



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Gabriela Filipová

Ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické –

ukládání a výkon ústavního a ambulantního léčení

Compulsory drug and alcohol treatment –

imposition and execution of residential and outpatient treatment

Bakalářská práce

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

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. 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. 4. 2023.

GABRIELA FILIPOVÁ

Identifikační záznam:

FILIPOVÁ, Gabriela. *Ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické – ukládání a výkon ústavního a ambulantního léčení* [Compulsory drug and alcohol treatment – imposition and execution of residential and outpatient treatment. Praha, 2022. 53 stran, 3 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především své vedoucí práce, paní Mgr. Haně Fidesové, Ph.D. za odborné vedení a ochotu při vedení práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se na výzkumu podíleli.

ABSTRAKT

Východiska: Bakalářská práce zpracovává téma ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického z hlediska ukládání a výkonu ústavního a ambulantního léčení. Ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické je jedním z ochranných opatření, které může být pachateli uloženo v případě, že spáchal trestný čin pod vlivem nebo v souvislosti s užíváním alkoholu či jiné návykové látky.

Cíle: Cílem této práce je zmapovat průběh nařízeného ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického v rámci ústavní a ambulantní formy, za jakých okolností a po jakém časovém období dochází ke změně formy výkonu ochranného léčení, případně jiným změnám, které zákon umožňuje. V neposlední řadě je zjišťován postoj odborných pracovníků k tomuto soudem uloženému opatření.

Metody: K řešení byl zvolen kvalitativní výzkum, s pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů. Přepisem rozhovoru byly deskriptivní metodou získány výsledky. Konečná velikost výzkumného souboru je šest respondentů. Informace získané polostrukturovaným rozhovorem byly nejprve zaznamenány na diktafon v mobilním zařízení a poté převedeny z mluveného slova do textové podoby doslovným přepisem. V rámci metody analýzy dat byla použita metoda zachycení vzorců.

Výsledky: Výsledky ukazují nejednotně realizovaný výkon ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického v rámci jednotlivých zařízení. V rámci ústavní formy ochranného léčení jsou rozdíly patrné zejména v podmínkách výkonu a v délce trvání ochranného léčení. Nejednotnost se projevila i v ukončování či přeměně na jinou formu ochranného léčení nebo jiné ochranné opatření. Z řad odborníků jsou dle jejich slov nedostatky v nedostatečné či problematické komunikaci se soudy, s tím související delší čekací lhůty na rozhodnutí soudu, problematika soudně znaleckých posudků, indikace pacientů k ochrannému léčení a celková neaktuálnost tohoto opatření pro dnešní typ klientely. Ochranné léčení ambulantní formy vykazuje podobný průběh, zde je ovšem pro odborníka časově náročnější komunikace se soudy a dalšími zařízeními jako Probační a mediační službou, přičemž tyto úkony nejsou zohledněny v následném hrazení péče.

Závěr: Zmapování průběhu ochranného léčení v ústavní formě poukázalo na jeho nejednotné provádění a rozdílnou praxi. Z výsledků také vyplývají spíše negativně laděné postoje a názory odborníků k tomuto ochrannému opatření. Ambulantní forma ochranného léčení má také svá specifika a úskalí, zejména kvůli časově krátkému kontaktu s pacientem pro zhodnocení jeho bezpečnosti či nebezpečnosti pro společnost.

Klíčová slova: ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické, ústavní léčení, ambulantní léčení, trestněprávní sankce

ABSTRACT

Background: The bachelor thesis deals with the topic of compulsory treatment of alcohol and drug addiction in terms of the imposition and performance of residential and outpatient treatment. Alcohol and anti-toxicomania compulsory treatment is one of the protective measures that can be imposed on an offender if he/she has committed a crime under the influence of or in connection with the use of alcohol or another addictive substance.

Objective: The aim of this thesis is to map the course of the compulsory drug and alcohol treatment within the residential and outpatient form, under what circumstances and after what period of time is the form of compulsory treatment changed, or other changes that the law allows. Lastly, the attitude of the professional staff towards this court-imposed measure is examined.

Methods: By transcribing the interview, the results were obtained by descriptive method. The final size of the research sample is six respondents. The information obtained from the semi-structured interview was first recorded on a dictaphone in a mobile device and then converted from spoken word to text form by verbatim transcription. A pattern capture method was used as part of the data analysis method.

Results: The results show the varying performance of compulsory treatment for alcohol and drug addiction within each facility. Within the residential form of compulsory treatment, differences are particularly evident in the conditions of performance and the duration of compulsory treatment. Inconsistency is also evident in the termination or conversion to another form of compulsory treatment or other protective measure. According to the experts, there are shortcomings in the lack of or problematic communication with the courts, the related longer waiting periods for court decisions, the issue of forensic expertise, the indication of patients for compulsory treatment and the overall irrelevance of this measure for today's type of clientele. Compulsory treatment in outpatient form has a similar course, but it is more time-consuming for the professional to communicate with the courts and other institutions such as the Probation and Mediation Service, and these actions are not reflected in the subsequent reimbursement of care.

Conclusions: The mapping of the course of compulsory treatment in institutional form has highlighted inconsistent implementation and divergent practice. The results also show rather negative attitudes and opinions of professionals towards this protective measure.

Keywords: compulsory drug and alcohol treatment, residential treatment, outpatient treatment, criminal sanctions

Obsah

1	Úvod	1
2	Teoretická část	2
2.1.	Ochranná opatření	2
2.2.	Trestněprávní systém a ochranná opatření v Německu.....	3
2.3.	Právní úprava ochranného léčení v České republice.....	3
2.4.	Definice ochranného léčení	5
2.5.	Ukládání ochranného léčení – podmínky.....	6
2.5.1.	Fakultativní	6
2.5.2.	Obligatoční	7
2.5.3.	Efektivita ochranného léčení	8
2.6.	Druhy ochranného léčení	8
2.6.1.	Psychiatrické ochranné léčení.....	8
2.6.2.	Sexuologické ochranné léčení	9
2.6.3.	Protialkoholní a protitoxikomanické ochranné léčení	10
2.7.	Formy a výkon ochranného léčení	10
2.7.1.	Ochranné léčení v ústavní formě	12
2.7.2.	Ochranné léčení v ambulantní formě.....	12
2.8.	Ukončení ochranného léčení	13
2.9.	Současný stav ochranného léčení v České republice	15
3	Výzkumná část	17
3.1.	Cíl práce	17
3.2.	Metodologický rámec	17
3.3.	Popis výzkumného souboru	18
3.4.	Etické aspekty výzkumu.....	18
3.5.	Koncept polostrukturovaného rozhovoru.....	19
4	Analýza a interpretace dat	20
4.1.	První oddíl, demografické otázky	20
4.2.	Druhý oddíl, průběh ochranného léčení – ukládání a výkon.....	21
4.3.	Třetí oddíl, spolupráce se soudy.....	26
4.4.	Čtvrtý oddíl, názor respondentů na institut ochranného léčení.....	27
4.5.	Pohled z praxe ochranného léčení ve výkonu trestu odnětí svobody.....	31
5	Shrnutí výsledků výzkumu	33

6 Diskuse a závěr	35
Seznam použitých zdrojů	38
Seznam právních norem.....	40
Seznam zkratk	41
Seznam tabulek	42
Přílohy.....	43
Příloha č. 1	43
Příloha č. 2	45
Příloha č. 3	46

1 Úvod

Pro sepsání této práce jsem se rozhodla na základě zkušenosti s tímto typem ochranného opatření v rámci odborné praxe v psychiatrické nemocnici. Měla jsem tak možnost vidět, jak se k tomuto opatření staví sami pacienti i odborníci. Dalším důvodem pro sepsání této práce bylo navázat na předchozí bakalářské práce, které se zabývají ochranným léčením, a rozšířit je o problematiku ochranného léčení v ambulantní formě. V odborné společnosti je rozporuplný názor na tento institut. Snahou tedy bylo shromáždit poznatky od odborníků, kteří s pacienty s nařízeným ochranným léčením pracují.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. V první, teoretické části je vymezeno ochranné léčení v rámci právní úpravy. Nejprve je ochranné léčení popsáno v souvislosti s dalšími ochrannými opatřeními, poté samostatně, a to z hlediska podmínek pro ukládání, druhů ochranného léčení a forem pro výkon. Je zde zahrnuto také ukončení tohoto opatření. Součástí teoretické části je také současný stav ochranného léčení na našem území, a to z hlediska vykazování a dat o pacientech s nařízeným ochranným léčením. V této části je také informace o možném zapojení center duševního zdraví do péče o pacienty s nařízeným ochranným léčením v rámci ambulantní léčby.

Výzkumná část obsahuje nejprve cíl práce a výzkumné otázky, metodologický rámec, popis výzkumného souboru, etické aspekty výzkumu a koncept polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor a následná analýza má mimo jiné přiblížit průběh ochranného léčení v rámci jednotlivých zařízení, a také postoj odborníků zabývajících se ochranným léčením ve své běžné praxi. Do praktické části je zahrnut pohled z praxe ochranného léčení v rámci výkonu trestu odnětí svobody, který byl získán v rámci polostrukturovaného rozhovoru. Následuje diskuse a závěr.

2 Teoretická část

Bakalářská práce se zabývá tématem ochranného léčení jako jednou z trestněprávních sankcí. Jak je uvedeno v § 36 zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku v platném znění (dále jen „TZ“), trestními sankcemi jsou tresty a ochranná opatření. K ochraně společnosti před trestnými činy existují tedy kromě trestů ještě jiné prostředky – ochranná opatření. (Šámal, 2022)

2.1. Ochranná opatření

Šámal (2022) uvádí, že ochranná opatření spadají do samostatné kategorie trestněprávních sankcí a jsou výlučně preventivní povahy. Jejich výkon lze uložit nejenom osobám trestně odpovědným, ale i těm, kteří nejsou trestně odpovědní, ať už pro nepřičetnost nebo nedostatek věku.

Dle § 98 TZ odst. 1 ochrannými opatřeními jsou:

- ochranné léčení (§ 99 TZ)
- zabezpečovací detence (§ 100 TZ)
- zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty (§ 101 až § 104 TZ)
- ochranná výchova (§ 22, § 23 zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů – o soudnictví ve věcech mládeže).

Jednotlivé druhy těchto trestněprávních sankcí se od sebe liší svými zákonnými předpoklady, obsahem i způsobem jejich výkonu. Přes odlišnosti je spojuje konečný účel, a tím je ochrana společnosti před trestnými činy, popř. činy jinak trestnými, hrozícími v budoucnu ze strany některých osob. U ochranných opatření najdeme některé společné rysy s tresty. Ochranná opatření jsou stejně jako tresty opatřeními státního donucení, která mohou uložit na základně zákona pouze soudy. Jejich samotné ukládání probíhá v rámci trestního, případně civilního soudu. S tresty je dále shodná skutečnost, že osobě, které bylo uloženo ochranné opatření, vzniká určitá újma. Povaha újmy je podobná jako u trestu, spočívá v omezení občanských práv a svobod. S tresty mají ochranná opatření také společný konečný účel, a tím je ochrana společnosti. Zákon v této souvislosti umožňuje kombinaci trestu a ochranného opatření, pokud tak bude splněn sledovaný účel. Existují však rozdíly mezi těmito trestními sankcemi. Rozdílná je újma způsobena výkonem ochranného opatření, zatímco u trestů tvoří podstatnou stránku, u ochranných opatření je upřednostňována stránka terapeutická, výchovná a zabezpečovací. Kritériem, které určuje intenzitu ochranného léčení není závažnost ani povaha spáchaného trestného činu. Přihlíží se k potřebě léčení, výchovy nebo zneškodnění pachatele. K dosažení preventivních cílů nelze tolerovat zásah do práv pachatele, je však zapotřebí stanovit jeho přípustnou intenzitu. (Šámal, 2022)

„Vedle standardních zásad, pro které platí ukládání trestněprávních sankcí, akcentuje zákon ve svém §96 zásadu přiměřenosti tím, že požaduje, aby ochranné léčení bylo možno uložit jen v případě, že je přiměřené povaze a závažnosti pachatelem spáchaného činu a v budoucnu hrozícího nebezpečí ze strany pachatele. Stranou nezůstává ani

hodnocení osoby pachatele a jeho poměrů. Zásada adekvátnosti se promítá i do újmy, která nesmí být větší, než je nezbytné k dosažení účelu ochranných opatření.“ (Chmelík, 2016)

2.2. Trestněprávní systém a ochranná opatření v Německu

Škvain (2015) uvádí, že v německém trestním právu je charakteristická dlouhodobá stabilita pro systém trestních sankcí. Obdobně jako i u nás, a i dalších evropských státech, je systém trestních sankcí uveden v trestním zákoníku. Koncipován je jako dvojkolejný, kdy vedle trestů existují ochranná opatření. Východiskem tohoto dvojkolejného přístupu je to, že uložení samotného trestu nemůže vždy efektivně zajistit ochranu společnosti.

Druhy ochranných opatření:

- umístění do psychiatrické nemocnice
- umístění do ústavu pro odvykací léčbu
- umístění do zabezpečovací detence
- ochranný dohled
- odnětí řidičského průkazu
- zákaz výkonu povolání

Umístění do ústavu pro odvykací léčbu lze svou podstatou a obsahem do jisté míry srovnávat s ochranným léčením v České republice. Soud o uložení tohoto opatření rozhodne, jestliže se pachatel, který je náchylný k nadměrnému užívání alkoholu nebo jiných návykových látek, dopustil trestného činu nebo činu jinak trestného v souvislosti se zneužíváním těchto látek. Osoba musí být současně nebezpečná pro společnost a lze očekávat, že se páchání trestné činnosti dopustí znovu. Umístění do ústavu pro odvykací léčbu soud uloží pouze v případě, kdy je dostatečná vyhlídka na vyléčení pachatele nebo na zabránění recidivy z dlouhodobého hlediska. Pokud je toto opatření uloženo vedle trestu odnětí svobody, je vykonáváno před nástupem do výkonu trestu odnětí svobody. Odvykací léčbu může soud uložit na 2 roky.

2.3. Právní úprava ochranného léčení v České republice

Ochranné léčení je právně upraveno a zmíněno v několika právních předpisech, pro účel této práce jsem zmínila nejzásadnější.

Nejdůležitějším hmotným trestněprávním předpisem, ve kterém je ochranné léčení právně upraveno, je zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Zde jsou v § 99 stanoveny důvody uložení ochranného léčení, podmínky ukončení, přeměny ochranného léčení na zabezpečovací detenci. Procesní úpravu ochranného léčení obsahují § 351–353 zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním.

Právním předpisem, který se zabývá mladistvými a osobami mladšími patnácti let je zákon č. 218/2003 Sb., zákon o soudnictví ve věcech mládeže. V § 21 tohoto zákona je

ochranné léčení stanoveno jako jeden z možných druhů ochranného opatření, které lze mladistvému uložit.

Dále také zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve kterém je ochranné léčení upraveno v § 83–89 zejména z hlediska práv a povinností poskytovatelů zajišťujících ochranné léčení. Ochranné léčení je taktéž upraveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Ochranné léčení, jehož výkon je spojen s výkonem trestu odnětí svobody je právně upraven v zákoně č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a změně některých souvisejících zákonů.

Vyhláška ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy, upravuje v § 41 administrativní postupy po uložení ochranného léčení ústavního, § 42 ambulantního.

Administrativní postupy soudu po uložení ochranného léčení jsou upraveny v § 88–90 kancelářského řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy (instrukce ministerstva spravedlnosti č. 1/2002, novela – instrukce ministerstva spravedlnosti č. 2/2022). V rámci tohoto předpisu je v příloze č. 8 uveden přehled spádových území psychiatrických léčeben a zařízení a ústavů pro výkon zabezpečovací detence. Je zde uveden výčet zařízení poskytujících ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické. Součástí je také seznam věznic, které poskytují ochranné léčení. Protialkoholní léčení poskytuje Věznice Heřmanice, protialkoholní a protitoxikomanické léčení zajišťuje Věznice a ústav pro výkon zabezpečovací detence Opava a Věznice Rýnovice, Věznice Znojmo poskytují ochranné léčení protitoxikomanické.

Od 1. 1. 2018 se osoby vykonávající ochranné léčení zařadily do výčtu zákona o veřejném zdravotním pojištění, konkrétně tedy do § 7 odst. 1 písm. h) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dle výše uvedeného paragrafu je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení. Jak uvádí předchozí ombudsmanka, dříve, než tomu tak bylo, se osoby s nařízeným ochranným léčením dostávaly do situací, kdy jim vznikal dluh i s penále, což jim mohlo značně zkomplikovat život. (Deník.cz, 2016)

Podle ombudsmana by měly podmínky pro ochranné léčení zakotvit v samostatný zákon. Dle jeho slov nejsou stanoveny podmínky, které má poskytovatel ochranného léčení splňovat. Dále nejsou komplexně upraveny práva a povinnosti pacienta, některé zásahy do práv pacientů, k nimž dochází, nemají právní podklad. Nejasnosti spatřuje ve využívání kamer nebo mříží, v tom, že není dané, zda pacient může používat své věci včetně oblečení, nebo mobilního telefonu. Současně spatřuje komplikaci s přemístěním pacientů, s čímž právní předpisy nepočítají a přemístění je tak odkázáno na neformální postup a na vstřícnost nemocnic a soudů. Ombudsman dále doporučuje omezení možnosti měnit ochranné léčení na zabezpečovací detenci, případně i přímé ukládání zabezpečovací detence soudy. Argumentuje tím, že zabezpečovací detenci jinak nebude možné považovat za mimořádný institut a kapacity pro výkon tohoto opatření budou muset být navyšovány, což tedy

neúměrně zatíží jak státní rozpočet, tak činnost Vězeňské služby. (Advokátní online deník, 2020)

2.4. Definice ochranného léčení

Ochranné léčení ukládá soud dle § 99 TZ pachateli trestného činu, který spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti, který si tento stav, ani z nedbalosti, nepřivodil vlivem návykové látky a kdy vzhledem k zdravotnímu stavu pachatele by uložení ochranného léčení mohlo dosáhnout nápravy pachatele. Pokud má soud za to, že by současným uložení ochranného léčení mohlo dojít k nápravě pachatele i trestem kratšího trvání, snižuje trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby (§ 40 odst.2 TZ). Dále soud ukládá ochranné léčení za současného upuštění od potrestání, pokud pachatel spáchal zločin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou a soud má za to, že ochranné léčení zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest. Netýká se to však pachatele, který si stav zmenšené přičetnosti, ani z nedbalosti, nezpůsobil vlivem návykové látky. (§ 47 odst. 1 TZ).

Ochranné léčení může soud uložit i tehdy, pokud pachatel spáchal trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Dále také pachateli, který zneužívá návykovou látku a trestný čin spáchal pod vlivem této látky nebo v souvislosti s jejím užíváním. V tomto případě se však od uložení ochranného léčení upustí, pokud je vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že účelu ochranného léčení nelze dosáhnout. Ochranné léčení trvá do té doby, dokud to vyžaduje účel. Ústavní ochranné léčení je ohraničeno standardní délkou trvání 2 roky. Délka trvání ochranného léčení se může lišit, pokud po uplynutí této doby nedojde k ukončení léčby, rozhodne soud ještě před skončením této doby o jejím prodloužení. Ochranné léčení může být prodlužováno i opakovaně, vždy však nejdéle o 2 léta. Pokud nedojde k prodloužení, musí soud rozhodnout o propuštění z ochranného léčení nebo o změně ústavního léčení na ambulantní. Co se týče ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického, to může být předčasně ukončeno, pokud se během výkonu zjistí, že účelu nelze dosáhnout. Vzhledem k tomu, že v takovém případě existuje nebezpečí, že pachatel bude trestnou činnost opakovat nebo bude páchat další trestnou činnost, soud v rozhodnutí o propuštění uloží odsouzenému dohled nad jeho chováním, a to na dobu až 5 let. (Šámal, 2022)

„Ochranné léčení lze označit za tradiční institut českého trestního práva, jeho úpravu obsahoval již trestní zákon č. 86/1950 Sb., který jej vyhrazoval pachatelům trestně neodpovědným z důvodu nepřičetnosti, příp. pachatelům, oddávajícím se nadměrnému požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků, kteří se trestného činu dopustili v opilosti nebo v jiném podobném opojení.“ (Blatníková & Zeman, 2019a)

V rámci studie, která se zabývala ochranným léčením probíhajícím v letech 2018–2020 bylo zjištěno, že celostátní průměrná ošetřovací doba u ústavní formy ochranného léčení je 2,6 roku. Mezi jednotlivými nemocnicemi byly zjištěny značné rozdíly a ošetřovací doba se tak pohybovala v rozmezí od několika měsíců po 6 let. Diagnózu z okruhu F10–

F19, tedy poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek, mělo v rámci studie 16 % pacientů. V mezinárodním srovnání se jedná o nižší průměr, co se týče ošetrovací doby v rámci evropských zemí. (Páv, Vňuková, Papežová & Toman, 2022)

Na Ministerstvu spravedlnosti vznikla mezirezortní Pracovní skupina pro problematiku ochranného léčení, jako reakce na problémy spojené s výkonem ochranného léčení, se nimiž se justice v praxi potýká. Česká justice požaduje vzhledem k přetrvávajícím problémům přijetí určitých opatření, případně legislativní změny, a to zejména kvůli tomu, aby v praxi nedocházelo k maření tohoto ochranného opatření. Jedním z problémů, který je v rámci této pracovní skupiny řešen je to, že některé psychiatrické nemocnice i opakovaně odmítají přijímat pacienty s nařízeným protialkoholním a protitoxikomanickým léčením v ústavní formě. Další „překážkou“ je vytváření tzv. pořadníku, podle kterého může být osoba s nařízeným ochranným léčením přijata do samotného výkonu ochranného léčení i s odstupem několika let poté, co jí bylo ochranné léčení soudem pravomocně uloženo, případně poté, co vykonala nepodmíněný trest odnětí svobody. Důvodem ze strany psychiatrických nemocnic bývá, jak vychází z uvedeného konkrétního případu z praxe, překročení únosného pracovního zatížení. Odmítnutí pacienta z důvodu překročení únosného pracovního zatížení je uvedeno v § 84 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Pro Ministerstvo spravedlnosti a justici je takováto praxe objektivně nepřijatelná. U zvláště rizikových pacientů je třeba zahájit výkon ochranného léčení co nejdříve, pokud tomu tak není, může docházet k opětovnému protiprávnímu jednání, ať už pod vlivem duševní choroby nebo závislosti na omamných a psychotropních látkách. Na nepříznivou situaci a nutnost jejího řešení upozorňovalo Ministerstvo spravedlnosti zřizovatele psychiatrických nemocnic Ministerstvo zdravotnictví již opakovaně. Zaměřilo se nejen na aktuální problémy spojené s výkonem ochranného léčení, hledání dlouhodobých řešení v rámci probíhající reformy psychiatrické péče, ale i na krátkodobá řešení této problematiky. (Advokátní online deník, 2020)

2.5. Ukládání ochranného léčení – podmínky

2.5.1. Fakultativní

Ochranné léčení může soud uložit:

„pachateli, který zneužívá návykovou látku, může soud podle § 99 odst. 2 písm. b) nařídít ochranné léčení fakultativně, pokud spáchal trestný čin:

- a) buď pod vlivem návykové látky (např. i spáchání trestného činu ohrožení pod vlivem návykové látky § 274),*
- b) nebo v souvislosti s jejím zneužíváním (např. trestný čin krádeže spáchaný za účelem opatření narkotik).*

Stav způsobený vlivem návykové látky se nemusí rovnat stavu nepřičetnosti. Zneužívání návykové látky ovšem musí být trvalého rázu, nestačí tedy např. ojedinělá opilost.

Podle judikatury tu nestačí ani pouhé zjištění sklonů k požívání alkoholu, nýbrž musí jít o takové požívání, které má povahu chorobného návyku. Ochranné léčení je možno uložit jen po předchozím vyjádření znalce nebo protialkoholní poradny. Ochranné protialkoholní nebo protitoxikomanické léčení se však neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nejde dosáhnout [§ 99 odst. 2 písm. b)]. Tak tomu bude zejména v případech, kdy pachatel si neuvědomuje potřebu léčení, nemá zájem na jeho kladném výsledku a vzhledem k jeho osobě je zřejmé, že ke změně jeho odmítavého postoje nemůže dojít ani v průběhu léčení.“ (Šámal, 2022)

Podle MKN–10 je syndrom závislosti soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů vyvíjející se po opakovaném užití látky, a který typicky zahrnuje následující projevy. Jedná se o silnou touhu užívat látku, potíže v kontrole užívání látky, somatický odvykací stav, průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků. Pro stanovení diagnózy závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Syndrom závislosti může být jednak pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

2.5.2. Obligatorní

Jedná se o situace, kdy soud pachateli vždy uloží ochranné léčení. Obligatorní ochranné léčení nařídí soud dle § 99 odst. 1) TZ osobě, která není podle § 26 TZ pro nepřičetnost trestně odpovědná a zároveň jsou splněny následující podmínky:

- a) jedná se o pachatele činu jinak trestného,
- b) jeho pobyt na svobodě je nebezpečný.

Pachateli, který spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti, soud ochranné léčení ukládá podle § 99 odst. 1) ve spojení s § 40 odst. 2) TZ, jestliže má za to, že by vzhledem k zdravotnímu stavu zmenšené přičetnosti pachatele bylo možno za současného uložení ochranného léčení dosáhnout účelu trestu zároveň i trestem kratšího trvání. V takovém případě soud sníží trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby.

Obligatorně soud ukládá ochranné léčení také v případě, kdy pachatel spáchal trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou a ochranné léčení by podle § 47 odst. 1) TZ zajistilo nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest. Ochranné léčení za současného upuštění od potrestání je možné uložit pachateli, pokud duševní porucha nebyla způsobena, byť i z nedbalosti, vlivem návykové látky.

Argumentem pro nedobrovolnou léčbu je například to, že někteří těžce závislí nepřestanou užívat alkohol a ani jiné drogy, ačkoliv jsou ohroženi vážnou újmou, ať už vůči sobě nebo jiným. Pod vlivem alkoholu nejsou schopni činit informovaná rozhodnutí o svém vlastním zdraví nebo bezpečnosti. Zastánci ochranných léčeb argumentují tím, že ztráta svobody je odůvodněna okamžitým snížením rizika vážné újmy, které povinná léčba poskytuje těžce závislým jedincům. Z dlouhodobějšího hlediska se jejich zdravotní stav

může podstatně zlepšit a jejich samostatnost bude opět obnovena, pokud se budou moci úspěšně zapojit do rehabilitace. (McCormack RP, Williams A, Goldfrank L, Caplan A, Ross S & Rotrosen J., 2013)

Ve Švédsku byla provedena studie zabývající se povinnou léčbou u osob se závažnými poruchami v souvislosti s užíváním návykových látek a alkoholem. Studie byla zaměřena i na úmrtnost související s alkoholem a dalšími návykovými látkami. Tato studie použila sedmnáctileté údaje švédského registru (2003–2019) pro 25 125 dospělých osob, u nichž byla posouzena závažnost užívání látek, aby identifikovala základní faktory předpovídající riziko soudního příkazu k povinné léčbě a zkoumala souvislost mezi přijetím do povinné léčby a rizikem úmrtnosti v důsledku příčin souvisejících s alkoholem nebo drogami. Ze závěru studie vyplývá, že i když je povinná léčba často prosazována jako život zachraňující zásah, zjištění studie neposkytují tomuto tvrzení silnou podporu. Studie naopak ukazuje, že přijetí do povinné léčby je spojeno s vyšším rizikem úmrtnosti související s užíváním látek. Faktory, jako je povinná léčba, která často nezahrnuje žádnou lékařskou nebo psychologickou terapii, spolu s relapsem a předávkováním po propuštění, mohou být možnými faktory přispívajícími k těmto nálezům. (Scarpa, S., Grahn, R., & Lundgren, L. M., 2023)

2.5.3. Efektivita ochranného léčení

Pro účinné ochranné léčení, jak vychází z reálných zkušeností zejména u toxikomanů a alkoholiků, je důležitou složkou motivace léčené osoby k pozitivní změně a její aktivní přístup k léčení. Na postoj odsouzeného k výkonu ochranného léčení před nástupem výkonu trestu odnětí svobody nebo v jeho průběhu je brán ohled při rozhodování o podmíněném propuštění odsouzeného. Zdrojem motivace je i zahlazení odsouzení v případě úspěšného absolvování ochranného léčení. K opakovanému ukládání ochranného léčení by mělo docházet výjimečně, pouze u delikventů, u kterých měla předchozí léčba dlouhodobější efekt. (Šámal, 2022)

2.6. Druhy ochranného léčení

2.6.1. Psychiatrické ochranné léčení

Ochranné léčení psychiatrické soud ukládá pachateli, který trpí duševní poruchou a spáchal trestný čin pod vlivem duševní poruchy. Duševní poruchou se dle § 123 TZ rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka. Ochranné léčení psychiatrické se dále ukládá pachateli, který čin spáchal ve stavu zmenšené přičetnosti, nebo spáchal čin jinak trestný ve stavu nepřičetnosti.

Léčba je vykonávána v rámci psychiatrických oddělení zdravotnických zařízení, ve specializovaném oddělení věznice, v psychiatrických ambulancích. Využívané metody léčby jsou u pacientů rozdílné, vzhledem k jednotlivým potřebám pacientů. Popsat tedy

jednotný postup, který je u osob s uloženým psychiatrickým léčením využíván, není možné. Všechny využívané metody se však snaží zmírnit, překlenout nebo zbavit pacienta nebezpečných příznaků duševního onemocnění. Klíčovou roli zde má farmakoterapie, psychoterapie a pracovní terapie. (Drnová, 2014)

2.6.2. Sexuologické ochranné léčení

Hlavním kritériem, které odlišuje sexuální delikty od nesexuálních, je v přítomnosti sexuální motivace. Pácháním tohoto deliktu dochází k ukájení sexuálního pudu a to formami, které nejsou společností tolerovány. Sexuologické ochranné léčení je ukládáno osobám, které se dopustili tzv. sexuálně motivovaného trestného činu nebo činu jinak trestného. Výše zmíněných deliktů se dopouštějí osoby, které trpí poruchou sexuální preference. Od nich je nutné odlišovat delikventy, kteří se dopustili sexuálního deliktu v rámci jiné (většinou osobnostní) patologie a jejich motivace ke spáchání deliktu tedy není sexuální. (Blatníková, 2010)

V rámci rozhodování o uložení ochranného léčení sexuologického je třeba zvážit nebezpečnost sexuálního delikventa pro společnost. Posuzuje se nebezpečnost v důsledku poruchy sexuální preference a způsoblost jedince docházet do ambulantní formy ochranného léčení. Jestliže si pachatel nepřipouští poruchu sexuální preference a je zřejmé, že nebude ochotný v rámci ambulantní léčby spolupracovat, je ochranné léčení uloženo ústavní formou, ačkoliv by charakter vlastní poruchy sexuální preference umožňoval formu ambulantní.

Při rozhodování o uložení ochranného léčení a formě léčby mohou napomoci kritéria nebezpečnosti sexuálního delikventa:

- přítomnost poruchy sexuální preference
- věk do 35 let s výjimkou pedofilů, kteří jsou nebezpeční doživotně
- chybějící nebo špatně fungující partnerský vztah
- již jeden nebo více sexuálních deliktů v anamnéze
- mentální defekt
- přítomnost disociální poruchy osobnosti nebo smíšené poruchy osobnosti s disociálními rysy
- soustavné nadměrné užívání alkoholu (zneužívání jiných návykových psychoaktivních látek se u sexuálních deliktů často neuplatňuje).

Pokud jsou splněna dvě nebo více z výše uvedených kritérií, je potom velmi obtížné provádět ochranné léčení sexuologické ambulantním způsobem a je na zvážení uložení ochranného léčení sexuologického ústavní formou. (Pavlovský, 2012)

2.6.3. Protialkoholní a protitoxikomanické ochranné léčení

Protialkoholní a protitoxikomanické ochranné léčení je uloženo pachateli, který spáchal trestný čin pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním (§ 99 odst. 2 písm. b) TZ).

V odborné literatuře se stále objevují názory, že nucená léčba není efektivní a účinná. Kalina (2000) uvádí, že jak prokázala řada výzkumných studií, samotný fakt, zdali je léčba nucená nebo dobrovolná, nemá na úspěšnost léčby vliv. Na úspěšnost mají vliv tyto faktory: poradenství před nástupem do léčby, práce s motivací klienta, individualizovaný přístup ke klientovi, volba vhodného druhu léčby a podpora zapojení klienta do léčby. Opačnou zkušenost v rámci motivace uvádí Vondráčková (2006), kdy popisuje pacienty, kteří mají k léčbě velký odpor z toho důvodu, že si tuto možnost sami nevybrali a jsou k léčení závislosti donuceni soudem, a ne na základě vlastního rozhodnutí.

„Cílem ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického je především motivace pacientů k rozhodnutí přestat s užíváním psychoaktivní látky, které jim způsobuje problémy, a s tím i k související změně životního stylu. Úspěšným OL tedy není vyléčení, ale častěji motivace k dobrovolné návazné léčbě v ambulanci, případně v některém k tomu určeném zařízení.“ (Vondráčková, 2006)

Ochranné léčení pro dospělé osoby s poruchami způsobenými užíváním návykových látek (závislostí nebo zneužívání či škodlivým užíváním alkoholu) nebo problémy se zneužíváním (problémové užívání návykových látek, tj. užívání související se zdravotními, emocionálními, sociálními nebo právními problémy, ať už splňují diagnostická kritéria poruch způsobených užíváním návykových látek, nebo ne) je celosvětově poměrně běžnou legislativní možností. Osoby, kterých se to týká, jsou ze zákona povinně umístěny do léčby a nemají zákonnou možnost volby, zda souhlasí se vstupem, případně s ukončením programu péče, či nikoli. (Israelsson, M., Nordlöf, K., & Gerdner, A. (2015)

2.7. Formy a výkon ochranného léčení

Jak uvádí Chmelík (2016) ochranné léčení soud ukládá ve formě ústavní nebo ambulantní. Zda se bude jednat o ústavní nebo ambulantní formu vychází z povahy nemoci a úrovně léčebných možností. Formu ochranného léčení může soud dodatečně změnit a při splnění zákonných podmínek je připuštěna také modifikace ochranného léčení na zabezpečovací detenci. Zákon stanovuje rámcová pravidla pro souběh výkonu trestu odnětí svobody a ochranného léčení, a to tak, že ochranné léčení se vykonává obvykle po nástupu do věznice. Tento způsob je považován za lépe vyhovující, neboť plní roli izolační, odvykací i léčebnou zároveň. Pokud ale nelze obě sankce realizovat současně, je upřednostňováno ústavní ochranné léčení ve zdravotnickém zařízení před nástupem trestu odnětí svobody, jestliže se má za to, že tím bude účel léčby lépe naplněn (příkladem může být drogová závislost). Pokud je však jasné, že předchozí ochranné léčení nepovede k úspěchu, je vhodnější nařídit jeho výkon až po ukončení trestu odnětí svobody. Náplň ochranného léčení vykonávaného po výkonu trestu odnětí svobody je směřována k tomu, aby po jeho absolvování byl pachatel připraven na návrat do běžného života bez zásadnějších problémů

a komplikací. Ambulantní ochranné léčení je možné vykonávat souběžně s výkonem trestu odnětí svobody ve věznici. Pokud však nejsou pro takové řešení vytvořeny podmínky, dojde k jeho realizaci až po výkonu trestu odnětí svobody.

Dle § 99 odst. 5 TZ může být forma ochranného léčení v průběhu výkonu změněna. Ochranné léčení ústavní tak může být změněno na ambulantní a naopak. „*Ústavní ochranné léčení může soud změnit za podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 TZ na zabezpečovací detenci. Bez těchto podmínek může soud změnit ústavní ochranné léčení na zabezpečovací detenci, jestliže uložené a vykonávané ochranné léčení neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejména v případě, že pachatel utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům zdravotnického zařízení nebo jiným osobám ve výkonu ochranného léčení nebo opakovaně odmítl vyšetřovací nebo léčebné metody.*“ (§ 99 odst. 5 TZ). Důvodem přeměny nebo ukončení v případě ochranného léčení protialkoholního nebo protitoxikomanického může být podle § 99 odst. 6 TZ pro neúčelnost.

O změně způsobu výkonu ochranného léčení rozhoduje ve veřejném zasedání okresní soud, v jehož obvodu je zdravotnické zařízení, kde je ochranné léčení vykonáváno. Soud rozhoduje o změně způsobu výkonu na základě návrhu zdravotnického zařízení, státního zástupce, nebo osoby, které se ochranné léčení týká. Soud může rozhodovat i bez návrhu (§ 351a odst. 1 zákona č. 141/1961 Sb., trestního řádu v platném znění (dále jen „TŘ“).

Pokud se jedná o řízení, ve kterém se rozhoduje o uložení nebo změně zabezpečovací detence nebo o uložení nebo změně ochranného léčení, musí mít podle § 36 odst. 4 písm. b) TŘ obviněný svého obhájce. Výjimkou je zde ochranné léčení protialkoholní. Dále musí mít pacient obhájce, pokud je jeho způsobilost k právním úkonům omezena nebo jestliže jsou pochybnosti o jeho způsobilosti náležitě se hájit.

„*Výkon ochranného léčení nařídí předseda senátu zdravotnickému zařízení, v němž má být ochranné léčení vykonáno. Jestliže však ochranné léčení bylo uloženo vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody a ve věznici jsou k výkonu takového léčení dány podmínky, může předseda senátu nařídit, aby ochranné léčení bylo vykonáváno během výkonu trestu odnětí svobody. Spolu s nařízením výkonu ochranného léčení zašle předseda senátu i opis rozhodnutí, kterým bylo ochranné léčení uloženo, a znalecký posudek, opis protokolu o výsledku znalce nebo opis lékařské zprávy o zdravotním stavu osoby, které bylo uloženo ochranné léčení, pokud byly v průběhu trestního řízení opatřeny.*“ (§ 351 TŘ)

Při výkonu ochranného léčení dochází podle § 83 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb. jen k takovému omezení lidských práv, a v takové míře, která je nezbytná pro splnění účelu ochranného léčení. Poskytovatel zajišťující ochranné léčení formou lůžkové péče mimo výkon trestu odnětí svobody může: „*výjimečně zakázat konkrétní návštěvu u pacienta, použití telefonu pacientem, předávání korespondence, jestliže je důvodné podezření, že by závažným způsobem narušovaly individuální léčebný postup; z toho důvodu může rovněž kontrolovat balíky pacienta.*“ (§ 85 odst. 1 písm. a) zákona č. 373/2011 Sb.)

2.7.1. Ochranné léčení v ústavní formě

Švarc (2018) uvádí, že ochranné léčení se pachateli ukládá rozhodnutím (tj. rozsudkem nebo usnesením) a poskytovateli zdravotní péče se nařizuje nařízením (proti kterému není přípustný opravný prostředek). Výkon ochranného léčení ústavního nařídí soud nemocnici, která je „spádová“ dle přílohy 8 vnitřního a kancelářského řádu pro soudy.

Dle § 353 TR k nařízení ochranného léčení soud připojí znalecký posudek, a podle § 41 odst. 1 jednacího řádu soudů i opis rozhodnutí, kterým bylo ochranné léčení uloženo, tzn. rozsudek nebo usnesení (jde o tzv. veřejné listiny, nikoliv zdravotnickou dokumentaci). V nemocnici zaevidují pacienta s ochranným léčením ústavním do svého informačního systému, aby bylo každému zaměstnanci nemocnice při styku s tímto pacientem zjevné, že má nařízeno ochranné léčení a musí tedy být přijat.

Poskytovatel zpravidla sděluje soudům, že odsouzený může nastoupit kdykoliv v termínu určeném soudem. Poskytovatel, tedy zdravotnické zařízení, nezve pacienty sám, protože na tyto výzvy zpravidla nereagují a je v kompetenci soudů odsouzenému stanovit termín nástupu ochranného léčení, tím jej vyzvat k nástupu, případně realizovat dodání do ochranného léčení. Výše uvedeno je v § 41 odst. 1, 2, 3 vyhlášky ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy.

Ochranné léčení probíhá i v rámci výkonu trestu odnětí svobody ve věznici dle § 83 odst. 2 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Ochranné léčení ústavní je zde vykonáváno formou stacionární péče a ochranné léčení ambulantní formou specializované ambulantní péče.

Šámal (2022) uvádí, že pokud nelze ochranné opatření v podmínkách výkonu trestu provést, vykonává se před nástupem do výkonu trestu odnětí svobody za podmínky, že se tím lépe zajistí splnění účelu léčení. Zákon tedy dává přednost paralelnímu výkonu obou sankcí. Postupný výkon těchto sankcí se uplatní pouze tehdy, kdy ústavní léčení nelze ve výkonu trestu uskutečnit. Hlavním kritériem pro rozhodnutí, zda má být ochranné léčení vykonáno před nástupem výkonu trestu odnětí svobody nebo až po jeho výkonu, je splnění účelu ochranného léčení.

2.7.2. Ochranné léčení v ambulantní formě

Ambulantní formu ochranného léčení ukládá soud za stejných podmínek, jako ochranné léčení ústavní. U ambulantní formy neexistují spádové oblasti, jak je tomu u formy ústavní. Soud tedy musí projednat s vybranou ambulancí převzetí pacienta do péče (§ 88 odst. 2 kancelářského řádu soudů).

Švarc (2018) uvádí, že soudy obtížně nacházejí ambulance, které by byly ochotny přijmout pacienty do péče. Ambulantní lékař sdělí soudu termín, kdy může jedinec s nařízeným ochranným léčením léčbu začít, k samotnému nástupu však vyzývá soud. Při výkonu ochranného léčení ambulantního se postupuje následovně:

- Pokud se pacient dostaví do ambulance poprvé, lékař zašle soudu oznámení o započetí ochranného léčení.
- Při zahájení lékař formuluje individuální léčebný postup a pacient s ním musí být seznámen, tak jako musí být seznámen s jeho právy a povinnostmi, s předpokládanou délkou léčení, možností změny formy. Toto poučení musí být součástí zdravotnické dokumentace, do které musí být případně zaznamenán případný nesouhlas pacienta s individuálním plánem, který je povinen postoupit.
- Pokud se pacient do ambulantního léčení nedostavuje ve stanoveném termínu, lékař je povinen tuto skutečnost oznámit Policii ČR a soudu, který ochranné léčení nařídil.
- Ambulantní lékař podává soudu návrh na ukončení ochranného léčení, jestliže došlo k naplnění účelu, nebo pokud zjistí, že účelu nelze dosáhnout. Pokud dochází k neplnění podmínek ambulantní formy, podává lékař návrh na přeměnu ochranného léčení na ústavní formu.
- Ochranné léčení ambulantní po změně zákona účinného k 1. 7. 2016 není třeba prodlužovat, a to na základě novely §99 odst. 6 TZ.

Ambulantní forma ochranného léčení je určena zejména pro pachatele, jejichž duševní stav vyžaduje léčbu, která však může probíhat „na svobodě“, a není nutná hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Pachatel musí dodržovat podmínky léčby, které mu stanovil lékař, tedy poskytovatel ambulantního ochranného léčení. Pokud dodržuje předepsanou medikaci a další stanovené terapeutické postupy, neměl by představovat riziko pro společnost. V současné podobě ambulantní ochranné léčby však nemá stát dostatečnou kontrolu nad tím, zda jsou podmínky dodržovány a zda je přítomnost pachatele na svobodě bezpečná. Samotná léčba a její průběh je zodpovědností a úkolem lékaře, ochranné léčení je však trestní sankcí, proto kontrola výkonu spadá do justice. (Blatníková & Zeman, 2019a)

2.8.Ukončení ochranného léčení

V § 353 TR o propuštění z ochranného léčení je popsáno, že jakmile dojde k dosažení účelu ochranného léčení, podá zdravotnické zařízení, ve kterém je ochranné léčení vykováváno, návrh na propuštění z ochranného léčení, a to okresnímu soudu, v jehož obvodu se ochranné léčení vykonává. Pokud nebude ochranné léčení v ústavní formě vykonáno tak, aby do dvou let od jeho započetí bylo rozhodnuto o propuštění nebo ukončení, podá zdravotnické zařízení nejméně dva měsíce před uplynutím lhůty dvou let od počátku výkonu ochranného léčení návrh na jeho prodloužení.

V návrhu na propuštění je popsán průběh a výsledky ochranného léčení, důvody navrhovaného postupu včetně návrhu na případné uložení dohledu nad chováním osoby.

Může tedy dojít k:

- propuštění z ochranného léčení
- ukončení ochranného léčení
- změně ochranného léčení ústavního na ambulantní (naopak)

- změně ústavního ochranného léčení na zabezpečovací detenci
- prodloužení ochranného léčení.

Příslušný soud rozhoduje na návrh poskytovatele, státního zástupce, pacienta, nebo i bez návrhu.

2.9. Současný stav ochranného léčení v České republice

Následující kapitola je zaměřena na četnost ukládání ochranného léčení v České republice během posledních let. Dle Výročních zpráv o stavu ve věcech drog patří ochranné léčení v České republice mezi nejčastěji ukládaná ochranná opatření. Analýzy, které se zabývají ochranným léčením, poukazují značný nesoulad a rozdílnost v provádění ochranného léčení v jednotlivých zařízeních. Rozdíly je možno spatřovat jednak v délce léčby, ve stanovených podmínkách na odděleních pro výkon ochranného léčení a v neposlední řadě i ve způsobu ukončování nebo přeměny ústavní formy ochranného léčení v ambulantní.

Následující data byly čerpána z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice. Konkrétně tedy z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019, Zprávy o nelegálních drogách v České republice 2021, Zprávy o nelegálních drogách v České republice 2022.

Tabulka shrnuje počet ochranných léčení uložených v letech 2019 až 2021.

	Alkohol	Nealkoholové drogy	Celkem
Rok 2019	174	124	298
Rok 2020	127	186	313
Rok 2021	200	147	357

Tabulka 1: Počet ochranných léčení v letech 2019 až 2021

V roce 2019 bylo ochranné léčení v oblasti adiktologie uloženo 298 osobám, jednalo se o výrazný meziroční pokles, v roce předešlém to bylo osob 370. Ochranné léčení protialkoholní bylo nejčastěji uloženo osobám odsouzeným za trestný čin výtržnictví (§ 358 TZ), týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 199 TZ) a krádeže (§ 205 TZ). Protitoxikomanické ochranné léčení soud nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (§ 283 TZ), krádeže (§ 205 TZ), nebo poškození cizí věci. V následujícím roce 2020 bylo v oblasti adiktologie ochranné léčení uloženo 313 osobám, protitoxikomanické nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin krádeže nebo výtržnictví. V roce 2021 bylo podle evidence Ministerstva spravedlnosti ochranné léčení v oblasti adiktologie uloženo 357 osobám, u alkoholu nejčastěji odsouzeným za trestný čin výtržnictví. Výše uvedená data o počtech ochranného léčení jsou bez bližších informací a bez rozlišení, zda se jednalo o ústavní nebo ambulantní formu.

V roce 2019 byla provedena Blatníkovou a Zemanem analýza zabývající se evidencí dat o ochranném léčení a zabezpečovací detenci v České republice. V rámci realizovaného výzkumu bylo zjištěno, že v takové podobě, v jaké se informační systémy nacházejí, nejsou využitelné pro účely systematického sběru a vykazování spolehlivých dat o ukládání a výkonu ochranného léčení a zabezpečovací detence. Problematická je zejména dostupnost relevantních informací vztahujících se k ochrannému léčení vykonávanému ambulantní formou. Výsledkem výzkumu je metodika, ve které je představen návrh nového postupu při

sběru a vykazování dat o ukládání výše zmiňovaných opatření. Postup, který byl navržen a byl by případně využit v praxi, by mohl přinést komplexní a spolehlivá data. Ministerstvo spravedlnosti České republiky navrženou metodiku certifikovalo a je tedy připravena k využití v rámci resortu justice.

Jedním ze zdrojů pro získání předmětných dat jsou statistické listy trestní pro soudy, ale i zde nalezneme úskalí. Justiční databáze evidují pouze ty případy, kdy ochranné léčení bylo uloženo v rámci hlavního líčení, popřípadě ve veřejném zasedání v řízení o opravném prostředku. Ochranné léčení stejně jako zabezpečovací detence bývají ukládány i v procesních situacích, při kterých se statistické listy trestní nevyplňují. Dalším úskalím je ta skutečnost, že do Rejstříku trestů se zaznamenávají údaje pouze o pravomocně odsouzených osobách. V případech, kdy je ochranné léčení uloženo jinak, než v rámci odsuzujícího rozsudku (takovým příkladem může být zastavení trestního stíhání pro nepřičetnost pachatele), se do evidence Rejstříku trestů nezapíše. Soudy sdělují Rejstříku trestů výše zmíněné skutečnosti prostřednictvím zpráv nebo dodatečných zpráv pomocí „volné řeči“, neexistuje standardizovaný formulář. Záznamy mohou být tedy nesourodé a pro účely vykazování nevhodné. Statistiky ochranného léčení vede také Probační a mediační služba. Také jejich evidence má své limity. Zahrnuje pouze případy, kdy byla pověřena dohledem ve vykonávacím řízení, dále v případech pověření orgány činnými v trestním řízení přípravou podkladů o pachateli pro účely případného rozhodnutí o využití odklonu, uložení alternativní sankce či podmíněném propuštění, příp. s jejich souhlasem podobný alternativní postup v trestním řízení zprostředkovala. Tyto případy se ovšem týkají jen výrazné menšiny věcí, o nichž je v České republice vedeno trestní řízení. V případech ochranného léčení vykonávaného během výkonu trestu odnětí svobody, nejsou údaje o počtech odsouzených s nařízeným ochranným léčením běžnou součástí zveřejňovaných statistických přehledů Vězeňské služby České republiky.

V této kapitole týkající se současného stavu ochranného léčení by dle mého názoru bylo vhodné zmínit i centra duševního zdraví a zde možnost výkonu ochranného léčení ambulantního v rámci těchto zařízení. Součástí Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky vydaného 19. 12. 2022 je Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením. Cílem tohoto standardu je definovat doporučení pro poskytování služeb pro osoby s nařízeným ochranným léčením. Jedná se o nový „článek“ v síti ambulantních služeb pro osoby s uloženým ochranným léčením.

V rámci centra duševního zdraví pracuje multidisciplinární tým formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizované služby potřebným pacientům/klientům. V rámci poskytování služeb zajišťuje pacientům/klientům zdravotní péči preventivní, léčebnou a léčebně rehabilitační. Centrum duševního zdraví dále spolupracuje s dalšími poskytovateli zdravotních služeb (lůžková péče v oboru psychiatrie, specializovaná ambulantní péče v oboru psychiatrie, centra duševního zdraví, primární ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství) k zajištění kompletní léčebné a léčebně rehabilitační péče.

3 Výzkumná část

3.1. Cíl práce

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat ukládání a výkon institutu ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického v podmínkách ústavní a ambulantní formy. Zejména zjistit, jaká je současná praxe ve smyslu okolností a časového horizontu, kdy dochází ke změnám tohoto ochranného opatření. V neposlední řadě byl zjišťován postoj a názor odborných pracovníků k samotnému institutu ochranného léčení.

Výzkumné otázky jsou následující:

1. Jak v praxi probíhá ochranné léčení ve zdravotnických zařízeních ústavního a jak v zařízeních ambulantního typu?
2. Za jakých okolností a po jaké době dochází ke změně ochranného léčení z ambulantní formy na ústavní a naopak? (případně propuštění, prodloužení ústavního ochranného léčení, zabezpečovací detence)
3. Jaký postoj zaujímají k ochrannému léčení odborní pracovníci v zařízeních pro výkon tohoto soudem uloženého opatření?

3.2. Metodologický rámec

Pro zpracování dat jsem zvolila kvalitativní výzkum a metodu polostrukturovaných rozhovorů. Jak uvádí Miovský (2006) výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které účastník dává na pevně strukturované. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru je možnost dosáhnout vyšší přesvědčivosti a výtěžnosti než při klasickém plně strukturovaném rozhovoru.

Metoda polostrukturovaného rozhovoru umožňuje koncentrovat pozornost na hlavní výzkumný zájem a naplnit tak požadavky vytyčené cílem a výzkumnými otázkami. (Mišovič, 2019).

Informace získané polostrukturovaným rozhovorem byly nejprve zaznamenány na diktafon v mobilním zařízení a poté převedeny z mluveného slova do textové podoby doslovným přepisem. V rámci metody analýzy dat byla použita metoda zachycení vzorců, kterou Miovský (2006) popisuje jako vyhledávání určitých opakujících se vzorců a témat, které se zaznamenávají. Dochází tak k redukci, původní bohatost jevů je nahrazována obecnější kategorií, vzorcem atd.

Potencionální respondenti byli osloveni na základě e-mailu uveřejněném na webových stránkách zařízení, v tomto případě zejména psychiatrických nemocnic/léčeben. Vzhledem k tomu, že není zveřejněný seznam ambulancí, kde probíhá ambulantní forma, kontaktovala jsem náhodné ambulance či ambulance, o kterých jsem se dozvěděla od respondentů v rámci ostatních rozhovorů. Oba respondenty, kteří jsou ve výzkumném vzorku, jsem nejdříve kontaktovala v rámci ústavní formy ochranného léčení a následně od

nich získala informace i o formě ambulantní. Rozhovory byly uskutečněny bez nároku na finanční či jinou odměnu. V pěti případech rozhovor proběhl v místě pracoviště respondenta, v jednom případě se jednalo o kavárnu. Délka rozhovoru byla průměrně dvacet pět minut.

3.3. Popis výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořili pracovníci ve zdravotnických zařízeních v přímém kontaktu s pacienty s uloženým ochranným léčením jak v ambulantní, tak v ústavní formě. Výběrovým kritériem byla práce v ústavní/ambulantní léčbě, konkrétně přímá práce s pacientem, kterému bylo uloženo ochranné léčení, a to v posledních pěti letech. Pro zachování anonymity záměrně neuvádím konkrétní zařízení či kraj, kde respondenti působí.

Kontaktováni byli odborníci napříč Českou republikou, a to z řad psychiatrických nemocnic a léčeben, ve kterých ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické probíhá. Vycházela jsem z přílohy č. 8 kancléřského řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy (instrukce ministerstva spravedlnosti č. 1/2002, ohled brán i na novelu č. 2/2022), kde je seznam zařízení pro výkon ochranného léčení uveden. V rámci ústavní léčby byla kontaktována všechna zařízení, která poskytují ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické v této formě, konkrétně tedy 12 zařízení, celkově se jednalo o čtyřicet osm respondentů. Zájem projevilo osm z nich, dva pro pracovní vytíženost rozhovor neposkytlí. V rámci ambulantní léčby bylo oslovení zařízení náročnější, vzhledem k tomu, že neexistuje seznam zařízení poskytujících ochranné léčení v ambulantní formě. Dvě zařízení z důvodu zaneprázdněnosti a časové vytíženosti účast odmítla, další tři zařízení na e-mail opakovaně nereagovala, celkově se tedy jednalo o kontaktování pěti zařízení. Respondenti v ambulantní formě tedy byli získáni na základě toho, že současně působí i ve formě ústavní a poskytli informace k obou formám.

Z konečného výzkumného souboru se tedy všichni dotazovaní zabývají ústavní léčbou, dva respondenti zároveň i léčbou ambulantní a jeden respondent současně působí ve vězeňském prostředí. Výzkum byl ukončen na počtu šesti respondentů ve chvíli, kdy se odpovědi v rámci ústavní formy začaly opakovat. Myslím si, že tento počet je vzhledem k dlouholetým zkušenostem a praxi respondentů dostatečný pro následnou analýzu. V rámci ambulantní léčby nelze uvažovat o reprezentativním vzorku, zde to lze považovat za nedostatek studie.

3.4. Etické aspekty výzkumu

Miovský (2006) uvádí, že je důležité dbát na etiku výzkumu, to znamená řídit se při provádění výzkumného šetření určitými zásadami. Konkrétně se jedná o soukromí, informovaný souhlas, emoční bezpečí. Stěžejní je získat informovaný souhlas klienta, měl by být seznámen s okolnostmi výzkumu, důležitá je dobrovolnost, klient může kdykoli od výzkumu odstoupit apod.

Soukromí bylo zajištěno tím, že většina polostrukturovaných rozhovorů proběhla v pracovních respondentů. Jen v jednom případě se jednalo o kavárnu, vzhledem

k dopoledním hodinám, i zde bylo poskytnuto jisté soukromí. Respondentům byly před zahájením rozhovoru poskytnuty informace pro účastníka výzkumu, které jsou součástí přílohy č. 2 a samotný souhlas respondenta je součástí nahrávky. Byli seznámeni s tím, že rozhovor bude pro následný přepis a analýzu nahráván, a s tím, že mohou kdykoliv od účasti ve výzkumu kdykoliv odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Bakalářská práce byla před zahájením výzkumu schválena také Etickou komisí pro posuzování studentských prací Kliniky Adiktologie 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, souhlasné stanovisko součástí příloh, konkrétně se jedná o přílohu č.3.

3.5. Koncept polostrukturovaného rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor je rozdělen do čtyř kategorií. V rámci demografických údajů rozhovor obsahuje pět otázek, a tyto demografické otázky jsou uvedeny uvedla v tabulce následující podkapitoly. Kategorie samotný průběh ochranného léčení – ukládání a výkon obsahuje čtyři otázky, přičemž k první otázce se vztahuje devět podotázek, z toho tři otázky jsou vyčleněny pro ambulantní formu ochranného léčení. Dále je kategorie spolupráce se soudy obsahující čtyři otázky, ke druhé se vážou tři doplňující otázky. Poslední kategorií je názor respondentů na institut ochranného léčení, zde je otázek pět. Úplné znění otázek je uvedeno v příloze č. 1.

4 Analýza a interpretace dat

4.1. První oddíl, demografické otázky

Pro přehlednost jsou demografické otázky vztahující se k jednotlivým respondentům vloženy do tabulky, respondenti jsou označeni čísly 1 až 6. Z hlediska profesního souboru tvořili až na jednu výjimku lékaři – psychiatři. Všichni respondenti působí v rámci ústavní formy, dva z nich současně i v ambulantní formě, jeden z respondentů má zkušenost i s ochranným léčením ve věznici. Průměrná délka působení respondentů v oboru je 22 let, v léčbě závislostí 18 let. S pacienty s uloženým ochranným léčením jsou dotazováni až na jednoho z respondentů v každodenním kontaktu.

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Profese	psychiatr	psychiatr, specializace na léčbu návykových nemocí	adiktolog	psychiatr	psychiatr	psychiatr
Pracovní zařazení/forma a ochranného léčení	vedoucí lékař ústavní forma	lékař ústavní forma ambulantní forma věznice	adiktolog ústavní forma	primář ústavní forma	primář ústavní forma ambulantní forma	primář ústavní forma
Jak dlouho pracujete v oboru?	20 let	24 let	2 roky	17 let	24 let	47 let
Kolik let se pohybujete v léčbě závislostí?	18 let	17 let	8 let	6 let	13 let	46 let
Jak často se setkáváte s pacienty, kterým bylo nařízeno ochranné léčení?	denně	Minimálně 2x v týdnu	denně	denně	denně	denně

Tabulka 2: Demografické údaje

4.2. Druhý oddíl, průběh ochranného léčení – ukládání a výkon

- **Jak konkrétně ve vašem zařízení probíhá ochranné léčení, mohl/a byste popsat samotný průběh?**

Na úvodní otázku odpovídali respondenti rozdílně, dle svého uvážení, vzhledem k tomu, že nebyla přesněji specifikována.

Průběh ochranného léčení se z odpovědí respondentů v rámci jednotlivých zařízení příliš neliší od dobrovolného léčení, pacienti s uloženým ochranným léčením: „*přichází buď z domu na základně nařízení nebo z výkonu trestu, vlastně prochází úplně stejnými procedurami, jako lidi, co se léčí dobrovolně.*“ (respondent 4). Respondent 1 zmiňuje rozdílnost od dobrovolně léčících se pacientů: „*...jediný rozdíl je v tom, že ji musí ukončit soud, to znamená, že nemůžou odejít kdy chtějí.*“ Respondent 2: „*rozdíl je v tom, že se nejedná o léčbu dobrovolnou, takže nepodepisují dobrovolný souhlas s hospitalizací jako to běžně v léčebně bývá.*“

„*Specifika to má, ta motivace je většinou někde jinde. Na druhou stranu, ti klienti si uvědomují, že bude na ně psán posudek pro soud, tudíž se snaží v rámci svých možností spolupracovat.*“ (respondent 3) S rozdílnou motivací se ztotožňuje i respondent 6. Respondent 5 uvádí, že v rámci jejich zařízení má tento pacient ze začátku přísnější režim než pacienti, kteří přicházejí dobrovolně, a to z toho důvodu, aby bylo zjištěno, do jaké míry je bezpečný nebo nebezpečný pro společnost.

- **Jakým způsobem se dozvíte, že máte přijmout pacienta s uloženým ochranným léčením?**

Zde se respondenti shodli, že tento proces mají na starosti sociální pracovnice případně zdravotně-sociální pracovnice, kdy do zařízení přijde od soudu informace o nařízeném ochranném léčení, nejčastěji formou dopisu nebo prostřednictvím datové zprávy. Z hlediska časového horizontu to bývá s několika měsíčním předstihem, ale i let dopředu. Respondent 3 uvádí: „*Pokud to máme s velkým předstihem můžeme plánovat i program, abychom na oddělení neměli nějaké velké množství klientů naráz.*“

- **Jak vypadá samotný příjem takového pacienta?**

Respondenti shodně uváděli, že příjem pacienta s nařízeným ochranným léčením probíhá téměř stejně, jako u dobrovolně léčících se pacientů. Jsou zde ale drobné odlišnosti. Respondent 2: „*příjem v léčebně probíhá tak, že ten člověk může nastoupit buď z výkonu trestu v případě, že to ochranné léčení musí pokračovat ještě v léčebně, musí být eskortovaný do léčebny. Takže může přijít z výkonu trestu anebo z venku, z civilu. Pokud přichází z venku, to znamená, že od nás musel obdržet termín nástupu a vstupní podmínky, prochází přes centrální příjem léčebny, kde podstupuje minimálně tu dechovou zkoušku a pokud je negativní, pokračuje na oddělení léčby závislostí.*“

Respondent 5 sdělil, že součástí je také podepsání informovaného souhlasu o ochranné léčbě, kdy je pacient seznámen s pravidly, co s sebou ochranná léčba přináší, čemu se musí podrobovat a jak bude samotný výkon probíhat.

- **Ústavní forma: Probíhá ve vašem zařízení ochranné léčení odděleně na speciálním oddělení určeném pro ochranné léčby?**

Ve většině zařízení, ve kterých respondenti působí, probíhá ochranné léčení společně s dobrovolně léčícími se pacienty, a je tedy součástí běžného oddělení zabývající se léčbou závislosti. Respondent 4: „*ochranné léčení je součástí oddělení, máme oddělení dvě, skrze to jedno je mužské a ženské, tam přijímáme ženy, muže se snažíme dávat na výhradně mužské oddělení.*“ Pouze respondent 1 zmínil, že: „*do října minulého roku to bylo společně, od října vzniklo oddělení pro ochranné léčení pro muže, takže teď na oddělení máme jenom teda ženy, máme tady vlastně ještě dva pacienty muže, kteří tady byli ještě předtím, než to oddělení bylo zřízeno. Takže ti jsou léčeni mezi normálně dobrovolnými.*“

- **Ústavní forma: Mohl/mohla byste popsat, jak vypadá běžný den/případně týden pacienta s uloženým ochranným léčením?**

Respondenti se v odpovědích na tuto otázku shodli, že běžný den/týden probíhá u pacientů s uloženým ochranným léčením obdobně, jako u pacientů dobrovolně se léčících, v závislosti na léčebném programu daného zařízení. Respondent 2: „*na oddělení léčby závislosti začínají ráno pacienti standardně budíčkem, hygienou, rozcvíčkou, poté mají rozdělené rajony a každý má na starosti úklid části oddělení, potom je snídaně, ranní léky, ranní komunita. Terapeutický program je každý den jiný, mají terapeutickou skupinu edukaci, činnostní terapie, což jsou dílny. Nebo mají na starosti úklid okolí oddělení nebo nějaké části areálu, chodí také do zahradnictví a pomáhají kde je třeba. Program mají pacienti s ochranným léčením společný s pacienty dobrovolně léčícími se. Odpolední program je zejména opět o edukaci, individuálních pohovorech, v osobním volnu píšou deník, mohou si číst. Poté je večeře, večerní léky, večerní komunita, kde se shrne den a udělá se plán na den další. Pak mají osobní volno do večera až do večerky.*“

Odlíšnost podle fáze, ve které se pacient právě nachází, zmínil respondent 5, kdy se pacient na začátku léčby se spíše jen na oddělení a postupně se dle svého psychického a somatického stavu (pokud se u něj projeví např. odvykací stav) zapojuje do programu.

- **Ústavní forma: Prochází pacient s uloženým ochranným léčením jednotlivými fázemi, jak tomu bývá u ústavní léčby?**

Zde byli odpovědi respondentů různé, opět v rámci odlišnosti léčby v jednotlivých zařízeních. Odpovědi respondentů 1 a 5 se shodují, že pacienti procházejí jednotlivými fázemi v rámci ústavní léčby. S touto odpovědí se ztotožňuje i respondent 5, který dodává: „*když přijdou jsou v tzv. příjmové fázi, musí naučit se a odprezentovat na ranní komunitě znaky závislosti podle MKN, čekáme na výsledky laboratorních vyšetření plus příjmové vyšetření lékaře. Pokud je vše v pořádku, tak mají přiděleného patrona, ten patron má za úkol je do té léčby uvést, ukázat jim všechny povinnosti, všechny věci, seznámit s řádem a jde s ním na povinnou vycházku do areálu. Pokud jsou tyto procedury splněny, tak ten pacient jako každý jiný přechází z té příjmové fáze do přípravné skupiny.*“

Pouze vstupní fázi uvádí respondent 2, kdy je u pacienta potvrzena nebo vyloučena požadovaná abstinence při příchodu do zařízení, kde bude ochranné léčení vykonávat. Tato fáze má sloužit jedinci k adaptaci pacienta. Respondent 3 nemá v rámci zařízení zkušenost s jednotlivými fázemi, jako to u ústavní léčby bývá, vyzdvihuje však, že program má jistou strukturu a je sestaven tak, aby bylo pacientům předáno co nejvíce informací (např. skupiny zaměřené na prevenci relapsu atd.)

- **Ambulantní forma: Mohl/a byste popsat, jak vypadá léčba pacientů v ambulantní formě, co je obsahem ambulantní léčby, jak s pacienty pracujete?**

Na tuto otázku respondenti odpověděli stejně co se týče odběru biologického materiálu pacienta. Respondent 2: „*sestřička odebírá moč na přítomnost jednak ethylglukuronidu a návykových látek*“, respondent 3: „*...na kontroly moči bereme celou toxikologii včetně ethylglukuronidu*“. Shodují se také v četnosti docházení pacienta do ambulance, ze začátku je to jednou týdně, poté jednou za čtrnáct dní a takto postupně se četnost docházení rozvolňuje, vždy záleží na přístupu pacienta k výkonu ochranného léčení.

Respondent 2 popsal podrobněji samotný průběh ochranného léčení v rámci ambulantní formy: „*stejně jako u ústavní formy nám nejdříve přišel do ambulance papír, kdy nám soud oznamoval, že má dotyčného s nařízeným ochranným léčením a doptával se, kdy může přijít na zahájení. Sestřička tedy určila termín. Nejdříve ten pacient přichází do ambulance, podstupuje dechovou zkoušku, sestřička odebírá moč na přítomnost jednak ethylglukuronidu a návykových látek a odebírá anamnézu, rodinnou, osobní. Potom pacienta předává na psychiatrické vyšetření ke mně. Už sestřička mu dává přečíst podmínky nástupu, respektive výkonu toho ochranného léčení, které ten dotyčný musí podepsat, že s nimi souhlasí, a byl obeznámen, jak ten výkon ochranného léčení probíhá. Takže v té ambulanci mu dá sestřička podepsat informovaný souhlas s ochranným léčením, dává mu vlastně základní informace o tom, jakým způsobem se musí omluvit, pokud na termín, který bude mít určený, nemůže dorazit, že to musí být prokazatelně ideálně osobně, případně telefonicky, e-mailem atd. Dále že musí dodržovat abstinenci, pokud nebude dodržovat abstinenci je to v souladu se zákonem vlastně porušování anebo maření úředního rozhodnutí, že může být zahájeno další trestní stíhání v této věci atd. V případě jakékoliv jiné nespolupráce to může být hodnoceno jako maření. Dotyčný pacient je informovaný o všech těchto věcech, které s provozem výkonu souvisí. Jde tedy ke mně, já udělám klasické ambulantní vyšetření psychiatrické, kde zopakuji a ptám se, zda rozuměl tomu, co mu říkala sestra a procházím s ním jednotlivé body. Pokud pacient nebyl ochotný abstinovat, tak jsem po nějaké době, většinou to byl měsíc, tři měsíce, napsala, že v podstatě to, co ochranné léčení očekává, nejsme schopni splnit, pacient má svůj život nastavený jinak, je si dobře vědomý toho, že užívání látek a alkoholu mu komplikuje život a souvisí s pácháním trestné činnosti, ale abstinovat nechce a léčba nemůže splnit účel. Toto bylo v rámci té ambulantní léčby velmi časté, mohla bych říct, že tam polovina, možná dvě třetiny těch, kteří tam přišli, se léčit nechtěli.*“

- **Ambulantní forma: Je pro Vás spolupráce s pacientem s uloženým ochranným léčením v něčem specifická?**

Respondenti se shodují, že ochranné léčení v ambulantní formě obnáší komunikaci se soudy, případně dalšími institucemi (např. Probační a mediační službou). Respondent 2: „*...specifická v tom, že si musíte hlídat věci, které souvisí s legislativou, to znamená, pokud pacient něco nedodrží, nedostaví se do ambulance, musíte vědět, že to musíte hlásit soudy.*“ Respondent 5: „*...samozřejmě náročné je to, že člověk musí komunikovat se soudem a tu nespolupráci pacienta hlásit, pak musí komunikovat často s Probační a mediační službou a toto jsou úkony, které nejsou potom nějak zohledněny v tom hrazení péče.*“ Vyjadřuje specifčnost také v přístupu pacienta s uloženým ochranným léčením v ambulantní formě: „*tak často jsou to pacienti, kteří spolupracují hůře, mají na abstinenci dosti svérázný pohled. Když je to přeměněná ambulantní léčba z ústavní, tak mají třeba*

pocit, že tou ústavní léčbou to vše skončilo, takže někdy je obtížné je udržet v té ambulantní léčbě.“

- **Ambulantní forma: Jak postupujete, když pacient nepřijde na domluvený termín?**

Na tuto otázku odpověděli respondenti totožně, nejdříve pacienta kontaktují telefonicky a stanoví náhradní termín. Pokud pacient nereaguje respondent 2: *„až po druhé šanci, která byla většinou tak do toho týdne, aby to bylo co nejdříve, pokud na ni nezareagoval, jsem informovala soud.“* Respondent 5 dodává: *„pokud ten pacient nechodí opakovaně, spíš se stává, že oni řeknou ano nemohl jsem, udají nějaký důvod, přeložíme termín a oni zase nepřijdou. Takže s nimi jsem sice v telefonickém kontaktu, kdy oni se neustále těm kontrolám vyhýbají, takže to potom hlásím soudu jako nespolupráci.“*

- **Ústavní forma, ambulantní forma: Je něco, co byste chtěl/chtěla k průběhu ochranného léčení dodat?**

Této možnosti něco dodat k průběhu ochranného léčení, využili respondenti 2, 3, 4, 5. Respondenti 1 a 6 sdělili, že nemají potřebu k průběhu ochranného léčení cokoliv dalšího doplňovat.

Respondent 2 uvedl několik poznatků, které v rámci výkonu vnímá jako problematické: *„ne úplně dostatečná komunikace mezi Ministerstvem spravedlnosti a Ministerstvem zdravotnictví a nereálná očekávání, která z toho vznikají. Protože Ministerstvo zdravotnictví je instituce, která léčí, má za úkol přistupovat k pacientům, tak abychom svoji práci dělali odborně správně, lege artis, aby to bylo v souladu s tím, jaké jsou standardy. Vnucovat někomu, to že my něco chceme, v rámci léčbě závislosti, nelze. Třetí složka, která tam hraje roli a co já bych změnila, je posuzování soudními znalci, protože ochranné léčení je stanovené vždycky tehdy, když je vyšetřený dotýčný pachatel soudním znalcem. Ale co tam ten soudní znalec pro mě znamená, že je brán jako odborník, který tuto problematiku skutečně posoudí tak, že udělá pro toho člověka i pro společnost dobře. Pokud soudní znalec léčbě závislosti nerozumí, je to všeobecný psychiatr, dělá posudky několik let, a s úctou a respektem k jeho vzdělání, praxi a tak dále, nechci znehodnocovat jeho práci a budme rádi, že to dělají, neboť našich odborníků je málo. Pokud ale neví, jak se ta léčba bude vykonávat, co se v rámci ní bude dělat a dá prudce nemotivovanému člověku, že má vykonávat ochranné léčení, tak tím zavaří odsouzenému/ pachatelovi, tomu, kdo to bude vykonávat, zavaří spolu pacientům, kteří s ním budou a je to celé špatně. Takže kromě toho, že tam nastává nepochopení mezi zdravotnictvím a spravedlností, je tam ještě ne úplně pochopení, anebo spíše odborně nesprávné posuzování soudními znalci.“*

Respondent 3 k výkonu dodává: *„zavnímala jsem od různých odborníků okolo mě, že se vůči tomu staví spíše negativně, a raději by, aby bylo nějaké detenční zařízení čistě pro tento typ klientely. Jako já zas nejsem zas tak proti, protože já právě vnímám to, že když jsou mezi tou větší částí motivovaných lidí, tak to na ně má ten pozitivní efekt. Takže já nejsem zas takový odpůrce ochranného léčení, ale uvědomuji si, že občas ten program nabourávají, že hodně ovlivňují ostatní.“*

Respondent 4, doplnil že průběh se výrazně neliší, v některých případech jsou kontaktováni soudem, kdy se soud zajímá o průběh ochranného léčení určitého pacienta.

Respondent 5 zmiňuje: „bylo by dobré, kdyby závislostní ochranné léčení bylo ukládáno osobám alespoň bazálně motivovaným. Protože jde o psychotherapeutickou péči, tak je těžké někoho proti vůli léčit.“

- **Jaké je ve vašem zařízení kapacita pro pacienty s uloženým ochranným léčením?**

Na otázku vztahující se ke kapacitě pro pacienty s uloženým ochranným léčením odpovídali respondenti odlišně, vzhledem k rozličným kapacitám jednotlivých zařízení. Shodné číslo je u respondentů 1, 2, 3, 4, kteří zmiňují dvě, maximálně tři ochranné léčby v zařízení. Respondent 3: „obvykle na každém oddělení jsou tak ti dva klienti, teď vím, že se stane, že budou i tři, ale hodně záleží, jací ty lidi jsou. Stačí i jeden, co by rozbil tu komunitu. Zhruba ti dva až tři na oddělení, když sečteme obě oddělení, tak tedy maximálně šest.“

Respondent 5 uvádí, že nemají v rámci zařízení jasně danou kapacitu: „ale tak těch sedm až devět, nejvíce jsme měli asi devět pacientů najednou v ochranném léčení, ale nebyli jenom na jednom oddělení, byli po celém primariátu, ale už to bylo dost.“ Respondent 6 uvádí kapacitu pěti pacientů, a tuto kapacitu se snaží nepřekračovat.

- **Liší se ve vašem zařízení nějakým způsobem léčba pacienta s nařízeným a bez nařízeného ochranného léčení?**

Většina dotazovaných se při odpovědi na tuto otázku shodla, že léčba probíhá podobně, tedy, že se výrazně neliší. Jsou zde drobné rozdíly, jako např. zmínil respondent 1: „když nespolupracují, nemůžeme je okamžitě propustit, protože to může udělat jen soud.“ Respondent 2 uvádí: „rozdíl mezi ochranným léčením a dobrovolně léčícím se pacientem na oddělení je v tom, že pacient s ochranným léčením vždycky, kromě dechové zkoušky, podstupuje po návratu na oddělení, pokud měl vycházku mimo areál, odebírání moči na přítomnost ethylglukuronidu.“

Respondent 5 poukazuje na rozdíl kdy: „nastává rozdíl, že všichni dobrovolní pacienti končí nejpozději po třech měsících nebo po čtyřech, když tam jsou nějaké potíže, a tady, když ten pacient nespolupracuje, tak se ta léčba protahuje, může tady zůstat tři čtvrtě roku, rok, déle. Teď s těmi soudy je to na dlouhé lokty, on začne narušovat vlastně režim, tím narušuje léčbu ostatním pacientům, nastává napjatá situace na oddělení. Někdy jsme měli situaci, kdy pacienti, kteří byli dobrovolně, raději ukončovali léčby, takže někdy jsou opravdu problémy.“ Respondent 6 zmiňuje chybějící motivaci, osobnostní problematiku a problematiku intelektu.

- **Jak dlouho ve vašem zařízení ochranné léčení nejčastěji trvá?**

Délka trvání ochranného léčení je v rámci zařízení různá a v jisté míře se také odvíjí od spolupráce se soudy. Respondenti 2, 3, 4, 5 se shodují na délce trvání tři až čtyři měsíce. Respondent 4: „snažíme se, aby délka byla podobná, jako by tady ten pacient byl dobrovolně, aby se mu neopakovaly ty jednotlivá témata, jednotlivé programy. V průměru tak kolem toho čtvrtého měsíce dáváme soudu návrh na přeměnu na ambulantní léčbu. Pokud se jedná o pacienta, který je naprosto nemotivovaný, léčbu sabotuje, nebo nějakým způsobem i narušuje komunitu, nechce dodržovat pravidla, tak nám nezbyvá nic jiného, než buď dát oznámení o maření výkonu úředního rozhodnutí anebo to spíše děláme, dát návrh

na zrušení pro neúčelnost.“ Respondent 1 zmiňuje délku půl roku, respondent 6 naopak dva až dva a půl měsíce.

4.3. Třetí oddíl, spolupráce se soudy

- **Kolik času uplyne od nařízení ochranného léčení do vašeho zařízení a následného přijetí pacienta?**

Zde jsou odpovědi velmi individuální. Co bylo ovšem shodné a fakt, který zmínili všichni respondenti, byl pořadník, ten se ve zmiňovaných zařízeních lišil. V některém byla čekací doba pro přijetí měsíc, někde minimálně půl roku a déle. Roli zde hraje i výkon trestu odnětí svobody, kdy o nástupu pacienta k výkonu ochranného léčení po vykonání trestu odnětí svobody může zařízení vědět i několik let dopředu.

Respondent 4 uvádí, že jde o: „několik faktorů, buď to souvisí s koncem výkonu trestu, což může být v řádů měsíců i let. Potom záleží taky na těch našich kapacitních možnostech, nebo nejde ani tolik o kapacitu, ale o provozní možnosti, o tom už jsem mluvil, aby to nenarušovalo nějakým způsobem ten režim. Takže, někdy se stane, že jsme schopni tu ochranou léčbu vzít v horizontu týdnů, většinou to bývá v horizontu měsíců. Máme takový seznam lidí, kteří jsou ve výkonu trestu, nyní asi až do roku 2035, takže to jsou ty plánované. Mimo to samozřejmě vyvstanou jiné na základě soudů. Takže snažíme se vyjít vstříc, ale nechceme si to tady úplně zahltit, protože jsme otevřené oddělení, a přeci jen ta kapacita není tak velká.“

- **Za jakých okolností a po jaké době dochází ke změně ochranného léčení z ambulantní formy na ústavní a naopak? (případně propuštění, prodloužení ústavního ochranného léčení, zabezpečovací detence)**

Všichni dotazovaní se shodli, že ke změně z ústavní formy na ambulantní dochází po absolvování komplexního programu, tedy po třech až čtyřech měsících, v závislosti na jednotlivých zařízeních. Záleží zejména na spolupráci pacientů a zapojování se do režimu. Se změnou ochranného léčení na zabezpečovací detenci má aktuální zkušenost respondent 5: „co se týče detence, to je teď ten jeden čekající pacient, který je tady už přes rok a zřejmě mu bude nařízena detence.“

Respondent 2 uvádí, že záleží také na tom: „jak ten dotyčný člověk funguje, jak je namotivovaný k práci na sobě, jak má nastavené svoje cíle, jestli je směřovaný nebo není směřovaný v cílech.“ Respondent 4 doplňuje: „dokonce i když ti pacienti nás žádají, abychom návrh podali dřív, tak ty soudy to nemají moc rády. Protože ty soudci už většinou ví rozsah té léčby i ten časový prostor, který je potřebný, takže v průměru ten čtvrtý měsíc dáváme ten návrh, většinou to jednání bývá do čtrnáct dnů, takže ty čtyři měsíce.“

K propuštění či prodloužení respondent 4 uvádí, že u nespolupracujících pacientů dochází k podání návrhu na zrušení pro neúčelnost v rozmezí dvou až tří týdnů. Respondent 5 k nespolupráci a prodloužení dodává: „pokud nespolupracuje, tak my hlásíme maření, léčba se prodlužuje, taky, než policie to maření vyšetří, trvá několik týdnů nebo spíš měsíců. Takže nespolupracující pacient tady bývá půl roku, rok.“

V ambulantní formě respondent 2 uvádí: „vždycky jsme se s tím dotyčným nějak dohodli, že by měl minimálně rok zkusit fungovat, jestli to pro něj bylo nemožné, nechtěl abstinovat, tak jsem za tři měsíce dávala návrh na zrušení pro neproveditelnost. Ale když fungovat chtěl, stál o tu spolupráci, tak jsme se domluvili, že po roce se dohodneme, jestli to

dáme na dobrovolnou léčbu nebo bude fungovat dva roky, protože institut může trvat dva roky. Takže většinou po roce v ambulanci jsem dávala podnět na změnu anebo ukončení.“

- **Po jaké době bývá zpravidla podáván návrh na ukončení ochranného léčení?**

I zde se respondenti v odpovědích téměř shodovali na třech až čtyřech měsících, tedy po absolvování kompletního programu v zařízení. Pouze respondent 6 uvedl kratší časový úsek shodující se s délkou trvání programu v daném zařízení (viz jedna z předchozích otázek vztahující se k délce ochranného léčení), konkrétně: *„po těch dvou, dvou a půl měsících, když je vše v pořádku, chodí ven, vrací se strízliví, dáváme návrh na přeměnu ochranné léčby ústavní na ambulantní.“*

- **Jak dlouhý je proces od podání žádosti do propuštění pacienta/ukončení léčby, pokud soud návrhu vyhoví?**

S procesem trvajícím do jednoho měsíce se shodli respondenti 1, 2, 3, 4 a 5. Konkrétně respondent 2: *„v léčbě to vypadalo tak, že jsem napsala návrh, ten šel na soud, většinou do dvou týdnů nám přišlo oznámení o termín, ten termín byl většinou do měsíce. Takže od mého podání, po to soudní řízení, které už mohlo nabyt právní moci a ten dotyčný mohl být okamžitě propuštěný, mohl být měsíc. Respondent 3 uvádí, že do procesu zasahují také okolnosti, jako třeba roční období, letní dovolené atd., kdy se na rozhodnutí soudu čeká déle.*

4.4.Čtvrtý oddíl, názor respondentů na institut ochranného léčení

- **Pro jaké klienty je dle Vašeho názoru ochranné léčení vhodné a proč?**

Většina dotazovaných při odpovědi na tuto otázku vyjádřila nesoulad se současným ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým a jeho vhodností pro pacienty/klienty. Respondent 1: *„já teda nejsem zastávce ochranné, já si myslím, že to je zbytečný institut. Neříkám, zažil jsem tady pár lidí, který jako byly na to vhodný a možná z toho měli profit, že by sami třeba nenastoupili a byli rádi, že tady jsou a dokončili to a třeba abstinují.“* S tím, že dotyčným institut ochranného léčení pomohl se k léčbě dostat souhlasí i respondent 2: *„je to pro ti lidi, kteří se k léčbě odhodlávali dobrovolně a nedokázali se k tomu dokopat“* Respondent 3 je taktéž stejného názoru: *„klient který už o nějaké změně uvažoval, už ho to za ten život párkrát napadlo, že je něco špatně, něco bych chtěl změnit.“*

Respondenti 2 a 4 se shodují v tom, že ochranné léčení má dle jejich slov smysl ve výkonu trestu odnětí svobody. Respondent 2: *„ve výkonu trestu vidím, že to má velký smysl, protože tam s těmi lidmi můžete pracovat nízkoprahově. A tím, že na něho máte čas, ten člověk je tam dlouho dobu, je tam tedy jistota, že ten člověk neuteče, dá se s ním systematicky pracovat. Pokud bych měla pracovat se závislým, který není motivovaný pro léčbu, tak ve výkonu trestu to lze, v léčbě je to problém.“* Respondent 4 se k danému vyjádřil: *„jestli to má někdy smysl, tak když probíhá paralelně, s výkonem trestu odnětí svobody. Kdy ten odsouzený je po nějakém deliktu, dá se v rámci toho léčení pracovat s náhledem, s nějakou motivací ke změně.“*

Respondent 5 považuje za vhodné klienty: *„...alespoň bazálně motivované, je to léčba založena na psychoterapii, nemáme žádnou zázračnou tabletku, kterou bychom jim dali a oni se vyléčili. Takže oni sami si ten problém musí uvědomit a něco s tím dělat.“*

S motivací, uvědoměním si problému a zejména vnitřní souhlasí i respondent 4: „*pokud tam není ta vnitřní motivace a uvědomění si jakoby toho bažení a těch věcí, které s nimi souvisí, tak to vcelku smysl nemá.*“

Dle respondenta 6 je ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické nevhodné vůbec.

- **Za jakých podmínek dle Vašeho názoru ochranné léčení efektivní a kdy nikoliv?**

Na tuto otázku odpovídali respondenti nejednotně. Na jasné neefektivnosti se shodli respondenti 1 a 6. Respondent 5 dodává, že ochranné léčení je neefektivní: „*u těžších poruch osobnosti, kdy je často nařizováno, ale prostě to nedokážeme zvládnout a pokud ten člověk není motivovaný, léčit se nechce a ty návykové látky užívat chce, tak s tím taky nic nenaděláme.*“

Respondenti 2 a 4 se shodují, že je efektivní u pacientů, kteří jsou alespoň trochu motivovaní a mají náhled. „*Když tam aspoň trošičku ta motivace je, a i když ta motivace není úplně nasměrována k té cestě střizlivosti nebo změně. Nemusí být úplně střizlivost, ale změna životního stylu fungování a víte, že ten člověk o sobě aspoň trošičku uvažuje, že by v životě chtěl něco jinak.*“ (respondent 2) „*Za podmínek toho, když se pacient snaží spolupracovat, když dojde k přesvědčení, že je něco špatně, připustí si nemoc, připustí si to jako problém a je vnitřně nějak souzněný s tím, že tu věc chce řešit. Jo, že nějakým způsobem tu změnu životního stylu chce, prostě cílem pro něj je abstinence, nebo prostředkem té životní změny je abstinence a má na tu věc náhled. S náhledem se tady především pracuje, pokud je to klient, který tyto podmínky nesplňuje, a je tady z donucení, tak ta léčba nemůže být produktivní a nemůže nějak extra pomoci.*“ (respondent 4)

- **Jaké vnímáte přínosy ochranného léčení?**

Zde se odpovědi respondentů také lišily. Respondenti 1 a 6 přínosy nevnímají. Respondent 6 doplňuje: „*přinutit někoho abstinovat je vrchol absurdity, tady ti naši pacienti přijdou dobrovolně, i když jenom právně dobrovolně, a i pro ty je to zatracená makačka, i když chce abstinovat.*“ S případným dobrovolným nástupem souhlasí respondent 5: „*u těch závislostních ochranných léčeb je to takové hodně sporné, protože si myslím, že když je ten pacient motivovaný, že by na to léčení mohl jít i dobrovolně.*“ S názorem se ztotožňuje také respondent 2 „*v léčebně žádně, protože nemám pocit, že by to z toho terapeutického hlediska něco přinášelo, může to dejme tomu zastrašit pacienty, kteří jsou tam dobrovolně, ale negativní motivace pro mě není motivace a nemyslím si, že je to správná cesta.*“ Doplnuje však, že přínosy vnímá v rámci ochranného léčení probíhajícího paralelně s výkonem trestu odnětí svobody.

Za přínosy považuje respondent 3: „*přínos pro společnost, přínos pro toho člověka, věřím tomu, že on to jako přínos nevnímá, protože je vytržen z toho, kde byl, že dělal něco z nějakého důvodu a teď najednou mu to někdo omezil. Takže v tomhle věřím, že subjektivně velkou část toho léčebného pobytu on může vnímat jako omezení osobní svobody a rozhodování a tak.*“

„*Máme zkušenosti, kdy ti lidé, kteří opravdu to brali jako nutné zlo, jako nařízení, popřípadě měli jakoby nějaké ty vnější motivace, si tady přišli na to, že ta léčba má smysl, že dokonce sami projevili zájem o nějaké formy doléčování. Takže nechci říct, že u všech ochranek, které jsem tady zažil, to smysl nemělo. Ale netroufám si teď na první dobrou říct, kolik je to procent.*“ (respondent 4)

- **Naopak kde pocít'ujete mezery/nedostatky?**

Za mezeru či nedostatek v institutu ochranného léčení považují respondenti 2, 3, 4 komunikaci se soudy a soudně znalecké posudky. „*Soudy nerozlišují psychiatrické a vlastně závislostní ochranné léčení, bohužel u těch soudů se setkávám se zkušeností, že oni to nejsou schopni příliš rozlišit, pro ně je to psychiatrie jako jedna bublina, takže léčba jako léčba, ale ono to tak není.*“ (respondent 4), „*soudci přemýšlí o těch klientech a lidech jinak, z pohledu práva*“ (respondent 3). „*Nedostatky jsou v tom, že nejsou dobře stanovené podmínky soudním znalcům, kdo může vykonávat soudně znalecké vyšetření, jak vážně se ten posudek skutečně bere.*“ (respondent 2) Se soudy souvisí také časová prodleva, na kterou poukazují respondenti 2 a 5: „*bylo dobré, aby soudy jednali rychleji*“, „*...o té velké prodlevě, kdy odsouzený čekal, my jsme čekali...*“.

Respondent 5 vnímá nedostatky i v rámci ambulantní léčby: „*ambulantní lékař nemá vůbec žádný možnosti, jak toho člověka kontrolovat. On ho může zkontrolovat akorát v ten určitý okamžik, kdy je ten člověk v té ambulanci, může mu vzít moč, může si s ním povyprávět, ale jak funguje mimo tu ambulanci, případně jestli je nebo není bezpečný pro společnost, to jako ten lékař těžko nějaký dohled zabezpečí, to prostě není v jeho možnostech.*“ V ústavní formě je dle respondenta k diskusi, zda by měli být pacienti s uloženým ochranným léčením společně s dobrovolně léčícími se pacienty, nebo zcela zvlášť na specializovaném oddělení.

Nedostatek v nařizování ochranného léčení přímo určenému zařízení, vidí respondent 1, kdy by dle jeho názoru bylo lepší, aby ochranné léčení bylo nařizováno dotyčným odsouzeným, a ne danému zařízení.

Respondent 6 by ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické zrušil úplně a: „*dal bych tu alternativu, že když se bude jednat o podmínce, tak se mu třeba dva roky odpustí, tak se běž léčit.*“

- **Je něco, co byste chtěl/chtěla dodat k této problematice?**

V rámci poslední otázky měli respondenti možnost dodat nějaký poznatek, zkušenost či cokoli jiného k institutu ochranného léčení. K možnosti se vyjádřit využili respondenti 1, 2, 3, 4 a 5, respondent 6 sdělil, že nemá co dodat.

„*Jako, jak říkám, já myslím, že je to nadbytečný institut, který je z minulých let, kdy to někdo viděl jako pozitivní, ale v té podobě, v jaký je to teď, kdy se to nařizuje různým lidem, kteří na to nejsou vhodný a je to jako jen forma prostě detence, aby nahrazovala vězení, tak to jako vůbec nemá, podle mě to nemá význam ve zdravotnictví.*“ (respondent 1)

Respondent 2 vidí ochranné léčení smysluplné ve výkonu trestu odnětí svobody, kam by měl být tento institut dle jeho názoru směřován více než do psychiatrických nemocnic/léčeben.

Respondent 3 poukazuje počet pacientů s ochranným léčením, který by neměl překračovat únosnou kapacitu zařízení. Konkrétně: „*myslím, že není špatné trochu ten počet ne redukovat, ale mít pod kontrolou. Představa, že by na našem oddělení bylo s poměrně nízkou kapacitou bylo více ochranných léčeb, tak to by se hodně proměnil charakter té skupiny, té léčby.*“

Respondent 4 poukazuje na soudně znalecké posudky a soudní znalce: „*znalec má nějaký názor a má právo ho projevit, ale mám pocit, že se to v dnešní době chrlí strašně moc, že se nepřemýšlí příliš do hloubky, jestli zrovna pro tohoto člověka to má nějaký smysl k prevenci nějaké nebezpečnosti pro společnost do budoucna.*“

*„Teď se vytváří nová koncepce ochranného léčení, je to ve fázi připomínkování, tak uvidíme, jsou tam pěkné vize, plány, ale uvidíme, jak budou finance a jak bude hlavně personál, aby se to zabezpečilo, tak určitě je co zlepšovat, jsou v plánech center duševního zdraví, forezní, multidisciplinární týmy, ale zda se to podaří zrealizovat, tak to je otazník.“
(respondent 5)*

4.5. Pohled z praxe ochranného léčení ve výkonu trestu odnětí svobody

Vzhledem k tomu, že jeden z respondentů se v rámci rozhovoru podělil i o zkušenosti z výkonu ochranného léčení v rámci výkonu trestu odnětí svobody, je vhodné tyto poznatky zde zmínit a poukázat na možné rozdíly či společné znaky s jinými formami ochranného léčení. Kapitola vychází čistě ze zkušeností respondenta, není doplněna dalšími zdroji.

Ochranné léčení v rámci výkonu trestu je nařízeno jak odsouzenému, tak i zařízení, kde má být vykonáváno, to znamená vězeňské službě. Program je nastavený na devět měsíců, což je tedy rozdíl od psychiatrické léčebny, kde ten program trvá tři až čtyři měsíce. Ve věznici se nerozlišuje výkon ambulantní a ústavní, obě formy jsou ve věznici vykonávány současně, a to formou ústavní. Vůči tomuto se někteří odsouzení ohrazují, jelikož už se systémem výkonu ochranného léčení mají zkušenosti. Ochranné léčení zde probíhá na specializovaném oddíle, určeném pro odsouzené s tímto uloženým ochranným opatřením.

Program je velmi podobný programu v psychiatrické léčebně, probíhají zde komunity, skupiny, edukace, relaxace, prevence relapsu, psychosociální konzultace se sociální pracovníci atd. Odlišné je to, že aktivity jsou rozdělené na doporučené a povinné. Další rozdíl je v tom, že na oddíle ve věznici není bodový systém, odsouzení nesbírají tedy žádné pozitivní/negativní hodnocení, nemají možnost se „vybodovat“ a pokud mají nějakou neúčast, tak ta se pak shrnuje v komplexním hodnocení. Co se týče porušování režimu, vězeňská služba hodnotí plnění programu zacházení, kterým je mimo jiné myšleno dodržování režimu ochranného léčení. Vždy po nějakém období vychovatelé musí napsat, jak program zacházení dotýčný plní. Vyhodnocení probíhá každé tři měsíce, podílí se na něm i odborní zaměstnanci, kteří se vyjadřují k tomu, jak odsouzený funguje, a podle toho jsou pak hodnoceni, jestli program plní/neplní.

Samotný příjem odsouzeného v rámci výkonu trestu odnětí svobody se výrazně liší od ústavní formy v psychiatrické léčebně, protože ve vězeňské službě, ačkoliv má vězeňská služba umožněný výkon ochranného léčení, výkon trestu je nadřazený výkonu ochranného léčení. Takže vše se odvíjí od toho, že dotýčný je vězeň, je ve vězeňské službě a musí být splněné věci, které musí být v souladu se základními podmínkami vězeňské služby. Příjem probíhá prostřednictvím tzv. přijímače, příjmové oddělení, na který je dotýčným eskortován z nějaké své kmenové věznice. Zde proběhne příjmový pohovor se speciálním pedagogem a terapeutkou. Ve chvíli, kdy jsou splněny podmínky vězeňské služby, tak v průběhu dvou až tří dnů, se dotýčný dostává na specializovaný oddíl.

Ve věznici nejsou fáze, odsouzení neprochází vysloveně fázemi, prochází jen tzv. polovičkou pobytu, respektive evaluací, konkrétně se jedná o evaluační pohovor. V rámci tohoto pohovoru je s dotýčným konzultováno, jestli program plní jeho očekávání, jestli má pocit, že mu v programu něco chybí a hodnotí se, jestli má ochranné léčení smysl. Odsouzený má možnost vyjádřit své potřeby a přání, případně je nasměrován odborníky, na co může využít druhou polovinu programu.

Jestliže dotýčný podstupuje komplexní program, návrh na přeměnu nebo ukončení je po devíti měsících. Pokud dotýčný nefunguje a navázat komunikaci s ním je

problematické, naskýtá se zde prostor s ním pracovat a motivaci postupně vybudovat, nemusí být tedy hned dáván návrh na zrušení.

Co se týče podmínek přijetí do léčby, platí, aby odsouzený, který nastoupí do výkonu ochranného léčení ve výkonu trestu, byl odsouzen na dobu delší než devět měsíců a vykonal tedy celý program.

Ve výkonu trestu je to pro některé z odsouzených šance, jak se s léčbou závislosti potkat, protože se s ní dosud setkat ve svém životě nemuseli. Je to tedy možnost se něco dozvědět, minimálně o systému služeb, o tom, jaké jsou možnosti pracovat se svojí závislostí. Jsou zde seznámeni se službami od nízkoprahových až po ty vysokoprahové, o tom, jak fungují komunity, doléčovací programy. Odsouzení se zde mohou dozvědět potřebné informace, mohou se ve svém životě posunout.

5 Shrnutí výsledků výzkumu

1. Jak v praxi probíhá ochranné léčení ve zdravotnických zařízeních ústavního a jak v zařízeních ambulantního typu?
 - Průběh se liší v jednotlivých zařízeních a je koncipován dle komplexního programu daného zařízení.
 - Délka ústavního ochranného léčení není dána pro všechna zařízení jednotně, může se tedy lišit.
 - Ambulantní ochranné léčení se v průběhu jeho výkonu výrazně nelišilo, respondenti poukázali na specifika a možná úskalí této formy ochranného léčení.

2. Za jakých okolností a po jaké době dochází ke změně ochranného léčení z ambulantní formy na ústavní a naopak? (případně propuštění, prodloužení ústavního ochranného léčení, zabezpečovací detence)
 - Ke změně dochází po absolvování komplexního programu, tedy po třech až čtyřech měsících, dle jednotlivých zařízení.
 - U nespolupracujících pacientů je v některých zařízeních podáván návrh na zrušení pro neúčelnost, v jiných zařízeních se situace hlásí soudu jako maření úředního rozhodnutí.
 - V rámci ambulantní formy záleží na přístupu pacienta k výkonu léčby.

3. Jaký postoj zaujímají k ochrannému léčení pracovníci v zařízeních pro výkon tohoto soudem uloženého opatření?
 - Spíše negativně laděný, nedostatky vnímají v komunikaci se soudy.
 - Za problematrické považují soudně znalecké posudky.
 - V ambulantní léčbě nemá odborník možnost dostatečně zaručit bezpečnost pacienta pro společnost, vzhledem k tomu, že ho reálně vidí pouze určitý čas a pouze v ambulanci.
 - Ochranné léčení bývá nařizováno „nevhodným“ jedincům, s osobnostní problematikou nebo problematikou intelektu.

V rámci rozhovorů byly získány předmětné přínosy ze strany respondentů k problematice ochranného léčení v praxi:

- Pokud jedinec spáchal delikt, který nebyl závažný, a dalo by se v daném případě uvažovat o podmínce, mohl by si léčení vyhledat sám a od lékaře si následně vyžádat zprávu o absolvování léčby. Odpovědnost by tak byla pouze na pacientovi, jak k tomu přistoupí a zda si léčbu vyhledá a následně i vykoná.
- Ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní by mělo být indikováno podle stupně motivace, podle toho, na kolik je ten člověk motivovaný a jakým způsobem

se sebou chce pracovat. Neměl by být brán příliš velký zřetel na to, jakým způsobem a v jaké míře jedinec alkohol či jiné návykové látky užívá.

- Edukace o závislosti pro soudní systém

6 Diskuse a závěr

Problematika ochranného léčení je v České republice stále aktuální a týká se klientů adiktologického spektra, a proto by neměla být opomíjena. Cílem této práce bylo zmapovat průběh nařízeného ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického v rámci ústavní a ambulantní formy. Dále za jakých okolností a po jaké době dochází ke změně formy výkonu ochranného léčení. Také byl zjišťován postoj odborných pracovníků k tomuto soudem uloženému opatření.

V diskusi se budu nejdříve věnovat výsledkům získaných v rámci rozhovoru a dále uvedu souvislosti s teoretickou částí bakalářské práce.

Průběh ochranného léčení v rámci jednotlivých zařízení probíhá dle jejich standardního individuálního programu zaměřeného na léčbu závislostí. Rozdíly jsou patrné z nastavení jednotlivých programů, např. v některých zařízeních má pacient s uloženým ochranným léčením ze začátku přísnější režim, aby se ověřilo, zda je bezpečný či nebezpečný pro společnost. Běžný den, případně týden, je u pacientů s ochranným léčením obdobný, jako u dobrovolně léčících se pacientů. Jeden z respondentů zmínil, že ze začátku závisí na somatickém stavu (pokud se například rozvine odvykací stav), případně poté na fázi léčby, ve které se dotyčný nachází, a od toho se poté odvíjí denní aktivity. V jednotlivých zařízeních jsou fáze nastavené různě nebo fáze nemají, jak je blíže popsáno v otázce vztahující se k fázím ústavní léčby. Délka trvání ochranného léčení je v jednotlivých zařízeních odlišná, může se jednat o dva měsíce až půl roku. Většina zařízení má pacienty s ochranným léčením zařazené mezi dobrovolně léčícími se pacienty. Pouze jeden respondent sdělil, že mají v rámci zařízení nově vzniklé oddělení pro ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické.

Kapacita pro pacienty s ochrannou léčbou se liší dle kapacitních a provozních možností jednotlivých zařízení. Respondenti poukazují na to, že záleží na osobnosti daného pacienta s uloženým ochranným léčením, protože i jeden dokáže narušit kontinuitu skupiny a ovlivňovat tak průběh léčby celému oddělení. Současně si udržují na oddělení určité množství pacientů s ochranným léčením tak, jak si ověřili praxí.

Nejčastěji dochází ke změně ochranného léčení z ústavní formy na ambulantní. Pouze jeden respondent v rámci výzkumu zkušenost se změnou na zabezpečovací detenci zabezpečovací detenci. Respondenti se shodli, že ke změně dochází po absolvování komplexního programu, tedy po třech až čtyřech měsících. V jednom případě uvedl respondent kratší časový úsek, dva až dva a půl měsíce, což tedy souvisí s kratším programem v daném zařízení. U nespolupracujících pacientů jeden z respondentů uvedl, že návrh na zrušení pro neúčelnost podává po dvou až třech týdnech, když pacient nespolupracuje a léčba nenaplnuje účel. Další z respondentů sdělil, že v případě nespolupráce hlásí soudu maření úředního rozhodnutí a léčba se tak naopak prodlužuje a pacient v zařízení zůstává půl roku až rok. Pokud jsou tedy porušovány podmínky ochranného léčení, zařízení může podat oznámení o maření výkonu trestního rozhodnutí a tím se pachatel dostává do situace, kdy toto porušování bude bráno jako další trestný čin. Za maření může být považována jakákoliv nespolupráce pacienta. Jak je uvedeno v teoretické části práce česká justice požaduje vzhledem k přetrvávajícím problémům přijetí

určitých opatření, případně legislativní změny, a to zejména kvůli tomu, aby v praxi nedocházelo k maření tohoto ochranného opatření. (Advokátní online deník, 2020)

V rámci ambulantní formy ochranného léčení jeden z respondentů uváděl spolupráci s pacientem po dobu jednoho roku, pokud dotyčný chce abstinovat, chce fungovat a je schopný do ambulance pravidelně docházet. Pokud tomu tak není, podával respondent návrh na zrušení pro neúčelnost po třech měsících pacienta v léčbě.

Vzhledem k tomu, že ambulantní léčbou se zabývali v rámci výzkumného vzorku pouze dva respondenti, nejde výsledek pro problematiku ochranného léčení v ambulantní formě zevšeobecnit. I přesto se respondenti shodovali na průběhu, frekvenci docházení pacienta do ambulance i na testování a odběru biologického materiálu. Shodli se také na tom, že ochranné léčení v ambulantní formě je specifické a náročnější, protože musí komunikovat se soudy a “hlídat“ věci související s legislativou, přičemž tyto úkony nejsou následně zohledněny v hrazení péče, jak uvedl jeden z respondentů.

Pro pacienty s uloženým ochranným léčením je specifická kolísající míra motivace a celkový postoj k samotnému výkonu tohoto opatření. Vhodným pacientem pro ochranné léčení je dle respondentů ten, u kterého je alespoň částečná motivace a náhled na situaci nebo který o léčbě přemýšlel, ale sám se zatím nerozhodnul léčbu zahájit. Část respondentů vidí smysl ochranného léčení paralelně s výkonem trestu odnětí svobody. S prvkem motivace a přístupem klienta k léčbě se výsledky shodují s teoretickou částí.

Nedostatky respondenti vnímají v komunikaci se soudy, zejména ve smyslu časových prodlev v rámci jednání o změnách formy ochranného léčení nebo ukončení pro neúčelnost. V tomto ohledu ukládání ochranného opatření je praxe soudů různá. Za problematické považují dotazování také soudně znalecké posudky, které jsou často vyhotoveny odborníky bez příslušné praxe v léčbě závislostí. I přesto je při posuzování pacienta na tyto posudky brán velký zřetel. Z rozhovoru vyplynulo, že léčba je často nařizována jedincům s osobnostní problematikou nebo problematikou intelektu. S těmito jedinci je spolupráce při léčbě náročnější, a nároky na ně kladené se tak nemohou shodovat s očekáváními, jak by měla léčba probíhat, a tak nemůže být naplněna představa soudu o nápravě jedince. Jak uvádí Blatníková, Š. & Zeman P. (2019b) ochranné léčení je institutem s výrazným přesahem do oblasti zdravotnictví. Jedná se o trestní sankci, kterou ukládají a o jejímž výkonu rozhodují soudy, aplikace tohoto ochranného opatření je tak primární odpovědností resortu justice. V zájmu justice by tak mělo být, aby měla aktuální a spolehlivé informace a také kontrolu nejen nad ukládáním ochranného opatření, ale i nad jeho samotným výkonem. K tomuto se v rámci rozhovoru dostal také jeden z respondentů, který situaci označil jako nedostatečnou komunikaci mezi Ministerstvem spravedlnosti a Ministerstvem zdravotnictví, ze které vznikají nereálná očekávání.

V rámci ambulantní léčby spatřuje respondent omezené možnosti, respektive žádné možnosti, jak by mohl dotyčného pacienta s uloženým ochranným léčením kontrolovat mimo ambulanci. Kontrolu může provádět pouze v okamžiku, kdy je dotyčný v ambulanci, ale jak funguje v běžném životě, mimo ambulanci, zda je nebo není bezpečný pro společnost, nemá možnost svým dohledem a kompetencemi zajistit.

Jeden z respondentů během rozhovoru zmínil vytváření nové koncepce ochranného léčení a současně možnost výkonu ambulantního ochranného léčení v rámci center duševního zdraví, o této možnosti léčby je uvedeno více informací v teoretické části této práce v souvislosti se současnou podobou ochranného léčení na našem území.

Výsledky výzkumu se v určitých aspektech shodují s diplomovou prací, která se zabývala ústavním ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě, kdy byl výzkum realizován v roce 2018 (Pánková, 2018). Ačkoliv byl výzkum realizován na základě jiného znění otázek v rámci rozhovoru, najdeme zde shodná fakta. I zde výsledky odhalují nejednotnost v provádění ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického v jednotlivých zařízeních pro výkon tohoto opatření, především co se délky výkonu týče. Dále se práce shoduje v rozdílné praxi ukončování nebo případných změnách forem ochranného léčení. V názoru respondentů na tento institut je totožný názor na problematiku komunikaci mezi zdravotnickou institucí a soudci.

V rámci výzkumu se podařilo získat odpovědi na všechny otázky připraveného polostrukturovaného rozhovoru. Za silná místa výzkumu považují koncept polostrukturovaných rozhovorů a získání velkého množství informací z praxe. Dále také dlouholeté zkušenosti respondentů s institutem ochranného léčení a s tím spojený zjištěný aktuální stav ochranného léčení. Za slabé místo bych naopak označila malý výzkumný vzorek respondentů v rámci ambulantní formy, což ale vyvažuje dlouhá praxe respondentů v této problematice. Pro případný návrh dalších výzkumů bych doporučila rozšířit výzkum v rámci ambulantní formy ochranného léčení. Obohacující by dle mého názoru bylo znát názor soudců, případně soudních znalců, k tomuto trestněprávnímu opatření a rozšířit tak výzkumy v této problematice.

Seznam použitých zdrojů

Blatníková, Š. (2010). *Problematika zabezpečovací detence*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Blatníková, Š., & Zeman, P. (2019a) *Evidence dat o ochranném léčení a zabezpečovací detenci v ČR: (nedostatky a možná řešení)*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Blatníková, Š. & Zeman P. (2019b) *Ochranné léčení a zabezpečovací detence: alternativy nebo spojitě nádoby?* Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

ČTK. (2020). *Ombudsman chce samostatný zákon pro vymezení ochranného léčení*. Advokátní online deník. <https://advokatnidenik.cz/2020/04/14/ombudsman-chce-samostatny-zakon-pro-vymezeni-ochranneho-leceni/>.

Drnová, I. (2014) *Ochranné léčení z pohledu teorie a praxe*. [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Theses.cz – Vysokoškolské a kvalifikační práce. <https://theses.cz/id/ieducr/>.

Chmelík, J., Novotný, F., & Stočesová, S. (2016). *Trestní právo hmotné: obecná část*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orliková, B., Rous, Z., Jarošíková, H., Franková, E., Dékány, L., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2022). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Israelsson, M., Nordlöf, K., & Gerdner, A. (2015). *European laws on compulsory commitment to care of persons suffering from substance use disorders or misuse problems- a comparative review from a human and civil rights perspective. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 10, 34.* <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0029-y>.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

McCormack, R. P., Williams, A. R., Goldfrank, L. R., Caplan, A. L., Ross, S., & Rotrosen, J. (2013). *Commitment to assessment and treatment: comprehensive care for patients gravely disabled by alcohol use disorders*. *The Lancet*, 382(9896), 995-997.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2012). *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Ministerstvo spravedlnosti (2020). *Na MSp vznikla pracovní skupina pro problematiku ochranného léčení*. Advokátní online deník. <https://advokatnidenik.cz/2020/02/21/msp-zalozilo-pracovni-skupinu-zamerenou-na-problematiku-ochranneho-leceni/>.

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

- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2021). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Pavlovský, P. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie* (4., akt. vyd.). Praha: Grada.
- Pánková, J. (2018). *Ústavní ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické – systém léčebných programů v psychiatrických nemocnicích/léčebnách na Moravě*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, klinika adiktologie].
- Páv, M., Vňuková, M., Papežová, S., & Toman, J. (2022). *Ústavní Ochranná Léčení v ČR 2018-2020*. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 118(1), 9–16.
- Scarpa, S., Grahn, R., & Lundgren, L. M. (2023). Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol- and drug-related mortality: A Swedish registry study. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1106509. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1106509>.
- Stát má platit zdravotní pojištění lidí s ústavní léčbou, miní ombudsmanka*. (2016). *Deník.cz*. https://www.denik.cz/z_domova/sabatova-stat-ma-platit-zdravotni-pojisteni-lidi-s-ustavni-lecbou-20160405.html.
- Šámal, P., Gřivna, T., Bohuslav, L., Novotný, O., Herczeg, J., & Vanduchová, M. (2022). *Trestní právo hmotné* (9., přepracované vydání). Praha: Wolters Kluwer.
- Škvain, P. (2015) *Zabezpečovací detence z pohledu vybraných zahraničních právních úprav*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Švarc, J. (2018). *Ochranné léčení – postupy pro poskytovatele zdravotní péče*. *Psychiatrie pro praxi*, 19 (2).
- Věstník ministerstva zdravotnictví ČR. (15/2022). *Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením*. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Vestnik-MZ_15-2022.pdf.
- Vondráčková P. (2006). *Klinický pohled na stav soudní ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické ve zdravotnických zařízeních v ČR*. PL Kosmonosy.

Seznam právních norem

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

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

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Vyhláška ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy

Kancléřský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy (instrukce Ministerstva spravedlnosti č. 1/2002)

Změna vnitřního a kancelářský řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy (instrukce Ministerstva spravedlnosti č. 2/2022)

Seznam zkratk

Např.	například
Odst.	odstavec
Písm.	písmeno
Sb.	sbírky (v zákoně)
Tj.	to je

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet ochranných léčení v letech 2019 až 2021	15
Tabulka 2: Demografické údaje.....	20

Přílohy

Příloha č. 1

Polostrukturovaný rozhovor

Demografické otázky

- Profese
- Pracovní zařazení
- Jak dlouho pracujete v oboru?
- Kolik let se pohybujete v léčbě závislosti?
- Jak často se setkáváte s pacienty, kterým bylo uloženo ochranné léčení?

Samotný průběh ochranného léčení – ukládání, výkon

- Jak konkrétně ve vašem zařízení probíhá ochranné léčení, mohl/a byste popsat samotný průběh?
 - Jakým způsobem se dozvíte, že máte přijmout pacienta s uloženým ochranným léčením?
 - Jak vypadá samotný příjem takového pacienta?
 - Ústavní forma: Probíhá ve vašem zařízení ochranné léčení odděleně na speciálním oddělení určeném pro ochranné léčby?
 - Ústavní forma: Mohl/mohla byste popsat, jak vypadá běžný den/případně týden pacienta s uloženým ochranným léčením?
 - Ústavní forma: Prochází pacient s uloženým ochranným léčením jednotlivými fázemi, jak tomu bývá u ústavní léčby?
 - Ambulantní forma: Mohl/a byste popsat, jak vypadá léčba pacientů v ambulantní formě, co je obsahem ambulantní léčby, jak s pacienty pracujete?
 - Ambulantní forma: Je pro Vás spolupráce s pacientem s uloženým ochranným léčením v něčem specifická?
 - Ambulantní forma: Jak postupujete, když pacient nepřijde na domluvený termín?

- Ústavní forma, ambulantní forma: Je něco, co byste chtěl/chtěla k průběhu ochranného léčení dodat?
- Jaké je ve vašem zařízení kapacita pro pacienty s uloženým ochranným léčením?
- Liší se ve vašem zařízení nějakým způsobem léčba pacienta s nařízeným a bez nařízeného ochranného léčení?
- Jak dlouho ve vašem zařízení ochranné léčení nejčastěji trvá?

Spolupráce se soudy

- Kolik času uplyne od nařízení ochranného léčení do vašeho zařízení a následného přijetí pacienta?
- Za jakých okolností a po jaké době dochází ke změně ochranného léčení z ambulantní formy na ústavní a naopak?
 - Propuštění
 - Prodloužení ústavního ochranného léčení
 - Zabezpečovací detence
- Po jaké době bývá zpravidla podáván návrh na ukončení ochranného léčení?
- Jak dlouhý je proces od podání žádosti do propuštění pacienta/ukončení léčby, pokud soud návrhu vyhoví?

Názor respondentů na institut ochranného léčení

- Pro jaké klienty je dle Vašeho názoru ochranné léčení vhodné a proč?
- Za jakých podmínek dle Vašeho názoru ochranné léčení efektivní a kdy nikoliv?
- Jaké vnímáte přínosy ochranného léčení?
- Naopak kde pocítujete mezery/nedostatky?
- Je něco, co byste chtěl/chtěla dodat k této problematice?

Příloha č. 2

Informace pro účastníka výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu v rámci bakalářské práce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy Všeobecné fakultní nemocnice oboru Adiktologie s názvem: *Ochranné léčení protialkoholního a protitoxikomanického – ukládání a výkon ústavního a ambulantního léčení*. Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Cílem této práce je zmapovat průběh nařízeného ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického v rámci ústavního a ambulantního léčení. Jakým způsobem léčba probíhá, za jakých podmínek v praxi dochází ke změně ústavního léčení na ambulantní a naopak. Dále také na ukončování léčby a spolupráci zařízeních pro výkon ochranného léčení se soudy. V rámci výzkumu bych se také zaměřit na postoj odborníků k ochrannému léčení.

S participanty výzkumu proběhne polostrukturovaný rozhovor, soustředující se na ochranné léčení. Rozhovor bude realizován po předchozí domluvě s participantem ve smluvený čas na smluveném místě. Na základě získaných dat bude provedena analýza získaných dat.

Od respondentů budou sebrány základní sociodemografické údaje (s ohledem na udržení jejich anonymity) a následně s nimi tazatel provede polostrukturovaný rozhovor. Ten bude nahráván, a to pouze pro účely jeho přepisu. Veškeré audionahrávky budou po dokončení práce trvale smazány. Rozhovor bude trvat přibližně 45–60 minut. Respondenti získají kontakt na tazatele a svoji účast ve studii tak mohou kdykoli v průběhu trvání výzkumu zrušit.

V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, dle nichž byste mohl být identifikován, výzkumník je v průběhu zpracování dat anonymizuje. Publikace výsledků výzkumu v bakalářské práci, odborné publikaci či časopisu, bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno konkrétní účastníky studie identifikovat.

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu.

S žádostí o získání dalších podrobností o výzkumu se můžete obrátit přímo na mě na e-mailu gabcafilip1@seznam.cz, případně se můžete obrátit na vedoucího projektu Mgr. Hanu Fidesovou, Ph.D. na e-mail hana.fidesova@lf1.cuni.cz. Na vedoucího projektu mohou směřovat i veškeré stížnosti.

Příloha č. 3

Stanovisko etické komise



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



1. LÉKARSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-009/2023

Název práce: **Ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické – ukládání a výkon ústavního a ambulantního léčení**
Druh práce: bakalářská
Student: **Gabriela Filipová**
Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Předložená dokumentace:

- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu
- informovaný souhlas
- osnova polostrukturovaného rozhovoru

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 10. ledna 2023

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová (nehlasovala), Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 11. ledna 2023

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apočinářská 4, 128 00 Praha 2
E-mail: info.adiktologie@lf1.cuni.cz
Tel.: 224 968 270
www.adiktologie.cz / www.lf1.cuni.cz / www.vfn.cz



Klinika adiktologie