může dát dopředu souhlas s adopcí. A pak jsme tady ještě měli jednu holčičku, to byla maminka rozvedená a v podstatě otec dítěte, asi pětiletýho chlapečka, tak ten je dost jako ohrožoval.

R: Jo to byla tahle...ne to byla jiná. Ale to jsme taky měli mamínu s malým chlapečkem, přítel je vyrazil z bytu, úplně bez prostředků, bez všeho a hlavně on, já nevím... oni byli asi nějak známý...nevím na základě čeho, ale nějak jsem to vydedukovala, přišlo mi to tak. A ona říkala „mě s tím synem všude znemožňuje, všude říká, že já ho chci ukrást, naši známí se postavili proti mně, on chodí, aby mi nikdo nedal práci, všude mě pomlouvá“ a ona chtěla odjet do ciziny a teďka my jsme vlastně řešili, jestli by to byl únos nebo ne. A co nastane v případě, když odjede a toho syna si vezme s sebou a zůstane v tom zahraničí.

T: A oni měli nějak upravený styk s tím synem?

R: On to byl přítel, to nebyl manžel, ale nevím.

R2: A tohlencto bylo taky něco trochu podobnýho. On o syna neprojevoval zájem, ale když se objevila tahle klientka znova, tak jí vyhrožoval, že bude žádat o svěřeni toho dítěte do péče. A pak mě napadla ještě jedna.

R: Jo tahle, no jo.

T: A tam se jednalo o co?

R2: Tam se jedná o paní, která má RSk (pozn.: roztroušenou sklerózu) a kromě toho ještě nějaký další duševní onemocnění, schizofrenii podle mě má. A má s přítelem holčičku, které je asi rok, ne dva roky a řeší se tam hodně, kdo bude mít vlastně to dítě v péči. A ona tím, jak je duševně nemocná, tak se s ní strašně špatně komunikuje, takže člověk ani moc neví, proč o ni usiluje.

R: Oni jí hlavně nemůžou mít ani jeden. Ani jeden není normální. Oni mají tu péči nějak rozdělenou mezi toho otce a matku, ale místo matky dceru vychovává její matka a sestra, a místo toho otce se o ni stará jeho rodina. Každý bydlí ještě někde jinde, jedni jsou v Praze a druzí bydlí mimo Prahu. No a teď ještě přišla o byt, a měla by bydlet u té matky, ale ona se s ní nesnese, tam zase ta rodina moc nefunguje, jak by měla, je to tam hrozně komplikovaný.

T: Takže ta matka jí má oficiálně nebo jenom fakticky v péči?

R: Ono je to tam upraveno soudně, ale já jsem se k těm papírům ještě nedostala. Takže nevím, a tím jak ona není úplně psychicky v pořádku, takže ona... jí přichází na mysl strašná spousta myšlenek a ona je všechny říká. Takže vy vlastně nevíte...

T: Jo, že ten projev není moc souvislý.

R: Pro mě je úplně zmatenej, fakt nevím, co si z toho mám vzít. Ona nejdřív mluví „dneska je pěkně, hezky...vařili jsme...a včera v tom stanu...jo, to víte, tam ten...a teď ten pán Ježíš Kristus“ a vy na ni koukáte a vůbec nevíte, upřímně. Mně fakt hrozně dlouho trvalo, než jsem si na to zvykla a začala jsem si trochu vytahovat ty informace, co si asi myslím, že ona myslí. A ona když byla vlastně ještě těhotná, tak jí ten přítel i napadal, fyzicky. On se i nějak sebetrestal, zavíral se s tou malou někam, já ani ty všechny hrůzy nechci vědět...není to úplně nejlepší.

T: A v těhletých případech kontaktujete oddělení péče o dítě?

R: To všechno tam funguje. Jako tenhle případ je hodně rozjetý, ona sem vlastně přijde buď si něco napsat, na něco se zeptat. Ale spíš si popovídat. A ona má i štěstí na ty pracovnice, takže tam to funguje dobře.

R2: Ještě jsme s ospodem konzultovali tu holku, jak řešila, že jí umřeli rodiče a ona řešila, že dítě dali k adopci bez jejího souhlasu. Nebo ho má v klokánku? Jo, asi jo. A vlastně tam ty informace byli takový zmatený...a my jsme vlastně volali na ten ospod, že jsme se informovali, jaká ty situace vlastně je, o čem to tam je. A oni sdělili, že tam to nemá moc smysl, že ona vůbec nespolupracuje, nechce, ale obchází takhle ty zařízení a na dítě kašle.

R: Ona chodí taky v takových delších intervalech, vždycky přijde, když je už v takovém srabu. Ale když po ní člověk něco chce, aby si zařídila, tak to se jí už ale nelíbí a už nepříjde. Když tu byla minule, tak si chtěla dodělat střední školu a našla si přítele a říkala, že s tím přítelem by chtěli začít vychovávat spolu to dítě. Ale od té doby se neukázala. Já ji řekla, musíte udělat to, zajděte tam a pak přijďte. Takže jsem jí dala úkol a tím to skončilo.

T: A jak vypadá tedy ta spolupráce s drogově závislýma klientkami?

R: No k nám chodí si spíš fakt jenom zavolat, aby měli čárku, jako že splněno, ale že by to nějak úplně řešily, že by chtěli vrátit dítě, nebo upravit, tak to ne, to jsme s těma drogově závislýma neměli.

T: Takže spíš využívají služeb toho šatníku.

R: Jo, oni sem vůbec nechodí primárně něco řešit. Tím, jak máme ten šatník, tak si prostě jen přijdou vyměnit to oblečení

T: Takže motivace není asi moc vysoká.

R: Oni vědí, že jsem poradna pro ženy, máte to tady hned na dveřích, takže to oni vědí, ale přijdou si fakt jenom vyměnit to oblečení, Jako informované o tom jsou, úplně natvrdlé taky nejsou, ale nemají potřebu s námi něco řešit, nebo teda zatím neměli.

R2: A já bych řekla, že nejsou v podstatě ani schopný něco řešit. To je takový... jako okamžitéj nápad, ale nedohlídnou dál než do další dávky. Takže nějaké řešení, čehokoliv je mimo jejich schopnosti. K nám teda nechodí vůbec motivovaný.

T: Takže by se třeba informovali na nějaké jiné služby apod., nic takového?

R: No, ne...jako já se jich vždycky ptám, kde bydlí, aspoň tuhle informaci od nich chci, jestli nechtějí něco k jídlu. Oni bydlí většinou někde na squatu a tam je skupina ve které oni žijí a tahle skupina se o sebe nějak stará.

T: A setkali jste se třeba někdy s nějakými předsudky, nebo etickým dilematem? Máte těhotnou slečnu, bere drogy a přijde za vámi...

R: Jako když ji tak vidím, tak mi to proti srsti, ano, jsem normální člověk, prostě mě napadne...ale je to jen takový bleskový, že mě něco napadne...ale nic,

R2: Taky jsme tu měli takovej etickej problém, kdy vlastně klientka porodila dítě a nechávala ho v kojeňáku s tím, že si ho tam nechá a až se jí upraví situace, atd. Tak to byl vlastně pak takový etický problém, jestli jednat v zájmu klientky, nebo v zájmu dítěte. Tam šlo vlastně o to, že my jsme věděly, že čas tomu dítěti ubíhá a ona prostě jako stejně asi nebude mít možnost, nebude o to dítě schopná se postarat.

T: Takže se střetával ten zájem klientky a zájem dítěte. A myslíte si, že tyhle klientky mají informace? Vědí kam se obrátit?

R: Jako u nás nemají zájem. Jako třeba když přijdou ženy z ulice, tak si přijdou pro to oblečení. A když se pak ptám, jestli nepotřebují ještě něco, kde bydlí a tak, tak to třeba vyplyne a objednájí se a chtějí to třeba řešit. Ale tady u těch, jako i když se snažím, navázat nějaký ten kontakt, tak většinou říkají jako, že né, že nic nepotřebují.

R2: A pokud jsou to takový jako ta jedna, co tu máme, tak ty vědí velmi dobře, co kde můžou získat. O informace o který oni stojej, tak ty dokážou získat. A to bych řekla, že i ty závislý. Velmi dobře vědí, kde dostanou najíst a takovýhle věci.

R: To spíš, když se v tom někdo očitne poprvé, zkraje, tak si s tou situací vůbec neví rady. Ale když už se někdo pohybuje na ulici delší dobu, tak už je tam jako ryba ve vodě. Ví, kde mu pomůžou, kam si může zajít, ví, kde dostane oblečení, jídlo, a ví, v kolik hodin a jaké jídlo.

Rozhovor 5 – OSPOD

T: Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší problémy v oblasti rodinného práva?

R: V podstatě jenom s nimi. V případě, že něco řešej, tak je to vždycky otázka rodinného práva. Ty co přijdou jako oprávněně, potom jsou tady takový, kteří chtějí, abychom řešili něco, co není úplně náplní naší práce, ale my to musíme rozklíčovat, s čím chtějí vlastně pomoci a pak je nasměrovat.

T: A když bychom se bavili o uživatelích nelegálních drog, máte často tyhle případy?

R: V podstatě uživatelé nelegálních drog nechodí vůbec - sami. A když, tak to jsou uživatelé, kteří jsou pro nás latentní, to znamená, že nepřijdou s tím „podívejte se, já užívám drogy a potřeboval bych z toho ven, jak můžu dostat děti do péče“. To je pochopitelně totálně latentní, takže my to třeba zjistíme v průběhu, ale není to tak, že by přišel uživatel drog a chtěl nějakou právní pomoc, to ne.

T: A jak se k vám tedy tihle klienti dostávají?

R: Nejčastěji to je tehdy, když se rozcházejí rodiče a chtějí s těma dětma...ty, co k nám přicházejí, tzn. ne ty, co jsou k nám oznámeni, že se tam něco děje, nebo že děti byly někde zachyceny ve školce, ve škole, nebo já nevím kde, že se prostě něco děje. Ale ti, co přijdou sami sem, tak to většinou jsou partnerské problémy, který chtějí řešit rozchodem a potom péče o děti. Vlastně úprava poměru se tady řeší.

T: A u těch uživatelů drog?

R: Je to většinou, nebo alespoň já se pamatuje na dvě... když se teda nejedná o naše bývalé klientky, co sem přijdou, a my všichni už víme, kdo to je... tak se jedná o matky, které nechodily na prohlídky, měly nehlídané těhotenství a nahlásí je porodnice. Samozřejmě, může se stát, že porodí matka - aktivní uživatelka drog, ale měla hlídaný těhotenství, takže se to v porodnici ani nezjistí. V případě, že nemá klinické projevy, které vzbuzují podezření. Ale ty stavy těch rodiček jsou takový, že málokdy vznikne podezření, že se chová divně, protože ty ženy se chovají divně, i když nejsou pod drogami. Takže to je jednoznačný ukazovací pravitko, ta žena, která přijde a nemá těhotenský průkaz a jde родit. To znamená, neměla sledovaný těhotenství, takže okamžitý podezření na uživatelku nelegálních drog. Že neměla sledované těhotenství, takže to se nám hlásí. Oni s tím většinou přijdou na poslední chvíli, protože ji tam nikdo nedrží 14 dní, takže sociální pracovnice porodnice nám hlásí, že porodila

žena, která neměla sledované těhotenství a žádají nás o to, jestli budeme požadovat vyšetření smolky dítěte. A tím se to vlastně i zjistí. Protože i minimální množství drogy v tom těhotenství se, byť i stopově, v té smolce projeví.

T: Jasně a práce s klientkou pak vypadá jak?

R: Jak nám to oznámí, tak se šetří v té rodině v té rodičky, to je logický. Zjišťujeme, co a jak... oni tam to dítě podržej, matku většinou třetí den pustí, pokud nemá nějaké zdravotní problémy... a dokud se prostě nezjistí, kam to dítě může být propuštěný, tak maminka se sem většinou dostaví a když nedostaví, tak to znamená, že zdrhla. Ale když se dostaví, tak se to s ní řeší. Co a jak, jak si to představuje, šetří se v rodině, šetří se u ní, zjišťuje se, jaké má možnosti, jakou má historii toho užívání drog, zda je ochotná se léčit, jaká perspektiva tam prostě je. A potom už začíná ta klasická sociální práce, my zjišťujeme pochopitelně, jaké jsou možnosti rodiče, jestli tam je i druhý rodič, samotná matka, nebo nějaký otec, nebo aspoň někdo, kdo se otcem cítí být, ale ještě to není prokázáno. A dál zázemí v té rodině. Jestli tam je rodina, která by přebrala nějakou aspoň dočasnou zodpovědnost, než se situace vyřeší. A když se nenajde v rodině, protože ta rodina bývá často tak vydemolovaná za tu historii užívání drog, že ne každá rodina je ochotná a prostě vzít to dítě i s matkou. Takže primárně pochopitelně je zachovat matku s dítětem co nejvíce pospolu a dát jim šanci být spolu. Pak vlastně zbývá druhý způsob, že když matka souhlasí s tím, že nastoupí léčbu, tak to dítě zůstane v kojenáku a ona tam s ním je. Pochopitelně, pokud léčbu odmítne, tak se prostě hledá v širší rodině, kdo by přebral zodpovědnost, a když ne, tak se hledá pěstounská rodina.

T: Takže nejčastěji je tedy hlášení z porodnice, jedná se tam především o tu péči o dítě, zjišťuje se, jak vypadají vlastně ty problémy.

R: Nemocnice to vlastně jenom oznámí a potom my s nima komunikujeme, kam se bude propouštět dítě, jestli někomu v rodině, nebo matce, protože jsme třeba z nějakého důvodu prošetřili, že je možná dát matce to dítě do péče, nebo do toho kojenáku.

T: A bývá hlášení ještě od někoho jiného?

R: U novorozeňat ne, že jo. Protože většinou je to ta porodnice, já nevím, osobně jsem to jinak nezažila. Nebo to může být, že ta matka je uživatelkou, velmi problematickou uživatelkou drog ale tam se to neprojevuje, že se jí podaří, že má legitimaci, občas se může stát, že i když bere, tak se na kontroly dostaví. Ale ty jsou většinou ještě doma, polo doma, ještě mají nějaké to zázemí, ale ty co jsou na ulici, tak ne. Ale jsou třeba problematickou

uživatelkou, i v tý rodině je to třeba špatné, ale projeví se to, až když přijde s tím dítětem domů a začnou být problémy. A pak to nahlásí třeba ošetřující lékařka, že ví, že ta matka je taková a maková, jo to jsou různé cesty potom...nebo až třeba ve školce. Že by to hlásili sousedi, tak to většinou když jsou ty děti už vyloženě týraný, nebo, že si všimnou, že kočár je půl dne před barákem a nikdo si ho nevšímá. Nebo, že ta matka si tam tahá chlapy...to jsou už takový ty vnější další znaky, že ten život je podezřelej, ne teda, že ta matka bere drogy..prostě další návazný problémy, který ty drogy nesou a okolí na to třeba upozorní.

T: A jak vypadá ta práce s nimi? Nějaká specifika?

R: Ty uživatelky drog co opouštěj ty děti, je to třeba silnější než ten mateřskej pud. Tam je to pak ta náhradní rodina, pěstouni, ústavní výchova, nebo se snaží najít někdo v širší rodině, že si je někdo vezme. A ty co mají zájem a opravdu bojujou s tou závislostí a léčej se třeba i několikrát neúspěšně, ale nicméně pořád se snažej, pořád mají motivaci se sebou něco dělat, tak to podporujem, jak můžem. Většinou se sananimem, drop inem, kde jsou ty různé programy po ty závislý matky a tam se to pak kombinuje, aby to co nejvíc to dítě zůstalo s matkou a matka aby měla co největší vazbu na to dítě a zároveň ale aby dítě bylo v bezpečí. Takže tam je to totálně individuální.

T: To určitě. A spolupracují tyhle matky?

R: Je jich většina. Ty, co je neopustí a bojujou, tak v podstatě všechny bojujou, oni mají těch programů docela dost pro ně, a i když recidivujou, tak tu šanci tam pořád mají, myslím, že se jim hodně věnujem, každá, co se sebou něco dělá, tak má od nás velkou podporu. Teda si myslím. Jakmile se aspoň trochu snaží, tak tu snahu se snažíme podporovat.

T: Takže pokud to dítě neopustí hned na začátku, tak jsou spolupracující.

R: Jakmile trošku chtějí, tak naše snaha je nekonečná. Dokud budou trošku chtít. Ale říkám, že i když opustí, třeba utečou z nemocnice ale potom, třeba po tom šestinedělí... taková ta hormonální lázeň ta závislost a tohle... tak se třeba stalo, že matka přišla po dvou měsících s výčitkami svědomí, takže tam bylo na čem stavět. Měla zájem, takže i tak se to dá nastartovat. Takže pokud to není úplně zabitý...ono pochopitelně jakmile tam ten zájem není, tak se dělá všechno proto, aby dítě bylo co nejdřív umístěno do náhradní rodinný péče – ať příbuzenský nebo ne. Ale jako aby šlo dítě do adopce, to musí být jasnej nezájem. Většina přes tu pěstounskou péči, kde ten kontakt s rodičem musí být zachován, pokud o to rodič má samozřejmě zájem. Takže jako opravdu, když někdo z tady těch lidí přijde o dítě, tak to musí

být totálně na háku. Tam je pak svalování viny na nesprávného pachatele, protože ten systém je nastaven tak, že jenom když aspoň trošku chtějí nebo se jim to ze začátku nedaří. I když se snaží ex-post, tak pořád mají tu šanci. Když mají absolutní nezájem, ale to musí být v podstatě půl roku, tři měsíce je to ze zákona, ale pak se může rozběhnout řízení o vyslovení nezájmu, ale to řízení taky nějakou dobu trvá, a než je v právní moci, tak je to minimálně půl roku.

T: A stává se, že by dávali sami souhlas s adopcí?

R: Ano, taky. Máme tady teď dva takovýhle, ty už děti mají. To jsou dva, oni s náma aktivně komunikují, to vím, že ty to tak mají. Že ví, že na to už nemají, a ty děti pak takhle rozdávaj, protože většinou na to přijdou pozdě. To jsou už kvalifikovaní rodiče.

T: Tak když vědí, od začátku, že to dítě nechtějí, tak je to možná lepší, ne?

R: To oni nedávají hned na začátku, ale jo hlásí to předem, že vlastně i když rodí, tak rodí v tom adopčním režimu, že to dítě jí neukazují po porodu, jo, že takhle to mají. Ale ona si to může kdykoliv rozmyslet, to, že si to před porodem rozmyslí, to je její totálně svobodný rozhodnutí. Jenom se jí v tom dává ta podpora, aby neměla výčitky svědomí, že když se necítí na to mít v péči dítě a nemůže se o něj starat, tak je to dobré rozhodnutí, tím vlastně odpovědně zajišťuje budoucnost dítěti ve šťastné rodině. Protože se předpokládá, že to budou prověřený rodiče, který opravdu o děti stojí. Že ta rodina má ekonomický možnosti, protože bezdomovcům se děti nedávají, že jo do péče. Takže je to vždycky prověřenej partnerskej pár, kterej se o to dítě má zájem starat. Pochopitelně je to na ní úplně, není to samozřejmě úplně ideální, každopádně se dělá všechno pro to, aby to bylo. Je to lepší než to dítě si sice láskyplně nechat ale potom aby bylo ohrožený...

T: A vy jste říkala, že je odkazujete na adiktologické služby, takže tam se vždycky požaduje léčba.

R: Určitě, do léčby vždycky. Ani na žádnou samoléčbu, nějaký sliby abstinence, nebo, že nám sem bude chodit čůrat na papírky neexistuje... jedině přes odborné zařízení.

T: Jasně, a vy jim dáváte přímo kontakty?

R: Ano, dáváme, a potom po nich chceme, aby nám dali souhlas s tím, že je můžeme kontrolovat. Souhlas zařízení, že nám můžou poskytovat informace. Ale pochopitelně když nedají ten souhlas, tak je to problém a řeším to.

T: Jasně, to tam musí být, bez toho vám to zařízení podat informace nemůže.

R: Jo, to je pak pro nás stejné jako kdyby se neléčili. To je problém. To se potom řeší, ale já si nepamatuju, že bych měla takový případ. Protože když jdou od nás tam, tak ten souhlas dávají, nebo fakt si nepamatuju, že by ho někdo nedal. Když to dítě chce, tak ho dá bez problémů.

T: A kdybychom se podívali na motivaci těch klientek, tak jak to vypadá? Vnější motivace – dítě?

R: Jo, samozřejmě. Tak ony by mohly přestat brát drogy, i když to dítě nemají. Ale tady je jediná motivace to dítě. To jsou všechno holky kolem třicítky, tzn., že třeba už 10 - 15 let berou, takže už jsou stejně na té hraně, že buď budu pokračovat a zlikviduju se, nebo s tím něco musím udělat. Je teda vůbec zázrak, že otěhotněj, to je teda šílený. Takže holky který žijou zdravým způsobem života, pod dohledem fitness trenéra, tak ty chodí na umělý oplodnění a tyhle roděj jak blázen. Takže většinou jsou to už ženy, i když překročily určité období ve vývojovém stupni, takže nicméně ta příroda je mocná. Ty hormony, to je prostě zázračný zařízení, takže tam se to většinou tak nějak... většina ale chce. O těch co nechtěj, tak nevíme.

T: Jasně, tak ty se k vám vůbec nedostanou.

R: Takže ty buď dítě do babyboxu, nebo ho nechají v té porodnici a zmizí, že jo. A tam se s nima vlastně vůbec nepracuje. Ale obecně těch opuštěných dětí moc nemáme, že by je opustily už v nemocnici. Za poslední dobu jsme měly takhle dvě děti, co tam takhle zůstali viset. Ale to my se fakt ani moc nedovíme. Protože třeba Krč je na Praze 4, takže pokud není identifikované, že ta maminka spadá pod nás podle trvalého bydliště, takže nám to ani nenahlásí. To by musela mít v občance, že je hlášená tady. Ale do těch porodnic jezdí i mimopražský uživatelky, takže pro nás tady musí být ta shoda. Takže pokud je to takovej mimoň, tak to pak dělají kolegyně z Prahy 4, kde je rodná matrika. Takže ty tam tohohle budou mít určitě víc.

T: Jasně, a napadají vás nějaká etická dilemata v souvislosti s vaší prací a tímto tématem? Předsudky?

R: Osobně jsem se s tím nikdy nesetkala. Dovedu si to představit, že třeba kdyby nějaká kolegyně prošla nějakou životní etapou, kde by byla konfrontovaná s problematikou drog,

tzn., nejen u sebe, ale třeba brácha, rodiče, přítel, prostě kdyby si prošla nějakým peklem, že by třeba na to mohla nějak reagovat...ale to je taky hodně individuální, zrovna by mohla být víc empatická, nebo naopak říct, že s tímhle nechce mít už nic společného, ale říkám může to tak být, ale že by to byl nějaký jev co by byl častý, to ne.

T: Jasně, to by určitě mohlo reakci toho odborníka nějak ovlivnit.

R: Jo, ale to si říkám spíš, že u těch rozvodů, protože každé v životě měl třeba blběj partnerskej vztah nebo zlobivý děti, to spíš se setkáváme, že tam ten přenos může bejt. Tahle problematika není zrovna nějak přenosová.

T: Jojo. Ještě mě napadlo, třeba když ta pracovnice nemůže otěhotnět a teď jí přijde klientka, co bere...

R: Tady taková žádná není, ale určitě to může být. Jo, tak to si pak může říct „no to je teda spravedlnost!“ ale to je tak všechno, co si může říkat, přece jenom máme za sebou nějaké vzdělání. A kdo je věřící, ten to hodí na pána Boha, že ten určitě ví, co dělá, a jinej si řekne jen „do p*dele práce, to je spravedlnost“.

T: A poslední otázka, když za vámi chodí tyhle klientky, vědí, co je čeká? Mají informace?

R: No vůbec netuší. Přijdou většinou v tenzi, protože sociálka to je prostě pojem pro ty uživatele. I pro lidi, co koukaj na Ordinaci v růžový zahradě, takže pro ně vůbec. My jsme pro ně hrozný ohrožení, i když nevím jaký...ale říkají, že z té porodnice sem šly jako s úzkostí a s tím, že jim určitě sebereme to dítě, vykopneme je a naházíme na ně špínu a hlínu, a že jsou vlastně překvapený, máme vlastně docela dobrou odezvu, a když nerecidivujou víc než třikrát, po tom jsou jinak z toho už dost unavený, tak ty co se jim to podařilo (viděla jste ty spisy), tak s těma máme výborný vztahy. Oni pak ví, že jsme na jejich straně, že je podporujeme v tom jejich úsilí a tím, že je nekáráme a že jde o to, abychom je podporovali. Pochopitelně kontrolovali, ale hlavně podporovali. A ta kontrola je vlastně taky podpora, tím vlastně určujeme hranice, kdy je to pro ně už nebezpečný. A pak je to nebezpečný i pro dítě a oni vědí, že jim ho nechceme odebrat, to bychom jednali úplně jinak. Takže oni zakrátko zjistěj, že jsme na stejný lodi a že máme stejnej zájem, jen různý prostředky. A tím, že my si zase hlídáme, aby byly čistý, tak ono jim to dojde. Na začátku jsou v tenzi, úzkosti ale prostě potom, a taky je pravda, že když jsou v tý léčbě a choděj třeba na ty skupiny, nebo individuální, tak oni tam začínají ty svoje problémy řešit a začínají mít na ten normální život

bez drog náhled. Takže ono se to všechno tak...jakmile se začne čistit ten organismus tak se jim začne rozsvěcet.

T: Takže i ta spolupráce s vámi pak vypadá jinak.

R: Ale pochopitelně, když je tam ta dlouhodobá anamnéza rodinná, že tady byli už dřív jako klientky, že třeba od 13 brali drogy, záškoláctví, že nemají dokončený vzdělání, mají dluhy...dluhy ty mají teda všichni. Vlastně jedna ze součástí té léčby, jakmile se dá ta matka trochu dohromady, je pak samozřejmě dluhový poradenství. A na nás je, abychom to nějak koordinovali a hlídali. A oni to vedení vlastně i potřebují, je nikdy nikdo pořádně nevedl, tak oni jsou vlastně i rády, je to pro ně bezpečný, že zatím nemusí za všechno zodpovídat. Takže my s nima máme dobré zkušenosti. Jsou to naše hodné klientky. Ty rozvádějící se rodiče, zvláště s vysokoškolským titulem, jsou daleko horší.

T: Jo, ty jsem tady zažila... takže k vám přichází vždycky se strachem, neví vlastně, jak fungujete.

R: Přesně, pro ně je asi policie a sociálka to samý.

T: A ještě mě tak napadá, co otcové těchto dětí?

R: Ti nejsou většinou uvedeni v rodném listě, málokdy. Protože většina je ze stejného prostředí, taky uživatelé, takže když jsou náhodou do porodu spolu, tak nejdou na matriku, aby před matrikou uznali budoucímu dítěti otcovství a po matrice je pak většinou pozdě. Ale my je k tomu ani nenutíme, protože v případě, že by byly nějaké problémy, tak by bylo potřeba souhlasu obou rodičů. Matka je pak třeba v kojeňáku, kdežto ten otec lítá někde v terénu. Takže až se dá dohromady, trochu se stabilizuje, tak si to může s ním začít nějak řešit, ale ty první měsíce je lepší, když je to jenom na ní, protože ona je pak ta, kdo má tu zodpovědnost. A on ji pak často tahá zpátky, takže je dobrý, když se odpojí od té komunity, ze které přišla. To je to největší riziko, protože oni je tam pak stahují zpátky.

T: Jo, to je hodně časté.

R: Naštěstí oni jsou tak nezodpovědní, že ty matky naštvou hodně brzo. V podstatě kromě jednoho, kterej ale dělá problém a ona je na něm dost závislá, tak to vlastně spíš nějak není. A oni se k tomu nemají. My ho neřešíme nikdy, když ho uzná tak ho uzná, ale určitě nechodíme za matkou, neradíme, aby podala návrh na zjištění otcovství. Taky kde by ho naháněli, aby mu odebrali DNA. Ale ani to není v zájmu, na pořadu dne.

T: Jasně, takže se řeší jen, jestli tam je, nebo není zapsán.

R: Jo, tam pokud je to třeba otec, který nebere a pracuje, tak to pak je o výživném, že jo. A hlavně, i kdyby on se k tomu neměl, tak třeba ale jeho rodiče jo. To je ale minimum případů, že by uživatelka měla dítě s neuživatелеm.

T: My jsme probraly už všechny otázky, máte ještě něco, co byste chtěla doplnit, nebo nějaké připomínky?

R: Jen, že máte dobrý obor, je potřeba.

Rozhovor 6 - detox

T: Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší právní problémy, konkrétně v oblasti rodinného práva?

R: Pouze občas - buď řeší rozvod, nebo péči o děti, ale je to jen okrajová část klientů. Tady je detox, mají problémy sami se sebou, aby zvládli odvykací stav. Řešení těchto problémů si nechávají na později - na následnou léčbu, na dobu, kdy jim bude fyzicky a psychicky lépe.

T: A s čím nejčastěji klienti přicházejí?

R: Rozvod a dělení majetku - o tom se jenom zmíní, zatím jsem se nesečkala s tím, že bychom něco okolo těchto témat řešili více. Dále péče o děti - závislé klientky někdy řeší pobyt dítěte v terapeutické komunitě Karlov, což je myslím jediná komunita pro drogově závislé matky, kde mohou mít v péči děti. A péče o děti, když od nás odcházejí těhotné závislé matky na revers či nejdou do následné rezidenční léčby, tak informujeme místně příslušný OSPOD.

T: A víte, o kolik se jednalo přibližně případů?

R: Od listopadu 2012 se jedná o dvě klientky.

T: A jak tyto problémy zjišťujete?

R: Rozhovorem s klienty, klinické vyšetření.

T: A vnímáte nějaká specifika práce s touto klientelou? Jak s nimi tyto problémy řešíte? Sami, nebo klienty někam odkazujete? Kam?

R: Specifika... jsou to závislí lidé, informace, které podávají, je třeba ověřovat, pracovník si musí zachovat objektivitu, ohledně péče o děti musí pečlivě zvažovat i zájem dítěte. Metodou jsou pak ty rozhovory s klienty, kontaktování příslušných orgánů, vyjednávání s těmito orgány, vyjednávání s poskytovateli služeb pro duševně nemocné apod. Pokud klient přijde s problematikou z rodinného práva, většinou ho odkážeme na nějaké organizace - občanské poradny, poradny pro oběti domácího násilí, OSPOD, bezplatnou právní poradnu A.N.O. (zprostředkuje SANANIM Praha). Jen pokud je potřeba poslat na nějaké zařízení či organizaci či OSPOD potvrzení o hospitalizaci, tak ho posíláme. Jednou jsme na OSPOD poslali i kompletní info o TK Karlov. Dopisujeme si samozřejmě i se soudy.

T: A jak vypadá motivace těchto klientů? Mění se v průběhu léčby? Ovlivňují motivaci tyto RP problémy? Stalo se někdy, že by klient vypadl z kontaktu pod přílišnou zátěží těchto problémů?

R: Motivace klientů je sporná - jedna závislá těhotná žena chtěla dítě hlavně proto, aby si za a) připutala k sobě partnera, nebo za b) měla nárok na více soc. dávek... ale to je velká výjimka. U asi 50% klientů/klientek je jednou z motivací k abstinenci hrozící rozvod či rozchod. Většinou je to ale spojeno také s dluhy, které partner/ka již nechce dále snášet a které si klient/ka nadělal během závislosti. Motivace se v průběhu léčby mění, je hodně závislá na míře bažení a schopnosti klienta s ní pracovat. Myslím si, že ve chvíli, kdy přijde silné bažení, mnoho klientů odsouvá RP problémy stranou. Pamatuji si, že jedna těhotná klientka, závislá na opiátech a BZD, dala revers po té, co si myslela, že jí partner opustil. Nebyl to ale její manžel a myslím, že hodně velkou roli také hrálo to bažení. Její motivace byla od počátku hospitalizace sporná.

T: Myslíte si, že jsou s tímto tématem spojena nějaká etická dilemata a předsudky? Případně jaká? Setkala jste se s tím někdy? (na koho se vlastně zaměřuji klient - rodič x dítě?, kdo bral drogy, už nikdy nemůže dostat dítě zpět, apod.)

R: Etickým dilematem může být potrat u těhotných závislých, podávání informací OSPOD o těhotné závislé ženě, podávání informací rodiči nezletilého závislého klienta kde je podezření na týrání ze strany rodiče,... Ty předsudky mohou pak být třeba, že závislé ženy nemohou být dobrými matkami, závislého je nejlepší zavřít do vězení, závislý se nesmí stýkat s dětmi, kdo je závislý už nedokáže abstinovat a už se neumí postarat o rodinu atd. Osobně jsem se s tím setkala častěji u rodinných příslušníků a laiků. Pracovníci soudu či OSPOD, se kterými jsem

jednala, dokázali vždy udržet profesionalitu a dávají závislým matkám či otcům s dětmi šanci - podmínkou je ale samozřejmě ta abstinence.

T: Myslíte si, že jsou klienti vzdělaní v této problematice? Mají aktuální informace? Pokud ne, proč ne? Co by se mělo zlepšit?

R: Myslím si, že klienti jsou v této problematice průměrně "vzdělaní". Řídí se "selským rozumem" a zkouší, na co všechno mají nárok a kde je jejich hranice. Při té příležitosti dostávají od profesionálů dost informací, kterým většinou porozumějí. Někdo má novější informace, někdo ne - je to tak 30% na 70%. I když mají aktuální informace, často si je u sociální pracovnice ověřují. Ta není vševědoucí, takže pak volá na různé instituce, organizace apod. a získané info pak předává zpět klientům. Co se týká aktuálnosti informací - někteří klienti jsou schopnější a zběhlejší ve zjišťování toho, na co mají právo a nárok, někteří ne. Záleží na osobnosti, míře a délce závislosti, věku, inteligenci, přidružených psychiatrických nemocí atd. Myslím si, že informace se v dnešní době sehnat dají, existuje poměrně dobrá síť občanských poraden, kam se mohou lidé obracet, pracovníci institucí jsou také mnohem vstřícnější. Záleží na každém klientovi, jak moc se snaží a jak moc chce abstinovat.

Rozhovor 7 – substituční centrum

T: Setkáváte se ve Vaší praxi s klienty, kteří řeší nějaké problémy v oblasti rodinného práva?

R: Jo, tak to mě napadá rozhodně v souvislosti s těma dětma, jinak vlastně co se týká rodinného práva, tam by spadaly asi i nějaké rozvody a takovéhle věci, že jo?

T: Jojo, například ten rozvod, určení rodičovství, klientky třeba řeší, jestli zapsat otce do rodného listu, apod.

R: Jasně, takže všechno ohledně těch dětí. Tak určitě jo, tam vlastně třeba, že otcové vlastně se třeba rozešli s těma partnerkami a teď zápasej o ty děti. To je u našich klientů určitě, maminky rozhodně jsou tady takový, který jakoby zase usilujou, aby jim dítě zůstalo v péči, buď protože měly nějaký potíže, nebo jsou pod velkým drobnohledem toho sociálního pracovníka, ale to se zas tak často nedostává k soudu. A no většinou je to fakt kolem těch dětí.

T: Takže hlavní okruh těch problémů je péče o děti a všechno, co s tím souvisí. A dalo by se říct, jestli to je často tyto problémy u vašich klientů?

R: No jako obecně nemáme tolik rodičů mezi klientama. Myslím si, že to není ani třetina klientů, my máme vlastně 70 lidí kapacitu a já nevím, jestli tohle se týká tak 10 lidí, který mají nějaký potíže, což je sedmina. A nic jinýho mě jako asi nenapadá, co by se vztahovalo do toho rodinného práva.

T: Třeba nějaká úprava výchovy, výživného na dítě, apod.

R: Jasně, pořád jakoby to samý, tak to určitě jo, takovýhle věci ano, ale mimo ty děcka mě teda nic nenapadá. Že by jako řešili právě ty rozvody.

T: Tak ono to není nějak často, že by naši klienti byli ženatí. Taky jsem se s tím setkala, ale spíše minimálně.

R: Jo, to spíše rozvedený.

T: A tyhle problémy zjišťujete jak?

R: Tak v rámci odebírání té anamnézy, tu první vlastně odebírá lékař, a když to tam ten klient v souvislosti zmíní, protože se ptáme i na děti, na stav a takovýhle věci...tak tu informaci přinese ten lékař a když ne, protože tam spíš jde spíš po těch infomacích medicínských a o té závislosti, tak obvykle na to pak natrefím já, která jako další sbírám anamnézu jakoby více sociální při těch konzultacích, které oni mají povinný. Tak při té první se vlastně znova odebírá ta anamnéza a tam většinou na to natrefíme. V případě, že se projevují v průběhu času, není to něco, s čím ten klient přichází, tak potom když to přinese on, tak se to řeší.

T: Jasně, takže buď v rámci odebírání té anamnézy, nebo s tím přijde sám, když se tyto problémy objeví v průběhu léčby. A jak s tím potom pracujete?

R: Tam je to teda tak, že my je odkazujeme na služby, který jsou k tomu určený, podle typu problémů. A eventuálně pak děláme ty facilitátory, že vlastně to vykomunikáváme, když je tam nějaký předsudek na straně toho úřadu, tak se snažíme nějak dělat prostředníka, samozřejmě pokud s tím ten klient souhlasí.

T: Jasně a se kterými službami nejčastěji komunikujete?

R: Asi je to fakt ten OSPOD, tím, že se to týká těch dětí. Když je to nějaký hodně problematický, hodně specifický, tak občas odkazujeme na služby, který nabízí SANANIM, který nabízí DROP – IN pro matky s dětma, který v tom mají větší praxi. Když se nám to nějak nedaří vykomunikovat, tak je odkážeme tam, ale to není často. A taky není často, že by

na to ty klienti přistoupili. Nebo ještě mě napadá Střep, ale to ani nevím, jestli ještě vůbec funguje.

T: Já myslím, že to ještě funguje. Jo, takže nějaká občanská sdružení. A napadá vás nějaká specifika v práci s těmito klienty?

R: No specifika, když se to týká těch dětí, tak určitě ty etický dilemata, kolem toho. Nakolik jaký informace pouštět ven, jaký informace jsou v zájmu dítěte a jaký v zájmu klienta. Taky když náš primární klient je ten dospělejší, tak to dítě je ale taky nutný zohledňovat, někdy je to prostě složitější. Ty klienti si třeba, nebo spíš teda ty maminky, podepíší souhlas s poskytováním informací tomu ospodu. My to teda děláme tak, že každou zprávu, kterou si ten ospod vyžádá, tak dáváme ještě přečíst tomu klientovi a podepsat, aby věděl jaký informace vlastně o něm odcházej. Ale občas tam je dilema, co tam napsat a co ne. Třeba tady v rámci metadonu pacienti nesmí užívat ani alkohol, který vlastně účinkuje s metadonem a to znamená, že ho testujem. A teď jako psát pozitivní výsledky do zprávy maminkám na alkohol nebo ne, protože když to dělám tak většinou ta sociální pracovnice vnímají jako obrovský drama. Tak jim vysvětluju, že je to spíš takovej vnitřní systém tady pro nás, protože, ale oni z toho hned udělaj jako že ty maminky strašně pijou a já říkám, že spousta maminek na mateřský pije, jenom je nikdo netestuje a je blbý tyhle mámy postihovat za tadyto. Takže tam já občas řeším, jestli tam tyhle věci psát nebo nepsat. U těch nelegálních látek, tak tam s tím ten problém nemám.

T: Jasně, tam se jedná spíš o ten alkohol. A napadá vás ještě nějaký etický dilema? Určitě tam je velké téma, na koho se vlastně soustředím, musím zohledňovat ten jeho zájem.

R: No občas se mi ještě děje takovýto, že já mám dojem, že to dítě není v pořádku úplně a nikdo se o to nezajímá. A zároveň mám dojem, že to nemůžu bejt já jako terapeut toho klienta kdo to bude někde oznamovat. I když to jako nedělám, tak to ale není tak, že bych s tím neměla problém. Protože přesně vidím, že s tím dítětem něco v pořádku není, je to třeba i blbě definovatelný, může to být třeba nějaké psychické týrání, když jsou pakty děti větší. Ale pak jako co se stane? Vždycky přemýšlím takhle dál a pak jako co s tím dítětem bude? Nemyslím si, že ústavní péče je lepší než prostě jakýkoliv rodič, téměř. Třeba to psychický týrání není v takový míře, tak takovýhle dilemata ještě určitě řeším.

T: A stalo se vám někdy, že jste už přemýšlela, že to nahlásíte, že by se vám zdálo, že to dítě opravdu není v pořádku?

R: V minulosti jo, já si ten případ teď úplně nevybavím, ale bavili jsme to tady v rámci týmu, nakolik je to žádoucí. Vím, že v minulosti něco takového bylo, ale fakt už si to nevybavím...jako rozhodně to není často. Díky bohu jenom tahle jedna zkušenost, jinak mě nic jiného nenapadá.

T: A nějaké předsudky ze strany pracovníků, rodiny klientů?

R: No jsou to ty úředníci, ale jsou ty zdravotníci. Možná se to k tomu úplně nevztahuje, ale rodila maminka, a tomu miminku dělali toxikologický vyšetření smolky, že jo a maminka tam měla THC a to bylo pak hrozný drama jako. A hrozně se to jako řešilo, maminka z toho má doteď újmu vlastně, já sem v tom zas tak velkou potíž neviděla, ale bavili jsme se o tom dlouze, sociální pracovnice dokonce přišla sem na tu konzultaci, což bylo skvělý jako, ale evidentně to pro ně byla velmi dramatická událost a na maminku se koukali skrz prsty. Takže zdravotníci, nebo, to se teda netýká toho vašeho problému, ale třeba i když mají ti klienti žloutenku, tak na to narážej u těch zdravotníků, matky když se někde zmíní, že jsou na metadonu, tak to radši nechtějí ani říkat. Takže ty zdravotníci a pak ty úředníci, ty ospody. Je pravda, že mám stále lepší a lepší zkušenost s těma ospodama. Že komunikují, ptají se a že to není tak, že by si to vyřeší po svém.

T: Jasně, že se snaží shánět i další informace.

R: Jo, ale někdy v rámci těch nestátních zařízení. Že třeba nějaký nestátní zařízení kam ta maminka chodí, tak když mi terapeut volá, že bychom měli slevit z terapeutických aktivit, tak to jako, to mi přijde jako nefér vlastně. To je jako kdybych já jim tam volala, že aby se neúčastnila nějaké terapie. To není předsudek ale spíš taková zkušenost.

T: Mě ještě napadá, co je vedlo k tomu testování?

R: To oni dělají u maminek, ono tam se vědělo, že ona je na metadonu.

T: Jo takhle.

R: Jo, takže oni tam tu informaci mají a u jakékoliv závislé matky to dělají. Tady to byla ještě vtipná příhoda v tom, že já sem tu maminku potkala, když šla rodit. A byla fakt veselá, vysmátá a volala na mě z dálky, že jde rodit. Tak jsem říkala, že takhle bych chtěla jít rodit taky. A pak samozřejmě tímhle se to dokreslilo, když volala ta sociální pracovnice a hrozným způsobem to dramatisovala. Tak jsem si říkala, že takhle by to teda šlo...takže oni to pak automaticky dělaj. Anebo třeba, a to zase teda není předsudek spíš taková formální potíž,

když naše maminky rodily v jedné nemocnici, kde už to teď není bohužel tak často, tak tam byl problém se zajištěním metadonu, tohle absolutně nefunguje. Ale to není předsudek, to je prostě jenom komplikace.

T: Hm a já myslela, že tahle nemocnice bere naše klientky.

R: To bývávalo, tam šlo o to, že tam byli dva lékaři, kteří se těm maminkám věnovali, a myslím, že oba už jsou pryč. No ale tohle troskotalo na formálních věcech, že jako nemocnice, oni mají nějakou zvláštní akreditaci nebo co, že nemocnice nesmí podávat léky, který neprošly jejich lékárnou, což jako chápu, ale jejich lékárník blokuje metadon, že ho nebude prostě objednávat. Takže jsme ho tam vlastně museli zajišťovat jinak. Samozřejmě tím, že to bylo komplikovaný, tak maminky měly černej puntík od toho zdravotnického personálu, že jim komplikuje situaci. Ale je to teda většinou ze strany toho středního zdravotnického personálu, ty lékaři míň teda. Ono už se teda neříká střední, ale ty sestřičky těm maminkám dávají dost vyžrat na těch porodnicích nebo na těch neonatologiích, jako dávají najevo, že nejsou dost dobrý mámy. Takže to trauma ještě prohlubují.

T: Jo s tím jsem se setkala, že nějaké předsudky ze strany sestřiček jsou. Že si ještě přisadí. A kdybychom se podívali na motivaci těch klientů? Při vstupu do léčby?

R: Ty děti tam občas tu roli hrajou, ale není to častý. Občas jakoby, no buď ty mámy přicházejí když jsou těhotný, že jim je doporučená substituce, tak to je sice docela dobrý, ale naše zkušenost je taková, že já to neumím říct v procentech, ale čekala bych větší procento maminek, který se srovnaj v tý substituci. Ale bohužel ty co nastupujou už jako těhotný, tak to úplně jako ne. Že nám často vypadnou, do porodu je tady necháme, ale prostě užívají dál. Když nám pak otěhotněj na metadonu, tak je to dobrý, ale ty co nastupujou jako motivace, že jim to někdo doporučil, že substituce bude lepší než herák z ulice, což jako jednoznačně, tak to prostě stejně nedají.

T: A myslíte si, že je to dané tou zátěží těhotenství nebo obecně tím, že se léčit nechtějí?

R: Tak ty těhotenství jsou neplánovaný, často jsou důvodem i jako partneři, když ta maminka přichází takhle na poslední chvíli. Ty partneři k léčbě obecně moc motivovaný nejsou, a když prostě ten partner bere a ona brát nemá...to je takový nejčastější. No a teď tady máme jednu maminku, které hrozilo odebrání dítěte, tak ta k nám nastoupila a to je moc hezký příklad, tam jsme šanci moc nedávali, protože ona i hodně užívala alkohol a fakt to nevypadlo dobře. Tak jsme si ale říkali, že to zkusíme a fakt se spravila, jedna toxikologie byla pozitivní na ten

alkohol, a to je tady třeba půl roku, z tý máme jako velkou radost. Ta motivace tam byla vlastně tím dítětem, my jí dali šanci a ona ji takhle využila. Tak doufáme, že takhle bude i pokračovat. Ale jinak mě nikdo nenapadá, že bychom tady měli někoho s takovouhle motivací... samozřejmě často tlačí rodina... ale to se netýká rodinného práva.

T: Tak to je hezký, že takhle využila té šance. Někdo může naopak vypadnout pod tlakem těchto problémů, nemusí být ta klientka ani přesvědčená o tom, co chce...

R: Jo, a ono každému ten metadon působí jinak, často trvá, než se ta dávka vytitruje, tak třeba to těm maminkám nestačí, tohle odbourat nebejvá snadný. A pak ještě závislost na jehle. Ale je to kolikrát zvláštní, co se sebou ty mámy dokážou dělat, když nosej to dítě. Na to si člověk nezvykne, i když to zná a chápe to, je to závislost, tak no pořád je to takový náročný.

T: Myslíte i osobně pro vás?

R: Jo, ale i obecně pro personál, v tom týmu pak jakoby podpořit to, aby ta máma setrvala do toho porodu, že je to pro ni bezpečnější, i když užívá, zároveň to na sebe přijímáme my, když užívá nějaký jiný látky kromě metadonu, tak tam jsou komplikace. A je to složitý, uhájit a shodnout se na tom všichni, není to tak, že jeden řekne vedoucí nebo doktor, že takhle to bude, tak to není, musíme se dohodnout, a občas to vykomunikovat není snadný, když ty mámy takhle zlobí.

T: A ještě tedy poslední otázka, myslíte si, že klienti jsou „vzdělaní“ v otázce rodinného práva? Vědí kam se obrátit?

R: Ne, ale oni tak obecně nevědí, jak tyhle věci chodí, já říkám, že když my jsme získávali ty zkušenosti, tak oni fetovali v průběhu toho života. Oni je nesbírali, takže často nevědí ani jak si zařídit kartičku pojišťovny, natož vyběhat na ospodu něco, nebo nějaké dávky, v tomhle vzdělaní nejsou... Tak ty informace sbírají mezi sebou, ale tohle je spíš takový okrajový téma.