

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Ing. Milena Šourová

Kvazi nucená léčba uživatelů návykových látek v ambulantních adiktologických službách

Quasi-compulsory drug and alcohol treatment in outpatient addiction services

Bakalářská práce

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

Praha, 2024

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, 08.07.2024

Ing. Milena Šourová

.....

Identifikační záznam:

ŠOUROVÁ, Milena. *Kvazi nucená léčba uživatelů návykových látek v ambulantních adiktologických službách. [Quasi-compulsory drug and alcohol treatment in outpatient addiction services]*. Praha, 2024. 58 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce: Fidesová Hana.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Fidesové, Ph.D., za energii, kterou věnovala mé práci, a za její velmi cenné rady a připomínky. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni mi věnovat čas a umožnili tím provedení výzkumu v rámci bakalářské práce. Konečný dík patří mé rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia.

Abstrakt

Východiska: Kvazi nucená léčba závislosti stojí na pomezí léčby nedobrovolné (ochranné) a léčby, do které vstupuje klient na základě vlastního rozhodnutí. Jedná se o oblast, kdy do procesu léčby vstupuje i třetí strana v podobě některého z orgánů, vykonávajících nad klientem dohled, který klientovi léčbu uložil nebo doporučil, přičemž se může jednat o různé typy léčby. Tento aspekt může mít vliv na samotný proces léčby, současně může klást další požadavky na samotného poskytovatele služby.

Cíle: Cílem práce je popsat proces léčby klientů v ambulantních adiktologických službách přicházejících do léčby na doporučení některého z orgánů vykonávajících dohled. Dílčím cílem je popsat, zda, a případně jaká, jsou specifika v procesu léčby těchto klientů, a současně zmapovat procesy spolupráce s institucemi, které léčbu klientovi doporučily.

Metody: Sběr dat byl proveden formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl nahrán na audiozáznam a následně doslovně přepsán. Ke zpracování dat přepsaných do textové podoby byla využita metoda zachycení vzorců. Byly předloženy klíčové úryvky ilustrující nejvýznamnější témata. Rozhovor byl veden s 10 respondenty.

Výsledky: Z výsledků vyplynulo, že není příliš velký rozdíl oproti procesu léčby klienta přicházejícího do služby dobrovolně, důraz je kladen na navázání důvěrného vztahu a práci s motivací. Nízká motivace klienta při vstupu do léčby může být překážkou, ale současně i výzvou pro léčebný proces. Zařízení k tomu přistupují různě. Komunikace s třetí stranou probíhá nejčastěji na základě zproštění mlčenlivosti klienta, a to jak formální, tak neformální cestou. Spolupráci s třetí stranou hodnotili respondenti vesměs kladně, přičemž se ale shodli na tom, že se odvíjí od konkrétní osoby, se kterou jsou v daném případě v kontaktu. Jako problematické hodnotili respondenti absenci uceleného systému služeb a systémového nastavení celého kontinua služeb, což by zcela jistě pozitivně ovlivnilo úspěšnost léčby.

Závěr: Výzkum i přes svá omezení poukázal na rozdílný přístup a postupy jednotlivých zařízení, a vyplynuly z něj některé problémové body, které by bylo vhodné do budoucna systémově řešit. Jako podklad pro řešení systémových otázek lze doporučit provedení výzkumu zaměřeného na funkční komponenty léčby „nedobrovolných“ klientů, vhodné by také bylo zmapovat procesy v jednotlivých zařízeních, zaměřit se na funkční mechanismy a ty v rámci metodických doporučení zpracovat pro obecné postupy v ambulantní léčbě. Celkově by pak bylo vhodné, aby tvůrci politik na základě otevřené diskuze a vzájemné spolupráce nastavili funkční parametry a podmínky k tomu, že léčba klientů bude probíhat v prostoru, kdy budou propojeny jednotlivé modalities, a to nejen lineárně, tedy v návaznosti na sebe, ale i paralelně, vzájemně se doplňující.

Klíčová slova: závislost; návykové látky; kvazi nucená léčba; ambulantní léčba; adiktologické služby

Abstract

Background: Quasi-coercive addiction treatment stands between involuntary (protective) treatment and treatment into which the client enters based on their own decision. This area involves a third party, such as a supervisory body that has mandated or recommended the treatment for the client, which can encompass various types of treatment. This aspect can influence the treatment process itself and place additional demands on the service provider.

Objectives: The goal of this study is to describe the treatment process of clients in outpatient addiction services who enter treatment upon the recommendation of a supervisory body. A subsidiary goal is to describe any specifics in the treatment process of these clients and to map out the processes of cooperation with the institutions that recommended the treatment.

Methods: Data collection was carried out through qualitative research using semi-structured interviews. The interviews were recorded and then transcribed verbatim. The method of pattern capturing was used to process the transcribed data. Key excerpts illustrating the most significant themes were presented. The interviews were conducted with 10 respondents.

Results: The results showed that there is not a significant difference compared to the treatment process of clients who enter the service voluntarily; emphasis is placed on establishing a confidential relationship and working with motivation. Low client motivation at the start of treatment can be an obstacle but also a challenge for the treatment process. Facilities approach this in various ways. Communication with the third party most often takes place based on the client's waiver of confidentiality, both formally and informally. Cooperation with the third party was generally evaluated positively by the respondents, although they agreed that it depends on the specific person they are in contact with. Respondents identified the lack of a coherent system of services and systemic settings for the entire service continuum as problematic, which would undoubtedly positively influence the success of the treatment.

Conclusion: Despite its limitations, the research highlighted the different approaches and procedures of individual facilities and identified several problematic areas that should be addressed systematically in the future. As a basis for addressing systemic issues, it is recommended to conduct research focused on the functional components of treatment for "involuntary" clients. It would also be beneficial to map the processes in individual facilities, focus on functional mechanisms, and incorporate these into methodological recommendations for general procedures in outpatient treatment. Overall, it would be appropriate for policymakers, based on open discussion and mutual cooperation, to set functional parameters and conditions to ensure that client treatment occurs in a space where the various modalities are connected, not only linearly (in sequence) but also in parallel, complementing each other.

Keywords: addiction; addictive substances; quasi-compulsory treatment; outpatient treatment; addiction services

Obsah

1	Úvod	9
2	Teoretická část	10
2.1	Vymezení termínu kvazi nucená léčba	10
2.2	Dohled trestní justice	10
2.2.1	Trestná činnost související s drogami – teoretické modely	10
2.2.2	Přiměřená omezení a přiměřené povinnosti	12
2.2.3	Probační dohled	14
2.2.4	Probační plán	15
2.2.5	Resocializační programy	15
2.3	Dohled orgánu sociálně-právní ochrany dětí	16
2.3.1	Základní právní předpisy	16
2.3.2	Individuální plán ochrany dítěte	17
2.3.3	Případová konference	18
2.3.4	Využití odborné pomoci	18
2.3.5	Národní strategie ochrany práv dětí	20
2.3.6	Iniciativa Pro dítě 21	21
2.4	Adiktologické ambulantní služby	22
2.5	Zachování mlčenlivosti vs. poskytování informací	24
2.6	Léčba klientů přicházejících do adiktologických služeb z donucení	26
2.6.1	Práce s klientem přicházejícím do služby z donucení	26
2.6.2	Efektivita léčby	28
2.6.3	Přehled výzkumů	29
3	Výzkumná část	32
3.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	32
3.2	Výzkumný soubor, výběrová kritéria souboru	32
3.3	Metody tvorby dat	33
3.4	Metody analýzy dat	33
3.5	Etické aspekty výzkumu	34
3.6	Analýza a výsledky	34
3.6.1	Jak probíhá léčba klientů, kterým je uložena ze strany soudu nebo jiného dozorového orgánu, případně je jim doporučena?	34

3.6.2	Jaká jsou specifika práce s vybranou skupinou klientů.....	37
3.6.3	Jak probíhá spolupráce a výměna informací mezi ambulantním zařízením a těmito orgány	40
3.6.4	Jak je pracovníky hodnocena spolupráce s třetí stranou.....	42
3.6.5	Shrnutí k jednotlivým výzkumným otázkám	44
4	Diskuze a závěr.....	47
	Seznam zdrojů	53
	Seznam právních předpisů.....	57
	Seznam zkratk.....	58
	Přílohy č. 1-3	59

1 Úvod

K tématu kvazi nucené léčby v ambulantních adiktologických službách jsem dospěla na základě své praxe v adiktologické ambulanci, kde se setkávám poměrně často s klienty, kteří nemají léčbu nařízenou ve smyslu ochranného léčení, nicméně jsou různými institucemi k léčbě nuceni. Jedná se o klienty, kterým byla léčba stanovena soudem jako přiměřená povinnost, případně jim bylo stanoveno přiměřené omezení ve smyslu zdržení se užívání návykové látky nebo alkoholu. Tito klienti pak mají v mnohých případech nařízen dohled Probační a mediační služby. Do ambulantních služeb také přichází klienti, kde léčba sice soudem nebyla stanovena, nicméně je součástí probačního plánu. Dále pak do ambulantních služeb přichází klienti, a zejména tedy klientky, jimž je jako opatření doporučena léčba ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Byť se pojem kvazi nucené léčby v zahraniční literatuře užívá zejména ve smyslu trestního práva, ve své práci bych se ráda zabývala všemi výše uvedenými skupinami klientů. Práce s nimi se v mnohém neliší od jiných, přesto jejich vnitřní motivace k léčbě může být nižší. Navíc do procesu léčby vstupuje další strana, se kterou pracovník ambulantní služby komunikuje a která si nárokuje v různé míře poskytování informací týkajících se léčby daného klienta.

Úkolem pracovníka ambulantních adiktologických služeb je tedy pracovat s motivací klienta a zároveň vybalancovat komunikaci směrem k třetí straně, která není odborníkem v oboru adiktologie, což je aspekt, který je třeba také zohlednit. Postupy pro práci s těmito klienty nejsou ve standardech ani v jiných dokumentech podrobně rozpracovány, a každé pracoviště si tak v mezích zákona stanovuje své vlastní postupy. Na druhou stranu může zohlednit regionální poměry a může využít své osobní vztahy s pracovníky daných institucí.

Ve své bakalářské práci bych se proto chtěla zaměřit na proces práce s těmito klienty, a to nejen ve smyslu případných rozdílů v práci s nimi oproti ostatním klientům, cílem je i zmapovat, jak funguje komunikace s dotčenými institucemi a jak je nastavena. Současně bych ráda zjistila, zda pracovníkům ambulantních adiktologických služeb vyhovuje současný stav, případně co jim přináší problémy a co by tedy v této oblasti uvítali.

2 Teoretická část

2.1 Vymezení termínu kvazi nucená léčba

Na úvod je třeba vymezit pojem *kvazi nucená léčba*. V anglické literatuře se užívá pojem Quasi-compulsory treatment případně Quasi-coercive treatment (QCT). V české odborné literatuře není tento pojem nijak pevně vymezen, i když je zmiňován zejména v souvislosti s trestním řízením. McSweeney (2008) definuje tento termín jako jakoukoli formu léčby závislosti, která je nařízena a spadá pod dohled trestní justice. Ze samotného výkladu slovního spojení vyplývá, že se jedná o léčbu, která stojí na pomezí léčby nařízené (v českém kontextu tedy léčby ochranné) a léčby dobrovolné. Léčba není klientovi nařízena, jedná se o jeho dobrovolné rozhodnutí, zda léčbu absolvuje. Na druhou stranu, pokud léčbu nepodstoupí, má jeho rozhodnutí trestně právní následky a tedy velmi vážné důsledky v osobním životě. V podstatě je nucen některou z institucí vykonávající nad klientem dohled, aby svou závislost léčil.

Práce ale není omezena jen na klienty, kteří jsou pod dohledem trestní justice. Do ambulancí přichází i klienti, a zejména tedy ženy, jimž je léčba závislosti doporučena orgánem sociálně-právní ochrany dětí, který v rodině vykonává dohled. I tito klienti vnímají, že nerespektování doporučení, v tomto případě orgánu sociálně-právní ochrany dětí, má pro ně negativní dopad v civilním životě a nemají tak v podstatě na výběr (Bém et al., 2023).

U všech je pak společným znakem skutečnost, že jsou pod dohledem různých institucí státu, a byť jim léčba z právního hlediska nebyla nařízena a jedná se o jejich dobrovolné rozhodnutí, tento různě silný tlak vnímají, což pak ovlivňuje i míru motivace, se kterou do léčby vstupují.

2.2 Dohled trestní justice

Významnou skupinou klientů, kteří do adiktologických ambulantních služeb přichází na základě nějaké formy právního donucení, jsou klienti páchající trestnou činností. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) doporučuje již od roku 2007 užívat jednotný termín trestná činnost související s drogami (Gabrhelíková, 2015). Jednotná terminologie i kategorizace pak umožňuje sledování daného jevu, vyhodnocování různých kroků, stanovování postupů, hodnocení dobré praxe a tím i doporučení pro zainteresované vlády a další subjekty ustavující protidrogovou politiku v jednotlivých státech. Přesto se v literatuře setkáváme s různými modely.

2.2.1 Trestná činnost související s drogami – teoretické modely

Existují různé teoretické modely trestné činnosti související s drogami, zde bych představila 3 základní, které různým způsobem rozlišují cílovou skupinu uživatelů návykových látek.

1) Primární a sekundární trestná činnost související s drogami

V České republice (a pro účely hodnotících zpráv v oblasti drogové problematiky) je využíván model dělení trestné činnosti související s drogami na primární a sekundární trestnou činnost. Do primárních trestných činů souvisejících s drogami se řadí trestné činy spočívající v porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Jde o 5 trestných činů definovaných v ustanoveních § 283-287 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů:

- výroba, distribuce a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami (§ 283)
- přechovávání omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu (§ 284)
- pěstování rostlin nebo hub obsahujících omamné a psychotropní látky pro vlastní potřebu (§ 285)
- výroba a držení předmětů určených k výrobě omamných a psychotropních látek (§ 286)
- šíření toxikomanie (§ 287)

Jako sekundární drogová kriminalita se pak označuje trestná činnost, která sice nezahrnuje nakládání s omamnými a psychotropními látkami, ale je páchána v souvislosti s nimi (Chomynová et al., 2022).

2) Čtyřstupňový konceptuální model dle EMCDDA

Od roku 2007 EMCDDA doporučuje v souvislosti s trestnou činností související s drogami používat čtyřstupňový konceptuální model, jehož výhodou dle Gabrhelíkové (2012) je skutečnost, že přehledněji a jasněji definuje trestné činy, které dle původního modelu primární a sekundární drogové kriminality spadaly do kategorie sekundární drogové kriminality a tuto kategorii dále rozlišuje na tři samostatné kategorie. Dle tohoto modelu jsou rozlišovány čtyři specifické druhy trestné činnosti související s drogami: psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost, ekonomicky motivovaná trestná činnost, systémová trestná činnost, trestné činy porušování drogových zákonů.

Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost je trestná činnost, která je důsledkem akutních nebo chronických účinků návykových látek. Ekonomicky motivovaná trestná činnost je páchaná za účelem obstarání financí na opatření návykové látky. Systémová trestná činnost zahrnuje násilné trestné činy páchané v rámci fungování trhů s nelegálními návykovými látkami (v těchto případech nemusí být pachatelé uživateli návykových látek). A konečně, trestné činy porušující protidrogovou legislativu, tato skupina se kryje s primárními drogovými činy a i v těchto případech může být trestná činnost páchána osobami, které návykové látky neužívají (Carpentier, 2007; de Bont et al., 2018).

3) Dynamický model vztahu mezi užíváním návykových látek a pácháním trestné činnosti

Z čtyřstupňového konceptuálního modelu EMCDDA vychází dynamický model vztahu mezi užíváním návykových látek a pácháním trestné činnosti. V tomto modelu jsou uživatelé návykových látek rozděleni do tří skupin:

- experimentátoři a příležitostní uživatelé
- pravidelní uživatelé
- problémoví uživatelé a osoby závislé.

Model pak reflektuje vztah mezi užíváním návykových látek a páčáním trestné činnosti v závislosti na drogové kariéře. Z modelu vyplývá, že nejvyšší riziko trestné činnosti napříč všemi kategoriemi je u problémových uživatelů návykových látek a osob závislých (Gabrhelíková, 2015).

Gabrhelíková (2015) konstatuje, že abstinence je dalším dynamickým faktorem, který má významný vliv na omezení rizika páčání trestné činnosti související s drogami, a to u všech tří skupin uživatelů návykových látek. S tím, že čím větší je u dané skupiny uživatelů riziko páčání trestné činnosti, tím významnější může být redukce kriminálního chování. Uzavírá tedy, že riziko páčání trestné činnosti související s drogami se týká uživatelů návykových látek ve všech fázích užívání. Abstinence významně snižuje, případně zcela omezuje riziko páčání trestné činnosti související s drogami. V tomto ohledu pak má použití adiktologických intervencí směrem k cílové skupině zásadní význam. Současně z poznatků vyplývá, že míra užívání návykových látek významně ovlivňuje rozsah i intenzitu rizika konfliktu se zákonem, přičemž největší riziko páčání trestné činnosti související s drogami je spojeno s kategorií problémových uživatelů a osob závislých. Závislé osoby pak označuje za cílovou skupinu, na níž je vhodné a efektivní směřovat cílené adiktologicko-trestněprávní intervence (Gabrhelíková, 2015).

2.2.2 Přiměřená omezení a přiměřené povinnosti

Jedním z důvodů, kdy je klient v konfliktu se zákonem nucen podrobit se léčbě závislosti, je uložení přiměřené povinnosti nebo přeměřeného omezení ze strany soudu a v určitých případech i státního zástupce.

Přiměřená omezení a přiměřené povinnosti jsou zakotveny v ustanovení § 48 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (TZ). V souvislosti s užíváním návykových látek může soud dle ustanovení § 48 odst. 4 písm. c) TZ jako přiměřenou povinnost uložit podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením podle tohoto zákona. Dle ustanovení § 48 odst. 4 písm. h) TZ pak může soud uložit zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek, případně dle písm. g) téhož ustanovení zdržet se hraní hazardních her, hraní na hracích přístrojích a sázek. Za zmínku stojí také možnost uložit povinnost podrobit se vhodnému programu sociálního výcviku a převýchovy [písm. b)] nebo vhodným programům psychologického poradenství [písm. d)].

Uložení přiměřené povinnosti nebo přiměřeného omezení může soud reagovat na specifické problémy týkající se osoby pachatele, které byly příčinou či jednou z příčin spáchání trestného činu. Jedná se o příkaz k určitému chování (přiměřené povinnosti) nebo o zákaz určitého chování (přiměřená omezení). Dodržování stanovených omezení a povinností je pak významným kritériem pro posuzování chování pachatele ve zkušební době (Šámal, 2023).

Nedodržování přiměřených omezení a přiměřených povinností ze strany odsouzeného může být posuzováno jako nevedení řádného života, což může vést k přeměně tohoto trestu v trest odnětí svobody.

Přiměřená omezení a přiměřené povinnosti mohou být uloženy jak v případech odklonu v trestním řízení, tak v případech, kdy je pachatel soudem odsouzen. Odklon v řízení se řadí mezi procesní trestní alternativy (Zůbek, 2019). Jsou to zvláštní způsoby trestního řízení, alternativní ve vztahu k standardnímu projednání věci v hlavním líčení, v rámci nichž je možné trestní věc vyřídit v procesněprávním smyslu stejně plnohodnotně jako ve standardním trestním řízení. Ve většině případů nedochází k soudnímu projednání trestní věci. (Nejvyšší státní zastupitelství, 2024). Co se týká přiměřených opatření a přiměřených omezení, mohou být uložena v případě podmíněného upuštění od trestního stíhání. Jedná se o mezitímní vyřešení věci, kdy odpovědnost pachatele může zaniknout až tehdy, pokud se ve stanovené době osvědčí. Konkrétně se pak může jednat o podmíněné zastavení trestního stíhání ve smyslu ustanovení § 307 a násl. zákona č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších předpisů (TŘ), o kterém rozhoduje se souhlasem obviněného soud nebo v přípravném řízení státní zástupce. Dále se může jednat o podmíněné odložení návrhu na potrestání (§ 179g a násl. TŘ), o kterém rozhoduje státní zástupce (Zůbek, 2019).

Vedle procesních trestních alternativ může soud využít hmotné trestní alternativy, tedy alternativy k potrestání nebo alternativní tresty, v rámci kterých může pak fakultativně stanovit, aby odsouzený ve zkušební době dodržoval přiměřená omezení a povinnosti směřující k tomu, aby vedl řádný život. Především se sem řadí trest odnětí svobody s podmíněným odkladem [§ 52 odst. 2. písm. b) a c), § 81 a § 82 odst. 3 TZ], neboli podmíněné odsouzení, které je z pohledu aplikační praxe dominantní (Kalvodová, 2016). Může být uložen jak bez dohledu, tak s dohledem. Jak uvádí Kalvodová *„Podmíněné odsouzení představuje kvalifikovanou pohružku nepodmíněným trestem odnětí svobody, který je fakticky pachateli uložen, avšak podmíněně se odkládá jeho výkon, a jeho pachateli se dává možnost prokázat, že účelu trestu může být dosaženo i bez jeho výkonu a že je schopen využít šance, kterou mu tento institut dává... V průběhu zkušební doby má podmíněně odsouzený osvědčit, že důvěru ze strany soudu nezklamal. Mimo jiné tak může učinit respektováním přiměřených omezení a přiměřených povinností uvedených v § 48 odst. 4 TZ. Jen na chování odsouzeného tedy závisí, zda uložený trest odnětí svobody vykoná či nikoli. Pokud po dobu zkušební doby povede řádný život, dodrží uložené podmínky, soud vysloví, že se osvědčil, a trest vykonán nebude. Na takovou osobu se hledí, jako by nebyla odsouzena, a nemá ani zápis v rejstříku trestů (Kalvodová, 2016).*

Zmínit je také vhodné alternativní tresty, jejichž výkon lze zpřísnit uložením přiměřených omezení nebo přiměřených povinností. Jedná se o domácí vězení (§ 60 odst. 6 TZ) a obecně prospěšné práce. Poslední skupinou pachatelů, jimž mohou být uložena přiměřená opatření nebo přiměřené povinnosti, jsou pachatelé podmíněně propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

2.2.3 Probační dohled

V předchozích kapitole bylo zmíněno, že pachateli v rámci uložení trestu může být stanoven dohled. Jedná se o probační dohled, k němuž je kompetentní Probační a mediační služba (PMS), což je specializovaná sociální služba v gesci Ministerstva spravedlnosti. Je součástí systému trestní justice a její činnost byla uzákoněna zákonem č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě, ve znění pozdějších předpisů.

Posláním Probační a mediační služby je zprostředkovat účinné a společensky prospěšné řešení konfliktů spojených s trestnou činností a současně organizovat a zajišťovat efektivní a důstojný výkon alternativních trestů a opatření s důrazem na zájmy poškozených, ochranu komunity a prevenci kriminality. Vytváří předpoklady k realizaci odklonů v trestním řízení nebo uložení alternativního trestu (PMS, 2021). Cílem probační a mediační činnosti je:

- zprostředkovat účinné a společensky prospěšné řešení konfliktů spojených s trestnou činností;
- poskytnout pomoc obětem trestné činnosti;
- podporovat pachatele v jejich začlenění do společnosti a v procesu desistence, tedy procesu vedoucího k ukončení páčání trestné činnosti;
- zajistit výkon alternativních trestů a opatření;
- poskytovat relevantní podklady pro rozhodování orgánů činných v trestním řízení;
- podílet se na prevenci trestné činnosti.

Dle ustanovení § 49 odst. 1 TZ se dohledem rozumí pravidelný osobní kontakt pachatele s probačním úředníkem, spolupráce při vytváření a realizaci probačního plánu dohledu ve zkušební době a kontrola dodržování podmínek uložených pachateli soudem nebo vyplývajících ze zákona. Účelem dohledu je dle ustanovení § 49 odst. 2 TZ sledování a kontrola chování pachatelem, čímž je zajišťována ochrana společnosti a snížení možnosti opakované trestné činnosti, a odborné vedení a pomoc s cílem zajistit, aby pachatel vedl v budoucnu řádný život (Kalvodová, 2016). Dohled dle ustanovení § 49 odst. 3 TZ provádí probační úředník.

Povinnosti pachatele ve vztahu k probačnímu dohledu jsou vymezeny v § 50 TZ, ve stručnosti je jeho povinností spolupracovat s probačním úředníkem, plnit probační plán, a informovat probačního úředníka o podstatných skutečnostech. Povinnosti a oprávnění probačního úředníka jsou zakotveny v ustanovení § 51 TZ, mj. je povinen vykonávat dohled v souladu s probačním plánem, pravidelně jej aktualizovat a plnit informační povinnost ve vztahu k předsedovi senátu, pokud závažně nebo opakovaně pachatel poruší podmínky dohledu, probační plán nebo přiměřená omezená nebo přiměřené povinnosti.

V rámci své činnosti Probační a mediační služba spolupracuje s mnohými dalšími subjekty, zejména soudy, státními zastupitelstvími, Policií České republiky, Vězeňskou službou České republiky, orgány sociálního zabezpečení, orgány sociálně-právní ochrany dětí, ale také školami a školskými zařízeními, neziskovými organizacemi, registrovanými církvemi a náboženskými společnostmi, obecními úřady a dalšími organizacemi, jejichž činnost souvisí s výkonem probační a mediační činnosti. Dle svých standardů probační úředník podporuje

činnost multidisciplinárních týmů, reflektuje ve své práci její výstupy, popř. je aktivním členem týmů zaměřených na specifické oblasti týkající se probace a mediace a pomoci obětem trestných činů. (PMS, 2021). Jak uvádí Matoušek (2015), spolupráce právě s nestátními organizacemi, které poskytují různé sociálně terapeutické programy, programy léčby závislostí, doléčovací programy, apod., a dále s poskytovateli obdobných programů z řad státních zařízení – např. psychiatrických léčeben, ambulantních poraden, úřadů práce, je zcela nezbytná. Bez fungující a široké sítě těchto zařízení by byla efektivita výkonu probace výrazně snížena.

2.2.4 Probační plán

Dohled nad odsouzeným by se měl vykonávat na základě dohledového probačního plánu zpracovaného probačním úředníkem pokud možno ve spolupráci s odsouzeným. Tento plán popisuje, jak často bude dohled prováděn, kde budou probíhat pravidelná setkání, jakým způsobem bude odsouzený plnit povinnosti a omezení uložená mu soudem v dohledu. Současně je každému odsouzenému přiřazen konkrétní probační úředník. Probační plán je průběžně vyhodnocován a aktualizován (Draščík et al., 2015).

Pokud je pachateli uložena přiměřená povinnost nebo přiměřené omezení, jsou tyto instituty přeneseny do probačního plánu. Do probačního plánu může být také zahrnuta povinnost podrobit se léčbě závislosti nebo zdržet se užívání alkoholu nebo jiných návykových látek i v dalších případech, kdy o uložení přiměřené povinnosti nebo přiměřeného omezení nebylo rozhodnuto soudem nebo státním zástupcem. Jedná se o případy, kdy probační úředník vyhodnotí, že v rámci naplnění cíle dohledu je pro daného klienta takový postup vhodný. Např. ve zkušební době začne užívat návykové látky nebo alkohol a je pravděpodobné, že by se při dalším užívání ve zkušební době neosvědčil.

Součástí probačního plánu také může být povinnost účastnit se probačního nebo resocializačního programu. Tento pojem není legislativně ukotven, ale rozumí se jím specifický, strukturovaný způsob práce s pachatelem, jemuž byla podle § 48 odst. 4 písm. b) a písm. d) TZ, uložena přiměřená povinnost. I v těchto případech může o povinnosti rozhodnout soud nebo státní zástupce, stejně tak ale může být „pouze“ součástí probačního plánu. V této práci jsou zmíněny pouze okrajově, protože nejsou primárně předmětem této práce, nicméně mohou být uloženy v důsledku závislosti na alkoholu nebo užívání jiných návykových látek.

2.2.5 Resocializační programy

Resocializační program je intenzivní, strukturovaná, časově vymezená práce lektora s pachatelem zaměřená zejména na změnu jeho chování, získání náhledu na kriminální jednání, přijetí odpovědnosti za spáchanou trestnou činnost, odčinění újmy způsobené trestnou činností a začlenění se do společnosti bez dalšího páchaní trestné činnosti. Resocializační programy jsou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi nebo Probační a mediační službou (PMS, 2024).

Vnímám i Tebe je program určený pro dospělé pachatele. Zaměřuje se na posílení náhledu pachatele na jeho kriminální jednání a na rizikové faktory, které s ním souvisejí. Pomáhá rozvíjet jeho empatii, uvědomit si dopady trestné činnosti na vlastní život, život blízkých i život obětí, převzít za toto jednání odpovědnost a zajistit nápravu způsobené újmy (PMS, 2024).

Program pro řidiče je určený pro dospělé pachatele, kteří se dopustili trestné činnosti v dopravě, včetně činů způsobených pod vlivem drog či alkoholu. Program je zaměřen na rozpoznání spouštěčů a projevů rizikového chování, jeho cílem je naučit pachatele řešit kritické situace jinak a upevňovat jejich žádoucí postoje a chování (PMS, 2024).

Zvládání vzteku je odborné sociální poradenství s navazujícím terapeutickým programem pro muže, kteří mají potíže se zvládáním vzteku vůči partnerce, v práci nebo při výchově dětí. Pracovník se zohledněním situace a postojů pachatele i oběti nabízí vhodné nástroje k řešení situace spojené s trestným činem, např. mediaci mezi obětí a pachatelem, probační program, rodinnou skupinovou konferenci a další (Liga otevřených mužů, 2024).

2.3 Dohled orgánu sociálně-právní ochrany dětí

Předchozí kapitola 2.2 se věnuje problematice klientů, kteří jsou pod dohledem trestní justice. Další kapitola se bude zabývat druhou skupinou, na kterou je zaměřena bakalářská práce, a to klienty-rodíči dětí, které jsou pod dohledem orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jedním ze základních principů sociálně-právní ochrany je předcházení vzniku problémů nebo jejich narůstání, jde-li o výchovu dítěte nebo péči o ně. Proto velmi významnou úlohu v tomto směru má preventivní a poradenská činnost (Hovorka, 2021).

Sociálně-právní ochrana dětí je projevem státní moci, vykonávají ji převážně subjekty veřejného práva. Její výkon může mít mnoho podob s různou intenzitou využití veřejné moci. Orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) vykonává funkci podpůrnou a poradenskou, ochrannou, preventivní i kontrolní a represivní. Jedná se o orgány správní, jejichž činnost se řídí platnou legislativou (Rogalewiczová et al., 2018).

Při výkonu sociálně-právní ochrany dětí jsou všechny orgány povinny hodnotit situaci komplexně, brát zřetel na životní podmínky dítěte, na jeho vztahy k blízkým osobám a vazby na prostředí v němž žije. Při posuzování by pak rodina měla být hodnocena při svém běžném každodenním fungování, ve svém přirozeném prostředí, nikoliv v situaci vytržené z kontextu nebo dokonce pouze na základě rozhovoru v kanceláři (Matoušek a Pazlarová, 2014).

2.3.1 Základní právní předpisy

Základním právním předpisem v této oblasti je zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (ZoSPOD) a prováděcí vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní

ochraně dětí. Důležitým dokumentem je pak Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029 a I. akční plán k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029 na období let 2021–2024.

Ustanovení § 4 ZoSPOD vymezuje orgány, které zajišťují sociálně-právní ochranu dětí. Rozlišuje orgány sociálně-právní ochrany dětí, mezi něž patří zejména obecní a krajské úřady a úřady práce. Dále pak svěřuje pravomoc k zajištění sociálně-právní ochrany dětí obcím, krajům, komisím a dalším fyzickým a právníckým osobám.

Dle ustanovení § 5 ZoSPODP je předním hlediskem sociálně-právní ochrany zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu a péči. Přitom se přihlíží i k širšímu sociálnímu prostředí dítěte. V ustanovení § 6 ZoSPOD je pak stanoven okruh dětí, na něž se sociálně-právní ochrana zaměřuje. Jedná se o demonstrativní výčet situací, kdy jsou v důsledku nedostatečné péče nebo nečinnosti zainteresovaných osob ohrožena práva dítěte, jeho oprávněné zájmy, zdraví, život a řádný vývoj (Rogalewiczová et al., 2018). Hodnocení ohrožení dítěte je ale interdisciplinární záležitostí. Situaci nelze hodnotit pouze z jednoho úhlu pohledu. Jak uvádí Matoušek (2013), je potřeba do posuzování zapojit další odborníky, sociální pracovník by měl být zejména v roli koordinátora a jeho úkolem by mělo být sestavení týmu potřebného k řešení každého případu. Situaci dítěte je třeba posoudit v kontextu jeho sociálně ekologického pole, měl by být zohledněn mikro sociální systém dítěte (jeho rodina, případně jiné významné osoby), stejně tak nelze opomenout sociální systém (škola, vrstevníci), je třeba posoudit jak silné, tak slabé stránky. Na druhou stranu by sociální pracovník neměl opomenout ani makro systém a všechny jeho zdroje, možnosti, omezení a nabídky standardních řešení (Matoušek, 2013).

V ustanovení § 10 ZoSPOD jsou vyjmenovány povinnosti subjektů při zajišťování sociálně-právní ochrany dětí. Níže je ve stručnosti uveden seznam povinností obecních úřadů:

- základní povinností je vyhledávat ohrožené děti;
- sledovat, zda je dětem zamezováno v přístupu do prostředí, které je z hlediska jejich vývoje a výchovy ohrožující (herny, kasína);
- projednávat s rodiči odstranění nedostatků ve výchově dítěte a jeho chování;
- působit na rodiče, aby plnili povinnosti, které vyplývají z rodičovské odpovědnosti;
- poskytovat a zprostředkovávat rodičům na jejich žádost poradenství při uplatňování nároků;
- činit k omezování působení nepříznivých vlivů na děti;
- pravidelně vyhodnocovat jeho situaci;
- zpracovat individuální plán ochrany dítěte;
- pořádat případové konference pro řešení konkrétních situací ohrožených dětí a jejich rodin.

2.3.2 Individuální plán ochrany dítěte

Zmíněn byl individuální plán ochrany dítěte. Tento plán se zpracovává po vyhodnocení situace konkrétního dítěte a jeho rodiny, a podle tohoto plánu pak probíhá další proces stabilizace situace dítěte a jeho rodiny. Co musí být obsahem individuálního plánu ochrany dítěte je součástí prováděcí vyhlášky, vždy by mělo být ale zdůvodněno, proč je dítě považováno za ohrožené, měly by být uvedeny konkrétní faktory, které dítě ohrožují. Dále by

zde měla být vymezena opatření, která budou použita, co je jejich cílem a jak bude vyhodnocována jejich účinnost. Mělo by být i zaznamenáno, jakým způsobem bude poskytnuta pomoc rodině a jak budou podporovány její funkce, mělo by být popsáno, jak mají být opatření naplňována, jak budou chráněna práva a zájmy dítěte, jaké metody budou použity pro práci s rodinou.

Co je nezbytnou součástí, je uvedení postupu spolupráce s ostatními orgány a subjekty, které budou do řešení situace dítěte zapojeny. Součástí by měl být i časový rámec (harmonogram), v jakých intervalech bude kontrolováno plnění opatření. Individuální plán ochrany dítěte je současně nástrojem, kde jsou sepsány úkoly uložené jednotlivým subjektům, opět zde nesmí chybět časový rozvrh pro přijetí úkolů jejich plnění a jejich kontrolu. Podstatná je také skutečnost, že individuální plán ochrany dítěte se vypracovává v součinnosti s dítětem, rodiči anebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, případně i dalšími osobami, které jsou do případu zapojeny a podílejí se na jeho řešení. Individuální plán ochrany dítěte může být výsledkem případové konference, není to ale nezbytnou podmínkou. Případová konference se naopak může konat i po přijetí individuálního plánu ochrany, případně se nemusí konat vůbec. Individuální plán by měl být průběžně aktualizován s ohledem na jeho efektivitu a na vývoj situace (Rogalewiczová et al., 2018).

2.3.3 Případová konference

Již zmíněným nástrojem sociálně-právní ochrany dětí jsou případové konference. Případová konference představuje metodu sociální práce, která je již dnes běžně využívána. Situace je projednávána nejen s rodiči a samotným dítětem (s ohledem na jeho a rozumovou vyspělost), ale jedná se o účinný nástroj multidisciplinární spolupráce při řešení případu ohroženého dítěte. Umožňuje zapojení dalších pomáhajících a zúčastněných subjektů a osob. Účast přizvaných odborníků a zástupců ostatních orgánů a subjektů na případové konferenci je dobrovolná, neboť případovou konferenci je třeba pořádat na základě principu spolupráce všech dotčených subjektů s tím, že OSPOD plní roli koordinátora zúčastněných subjektů, nikoli roli orgánu, který ostatním subjektům ukládá autoritativně úkoly a povinnosti. Poměrně novou metodou práce s rodinami jsou rodinné konference, které vychází z předpokladu, že právě dítě a rodina jsou nejlepšími znalci své situace, svých problémů, svých silných i slabých stránek (Hovorka, 2021). Na případové konferenci se by se měla řešit konkrétní situace konkrétního dítěte a cílem má být najít konkrétní řešení, které bude nejlépe odpovídat zájmu dítěte (Rogalewiczová et al., 2018).

2.3.4 Využití odborné pomoci

Důležitou komponentou sociálně-právní ochrany dětí je poradenská činnost (ustanovení § 11 ZoSPOD). Jedná se o poradenství při řešení výchovných nebo jiných problémů souvisejících s péčí o dítě. Pokud není orgán sociálně-právní ochrany dětí schopen odpovídající poradenství zajistit, odkáže rodiče nebo další osoby na příslušné instituce, zařízení nebo jiné

subjekty, které se na konkrétní problematiku specializují a jsou schopny zajistit odbornou pomoc (Rogalewiczová et al., 2018).

Využití odborné pomoci mohou rodičům nebo jiným osobám odpovědným za výchovu dítěte obecní úřady v rámci poradenství doporučit (§ 11 ZoSPOD). Rodiče si tedy mohou sami zvolit, zda toto doporučení budou respektovat a odbornou pomoc vyhledají. Využití odborné poradenské pomoci ale může být také uloženo (§ 12 ZoSPOD), a to v situaci, kdy je využití pomoci nezbytné pro řešení rodinné situace a rodiče toto doporučení neakceptovali. Současně se může jednat o tak závažnou situaci v rodině, které vede k tomu, že odborná pomoc není nabízena jako možnost, ale uložena jako povinnost. Odbornou poradenskou pomoc poskytují odborná poradenská zařízení, např. pomáhající organizace, poskytovatelé sociálních služeb apod.

Povinnost využít odbornou poradenskou pomoc se ukládá ve formě rozhodnutí o uložení povinnosti. Orgán sociálně-právní ochrany dětí musí mít jasnou představu, jakého cíle mají rodiče s využitím poradenství dosáhnout. Větší problém způsobuje skutečnost, že v rámci správního řízení není možné ukládat povinnost třetím osobám, které nejsou účastníky řízení. Rodičům je tak možné uložit povinnost využít odbornou poradenskou pomoc u konkrétního subjektu, ale není možné subjekt zavázat k tomu, aby tuto pomoc poskytl. Obecně se tak doporučuje, aby před vydáním rozhodnutí vždy bylo kontaktováno vybrané zařízení a zjištěno, jestli je v jeho možnostech vůbec tuto pomoc poskytnout, případně ji předjednat (Rogalewiczová et al., 2018).

Povinnost využít odbornou poradenskou pomoc a vedle toho také povinnost účastnit se setkání s mediátorem nebo terapie, může být uložena i v rámci výchovného opatření ve smyslu ustanovení § 13 odst. 1 písm. d) ZoSPOD. Uložit výchovné opatření může orgán sociálně-právní ochrany dětí (obecní úřad obce s rozšířenou působností), ale také soud. Zatímco uložení povinnosti dle § 12 ZoSPOD je využíváno v rámci prevence a poradenství a souvisí primárně se zajištěním řádné péče o dítě, je-li tato povinnost uložena jako výchovné opatření, má směřovat především k nápravě nedostatků v péči o dítě a jeho výchově a v chování dítěte. Ačkoliv mohou být vnímána výchovná opatření jako sankční, jejich primární funkcí je ochrana dítěte, kdy výchovné opatření má přispět k odvrácení hrozícího nebezpečí pro dítě, jeho zájmy a jeho řádný vývoj. Cílem je podpořit rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte ve výkonu jejich práv a povinností souvisejících s péčí o dítě, smyslem není trestat rodinu za nedostatky ve výchově, nemají mít funkci represivní, ale naopak chránit, podporovat a působit preventivně (Rogalewiczová et al., 2018).

Klíčová je pak včasná intervence. K tomuto se vyjádřil i Veřejný ochránce práv ve svém stanovisku VOP 3895/2015/VOP/KI: „... pokud je uvedené opatření nastoleno zavčas je mnohem větší pravděpodobnost jeho úspěchu, než v situaci, která je již zcela vyhrocená. OSPOD má tyto kompetence svěřeny právě z toho důvodu, že může postupovat mnohem rychleji a operativněji než soud.“

2.3.5 Národní strategie ochrany práv dětí

Stěžejním dokumentem v oblasti sociálně-právní ochrany dětí, která obsahuje hlavní cíle vládní politiky v této oblasti a základní rámec opatření je Národní strategie ochrany práv dětí na období 2021–2029. V rámci Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029 (MPSV, 2021) byly identifikovány nedostatky z perspektivy vybraných cílových skupin, a to na základě dostupných analýz a výzkumů. Byly vytipovány cílové skupiny, na jejichž potřeby současný systém nereaguje odpovídajícím způsobem a kde existuje potenciál řešení prostřednictvím zavádění nových typů služeb podpory a pomoci. V kontextu této práce je zmiňována skupina rodičů s problémovým užíváním návykových látek alkoholových i nealkoholových, kdy bylo zhodnoceno, že služby pro léčbu závislosti a služby na podporu rodičovství (izolace rodiče od dítěte) nejsou vzájemně propojeny. Svou roli také hrají předsudky ze strany systému. Závislosti rodičů jsou pak identifikovány jako jeden z klíčových faktorů sociálního znevýhodnění dětí.

V Akčním plánu k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí pro období 2021-2024 jsou navržena opatření v rámci infrastruktury ve smyslu nabídky pomoci pro různé cílové skupiny dětí a rodin. Úkolem koncepčně budované sítě služeb je zajistit dostupnost pomoci i v případech velmi specifických potřeb dítěte. Jako je tomu v případě ostatních aktivit akčního plánu, předpokládá se úzká mezioborová spolupráce, která se má odrazit i v pojetí systému služeb. Jednou z dílčích aktivit je vytvoření mezioborového týmu pro definici garantované sítě služeb pro rodiny s dětmi včetně pracovních skupin zabývajících se problematikou služeb pro děti a rodiny se specifickými potřebami (zdravotní znevýhodnění; duševní onemocnění; závislostní chování, týrané a zneužívané děti; rodiče, jimž bylo dítě odebráno z péče, nezletilí bez doprovodu, děti s rodiči ve výkonu trestu odnětí svobody atd.). Dále pak zpracování návrhu garantované sítě preventivních a odborných služeb systému péče o ohrožené děti a rodiny, včetně zajištění jejich dostupnosti zapojováním do běžného komunitního prostředí (MPSV, 2021).

Ve smyslu strategie státu v této oblasti však zaznívá i kritika. Pemová a Ptáček (2022) uvádějí že pro vytváření služeb, které mohou zmírnit ohrožení dětí, je nezbytné znát počet a potřeby ohrožených dětí a jejich rodin. Pro efektivní pomoc těmto dětem a jejich rodinám je důležitá nejen jejich včasná identifikace, ale dostupné a funkční sociální služby. Jako zásadní deficit pro efektivní řešení problematiky ohrožených dětí a rodin vnímají absenci statistických dat v oblasti sociálních služeb. Jejich kritika směřuje i k registru poskytovatelů sociálních služeb provozovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí, který je jen rozcestníkem, přes který lze získat základní a kontaktní informace na provozovatele jednotlivých typů sociálních služeb. Neobsahují ale údaje o kapacitě služeb, personálním obsazení a podobně.

Práci OSPODu s rodiči, kteří zneužívají návykové látky se zabývala také Lhotáková (2015), která konstatovala, že pro pracovníky OSPODu neexistují bližší specifika práce s těmito rodiči. *„Z pohledu zákona je dítě drogově závislé matky vnímáno jako týrané, zanedbávané či zneužívané. I přestože podle odborníků rodič pod vlivem návykových látek není schopný dostatečně vnímat potřeby svého dítěte, neexistuje jednotný názor na to, zda rodiče jsou, či nejsou s ohledem na své užívání návykových látek schopni zajistit dostatečnou péči o své*

dítě.“ Navrhuje, aby byla stanovena bližší kritéria pro tuto cílovou skupinu, přičemž z jejího výzkumu vyplynulo, že jednotlivé postupy jsou závislé na individualitě každého případu a především na sociálním pracovníkovi. I přesto, že z teoretických předpokladů vyplývá, že nejefektivnější forma plánování je případová konference, ze čtyř jí zpracovaných kazuistik byla využita pouze v jednom případě. Z kazuistik rovněž vyplynula náročnost hodnocení těchto rodin, což směřuje k tomu, aby v případě byli zapojeni všichni odborníci, kteří se mohou na uzdravení rodiny podílet (Lhotáková, 2015).

2.3.6 Iniciativa Pro dítě 21

Vhodné je na tomto místě také představit iniciativu Pro dítě 2021. Jedná se o volné sdružení odborníků v oblasti ochrany dětí participujících na projednávání a rozhodování případů ohrožených dětí, kteří se ztotožňují s nutností systémových změn v této oblasti. Smyslem je zkvalitnění péče poskytované ohroženým dětem a jejich rodinám tak, aby děti mohly pokud možno setrvat v láskyplném bezpečném a podnětném prostředí své rodiny. Jedná se o otevřenou neformální platformu zastřešující jednotlivé projekty, které jsou zaměřené na ohrožené děti a jejich rodiny a které stojí na principech interdisciplinární spolupráce v přístupu založeného na vědeckých důkazech, v přístupu směřujícího k řešení problémů a přístupu zohledňujícího trauma. Iniciativa poukazuje na nejednotné výstupy z OSPODu, kdy chybí strukturované a jednotné vyhodnocení ohroženého dítěte, dále na velmi rozdílné postupy při práci s rodinou předtím, než je případ projednáván u soudu, a skutečnost, že není zřejmé a jednotné, kdy je věc ještě OSPODu a kdy už by měla být soudu. Pokládá si otázky, jak vyhodnotit, která pomoc má být rodině poskytnuta, jak monitorovat a vyhodnocovat efektivitu odborné pomoci, jak zjistit chybějící formy odborné pomoci atd.

Iniciativa klade důraz na interdisciplinární spolupráci tak, aby v odborné činnosti subjektů zapojených s detekcí ohrožení dítěte bylo dosaženo integrovaného synergického výsledku. Jejím cílem je přístup zaměřený na řešení problémů. Vizí je časná detekce ohrožených dětí, vyhodnocení míry a oblastí ohrožení, volba adekvátního intervenčního programu, monitoring probíhajících intervencí a vyhodnocení úspěšnosti intervenčního programu a následné rozhodnutí, co dál (Pro dítě 21, 2024).

Výše uvedené cíle jsou shodné s přístupem fungujícím ve Velké Británii jako Family Drug and Alcohol Court (FDAC), jehož cílem je podpořit rodiče užívající návykové látky ve změně a zlepšit tak podmínky pro děti. Zaměřuje se na jejich motivaci a snaží se vybudovat odolnost vůči nepříznivým vlivům okolí tak, aby se nevraceli k užívání a jejich děti mohly zůstat nebo se vrátit do jejich péče. Na rozdíl od běžných soudních řízení jsou rodiče v úzkém kontaktu se soudcem, kdy danému případu se věnuje pouze jeden soudce. Rodiče se snaží motivovat a podporovat a ve spolupráci s multidisciplinárním týmem jim pomáhá překonat obtíže. V roce 2016 byla vydána hodnotící zpráva, kde byly shrnuty dosažené výsledky fungování FDAC ve Velké Británii. Případy vedené u FDAC měli oproti běžným soudním řízením lepší výsledky, a to jak z krátkodobého, tak z dlouhodobého hlediska (Harwin et al., 2016).

2.4 Adiktologické ambulantní služby

Předchozí kapitoly jsou zaměřeny na okolnosti, které klienty obou skupin přivádějí do léčby (dohled trestní justice nebo orgánu sociálně-právní ochrany dětí). Protože je bakalářská práce zaměřena na ambulantní léčbou závislosti, je na místě také vymezit ambulantní adiktologickou službu. Vymezit definici ambulantních adiktologických služeb ale není snadné. Jak uvádí Janíková a Nechanská (2021) zakotvení adiktologických služeb v České republice je vágní. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, definuje služby v oblasti adiktologie jako odbornou péči, která zahrnuje prevenci poruch zdravotního stavu spojených s touto poruchou, včetně snižování zdravotních a sociálních rizik, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob. Síť adiktologických služeb poskytuje intervence v rámci širokého spektra problémů spojených s užíváním návykových látek a dalším závislostním chováním. Síť služeb tvoří různé typy zařízení a programy, které vycházejí z různých oborů, legislativních a resortních rámců a jejich kombinací (sociální, zdravotní, výchovně-pedagogické). Síť obsahuje pestrou paletu typů organizací s různou právní subjektivitou (příspěvkové, neziskové, privátní, atd.).

Základní rámec pro poskytování adiktologických služeb poskytují zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách (ZZS), a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (ZSS). Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, navíc stanovuje podmínky pro ochranné léčení a pro protialkoholní a protitoxikomanickou záchytnou službu (tzv. záchytné stanice).

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách, resp. vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, rozlišuje ambulanci pro návykové nemoci, adiktologickou ambulanci, adiktologický stacionář a lůžkové zařízení pro návykové nemoci, které však řadí do zařízení následné péče.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje jednotlivé typy služeb v adiktologii: kontaktní centra, terénní programy, sociální poradenství (kam spadají např. ambulantní adiktologické provozy, které nemají statut zdravotnického zařízení), terapeutické komunity, služby následné péče (kam spadají doléčovací programy) a domovy se zvláštním režimem. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, podrobně stanovuje náplň činností jednotlivých typu služeb.

Rozvojem adiktologických služeb se zabýval projekt „*Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky*“ financovaný EU (RAS), jehož cílem byla mj. inovace systémového rámce adiktologických služeb. V rámci tohoto projektu vznikla Koncepce rozvoje adiktologických služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2020), která definuje adiktologickou službu jako zdravotní, sociální či jinou službu poskytovanou s cílem zlepšení zdravotního nebo sociálního stavu klienta, tedy službu specializovanou na prevenci, poradenství, léčbu a následnou péči. Její hlavní cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách nebo osoby s nelátkovou závislostí nebo osoby blízké. Klíčovou charakteristikou je

mezioborový (zdravotně-sociální, případně zdravotně-sociálně-pedagogický) charakter poskytovaných služeb a přístupů ke klientovi a jeho potřebám. Koncepce rozlišuje 6 základních typů adiktologických služeb, které koncepčně odpovídají různým fázím rozvoje závislosti:

- adiktologické preventivní služby,
- adiktologické služby minimalizace rizik,
- adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství,
- adiktologické služby krátkodobé stabilizace,
- adiktologické služby rezidenční léčby,
- adiktologické služby následné péče.

Výstupem projektu byla také současná verze Standardů adiktologických služeb (2021), kde jsou adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství definovány jako zdravotní nebo sociální služba poskytující ambulantní služby osobám užívajícím psychoaktivní látky, osobám se závislostí a ohroženým závislostním chováním, zejména klientům v různé míře ohrožení a v různé fázi změny, jejichž stav nevyžaduje hospitalizaci nebo hospitalizace není možná. Nejčastěji jde o strukturované formy péče založené na poradenských nebo psychoterapeutických postupech a sociální práci směřující ke zlepšení somatického a psychického stavu, sociální situace a změně životního stylu. Typicky jsou tyto služby organizovány jako ambulantní, s obvyklou délkou trvání 3 až 24 měsíců, a mohou disponovat stacionární kapacitou, krizovými lůžky, case managementovým terénním týmem nebo být poskytovány v další instituci.

Zvláštním znakem ambulantních služeb je schopnost:

- identifikovat rizika spojená se závislostním chováním, aktuální fázi potřeby změny a míru připravenosti na ní;
- vytvářet postupy a intervence vedoucí k minimalizaci závislostního chování nebo úzdravě;
- pružně přizpůsobovat program podle aktuálních možností a potřeb klienta, kdy klíčovou vlastností je stoupající míra spoluodpovědnosti klienta v průběhu péče;
- společně s klientem plánovat další péči;
- asistovat a pomáhat klientovi při kontaktu s rodinou, dalšími institucemi a podporovat ho při uplatňování práv a oprávněných zájmů;
- koordinovat péči a v indikovaných případech poskytovat péči v přirozeném prostředí klienta.

Co se týká vzájemné spolupráce ambulantních adiktologických služeb s dozorovými orgány (soud, potažmo Probační a mediační služba, případně OSPOD), je pouze základní vymezení pravidel ve Standardech odborné způsobilosti adiktologických služeb, a to v následujících bodech:

- 2.3.1.1.4: *Služba dbá na ochranu práv a oprávněných zájmů klienta tím, že stanovuje další pravidla pro předávání informací, pokud je poskytována souběžně s další péčí, v součinnosti s PMS a VS ČR, nebo je součástí opatření nařízených OSPOD.*
- 2.3.1.2.3 *Pokud je služba poskytována v další instituci, je realizována na základě písemné Dohody o spolupráci, která obsahuje upřesnění působení služby v dotčených organizačních jednotkách.*

- 2.6.1.2.3 *Pokud je služba poskytována souběžně s další péčí nebo je součástí opatření nařízených OSPOD nebo PMS, stanovuje další pravidla pro předávání informací zaměřená na ochranu práv a oprávněných zájmů klienta.*

2.5 Zachování mlčenlivosti vs. poskytování informací

Jak již bylo v předchozích částech naznačeno, nezbytnou komponentou procesu kvazi nucené léčby je spolupráce s třetí stranou, v daných případech soudem, Probační a mediační službou a OSPODem. S tím také souvisí předávání informací týkajících se léčby klienta, přičemž se jedná o informace, které standardně podléhají mlčenlivosti daného zařízení, resp. jeho pracovníků. Základní pravidla pro zachování mlčenlivosti, resp. pro poskytování informací, jsou zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to pro zdravotnická zařízení, a v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, pro poskytovatele sociálních služeb. Adiktologické služby mohou poskytovat jak zdravotnická zařízení, tak poskytovatelé sociálních služeb (Janíková & Nechanská, 2021).

Dle ustanovení § 51 odst. 1 ZZS je poskytovatel povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Výjimky z této povinnosti jsou pak zákonem vymezeny, zde jsou zmíněny zejména následující (§ 51 odst. 2 ZZS):

- předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotních služeb;
- sdělování údajů nebo jiných skutečností, je-li poskytovatel zproštěn pacientem, popřípadě zákonným zástupcem pacienta, mlčenlivosti a sděluje-li údaje nebo tyto skutečnosti v rozsahu zproštění;
- sdělování, popřípadě oznamování údajů nebo jiných skutečností podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, pokud z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů vyplývá, že údaje nebo skutečnosti lze sdělit bez souhlasu pacienta;
- sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení; za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti přezkázat nebo oznámit spáchání trestného činu.

Povinná mlčenlivost se dle ustanovení § 51 odst. 5 ZZS vztahuje v podstatě na všechny pracovníky, a to i po skončení pracovního poměru, a zjednodušeně i na další osoby, které přichází do kontaktu s pacientem nebo jeho dokumentací.

Obdobná úprava platí i v případě poskytovatelů sociálních služeb. Dle ustanovení § 100 odst. 1 ZSS jsou zaměstnanci obcí a krajů, zaměstnanci státu a zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb povinni zachovávat mlčenlivost o údajích týkajících se osob, kterým jsou poskytovány sociální služby nebo příspěvek, které se při své činnosti dozvědí, není-li dále stanoveno jinak. Tato povinnost trvá i po skončení pracovního vztahu. Povinnosti zachovávat mlčenlivost mohou být osoby uvedené ve větě první zproštěny pouze tím, v jehož zájmu tuto

povinnost mají, a to písemně s uvedením rozsahu a účelu. Dle odst. 2 téhož ustanovení platí povinnost mlčenlivosti stanovená v odstavci 1 obdobně pro fyzické osoby, které jsou poskytovateli sociálních služeb nebo se jako přizvaní odborníci účastní inspekce anebo při poskytování sociálních služeb působí jako dobrovolníci. A konečně dle odst. 3 údaje týkající se osob, kterým jsou poskytovány sociální služby nebo příspěvek, které se subjekty uvedené v odstavcích 1 a 2 při své činnosti dozvědí, sdělují jiným subjektům, jen stanoví-li tak tento zákon nebo zvláštní zákon; jinak mohou tyto údaje sdělit jiným subjektům jen s písemným souhlasem osoby, které jsou poskytovány sociální služby nebo příspěvek.

Tato obecná pravidla se vztahují i na poskytování ambulantních adiktologických služeb. Mlčenlivosti může zprostit pracovníka sám klient a na základě jeho souhlasu lze informovat třetí stranu v rozsahu zproštění. V dalších případech pak existuje oznamovací povinnost, kdy určité skutečnosti je subjekt povinen sdělit nebo oznámit i bez souhlasu klienta.

V oblasti trestního práva se jedná o povinnost ve smyslu ustanovení § 368 TZ, kdy oznamovací povinnost má ten, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že někdo spáchal některý z trestných činů, vymezených v tomto ustanovení TZ (nejedná se tedy o všechny trestné činy). Stejně tak dle ustanovení § 367 TZ, pokud se někdo hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá některý z vyjmenovaných trestných činů, je povinen toto jednání přerušit.

Dle § 8 TŘ jsou státní orgány, právnické a fyzické osoby povinny bez zbytečného odkladu, a nestanoví-li zvláštní předpis jinak, i bez úplaty vyhovovat dožadáním orgánů činných v trestním řízení při plnění jejich úkolů. Splnění povinností lze odmítnout s odkazem na povinnost zachovávat mlčenlivost, nicméně tyto informace lze pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce. Obecně lze uvést, že právní úprava povinné mlčenlivosti je velmi roztržitá. Existuje více jak sto zákonů, které ji upravují, proto je obtížné vymezit ty případy, na které se toto ustanovení vztahuje (Jelínek, 2022).

Další situací, se kterou je možné se v oblasti ambulantní léčby setkat a kdy je zakotvena oznamovací povinnost, je § 89a zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, ve znění pozdějších předpisů: Lékař, který zjistí že žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, je povinen o této skutečnosti neprodleně informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění.

Ve vztahu k sociálně-právní ochraně dětí upravuje oznamovací povinnost, případně povinnost sdělit údaje na vyžádání ustanovení § 53 ZoSPOD, kdy na výzvu orgánů sociálně-právní ochrany jsou státní orgány, zaměstnavatelé, další právnické osoby a fyzické osoby, mj. poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb povinni sdělit bezplatně údaje potřebné podle tohoto zákona pro poskytnutí sociálně-právní ochrany nebo pro účely rozhodování o vydání

pověření, nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj.

Dále jsou dle ustanovení § 10 odst. 4 ZoSPOD poskytovatelé zdravotních služeb povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví. V tomto případě se nelze dovolávat povinnosti zachovat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu.

Částečně je povinnost sdělovat rozhodné skutečnosti zakotvena v ustanovení § 100a ZSS, kdy je poskytovatel sociálních služeb povinen na písemnou žádost sdělit bezplatně orgánu sociálně-právní ochrany dětí údaje nezbytné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany týkající se osoby, které byla rozhodnutím orgánu sociálně-právní ochrany dětí uložena povinnost využít odbornou poradenskou pomoc podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Poskytovatel sociálních služeb je povinen vždy sdělit, zda s osobou uzavřel smlouvu o poskytování sociální služby, dobu platnosti smlouvy, datum ukončení poskytování sociální služby, popřípadě výpovědní důvod, pokud byla smlouva vypovězena, a zhodnocení průběhu poskytování sociální služby.

2.6 Léčba klientů přicházejících do adiktologických služeb z donucení

Obecně je práce adiktologa založena na dobrovolné spolupráci s klientem. U klientů, kteří přicházejí z donucení jiné instituce se ale o zcela dobrovolný vstup do služby nejedná.

2.6.1 Práce s klientem přicházejícím do služby z donucení

Je zřejmé, že o úspěšnosti léčby závislosti rozhoduje řada faktorů, jedním z nich je i motivace k léčbě, která může být v případech kvazi nucené léčby snížena. Obecně rozlišujeme motivaci vnitřní a vnější, přičemž o úspěšnosti léčby rozhoduje zejména vnitřní motivace. Motivace ale není rysem osobnosti, jedná se o stav, který může být proměnlivý, tento faktor se může v průběhu léčby měnit a lze s ním při práci s uživatelem pracovat. Jak uvádí Soukup (2020), motivaci klientů ke změně je možné pozitivně ovlivnit, přičemž rámeček poskytuje např. technika motivačních rozhovorů.

Specifiky práce s nedobrovolným klientem, a to zejména v oblasti sociální práce se zabývá mnoho autorů. V podstatě se shodují na určitých principech, které je vhodné uplatňovat při práci s klientem. Trotter, Rooney a Rooney (2020) zmiňují, že stále více důkazů svědčí o tom, že určité dovednosti v přímé praxi sociální práce vedou k dobrým výsledkům v zájmu klienta. Patří mezi ně: začít tam, kde se klient nachází, sdílení a pochopení účelu spolupráce s klientem, řešení problémů na základě klientových cílů, vztahy založené na respektu, empatii a vhodném nastavení hranic, zaměření se spíše na silné stránky než slabé, opatrné

zpochybňování iracionálního nebo antisociálního myšlení. Poukazují ale na propast mezi akademickými a teoretickými znalostmi o tom, co funguje v sociální práci s nedobrovolnými klienty, a praxí agentur, které těmto klientům poskytují služby. V tomto kontextu upozorňují na neuspokojivou praxi v podobě přílišného zaměření na hodnocení rizik na úkor intervencí, stanovování cílů pro klienty, spíše než s klienty, a na sociální pracovníky, kteří se nedostatečně zaměřují na vztah s klientem a dostatečnou empatii. Shrnují, že se ví o tom, co funguje, ale málo se ví o tom, jak tyto znalosti převést do praxe a jak využít současný zájem o praxi založenou na důkazech k podpoře postupů, které skutečně pomáhají klientům (Trotter, Rooney, Rooney, 2020).

Smith (2020) pak upozorňuje na skutečnost, že nedobrovolní klienti vyvstávají z politických a profesních ideologií, struktur a praktik, které konstruují určité lidi jako „nedobrovolné“. Sociální pracovníci se pak ocitají v mocenské pozici, kdy musí kvůli požadavkům zvenčí trvat na určitých věcech. Obvyklé praktiky sociální práce, spočívající v zapojení, aktivním naslouchání a projevování empatie před přechodem k hodnocení problémů a intervenci, často u nedobrovolných klientů nefungují. A proto označuje sociální práci s nedobrovolnými klienty za chaotickou: jít s proudem, pracovat na základě vodítek, přizpůsobovat reakce měnícím se okolnostem a především budovat vztahy. Shrnuje, že je to spíše umění než věda – vztahová a neustále připravovaná. Smith (2020) vychází z toho, že výchozím bodem pro zapojení nedobrovolných klientů je uznání. Uznání je pak podporováno budováním důvěry, která musí být ústřední složkou vztahu mezi klientem a pracovníkem. Nedobrovolní klienti jsou často hluboce nedůvěřiví a pracovníci si to musí uvědomit a překonat tuto bariéru (Smith, 2020).

Jakým způsobem může fungovat práce s klientem v odporu se zabýval výzkum Liu, Chui, Deng a Li (2020), který sledoval, jaké strategie poradenští pracovníci používají s těmito klienty. Vycházel z předchozích výzkumů, které konstatovaly, že klienti protidrogové léčby v komunitě vykazují pasivní i aktivní formy rezistence, přičemž většinou mají pocit, že terapeutické vztahy s poradci zahrnují nerovnováhu moci, a mají tendenci věřit, že poradci zastupují zájmy místní policie nebo komunity spíše, než jejich zájmy. Aby se poradci vypořádali s rezistencí klientů, shrnuli v této studii různé strategie, které jsou v mnoha ohledech v souladu s předchozími studiemi. Patří mezi ně

- projevování respektu a péče,
- vyjádření empatie,
- vyhnout se označování a diskriminaci klientů,
- motivačních rozhovory,
- odborné vzdělávání a intervence založené na zaměstnání klientů tak, aby nahradili užívání nelegálních drog smysluplnými činnostmi,
- nabízet klientům prostor pro sebeurčení s cílem posílit jejich účast v terapeutickém procesu,
- dostatečná péče o klientovy potřeby a pomoc při řešení jejich osobních problémů,
- strategické využívání vlivu vrstevníků.

NIDA (2020) pro účinnou léčbu poruch souvisejících s užíváním návykových látek u uvězněných osob definuje následující komponenty v rámci komplexního přístupu ke klientům:

- kognitivně-behaviorální terapie, která pomáhá modifikovat pacientova očekávání a chování ohledně užívání drog a pomáhá efektivně zvládat spouštěče a stres,
- terapie krizového managementu, která poskytuje motivační pobídky ve formě poukázek nebo peněžních odměn za pozitivní chování,
- léky včetně substituční léčby pro uživatele opiátů,
- komplexní služby po propuštění ze systému trestního soudnictví, včetně pomoci v zaměstnání a bydlení,
- edukace o předávkování a distribuce opioidní reverzní medikace (naloxon) v rámci justičních odklonových léčebných programů nebo po propuštění.

Gabrhelíková (2015) doporučuje při práci s těmito klienty následující principy:

- jednoznačné a srozumitelné vymezení role pracovníka a klienta na začátku i v průběhu spolupráce,
- jednoznačné a srozumitelné vymezení povinnosti pracovníka vůči klientovi a vůči represivním orgánům s klienta vůči pracovníkovi a represivním orgánům,
- společné vymezení vzájemných pravidel spolupráce a jejich průběžná revize,
- otevřené zacházení s informacemi týkajícími se klienta (kontraktovat s klientem a informovat klienta o způsobu předání, formě a obsahu informací),
- navázání kontaktu se všemi odborníky, se kterými klient aktuálně spolupracuje, vždy s vědomím klienta,
- důsledné zplnomocňování klienta.

2.6.2 Efektivita léčby

Jak již bylo uvedeno, o úspěšnosti léčby závislosti rozhoduje řada faktorů, tedy nejen skutečnost, zda klient vstupuje do léčby dobrovolně, či nikoli. Ostatně i klient, který do služby přichází z vlastní vůle, může být silně motivován svým okolím, rodinou, finančními problémy, hrozící ztrátou zaměstnání apod. Podle NIDA (2020) nemusí být účinná léčba dobrovolná. Silná motivace může facilitovat léčebný proces, i když tlak přichází zvnějšku: z rodiny, zaměstnání, trestní justice. Stěžejní je tedy spíše to, jakým způsobem léčba probíhá a zda jsou veškeré intervence včasné, dostupné a odpovídající individuálním potřebám daného klienta.

Jak uvádí Gerra et al. (2009), dostupnost účinné a cenově dostupné léčby a péče, která odpovídá různým potřebám uživatelů návykových látek, může přispět k dobrovolnému vstupu do léčby a tím snížit trestnou činnost související s drogami. Určitý stupeň nátlaku se často používá k povzbuzení uživatelů ke vstupu do léčby a ke zvýšení jejich setrvání v léčbě. To může mít formu neformálního nátlaku ze strany rodiny a přátel, stejně jako formálního právního nátlaku, jako alternativy k uvěznění nebo jiným právním sankcím (Gerra et al. 2009).

Podle NIDA (2020) poskytování komplexní léčby užívání návykových látek pachatelům trestných činů v době, kdy jsou uvězněni, funguje a snižuje jak užívání drog, tak kriminalitu po návratu vězně do komunity. Léčba ve vězení a po výstupu je zásadní pro snížení celkové kriminality a dalších společenských zátěží souvisejících s drogami. Aby byla léčba účinná, musí začít ve vězení a pokračovat po propuštění prostřednictvím účasti na komunitních léčebných programech. Zapojením se do pokračujícího terapeutického procesu se lidé mohou naučit, jak se vyhnout recidivě. NIDA ale konstatuje, že pouze malé procento těch, kteří potřebují léčbu ve vězení, ji skutečně dostane, a často je poskytnutá léčba nedostatečná, a to i přesto, že neléčení poruchy užívání návykových látek v systému trestního soudnictví má nejen negativní společenské důsledky, ale také se ukazuje jako nákladné. Výzkum naznačuje, že i ti, kteří zpočátku nejsou motivováni ke změně, se mohou nakonec zapojit do pokračujícího procesu léčby, což naznačuje, že je mýtus, že léčba musí být dobrovolná (NIDA, 2020).

Rash a Urbanoski (2019) zdůrazňují potřebu systémového přístupu k řešení celého spektra problémů; dostupnost a účinnost se zlepšuje díky spolupráci mezi zúčastněnými stranami; je zapotřebí řada systémových podpor; potřeba služeb by měla být založena na sebeurčení, holistických kulturních postupech, výběru a partnerství; pozornost by měla být věnovaná rozmanitosti a sociálně-strukturálním nevýhodám; je zapotřebí systematické prověřování a hodnocení, aby bylo možné nabídnout klientům vhodné léčebné služby ve stupňovitém rámci služeb; a konečně, individualizované plánování léčby musí zahrnovat správnou kombinaci intervencí založených na důkazech (Rash & Urbanoski, 2019).

2.6.3 Přehled výzkumů

Existuje řada výzkumů, které se zabývaly efektivitou nařízené či kvazi nucené léčby. Jejich výsledky nejsou zcela konzistentní. Werb et al. v roce 2016 publikovala výsledky systematického přehledu studií hodnotících výsledky nařízené léčby. Jednalo se o povinnou léčbu probíhající v detenčních zařízeních, ústavní léčbu, ambulantní léčbu i léčbu ve vězení. Dospěla k závěru, že v odborné literatuře je málo dat na to, aby mohla být povinná léčba hodnocena. Výsledky jako celek nepotvrdily přínos povinné léčby, některé studie navíc naznačovaly negativní důsledky v podobě porušování lidských práv. Werb tedy apeluje na to, aby tvůrci politik preferovali nepovinné formy léčby, přičemž zastánci léčby povinné by měli poskytnout vědecké důkazy, že taková léčba je účinná, bezpečná a etická.

Světová zdravotnická organizace zdůrazňuje, že léčba by měla být nařízena na omezenou dobu pouze v případě, že uživatelé drog riskují bezprostřední újmu sobě nebo jiným, postrádají mentální schopnost souhlasit s léčbou, a neexistují žádné jiné přiměřeně dostupné vhodné a méně omezující reakce. Kdykoli je to možné, uživatelé drog by se měli mít možnost svobodně se rozhodnout, zda se léčby zúčastní (Lunze et al., 2016).

Výzkumem účinnosti kvazi nucené léčby ve srovnání s léčbou dobrovolnou se zabýval např. Schaub et al. (2010). Výsledkem studie bylo, že snížení užívání návykových látek a kriminality, jakož i zlepšení zdravotní a sociální integrace, bylo pozorováno jak ve skupinách klientů s kvazi nucenou léčbou, tak ve skupinách klientů, kteří do léčby vstupovali dobrovolně.

Všimá si také toho, že studie z anglicky mluvících zemí se přiklání k tomu, že kvazi nucená léčba může být efektivní při snižování užívání návykových látek a kriminality a může zlepšit zdravotní a sociální integraci, současně, že tato léčba je přinejmenším stejně účinná jako léčba dobrovolná a že právní donucení může zlepšit udržení v léčbě. Naproti tomu výzkumy z jiných zemí jsou ohledně účinnosti kvazi nucené léčby pesimističtější. Výzkumy s ohledem na rozdíly v zaměření, sledovanou skupinu a metodiku ale nelze srovnávat. Uzavírá, že nabídnout uživatelům návykových látek páchajících trestnou činnost možnost postoupit léčbu namísto trestu, má svá pozitiva i v tom, že většina uvězněných vězňů závislých na návykových látkách obvykle po propuštění z výkonu trestu pokračuje v užívání drog a trestné činnosti. Takové relapsy byly méně časté u pachatelů, kteří absolvovali léčbu, byť z právního donucení (Schaub et al., 2010).

Mohlo by se nabízet, že nařízená léčba má horší „výsledky“, než léčba kvazi nucená, kdy vstup do této léčby je dobrovolný, víceméně jako alternativa k jinému trestu. Úspěch těchto opatření ale závisí také na tom, do jaké míry jsou přesně zaměřena na konkrétní cíle a konkrétní uživatele. Existuje řada alternativ, které se používají v právních systémech různých zemí. Alternativy trestu jsou ale často zaváděny bez důkladného monitorování nebo hodnocení, a to navzdory skutečnosti, že investice do výzkumů by se mohly z dlouhodobého hlediska vyplatit tím, že poskytují informace, které lze použít ke zlepšení účinnosti a účelnosti programu. Klíčem k úspěchu je mít k dispozici řadu intervencí, které lze vhodně přizpůsobit potřebám individualitě jedince (Hughes, 2015).

Kritika pak míří na skutečnost, kdy výzkumy se pouze zabývají otázkou, zda léčba funguje či nikoli, a to při srovnání skupin klientů, kteří do léčby vstupují z donucení nebo dobrovolně (Urbanoski, 2019). Systematické přehledy upozornily na smíšená zjištění o výsledcích tohoto typu léčby, tedy i o pozitivním nebo negativním dopadu na užívání návykových látek a kriminální recidivu. Vnímání míry donucení a vnější motivace k léčbě je však realita u všech klientů vstupujících do léčby. Bylo zdokumentováno, že doporučení k léčbě, vnímaný nátlak a motivace nejsou vzájemně zaměnitelné komponenty. Ne všichni klienti, kteří vstupují do léčby na základě nějaké formy právního donucení, vnímají nátlak. Na druhou stranu, klienti, kteří do léčby vstupují dobrovolně, mohou vnímat daleko větší nátlak (např. ze strany členů své rodiny). Tato heterogenita by byla vhodným sledovaným ukazatelem v rámci některého z výzkumů hodnocení úspěšnosti léčby (Urbanoski, 2019). Urbanoski pak uzavírá, že není klíčovou otázkou, zda léčba na základě různé formy právního donucení funguje či nikoli, ale pro koho funguje a za jakých podmínek.

Ve vztahu ke klientkám matkám, které jsou pod dohledem orgánů zabývajících se ochranou dětí ale varuje Urbanoski (2020), že navzdory rozšířenosti kvazi nucené léčby je známo jen málo informací o procesech a výsledcích kvazi nucené léčby v oblasti ochrany dětí. Apeluje na změnu zaměření výzkumů týkajících se kvazi nucené léčby závislosti. Kritizuje příliš zjednodušené srovnávání mezi nucenou a dobrovolnou léčbou, protože tato srovnání nezachycují složité motivace jednotlivců vstupujících do léčby. Zdůrazňuje, že i když mohou donucovací opatření vést k podobným nebo lepším výsledkům setrvání v léčbě, výsledky jsou

smíšené a ovlivněné kvalitou terapeutických vztahů a individuální motivací. Vyzývá k provedení výzkumu, který bude více a podrobněji zohledňovat heterogenitu skupiny z hlediska motivace a zkušeností v průběhu času (Urbanoski, 2020).

Z uvedeného tak vyplývá, že není dostatek srovnatelných zdrojů k tomu, aby se jednoznačně mohlo určit, do jaké míry a za jakých podmínek může být nedobrovolná léčba úspěšná, nezdá se ale, že by měla opačný, než očekávaný efekt, tedy, že by zjistitelné výsledky byly v rozporu s jejím cílem. Protože ale léčba závislosti je komplexní proces, do kterého vstupují mnohé proměnné, je velmi složité problém popisovat dichotomicky, tedy jen z hlediska dobrovolnosti nebo nedobrovolnosti vstupu do programu. Jak z dostupných zdrojů vyplývá, důležitými faktory je vztah klienta a poradenského pracovníka (sociálního pracovníka, terapeuta, adiktologa apod.), záleží na metodách, které se v práci s klientem uplatňují a v neposlední řadě také je rozhodující kontext, v jakém jsou služby poskytovány, tedy zda jsou dostupné dostatečné zdroje k naplnění potřeb klienta, zda funguje návaznost a propojenost jednotlivých institucí, které nabízí klientům služby, atd.

3 Výzkumná část

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce je popsat proces léčby klientů v ambulantních adiktologických službách přicházejících do léčby na doporučení některého z dozorových orgánů (v kontextu této práce se rozumí soud, Probační a mediační služba a orgán sociálně-právní ochrany dětí). Dále bylo cílem popsat, zda, a případně jaká, jsou specifika v procesu léčby těchto klientů, a současně zmapovat procesy spolupráce s institucemi, které léčbu klientovi doporučily. Ve vztahu k výzkumnému cíli byly položeny následující výzkumné otázky

- 1) Jak probíhá léčba klientů, kterým je uložena ze strany soudu nebo jiného dozorového orgánu, případně je jim doporučena?
- 2) Jaká jsou specifika práce s nimi?
- 3) Jak probíhá spolupráce a výměna informací mezi ambulantním zařízením a těmito orgány?
- 4) Jak je pracovníci hodnocena spolupráce s třetí stranou?

3.2 Výzkumný soubor, výběrová kritéria souboru

Výzkumný soubor tvoří pracovníci zařízení adiktologických služeb poskytující ambulantní léčbu závislosti. Bylo osloveno celkem 15 ambulantních služeb v rámci České republiky. Nejdříve byli osloveni e-mailem nebo telefonicky vedoucí služby, zda souhlasí s účastí ve výzkumu. Pokud ano, účastnili se oni sami, případně předali kontakt na jiného pracovníka ve službě. Vždy jim byla současně zaslána informace o průběhu, principech a využití výzkumu. Z 15 oslovených zařízení souhlasilo s účastí 10 zařízení, ostatní odmítli s odkazem na nedostatek času nebo personálních kapacit, případně s odkazem, že s cílovou skupinou výzkumu téměř nepracují.

Metodou výběru účastníků byl prostý záměrný výběr (Miovský, 2006), kdy s žádostí o účast ve výzkumu byla kontaktována v každém kraji minimálně 1 služba, přičemž bylo vycházeno ze seznamu ambulantních služeb prezentovaných v Mapě pomoci na stránkách www.drogy-info.cz. Původním záměrem bylo oslovit alespoň jednu službu v každém krajském městě, aby byla zachycena případná regionální specifika, bohužel s ohledem na výše uvedené, nejsou mezi účastníky všechny kraje v ČR zastoupené.

Respondenty byli zástupci různých profesí: adiktologové, sociální pracovníci, terapeuti, v průměru pracovali v ambulantních adiktologických službách 12 let. Oslovená zařízení byla také různého typu: od zdravotnických zařízení a sociálních služeb po zařízení, která jsou kombinací obojího. Strukturu respondentů z hlediska pohlaví, věku a profese představuje následující tabulka:

Demografické parametry respondentů										
	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10
Pohlaví	žena	žena	žena	muž	muž	muž	žena	žena	žena	žena
Počet let praxe	2 roky	2 roky	10 let	12 let	13 let	16 let	8 let	11 let	25 let	20 let
Profese	adiktolog	sociální pracovník	adiktolog	terapeut	adiktolog	poradenský a sociální pracovník	adiktolog	adiktolog	sociální pracovník, adiktolog	sociální pracovník, terapeut

Tabulka č. 1. – Demografické parametry respondentů

3.3 Metody tvorby dat

Sběr dat byl proveden formou kvalitativního výzkumu, metodou polostrukturovaných rozhovorů. Výhoda této metody spočívá v možnosti zkoumat problém do hloubky, sledovat vzájemné souvislosti a zasadit problém do kontextu (Miovský, 2006). Současně polostrukturovaný rozhovor kombinuje vlastnosti nestrukturovaného rozhovoru, kde je rizikem, že získáme nesourodý materiál, a strukturovaného rozhovoru, kde striktní struktura a pořadí otázek může omezovat variabilitu a hloubku odpovědí. Jak uvádí Miovský (2006), polostrukturované rozhovory se vyznačují vytvořením jádra interview, ve kterém je vymezen minimální okruh otázek kladených účastníkům, jež jsou pro tazatele závazné. Vedle této závazné struktury mohou být kladeny doplňující otázky, které výzkumníkovi umožní rozšíření interpretace a lepší uchopení zkoumaného problému. Byla vytvořena osnova rozhovoru, která byla v průběhu vedení rozhovoru rozšiřována o další doplňující otázky.

Rozhovory byly poskytnuty bez nároku na finanční či jinou odměnu. Ve třech případech proběhly rozhovory v místě pracoviště respondenta, ve třech případech přes Google Meet a 4x jako audio hovor. Délka rozhovoru byla průměrně 30 minut. Koncept rozhovoru je v příloze č. 1.

3.4 Metody analýzy dat

Informace získané rozhovorem byly nejprve nahrány na záznamník do mobilního telefonu, následně přepsány v programu MS Word. Otázky a odpovědi jednotlivých respondentů byly pro lepší přehlednost zpracovány do tabulky MS Excel. Po několika dnech byly nahrávky opakovaně poslechnuty, aby nedošlo k vynechání některých odpovědí při přepisu, a poté byly nahrávky smazány. Respondenti byli pro účely práce označeni pro rozlišení čísly: respondent 1, respondent 2.....respondent 10.

Ke zpracování dat přepsaných do textové podoby byla využita metoda zachycení vzorců. Tato metoda se zaměřuje na vyhledávání a zaznamenávání opakujících se témat, v datech jsou tak vyhledávány obecné struktury (vzorce), díky čemuž dochází k redukci obsáhlých odpovědí respondentů a jejich shrnutí na základě podobností či odlišností. Takto nalezené vzorce se pak s novými tvrzeními rozšiřují o další informace, mohou se vzájemně podporovat, doplňovat, či vyvracet (Miovský, 2006).

3.5 Etické aspekty výzkumu

Realizace výzkumu byla dne 09.01.2024 schválena Etickou komisí pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Rozhodnutí EKS KAD je k dispozici v příloze č. 2.

Výzkum byl realizován na základě principu anonymity a dobrovolnosti. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Všichni účastníci výzkumu byli informováni o principech, průběhu a využití výzkumu. Před rozhovorem měli k dispozici celé znění informací k výzkumu a informovaného souhlasu (příloha č. 3). Všem vedoucím, resp. respondentům byla před uskutečněním rozhovoru zaslána informace, že rozhovor bude nahráván a po jeho přepisu smazán. Dále byli informováni, že jejich účast ve výzkumu je dobrovolná a mohou účast odmítnout nebo kdykoliv přerušit bez udání důvodu. Respondenti byli také informováni o možnosti kontaktovat vedoucí bakalářské práce v případě dalších dotazů či stížností. Všem bylo sděleno, že zařízení i respondenti osobně budou anonymizováni, a pokud nedopatřením sdělí své údaje, budou anonymizovány v průběhu zpracování dat.

Veškeré sdělené informace byly uchovány, zpracovány a publikovány tak, aby nebyla možná identifikace zúčastněných osob. Rozhovory byly vedeny v nepřítomnosti dalších osob. Zástupci služeb mohli odmítnout účast kdykoliv bez udání důvodu, až do doby převedení dat do anonymizované textové podoby.

3.6 Analýza a výsledky

Respondenty byli pracovníci různých ambulantních adiktologických služeb, zastoupeny byly profese adiktologa, sociálního pracovníka a terapeuta. Na začátku rozhovoru byli respondenti dotázáni, jak často se setkávají s cílovou skupinou klientů daného výzkumu. Odpovědi byly různorodé, nezakládaly se na žádné statistice a respondenty byly pouze odhadnuty. Procentuálně se pohybovala tato četnost od 5 do 30 % s tím, že častěji spolupracovaly služby s klienty v konfliktu se zákonem, než s klienty doporučenými OSPODem. Analýza je členěna dle výzkumných otázek.

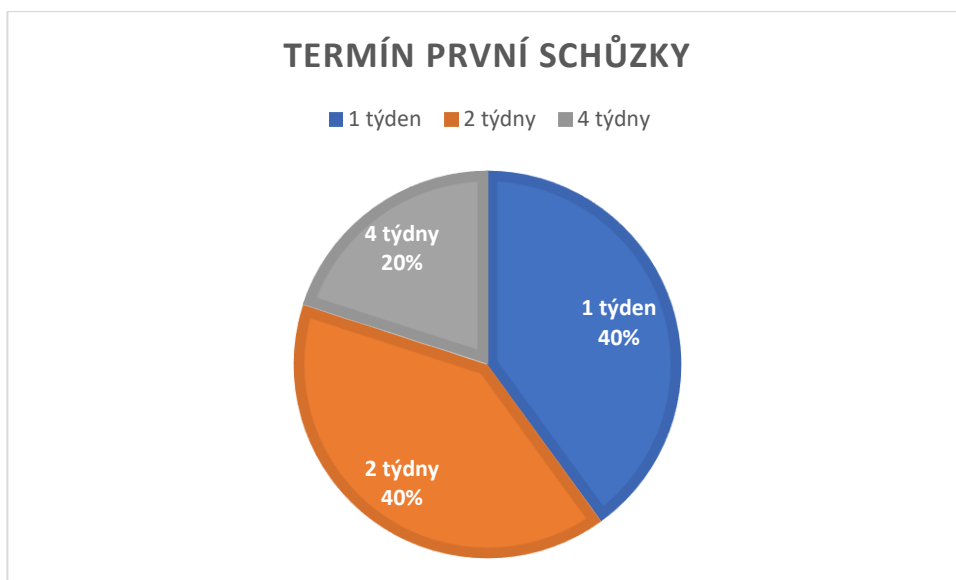
3.6.1 Jak probíhá léčba klientů, kterým je uložena ze strany soudu nebo jiného dozorového orgánu, případně je jim doporučena?

Na otázku, jakým způsobem se klient do služby dostane, ve smyslu toho, zda je kontaktuje dozorující orgán, nebo se objednají sami, odpověděli všichni respondenti, že klienti se objednávají nejčastěji sami s tím, že kontakt dostanou od dozorujícího orgánu. U Probační a mediační služby je to téměř bez výjimky, respondent 6 zmiňuje: „*Občas se stane, že z probačky někdo dopředu zavolá, že má nějakého klienta a že ho posílá, anebo, že má jenom někoho, kdo by chtěl chodit, a ptá se na volnou kapacitu, ale to je spíš výjimka... Dřív jsme chtěli, aby nás propojovala přímo ta organizace, ale to se úplně nedařilo.*“ Zkušenosti s tím, že

objedná klient dozorový orgán má respondent 10: „Když ta probačka nebo ten OSPOD si myslí, že by ten člověk nezavolał, tak to udělají za něj.“

Co se týká OSPODu, pak někdy kontaktuje službu nejdřív pracovník OSPODu, jak popisuje respondent 2: „Pokud je nějaká akutní situace, zavolají z OSPODu a domlouváme první schůzku, která proběhne společně s klientem, námi a OSPODem. Schůzka proběhne buď u nás, nebo jdeme my na OSPOD, jednou jsme byli i u klientky doma.“ Respondent 7 pak zmiňuje, že někdy je počátkem spolupráce případová konference, které se účastní „Někdy jdeme na OSPOD, kde jsme přizvaný k případové konferenci. A když z ní vyplyne potřeba léčby, domluví se někdy už tam nějaké parametry té spolupráce“. Naopak respondent 9 požaduje, aby si klient zavolał sám: „Vůbec nedomlouvám nic bez klientů, takže oni vědí, že ty klienti si musí zavolať sami, já vlastně za klientama, za jejich zády, nedělám naprosto nic.“

Na otázku, jak dlouho trvá, než se respondenti do služby dostanou, tedy než dostanou první termín, a zda je rozdíl oproti ostatním klientům, všichni respondenti ve shodě odpověděli, že nedělají žádné rozdíly při stanovení termínu první schůzky, ve smyslu toho, zda se jedná o klienta doporučeného některým z dozorových orgánů či nikoli. U 8 respondentů dostanou termín první schůzky do 14 dnů, ve dvou zařízeních je kapacita naplněna tak, že na termín čekají i 4 týdny. Respondenti 2 i 10 pak zmiňují, že pokud se jedná o nějakou akutní situaci, třeba schůzku s OSPODem, snaží se vyhovět co nejdříve. Respondent 9 připouští, že se snaží klienty z OSPODu trochu upřednostnit a také umožňuje alespoň poradenství v rámci K-centra: „Když je to delší doba (termín), tak my se můžeme i v rámci poradenství už potkat na tom Káčku, když se třeba domluvíme, ale tam je to teda anonymní, je to spíš o nějakým udržení kontaktu.“



Graf č. 1 – Dostupnost prvního termínu

Další otázka byla, jaké dokumenty nad rámec těch běžných jsou s klienty sepisovány. Dvě zařízení s třetí stranou, tedy Probační a mediační službou nebo OSPODem sepisují tzv. trojstranné dohody, není to ale ve všech případech, jak např. ilustruje respondent 10:

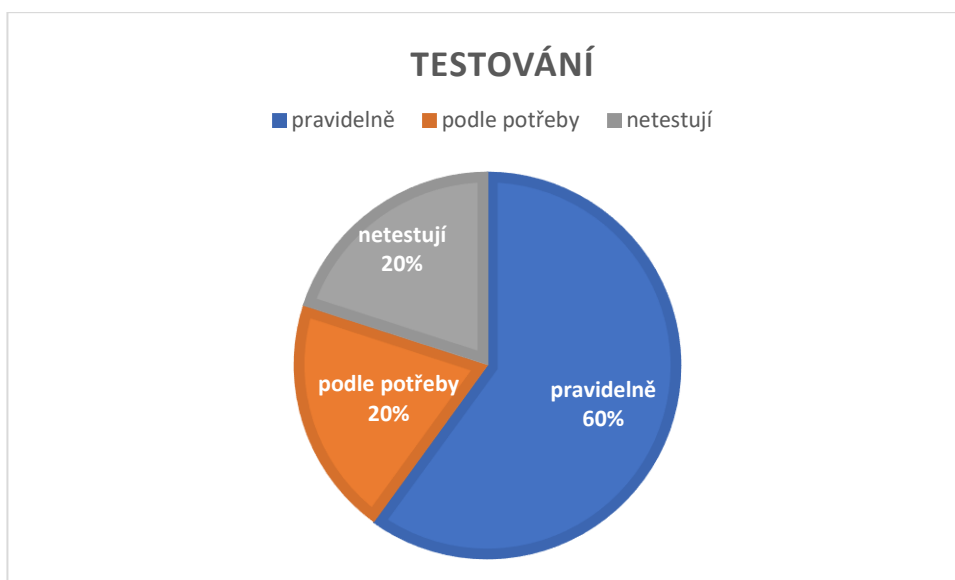
„Přístupujeme k tomu individuálně, pokud je tam jasná nespolupráce, nebo v průběhu se ukáže že to úplně není ono, přistoupíme k té trojstranné dohodě, zapojíme do toho ten třetí článek.“ Respondent 2 pak k trojdohodám uvádí: *„My sepisujeme většinou s probačkou trojstranné dohody, kde se i vymezuje rámeček spolupráce, tedy, jak často klient bude chodit, jestli a jak často bude testovaný, jak a v jaké frekvenci se budou předávat informace, jak se bude informovat o tom, když nespolupracuje a tak. Ta dohoda je na dobu určitou, většinou na půl roku.“* V jednom zařízení sepisují trojdohody s OSPODem, ale s Probační a mediační službou nikoli.

U ostatních zařízení není v sepisovaných dokumentech žádný rozdíl oproti jiným klientům. Pouze klient zproští danou službu mlčenlivosti tak, aby mohli s OSPODem nebo Probační a mediační službou komunikovat. Respondent 1 zmiňuje, že někdy ani klient nedává souhlas s poskytováním informací třetí straně: *„Někdy ani nedá souhlas, a pokud pak chce nějakou zprávu, tak my mu ji dáme do ruky a je na něm, aby ji na probačku nebo OSPOD donesl.“* K trojdohodám pak respondent 6 zmínil: *„V minulosti existovaly takzvané trojdohody, my jsme je celkem sepisovali, nicméně účinnost a užitečnost těchto trojdohod byla taková, že to nebylo až tak úplně funkční a ne vždycky to přineslo to, co jsme chtěli vlastně. Takže teď to funguje tak, že klient dá souhlas a pak můžeme vlastně komunikovat. Nicméně stejně potřebujeme zjistit, co ten úřad chce, co vlastně potřebujou, takže tam stejně nějaká komunikace je, buď s nimi nebo to klient sám vykomunikuje.“*

Respondenti byli také dotazováni, jaká je četnost schůzek s klienty. Až na jednu službu se respondenti shodli, že klasická léčba probíhá stejně jako u jiných klientů. Schůzky jsou tedy zpočátku jednou týdně, někdy 2x týdně a pokud se klientovi daří, případně jsou k tomu další důvody, tak se četnost rozvolňuje. V jednom zařízení ale schůzky probíhají většinou 1x měsíčně. Respondent 8 zmínil i situaci, kdy klient dochází pouze na testy, a to v případech, kdy má od soudu stanovenou povinnost abstinovat (zdržet se užívání návykových látek). *„Když klient nedochází na léčbu, ale pouze na testy, pak dochází 2x týdně.“*

V rámci výzkumu bylo také sledováno, zda v zařízeních klienty testují na přítomnost návykové látky, případně, jak často. Ve dvou zařízeních netestují vůbec. V šesti zařízeních testují téměř vždy, a to buď při každé schůzce nebo namátkově. Záleží také na požadavku třetí strany. Ve dvou zařízeních mají možnost testování, ale prakticky netestují. Respondent 4 vidí v testování konflikt rolí: *„Testujeme, jen když ten klient chce. Ale já to dělám nerad, právě zase z hlediska toho konfliktu v té terapeutický roli a kontrolní, byť rozumím tomu, že pro někoho i ta kontrola může být vlastně podporou tím, že on vlastně prokáže tu strízlivost, tak mu to jako můžu umožnit, ale zároveň, já fakt s tím mám vlastně blbý zkušenosti. I u lidí, kteří si o to řekli sami, konkrétně myslím na jednoho člověka, co sem chodil, anebo chodil, byl tu všeho všudy dvakrát, třikrát, sám to chtěl, sám na tom dost lpěl, to byl asi jediný člověk za rok, co jsem ho otestoval, co jsem na to přistoupil, a stejně potom nějak vyšuměl, stejně potom prostě už se neozval nebo nedorazil na tu domluvenou schůzku.“* V jednom zařízení jsou odlišné podmínky v různých pobočkách. V jedné testují, ale protože si Probační a mediační služba testuje sama, je to jen v případě, kdy klient žádá o test, když mu např. vyjde pozitivní na Probační a mediační službě. V další pobočce mají stanovenou 1 hodinu týdně, kdy mohou chodit klienti z OSPODu na

testování. Také mají takové specifikum: „...je možné se domluvit s nějakou OSPODama, aby vlastně zafinancovali ty testy, to znamená, že koupí testy, my tam máme ty jejich testy a testujeme jejich klienta, dokud je tam má, a takový klient třeba chodí jenom na ty testy.“



Graf č. 2 – Testování na přítomnost návykové látky

Co se týká ukončení léčby, pak respondenti zmiňovali dvě situace. Bud se klientovi daří do léčby docházet a pracovat na změně, pak se většinou léčba ukončí po 6 měsících, ve dvou zařízeních trvá základní léčba 3 měsíce, v jednom zařízení je léčba ukončena po roce. Jedná se ale o orientační doby, vždy se zohledňuje individuální situace klienta. Např. respondent 8 zmiňuje: „Pokud zvládne docházet na sezení a testování 3 měsíce, pak léčba může být ukončena. Někdy, pokud se ten klient třeba omlouval nebo měl pozitivní test, tak doporučíme, aby léčba ještě pokračovala. Pak je na něm nebo na probačce, jestli ještě bude pokračovat.“ Často ale klient přestane docházet, nepřijde na schůzku, jak zmiňují respondenti, prostě se vytratí. Pak si administrativně klienta ukončí. Po jaké době dojde k ukončení, je hodně individuální, jak z hlediska jednotlivých zařízení, tak i v rámci jednoho zařízení, kde také zohledňují konkrétní případ klienta. „Máme takové pravidlo, že pokud se klient 3 měsíce neozve, ukončíme ho.“ (respondent 8). „My máme vlastní nastavení takové, že tři neomluvené setkání je možné brát jako neplnění toho programu léčby a z naší strany můžeme potom takovou spolupráci ukončit.“ (respondent 6). „Většina z těch klientů přijde na první schůzku a pak už se neozve.“ (respondent 7).

3.6.2 Jaká jsou specifika práce s vybranou skupinou klientů

Pro účely této výzkumné otázky byli respondenti dotazováni na rozdíl v motivaci při vstupu do programu u této skupiny klientů, úspěšnost léčby, případně další specifika, která je napadají. Současně, jestli vnímají nějaké překážky při práci s touto klientelou. Protože odpovědi na jednotlivé otázky tohoto okruhu se hodně prolínaly, není toto téma v této kapitole zpracováno po jednotlivých otázkách, ale souhrnně.

Někteří respondenti se shodli, že tato skupina klientů často přichází do služby a vlastně neví proč, co se bude dít, jaký je účel. „*Možná lehce rozdíl je v tom začátku, kde víc energie nebo víc času se asi věnujeme tomu navázání nějakého toho vztahu a to vysvětlení si, co se to vlastně děje. A k čemu by jsme vlastně mohli být užiteční.*“ (respondent 6). „*To je podle mě docela až jako typická situace, kdy ten klient vlastně tady dosedne a vlastně moc neví, co by tady dělal, nebo řekne, no, tak jsem tady, oni mě poslali. (...) Někdy mi třeba přijde nejlepší, že zavoláme společně té probačce a domlouváme tedy, co se bude dít.*“ (respondent 4)

Co se týká motivace při vstupu do léčby a případné změny v jejím průběhu, pak respondenti zmiňovali, že není výjimkou, že klienti vstupují do léčby s odporem nebo s různě silnou vnější motivací, ale někdy se to v průběhu mění a je to velmi proměnlivé, přičemž někteří klienti překvapí, a někdo naopak zpočátku vypadá velmi motivován, a pak se z léčby vytratí. „*Většinou ti klienti, co jdou z probačky, chtějí hlavně toxikologický test, málokdy ještě nějakou ambulantní léčbu, takže spíš chtěj rychle si to odbýt a utéct. Ale občas se stane, že ti klienti zůstanou na terapiích a některý chodí i na skupiny, a v léčbě vydrží a daří se jim. ... když zjistí (klient), že jsem celkem normální člověk a pokecám si s ním o věcech, o kterých se s nimi nikdo předtím nebavil, tak jako často zjistí, že to je docela fajn*“ (respondent 8). Skepsi vyjádřil respondent 7: „*No já jsem poměrně skeptická, protože v podstatě za poslední rok jsme neměli žádného klienta, který by byl úspěšně ukončen a který by byl v té léčbě úspěšný, ale je pravda že těch klientů tolik nemáme a máme dost klientů kteří chodí dobrovolně.*“ Naopak pozitivní zkušenosti reflektoval respondent 5: „*Nevím, jestli je to náhoda nebo štěstí, ale já jsem se setkal většinou s klienty, u kterých bych neřekl, že to berou jako nucenou léčbu. Oni sem přišli z toho výkonu trestu, oni vnímají ten pobyt ve vězení, že to byla opravdu zkušenost a cenná, takže já tam vnímám snahu tentokrát se udržet v abstinenci, mají tendenci a potřebu, proč si shánět zaměstnání, prostě musím říct, že vůbec nemám nějaký pocit, že by docházel jen nuceně, prostě tu motivaci tam vnímám.*“ „*Většinou můj postup je ten, že si většinou dám nějaký 3 schůzky s tím klientem, během kterých se celkem spolehlivě ukáže, jestli to má nějaký význam, jestli ten klient něco aspoň trochu potřebuje, něco trochu chce, no a taky jestli je schopný nějaký otevřenosti, a na základě těch třech setkáních si to vyhodnotíme*“ (respondent 4).

O změně motivace se zmiňuje respondent 1: „*Při zahájení je tam hlavně ta vnější motivace, musí k nám vlastně chodit, jinak se něco stane. Ale já si myslím, že v průběhu se to může změnit, ať už vztahem s tím terapeutem nebo tím, že získá náhled, prostě ta motivace se mění.*“ (respondent 1). „*Nejdřív sem jdou s odporem, ale když to s nimi proberu, vysvětlím jim, k čemu je léčba dobrá, že je to lepší varianta i pro ně, někdy se jim to zalíbí a pak jsou jako smířlivější nebo otevřenější.*“ (respondent 3). Nad smyslem i krátkodobého kontaktu se zamýšlel respondent 4: „*Vlastně někdy si říkám, že jakýkoliv kontakt má svůj význam, protože se někdy vynoří (klient) třeba v budoucnu, i když teď to nevyšlo, třeba někdo 2 roky skoro nechodí, jen párkrát a pak jednou po těch 2-2,5 letech se tam něco začne ukazovat jako podstatný nebo on začne být otevřený, tak to jsou asi spíš výjimečné případy, ale taky se s tím občas setkáme. Takže to má nějaký svůj čas, ale někdy to umět rozeznat a být trpělivej a umět to tak vlastně citlivě vychytat, je někdy fakt hrozně mravenčí práce, učíme se stále a stále jsou klienti, kteří nás překvapí.*“

Další otázka se týkala úspěšnosti léčby těchto klientů. Respondenti ale neměli k dispozici žádná čísla, ani si jejich zařízení nevedla žádné specifické statistiky, ze kterých by byli schopni úspěšnost jakkoli kvantifikovat. Nicméně někdo zmiňoval, že klienti někdy jsou disciplinovaní, sporné ale je, do jaké míry je jejich docházka pouze formální a do jaké míry se jim po skončení dohledu bude dařit abstinovat.

Otázka také je, jak měřit úspěšnost léčby. Respondenti zmiňují, že vždy ke klientovi přistupují individuálně a vychází také z možností a zdrojů, které daný klient má. Ne vždy je cílem absolutní abstinence, ale skutečnost, že si klient drží bydlení, najde si práci (třeba i brigádně), dochází na schůzky, nemá alkoholové excesy apod., hodnotí pozitivně, viz např. respondent 4 *„Pak jsou takoví lidi, který třeba udělali pod vlivem alkoholu nějaký trestný čin a nemají úplný zákaz soudu užívat alkohol, tak chodí jenom s takovou zakázkou nepít tvrdý alkohol, ale dál si udržet nějakou nějakou svůj standard, prostě 2-3 piva denně. Pokračovat v pití, ale vlastně vyhnout se těm excesům. Což teda mi přijde, že dobře, střízlivý nikdy nebudou úplně, ale aspoň teda nebudou páchat nějakou trestnou činnost, vlastně něčemu to poslouží.“* Stejně tak se k úspěšnosti vyjádřil respondent 10: *„Pokud mi nastoupí klientka, která 12 let bere, a ona chodí, sice jako trošku na hraně, ale chodí, mluví tady, a výsledek toho je, že třeba po 8 měsících nastoupí do léčby, tak za mě to je fajn, beru ji jako úspěšnou klientku.“*

Co se týká překážek v rámci léčby těchto klientů, pak od respondentů několikrát zaznělo, že mají pocit, že se dostávají do konfliktu rolí. *„Někdy za překážku považuji to testování, klient nás může brát taky jako součást nějakého systému a nějaké porušení důvěry.“* (respondent 1). *„Tam je to pro mě docela výraznej konflikt rolí, té terapeutické a nějaké kontrolní funkce. Jakoby prodloužený ruky systému a zároveň i toho, kdo má být tady pro klienta k dispozici a má mít tu terapeutickou blízkost nebo nabízet ty věci, na kterých poradenství/ terapie stojí. To si myslím, že vlastně je někdy až nemožné.“* (respondent 4). *„Prostě nechtějí nic dělat, jsou v tom odporu, že 6 let seděli, tak už jsou vlastně vyléčení, tak proč by ještě měli chodit na nějaký terapie, obtěžuje je to. Někdy jako vnímají tu službu taky jako další dozor nebo kontrolu.“* (respondent 8).

Dalším zmiňovaným tématem je skutečnost, že klient někdy do služby dochází, ale vlastně jen, aby splnil docházku, nechce si řešit žádná témata, nemá náhled, nechce se hlouběji zabývat svou závislostí. *„Můžou mít mnohokrát mnohem silnější vnější motivaci, protože nechtějí zpátky do vězení nebo nechtějí přijít o děti, ale někdy vydrží to docházení, ale žádná témata nejsou ochotni řešit.“* (respondent 1) *„Velkou překážku vnímám prostě v motivaci těch klientů docházet, protože oni prostě docházet nechtějí a leckdy ani nechtějí přestat užívat, a pak nemá vůbec smysl, aby k nám chodili a vlastně zabírali místo klientům, kteří se dobrovolně léčit chtějí.“* (respondent 7). Respondent 4 pak uvádí, že pokud klient nemá nic, na čem by chtěl pracovat, léčba neprobíhá. *„Je fakt důležitý, a snažím se to s klientem vykomunikovat, říct si na rovinu, jestli to není ztráta času jak pro něj, tak pro nás, aby on sem chodil jenom formálně. Rovnou napíšu pak i do té zprávy, že jsme se shodli s tím klientem na tom, že to nemá význam, aby sem dál docházel.“* *„Vlastně nechci klienty jenom na testy, takže já se snažím to roubovat do klasické spolupráce, kde nějaké konzultace prostě jsou součástí a testy jsou jenom jako*

takovým trošku bonusem k té hlavní práci, ne jako samostatně zaměřená činnost.“ (respondent 6)

Další téma, které respondenti jako překážku zmiňovali, byla samotná sociální situace daného klienta. Respondent 5 vidí jako překážku v léčbě skutečnost, že klienti často nemohou, i když se opravdu snaží, sehnat práci. S tím pak často souvisí i jejich úspěšnost v léčbě. V tom se shodují také respondenti 2 a 9, že u klientů po výkonu trestu není kontinuálně zajištěna sociální podpora v oblasti bydlení a zaměstnání. Respondent 8 zase zmiňuje situaci klientek s malými dětmi: *„Třeba u těch maminek z toho OSPODu, často to komplikuje to, že chodí s těmi dětmi, většinou, když to jsou mamky samoživitelky, který prostě mají nějaký problémy a nemají to hlídání. Pak tam ten prostor na terapii vůbec není, takže to vidím jako vždycky velkou překážku, že vlastně není žádná služba, která by třeba té mamince pomohla pohlídat dítě, aby měla ten svůj čas na terapii, což si myslím že je velká škoda.“*

Systémové překážky pak vnímá respondent 10: *„Sem přijde máma poslaná OSOPoDem, protože pije, a já ji v podstatě kromě konzultace a testů a posláním do jiné služby nemám moc co nabídnout, ten systém dávek je pomalejší, ona potřebuje třeba chodit do práce, teď je znevýhodněná nějakým způsobem, má malý děti nebo to. Chybí pracovní agentury pro znevýhodněné lidi, který jsou na běžném pracovním trhu, ne invalidi nebo starší osoby, ne osoby z dětských domovů nebo tak. Prostě normální lidi, který nemůžou získat práci, protože mají malý děti, nebo mají trestní rejstřík nebo co já vím.“*

V rámci výzkumu také zazněla otázka, zda respondenti mají pro práci s touto klientelou nějak speciálně rozpracované postupy ve svých operačních manuálech. Až na jednoho respondenta, kde mají podrobně postupy v manuálu rozpracované, se ostatní shodli na tom, že žádná speciální ustanovení pro práci s touto klientelou nemají, kromě ošetření situací, kdy klient dává souhlas s poskytnutím informací (to se ale netýká jen dozorových orgánů) a zakotvení toho, že služba spolupracuje při práci s klientem s dalšími subjekty. Respondent 4 zmínil, že se chystají v rámci své porady nějaká pravidla, zejména ohledně mlčenlivosti, nastavit, ale proces je v počátku. Respondent 6 také zmiňoval, že téma těchto klientů bude výhledově probírána na společné poradě, vyjádřil ale trochu skepsi k tomu, jestli se vůbec v rámci týmu na nějakých pravidlech shodnou, i každý pracovník má jiný přístup k testování, docházce klienta apod.

3.6.3 Jak probíhá spolupráce a výměna informací mezi ambulantním zařízením a těmito orgány

Na otázku, jaká je četnost a forma kontaktu s dozorovým orgánem, respondenti vesměs odpověděli, že jsou v kontaktu podle potřeby. Sdělování informací probíhá na základě zproštění mlčenlivosti ze strany klienta, tedy s tím, že udělí souhlas s poskytováním informací třetí straně. Pouze ve třech případech jsou sepisovány tzv. trojdohody (viz výše). *„Většinou dáváme zprávu na vyžádání, někdy máme v trojdohodě dohodnutý interval, kdy budeme zprávy dávat, většinou po 3 nebo 6 měsících, ale do toho se zahrnuje i telefonický kontakt, kdy si řekneme, jestli klient dochází, pokud pak chtějí, dáváme zprávu písemně“ (respondent 2).* Sdělování probíhá jednak

formální cestou, tedy prostřednictvím písemných zpráv, a to v podstatě na vyžádání Probační a mediační služby nebo OSPODu. Současně dochází ke kontaktu telefonicky, který je ale většinou jen o tom, kdy si dozorový orgán ověřuje, zda klient do služby dochází.

Co se týká otázky, jakým způsobem referují o lapsu, nebo porušení léčby (např. přestane docházet apod.), se respondenti shodli, že jednorázový laps nijak neřeší, a pokud je zájem ze strany klienta, pokračuje v léčbě dál. Nepředávají tedy v tomto okamžiku ani žádnou zprávu dozorovému orgánu. *„Pokud klient zrelabuje, ale funguje dál, tak to ani probačka ani OSPOD neřeší a čekají, jak se bude situace vyvíjet dál.“* (respondent 8).

Pokud klient úplně přestane do služby docházet, pak 8 z 10 respondentů uvedlo, že dozorový orgán nijak nekontaktují (pokud nejsou v konkrétním případě dohodnuti jinak), čekají, až se ozvou sami. Někteří z nich uvedli, že ani nemají prostor k tomu sledovat, že daný klient po určitou dobu už nechodí. Někde ale mají domluvená pravidla: *„Snažíme se to mít domluvené dopředu, co bude, když bude pozitivní výsledek, co bude, když nebude chodit a tak.“* (respondent 6). Dva respondenti uvedli, že většinou zavolají kontaktnímu pracovníkovi třetí strany a informují jej, že klient nedochází (pokud se jedná o delší období - délka se posuzuje individuálně).

V rozhovorech byla zmíněna i situace, že na počátku spolupráce je vyžadováno potvrzení, že klient navázal službu. V rámci souhrnné zprávy se pak zhodnocuje spolupráce s klientem, přístup k jejímu obsahu je také různý. Někdo popisuje podrobně spolupráci, včetně docházky, výsledku testů apod. *„Do těch hodnotících zprávy to napíšu, chodil pravidelně nebo jednou vynechal, jednou se neomluvil nebo se dodatečně omluvil. Testy také píšu, kdy byl testován a s jakým výsledkem.“* (respondent 3). Jinde hodnotí spolupráci v celém kontextu: *„My zhodnotíme tu spolupráci v kontextu celého případu, nesdělujeme, kdy přesně přišel a o čem jsme se bavili, nesdělujeme ani konkrétní výsledky testů.“* (respondent 1). *„My do té zprávy píšeme, co nám v kontextu toho klienta přijde důležité a podstatné.“* (respondent 5).

Otázka také směřovala k tomu, zda sdělují výsledky provedených testů. V jednom zařízení jednotlivé výsledky testů nesdělují ani nepotvrzují. V ostatních zařízeních ale nemají s potvrzováním výsledků problém, pokud si to dozorující orgán vyžádá, výsledky předají i na vyžádání přímo klientovi. V rámci hodnotící zprávy pak o pozitivním testu referují, ale nepřikládají tomu zvlášť význam a spolupráci s klientem hodnotí v celém kontextu. Respondent 9 uvedl, že kladou velký důraz na to, aby ve zprávě zaznělo, že výsledky testů nemají samy o sobě žádnou vypovídací hodnotu: *„Oni ty testy nemůžou být použity pro nějaký soudní rozhodování, takže za nás to má nějaký spíš terapeutický význam a pokud ta klientka dopředu řekne, já jsem si dala, nemá cenu mě testovat, tak vlastně to ani neděláme. Tohle má pro nás větší hodnotu. A my hodně mluvíme s těma ospod'ačkama (...) píšeme jak je to s tou validitou testu a že by neměla být používána k jakémukoliv rozhodování.“*

Respondenti byli dotázáni i na to, zda by pro práci s touto klientelou uvítali nějaké širší právní zakotvení, případně doporučené postupy v rámci standardů, podrobnější metodiku, a to nejen z hlediska spolupráce mezi klientem a adiktologickou službou, ale i z hlediska postupů

práce s klientem v rámci celého spektra služeb. 8 z 10 respondentů se shodlo na tom, že v rámci poskytování adiktologických služeb žádnou bližší metodiku nepotřebují. Vyjádřili totiž obavu, aby nebyla příliš svazující a pro práci s klientem vlastně kontraproduktivní, neboť se jedná o velmi citlivý proces, který je ovlivněn mnoha individuálními faktory. „*Aby to ale nebylo dvousečný, bylo by fajn mít vodítka, kterých se můžeme chytit, a co tedy je mojí povinností a co už ne a budu o tom jasně vědět, ale možná nějak rámcově. Já bych to asi fakt uvítal spíš jako formou doporučení, než nějakých nařízení.*“ (respondent 4). „*Já mám radši možná víc tu svobodu, protože zohledňuju ten širší kontext klienta, a pokud bych dostal do ruky nějaký jednotný pravidla, tak nevím jestli bych byl schopnej v tom fungovat.*“ (respondent 5). Naopak respondent 1 by nějaká bližší pravidla uvítal: „*Nejsem ve službě tak dlouho, tak bych možná nějaké podrobnější metodiku uvítala, hlavně vlastně o tom, co mohu a nemám sdělovat.*“

Zajímavý byl poznatek respondenta 8, který popisoval spolupráci v oblasti sociálně-právní ochrany dětí „*Ted' vlastně začala nová spolupráce s naším okresním soudem, ale jinak je to i na bázi kraje, a máme různá setkání s nimi, kde se dává právě dohromady, jak to vlastně bude fungovat v rámci soudu, probačky, OSPODU, jaký bude postup z hlediska jednotlivých subjektů a mně to přijde jako docela pěkná myšlenka, kdyby se to nějak zakotvilo.*“

Současně by ale respondenti uvítali metodiku práce s klientem v rámci celého spektra služeb.

3.6.4 Jak je pracovníky hodnocena spolupráce s třetí stranou

Respondenti se shodli, že hodně záleží na konkrétním pracovníkovi, se kterým spolupracují. „*Mně přijde, že je to hodně individuální, jaký je to pracovník, a třeba, i pokud jde o soudy, jaký je soudce, jde o konkrétní lidi, anebo záleží taky na té filozofii toho oddělení OSPODu.*“ (respondent 9).

Spolupráci konkrétně s Probační a mediační službou hodnotilo 9 respondentů kladně. S pracovníky spolupracují dlouhodobě a často se i osobně znají. „*Tak zhruba 1x ročně nebo maximálně za 2 roky se snažíme potkat i osobně, že vlastně celý jejich tým přijde sem nebo naopak nějaký zástupci z našeho týmu dorazí k nim a bavíme se vlastně o té spolupráci, o nějakém přesahu a o tom, jak to funguje tady, jak to funguje u nich, což mi přijde jako fajn. Že to tak celkem usměřňuje nějaká očekávání z jedné nebo z druhé strany.*“ (respondent 4). Také často zmiňují, že probační úředníci jsou v rámci léčby závislostí dobře informovaní, že vědí, jak léčba probíhá, co obnáší, nemají nereálná očekávání. „*Z té probačky mi přijde, že jsou takoví osvícení, vědí, jak to u nás chodí, co znamená léčba, nemusíme jim vysvětlovat, že jeden laps nic neznamena a tak.*“ (respondent 1). Pracovníci některých zařízení se spolu s klienty na Probační a mediační službě i setkávají a společně domlouvají zakázku a parametry spolupráce.

Od mnoha respondentů také zaznívalo, že Probační a mediační služba nechává kompetence v tom, jak bude léčba probíhat, jak častá bude frekvence schůzek a jak dlouhá bude léčba, na pracovnících ambulancních služeb. „*Ona ta probačka nám nechává vcelku volné ruce, je často na nás, jak se domluví spolupráce s klientem, ukončení léčby také nechávají na našem*

zvážení, většinou to není po celou dobu dohledu. (respondent 2) „Probačka to celkem nechává na nás, protože věří, že my jsme v tom kompetentní posoudit, jestli to má nějaký význam nebo jestli ten klient tam má aspoň trošku motivaci něco se sebou dělat.“ (respondent 4).

Co se týká pracovníků z OSPODu, tam jsou zkušenosti různé. Žádný z respondentů nehodnotil spolupráci jako špatnou nebo problematickou, přesto v odpovědích častěji zaznívalo, že záleží na tom, s jakým konkrétním pracovníkem přijdou do styku. Zaznívalo také, že často pracovníci OSPODu nemají představu, co léčba závislosti obnáší, jaké jsou její možnosti a limity. „Někdy mi přijde ten OPSOD hodně netknutý, na rozdíl třeba od tý probačky, s kterými se dá jako poměrně hezky mluvit, a když se třeba nějak spojíme, tak to, co oni říkají klientovi dává nějaký smysl... Ohledně toho OSPODu, tam někdy jako napřed musím pracovat s ospodákem, abychom si řekli, k čemu jsou testy, jak to funguje, jak dlouho se něco drží v těle, že jeden negativní test neznamena, že ten člověk nebere, a jeden pozitivní test také vlastně skoro nic neřekne. Tak tam možná nějaký ten pohled by byl fajn. A zároveň, já mám mezi ospodáky několik přátel a vím, jak obtížná ta situace tam je, a člověk má pro to pochopení, že je to pro ně obtížný všechno to obsáhnout...Současně ještě tam vnímám a myslím, že je to vlivem přetíženosti OSPODu, že se sice domluvíme na tom, že oni si vyžádají zprávu, ale myslím že ta frekvence třeba někdy není taková, jakou oni řekli. Že jak se vytratí někdy klient, tak mám pocit, že se někdy vytratí OSPOD a to je teda pak blbý. A to je potom i nějaký jako rozvažování, jakou roli tam mám vlastně plnit.“ (respondent 6).

Ale zazněly i pozitivní zkušenosti: „Já tedy musím říct, že my ty kontakty máme dobré, hodně komunikujeme, nechtějí po nás nereálné věci, když prostě jim řeknu, tohle vám nemůžeme říct, tak na nás netlačí a je to skvělá práce.“ (respondent 8)

Samostatně je vhodné zmínit případové konference. Případových konferencí se neúčastnili 3 respondenti, ale zazněl i požadavek, že by taková účast měla své opodstatnění. „Já jsem nebyl, kolegyně byla asi dvakrát, co vím za posledních 5 let.... umím si asi představit situaci, kdy to může mít smysl. Něco takového jsme dělali v podstatě v nějakém časovém horizontu asi jednoho měsíce přes různé telefony a dopisy a zprávy. A možná, kdybychom se místo toho jednou sešli všichni na jednom místě, že by to jako nějakou energii ušetřilo, protože asi nejtěžší na tom je, že potom třeba třem až čtyřem lidem musím zvlášť vysvětlovat, kdo jsme, co děláme a jakým způsobem pracujeme, a to by se možná na ty případovce nebo na nějakým tom setkání mohlo vyřešit.“ (respondent 6).

Další respondenti mají s případovými konferencemi rozdílné zkušenosti. S ohledem na pestrost odpovědí jsou v této části uvedeny delší citace jednotlivých respondentů. „Myslím že ty případové konference často tak vyšumí do ztracena nebo se konají jednou, a pak už ne. Jednak je to z důvodu nespolupráce klienta, ale současně je to i proto, že mají od nás nereálný očekávání, nemají moc představu o tom, co ta závislost je, jak probíhá léčba, že to není jenom o tom testování a abstinenci, ale že je potřeba to řešit v širším kontextu. (respondent 7).

„Z mého pohledu je to docela dobrý prostor něco upracovat a udělat nějakou smysluplnou dohodu ve prospěch toho klienta. Ale byl jsem na několika těchto akcích a asi

většina z nich mi přišla jako ne úplně funkční, samozřejmě, že se to odráželo také od stavu toho klienta nebo spíš klientky... Ale někdy mi přišlo, že to bylo tak amatérsky vedený, neprofesionálně, ve smyslu toho, že tam ta klientka byla spíš jako nějaký objekt, na který se hází špína, a poučuje se tam, jak by ona měla fungovat. A jindy to vedla najatá agentura a bylo to krásně strukturovaný a byl tam hlavně i dostatečný prostor pro tu klientku. (...). Nebyla tam prostě jenom za toho lůzra, který tady něco napáchal a my se do něj pustíme a řekneme mu, jak to má dělat a on to prostě musí podepsat. To mně pak někdy přijde jako hodně dehonestující.“ (respondent 4)

„Já na ty případové konference chodím, no to mně přijde strašně důležitý, protože mně přijde, že to tam ty klientky docela často semele, že ono se mluví o tom, o tý rovnosti a tak, jak všichni máme stejnej hlas, ale já si to teda vůbec nemyslím A dějou se tam takový věci, kdy každá pracovnice řekne takový to «já bych potřebovala abyste....., ale vlastně nikdo se neptá, co by potřebovalo to dítě anebo co by potřebovala ta máma. A já prostě, no někdy si říkám, my máme ten dar té řeči, a dokážeme docela tím, co říkáme, manipulovat tak, jak se nám to hodí a tak. Někdy ty matky jsou tam jako ztracený.“ (respondent 9).

3.6.5 Shrnutí k jednotlivým výzkumným otázkám

Pro lepší přehlednost jsou v této kapitole k jednotlivým výzkumným otázkám uvedena základní shrnutí zjištěných dat.

Výzkumná otázka č. 1: Jak probíhá léčba klientů, kterým je doporučena ze strany soudu nebo jiného dozorového orgánu

- klienti se většinou do služby objednájí sami, odkáže je dozorový orgán, výjimkou jsou pouze jednotlivé případy z OSPODu, kdy se zahájí spolupráce v rámci případové konference, případně OSPOD doprovodí klienta/klientku do služby;
- není žádný rozdíl v tom, kdy klienti dostanou první termín schůzky oproti běžným klientům a nejčastěji v oslovených zařízeních dostanou termín do 14 dnů;
- z hlediska dokumentů, které se s klienty sepisují, nejsou žádné „speciální“ dokumenty pro tuto skupinu klientů. Pouze ve třech zařízeních využívají trojstranné dohody mezi službou, klientem a dozorovým orgánem;
- četnost kontaktů je zpočátku 1 týdně, postupně se frekvence rozvolňuje dle konkrétního případu, pouze v jednom zařízení jsou kontakty nejčastěji 1x do měsíce;
- jsou různé přístupy k testování klientů, v některých zařízeních netestují vůbec, někde jen v případě potřeby nebo na základě požadavku klienta, a cca v polovině zařízení testují pravidelně, v rámci schůzek, někdy i nad jejich rámec;
- ukončení léčby je většinou po 6 měsících, ve dvou zařízeních po 3 měsících, všichni respondenti se ale shodli, že je to velmi individuální. Někteří klienti skončí tak, že přestanou docházet a léčbu nedokončí.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká jsou specifika práce s vybranou skupinou klientů

- respondenti se víceméně shodli, že klienti mnohdy přichází do služby v odporu nebo pouze s vnější motivací a vlastně úplně nevědí, proč by léčbu měli absolvovat, motivovaní klienti jsou spíš výjimkou. Pouze jeden z respondentů měl častěji klienty motivované k léčbě;
- byť je motivace často pouze vnější, někdy se v průběhu léčby změní náhled klienta;
- někdy zvládne klient docházet do služby, abstinovat, ale v léčbě toho moc neupracuje a je pak otázkou, jak po skončení dohledu bude schopen fungovat a zda taková léčba má smysl;
- úspěšnost klientů oproti ostatním nebylo možné nějak kvalifikovaně, věrohodně zhodnotit. Respondenti si nevedou žádné statistiky a primární otázka už vlastně je, jak definovat úspěšného klienta;
- respondenti někdy cítí konflikt rolí – terapeutické a kontrolní;
- zmíněny byly i překážky na straně klienta z hlediska jejich sociálního zázemí (problémy sehnat si práci po výkonu trestu, zajistit si bydlení, možnost hlídání dětí matkám, které chodí na terapie);
- akcentovány také byly systémové překážky, nenávaznost péče, nedostupnost některých služeb, nemožnost kontaktovat klienta již před propuštěním z výkonu trestu
- stran cílové skupiny výzkumu nemají v zařízeních, kde respondenti pracují, zpracované nějaké specifické postupy ve svých operačních manuálech, podrobněji rozpracovanou metodiku mají v jednom zařízení.

Výzkumná otázka č. 3.: Jak probíhá spolupráce a výměna informací mezi ambulantním zařízením a těmito orgány

- předávání informací probíhá na základě souhlasu klienta se sdělováním informací třetí straně nebo na základě trojstranné dohody sepsané mezi adiktologickým zařízením, klientem a dozorovým orgánem;
- forma kontaktu je jak neformální (telefonicky), tak formální (písemná podoba zprávy);
- četnost kontaktu se odvíjí buď od smlouvy, nebo počáteční dohody, ale to je méně časté, nebo od potřeb dozorového orgánu, který si zprávy dle potřeby vyžádá;
- obsahem zpráv je nejčastěji zhodnocení spolupráce, respondenti často zmiňovali, že se snaží zprávu shrnout v kontextu celého případu. Někteří podrobně referují o tom, kdy proběhl kontakt, výsledky testů apod, někdo je spíše obecnější.

Výzkumná otázka č. 4: Jak je pracovníky hodnocena spolupráce s třetí stranou

- spolupráce s Probační a mediační službou je všemi respondenty hodnocena kladně, mnozí z nich se osobně znají;
- respondenti oceňují, že Probační a mediační služba má povědomí o závislostech a možnostech a limitech léčby;
- současně oceňují, že probační úředníci respektují léčbu tak, jak je nastavena ze strany adiktologické služby, nezasahují do léčby, předpokládají dostatečnou erudici a profesionalitu adiktologických pracovníků;

- spolupráci s OSPODem hodnotili respondenti různě a většina se shodla, že velmi záleží na konkrétním pracovníkovi úřadu. Jednotliví respondenti tak mají jak pozitivní, tak negativní zkušenost;
- při spolupráci s OSPODem pak poukazují na někdy nereálná očekávání od služby, ne vždy jsou pracovníci OSPODu dostatečně znalí ohledně možností léčby, účinků jednotlivých látek, limitech testování apod., přesto někteří respondenti vyjádřili pochopení pro pracovníky OSPODu s ohledem na složitost jejich profese a množství a heterogenitu klientů, se kterými pracují;
- zmínit je také nutné případové konference, kterých se několik z respondentů účastnilo. V souhrnu konstatovali, že by to mohl být dobrý nástroj, ale velmi záleží, jak je taková konference vedena.

4 Diskuze a závěr

Cílem práce bylo popsat proces ambulantní léčby klienta přicházejícího do léčby na doporučení některého z dozorových orgánů a zjistit, zda a případně jaká jsou specifika oproti klientům ostatním. Současně bylo cílem práce zmapovat spolupráci s těmito orgány.

Z hlediska procesu práce s klientem přicházejícím do ambulantní služby lze konstatovat, že žádný z oslovených respondentů nevnímá tuto klientelu jako výrazně specifickou, tedy ani práce s touto klientelou není výrazně odlišná od práce s jinými klienty. Základem práce je navázání vztahu s klientem, práce s jeho motivací, při zachování respektujícího přístupu, což koresponduje i se závěry citovaných autorů (např. Smith, 2020; Soukup, 2020). Přesto zde existují určité faktory, které mohou léčbu klienta ovlivnit.

Co se týká samotného vstupu do služby, nejsou žádné specifické procesy, které by byly nastaveny při vstupu tohoto klienta do služby. Ve většině případů se klient objednává sám, pouze výjimečně je to dozorový orgán, který kontaktuje službu a první kontakt klientovi zprostředkuje. Pouze v jednom zařízení si někdy dozorový orgán zjišťuje, zda služba má volné kapacity pro daného klienta. Za jak dlouho je klientovi umožněn vstup do služby, se odvíjí od volných kapacit dané služby. Termíny se u jednotlivých respondentů značně lišily, v rozmezí od jednoho týdne do měsíce. V jedné službě, kde je termín delší, ale umožňují navázat s klientem kontakt v rámci K-centra.

Stran motivace vstupu do léčby a očekávání klientů se respondenti shodli, že často je výrazná motivace vnější, a sami klienti neví, co od léčby vlastně očekávat. Někteří z respondentů to ale nevnímají jako zásadní překážku v tom, zda klient léčbu absolvuje. Snaží se v průběhu pravidelných kontaktů pracovat s motivací klienta a mají i pozitivní zkušenost s tím, že se to může podařit. Z výzkumu ale vyplynuly určité rozdíly v přístupu ke klientům, jejichž motivace je sporná a kteří vlastně nechtějí v léčbě nic řešit, jen chtějí naplnit doporučení dozorového orgánu. Jsou zařízení, která umožní těmto klientům vstup do programu, stěžejní je pak testování a pravidelné návštěvy, někde umožní klientům dokonce pouze testování a větší ambice nemají. V průběhu léčby je snaha o získání náhledu klienta na problematiku užívání, ale pokud se jim daří abstinovat bez toho, aby se snažili se svou závislostí pracovat, umožní jim to. Jsou ale zařízení, kde, pokud klient nechce pracovat se svou závislostí a chtěl by si pouze splnit docházku, do léčby jej nepřijmou, resp. po několika sezeních je spolupráce ukončena.

Jedná se o zajímavý moment, kdy tento selektivní přístup je zejména v zařízeních, kde mají naplněnou kapacitu a chtějí tak prostor věnovat klientům, kteří se léčit chtějí. V tomto ohledu lze vnímat nepřijetí klienta do služby jako problematický bod v kontinuu péče, byť s ohledem na naplněnost kapacit a nedostatek dostupných adiktologických služeb je tento přístup pochopitelný. Je pak k diskuzi, zda i tito klienti by neměli dostat „šanci“, a to i s ohledem na skutečnost, že motivace klienta se v průběhu spolupráce proměňuje, v čemž se shoduje jak odborná literatura (Soukup, 2020), tak sami respondenti.

Co se týká samotného průběhu služby, až na jednoho respondenta je četnost kontaktu s klientem stejná jako u jiných klientů. Zpočátku intenzivnější (nejčastěji 1x týdně) a postupně se spolupráce rozvolňuje. Pouze v jednom zařízení je interval 1x za měsíc. Délka léčby pak trvá od 3 měsíců do jednoho roku. Tyto údaje jsou ale hodně obecné, všichni respondenti se shodují na tom, že záleží na individuálním posouzení daného klienta a jeho situace. V rozhovorech také zaznívalo, že je snahou, zejména u klientů přicházejících z výkonu trestu, nekomplikovat jejich situaci trváním na pravidelné intenzivní docházce, když mají možnost nastoupit do zaměstnání třeba ve vzdálenějším městě apod.

Z hlediska testování jsou v jednotlivých zařízeních rozdíly. Zhruba v třetině zařízení se klienti netestují a stěžejní je kontakt s klientem na bázi vytvoření důvěrného vztahu s pracovníkem. V ostatních zařízeních se testuje, a to pravidelně. Ve třech zařízeních umožňují samotné testování.

Samozřejmě jsou klienti, kteří z léčby vypadávají. U nich pak dochází k ukončení spolupráce ze strany zařízení. Kritéria pro takové ukončení nejsou ale zcela zřetelná. Některá zařízení mají daná obecná pravidla, že pokud se klient 3 měsíce neukáže, spolupráce se ukončí, někde je daný limit 3 schůzky, na které klient bez omluvy nepřijde. Jasná hranice ale není. Na otázku, pokud se klient sice omlouvá, ale vlastně vůbec nechodí, většina respondentů odpovídala, že situaci posuzují individuálně, žádná pravidla na to nemají.

Z hlediska spolupráce s dozorovými orgány bylo zjištěno následující. Pouze tři respondenti zmiňovali, že s dozorovým orgánem sepisují trojstrannou dohodu, a ani u nich to není ve všech případech. Ve většině zařízení pouze klient dává souhlas s poskytováním informací třetí straně. Spolupráce s dozorovým orgánem probíhá i na neformální úrovni - telefonicky. Informace se ale touto cestou vztahují nejčastěji k docházce klienta, tedy zda do ambulantní léčby dochází. Písemné zprávy se v naprosté většině případů poskytují na základě žádosti dozorového orgánu, výjimečně je podávání zpráv stanoveno trojstrannou dohodou. Rozsah zprávy je dle sdělení jednotlivých respondentů dosti rozdílný. Někteří respondenti podrobně hodnotí spolupráci, tedy docházku, výsledky testů, někdo se omezuje na komplexní zhodnocení, v jednom zařízení neposkytují výsledky testování, ale klientovu léčbu hodnotí v kontextu celého procesu. Ani jeden z respondentů nezmiňoval, že by dozorový orgán požadoval nějaké konkrétní informace ve zprávě.

Jak vyplynulo z výše uvedeného, ambulantní zařízení nekontaktuje dozorový orgán ze svého podnětu téměř nikdy. A to ani tehdy, pokud klient do léčby přestane docházet. Pouze výjimečně respondenti zmiňovali, že pokud přestane klient docházet do léčby, informují dozorový orgán sami. Ve většině zařízení ale čekají, až si dozorový orgán vyžádá zprávu a až potom mu sdělí, že do léčby již nedochází. I tento moment lze vnímat jako problematický. Pokud klient vypadne z léčby, není samozřejmě možné jej násilím k léčbě přinutit. Přesto je žádoucí, aby tuto informaci měl pracovník dozorového orgánu včas, aby měl možnost s klientem, pokud s ním je i nadále v kontaktu, jeho situaci řešit, probrat s ním okolnosti vypadnutí z léčby a možnosti dalšího postupu. Včasná intervence je v tomto ohledu stěžejní. Mnoho autorů zdůrazňuje potřebu vzájemné spolupráce zainteresovaných subjektů (např.

Hovorka, 2019; Matoušek, 2015; Rogalewiczová, 2018). Respondenti však na druhou stranu oponovali, že je právem klienta léčbu ukončit, a oni nejsou povinni o klientovi třetí stranu informovat.

Hodnocení spolupráce s dozorovými orgány je vesměs kladné. Respondenti se shodují, že hodně záleží na konkrétních pracovnících. Často také zmiňují, že se s mnohými pracovníky znají, což spolupráci značně usnadňuje. Z rozhovorů pak vyplynulo, že většinou je pozitivněji hodnocena spolupráce s pracovníky Probační a mediační služby, kde je oceňováno i širší povědomí o závislostech, možnostech léčby a jejích limitech. Nemusí tak pracovníkům vysvětlovat, že jeden pozitivní test nic neznamená a jeden negativní test v podstatě také ne. Stejně tak je racionálně zacházeno s lapsem. U pracovníků OSPODu jsou v tomto ohledu zkušenosti takové, že někdy jsou z jejich strany od léčby nereálná očekávání, zbytečně velký tlak je na testování, nemají někdy dostatek povědomí o adiktologické léčbě jako takové.

Co stojí speciálně za zmínku, jsou zkušenosti respondentů s účastí na případových konferencích, které ale nejsou příliš bohaté. Jejich zkušenosti bych zhodnotila jako různorodé. Respondenti je vnímají jako vhodný nástroj pro práci s rodinou a nastavení spolupráce, praktické zkušenosti tomu ale příliš neodpovídají. Někteří respondenti mají zkušenosti s případovou konferencí jako s prostorem, kde úkolovat klienta bez toho, aby se zaměřila pozornost na jeho skutečné potřeby a řešení jejich naplnění. Někdo zase zmiňoval, že celá spolupráce vzešlá z případové konference leckdy vyzní do ztracena. Jeden respondent pak vyjádřil, že cítí potřebu se klienta na případové konferenci zastat. Další respondent pak zhodnotil, že u nich není tento institut využíván a vlastně by se tím ušetřila spousta energie a času při vzájemné komunikaci různých zainteresovaných subjektů. Přístup OSPODu se liší u jednotlivých pracovníků, povědomí pracovníků OSPODu stran adiktologické léčby není příliš široké a případové konference jsou využívány zřídka a ne zcela v kontextu účelu, ke kterému mají sloužit. Jedná se o poznatky, které korespondují s výsledky práce Lhotákové (2015).

Dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, co respondentům práci s vybranou skupinou klientů komplikuje. Poměrně překvapivé bylo, že nikdo z respondentů nevnímal jako překážku skutečnost, že do léčby vstupuje třetí strana v podobě dozorového orgánu. Naopak, někteří respondenti považují tlak třetí strany jako významný motivační faktor, který může vést k abstinenci. Přesto byly odpovědi na tento dotaz velmi pestré a inspirativní pro další podněty k vylepšení do budoucna. Od respondentů často zaznívalo, že jako překážku vnímají, s čím klienti do léčby vstupují. Často nejsou motivováni k léčbě, neví, co od ní mají očekávat apod. Lze se domnívat, že tento problém naráží na skutečnosti, že se s klienty nepracuje před propuštěním, jak je doporučováno odborníky (NIDA, 2020). Se službou nejsou seznamováni klienti ani ze strany OSPODu, přičemž se může jednat o situaci, kterou popisují Pemová a Ptáček (2022), kdy preventivní práce s rodinou může stát i s ohledem na vytíženost pracovníků OSPODu v pozadí.

Další významnou překážku vnímají respondenti v systému péče o tyto klienty. Samotná léčba se neděje izolovaně, ale v kontextu konkrétní situace klienta. Pakliže klient není sociálně stabilizován, je léčebný proces významně ztížen. Respondenti zmiňovali, že jim chybí

komplexní systém péče o tyto klienty. V souvislosti s klienty přicházejícími z výkonu trestu, je zmiňována problematika nedostupného bydlení, komplikace při hledání zaměstnání (nemají čistý trestní rejstřík), dluhy, které je nemotivují pracovat legálně apod. Pakliže klient nemá žádné zázemí, vrací se po výkonu trestu do původního prostředí, a byť ve výkonu trestu abstinovat, je abstinenci velmi problematické udržet. Jakkoli je v literatuře akcentována potřeba komplexní a systematické péče o tyto klienty (např. Rash a Urbanoski, 2022, NIDA, 2020), realita je velmi odlišná. Upozorňuje na to i Kalvodová (2016) s tím, že stávající podoba postpenitenciární péče se vyznačuje roztržitostí a nekoordinovaností. Kalina v publikaci *Klinická adiktologie* vydané v roce 2015 konstatoval, že problematika práce s uživateli návykových látek páchajícím trestnou činností související s drogami není v České republice dosud systémově řešena, a především v oblasti trestní justice zatím neexistuje funkční specializace na práci s tímto typem klientely. S klienty pracují jako součást adiktologických služeb různé organizace, často ale v minimálním personálním obsazení, což souvisí i s finančním zajištěním těchto služeb. Na této skutečnosti se bohužel dosud mnoho nezměnilo.

Z hlediska klientů přicházejících z OSPODu pak respondenti zmiňovali nedostatečnou podporu rodičů v jejich situaci, těžkopádný systém dávek, který jejich finanční situaci neumí řešit komplexně a bezodkladně, a také již zmíněný nejednotný přístup pracovníků OSPODu. Zazněla také kritika, že se nepracuje preventivně s rodinou a problémům není snaha předcházet, ale pokud už se OSPOD angažuje, jedná se o závažnou situaci v rodině.

Ačkoli je v rámci práce s rodinou možné využívat třetích subjektů v rámci odborného poradenství, neexistuje přehled dostupných služeb, jejich volných kapacit. Tato kritika zaznívá i od Pemové a Ptáčka (2022), dílčí informace jsou zjišťovány nahodile v rámci různých studií a projektů, mnohdy jen na omezeném území a v limitovaném časovém rámci, a rozhodně neposkytují dostatek informací, které by mohly sloužit ke komplexní transformaci preventivní práce s ohroženými dětmi a rodinami.

Poslední překážkou, kterou někteří respondenti zmiňovali, je konflikt rolí, kdy terapeutická a poradenská práce s klientem je založena na navázání důvěrného vztahu mezi klientem a pracovníkem. Pokud ale klient přichází na doporučení některého dozorového orgánu může být pracovník adiktologické služby vnímán jako prodloužená ruka systému, jako další dozorující subjekt. Tento předsudek ze strany klienta pak i umocňuje provádění testování klienta jako významný kontrolní prvek v léčbě.

Z výzkumu pak vyvstává jeden výrazný moment. A to je skutečnost, že léčba těchto klientů se většinou odehrává jako samostatný proces, nikoli jako jedna z komponent systémové práce s klientem. Pokud klient přichází po výkonu trestu, je nedostatečná postpenitenciární péče, chybí návaznost celého komplexu služeb (bydlení, práce apod.). Není stanoven ani subjekt, který by zastřešoval péči o takového klienta, kromě Probační a mediační služby, jejíž kompetence jsou ale v tomto ohledu omezené. Stejně tak v případě rodičů užívajících návykové látky chybí komplexní postupy při práci s rodinou. V tomto případě by zastřešujícím orgánem měl být OSPOD, jednotlivé kroky jsou ale roztržité, systémová péče má značné rezervy, a to i s ohledem na dostupnost sítě navazujících sociálních služeb. Už skutečnost, že klient se do

služby objednává nejčastěji sám, neprobíhají společná setkání klienta, pracovníka adiktologické služby a pracovníka dozorového orgánu, kde by byly vyjasněny podmínky a proces spolupráce, a dále byly jednotlivé kroky vyhodnocovány, toho může být důkazem. Stejně tak v okamžiku, kdy klient vypadává z péče.

Existují však příklady dobré praxe v zahraničí, a to jak ve vztahu ke klientům doporučených trestní justicí, tak klientů doporučených OSPODem. V ČR může být první vlaštvou iniciativa Pro dítě 21, která vznikla z podnětu zainteresovaných odborníků a je volnou platformou. Je ale k diskuzi, zda by ambice vytvořit komplexní systém péče o tyto klienty neměly mít spíš subjekty odpovědné za příslušnou sociální politiku, kdy základem bude mezioborová spolupráce na nejvyšší úrovni.

Ilustrativní je závěr Pemové a Ptáčka (2022), že pokud má být posilována preventivní práce s rodinami ohrožených dětí, je nutné přesně definovat, jaké služby tyto rodiny potřebují, jak mají být poskytovány, jaké metody práce a intervence jsou efektivní a vedou tedy k prokazatelnému zlepšení kvality života dítěte. Služby je rozhodně nutné koncipovat na interdisciplinární bázi, ve které se profesionálové z různých oborů vzdělávají a pracují společně a jednotlivé odbornosti mají stejnou důležitost.

Namísto je také zabývat se silnými a slabými stránkami výzkumu. Slabou stránkou výzkumu je zcela jistě výzkumný soubor, a to jak z hlediska kvantity, tak z hlediska kvality. Počet deseti respondentů neumožňuje závěry zobecnit, nicméně naznačuje některé problémy, jimiž by bylo vhodné se zabývat v rámci dalšího výzkumu detailněji. Podrobně se jim bude věnovat další část. Současně není vzorek reprezentativní, nejsou rovnoměrně zastoupeny pracoviště regionálně, velikostně ani typově, byť původně byla snaha oslovit alespoň v každém krajském městě jednu službu. Zcela jistě se liší odpovědi respondentů na malém městě, kde těchto klientů nemají takové množství, a v městě krajském, kde jsou kapacity naplněny. Také se ukázalo, že i v rámci jednoho zařízení může být přístup pracovníků rozdílný, což zmínil jeden z respondentů např. u testování, že i v jejich službě tento kontrolní mechanismus někdo využívá více a někdo méně. Za slabé místo lze považovat jedna oblast, která byla v rámci rozhovorů sledována, konkrétně odpovědi na dotaz, zda by respondenti uvítali metodiku, která by zpracovávala postupy pro tento typ klientely. První z respondentů dotaz pochopili jako čistě metodiku pro ambulantní adiktologickou službu a reagovali v tomto smyslu. Později pak byla s respondenty diskutována možnost metodiky v rámci celého kontextu služeb, kterou by v podstatě uvítali všichni, se kterými se toto téma otevřelo. Protože ale není k dispozici reakce od všech respondentů, není tato otázka zcela vypovídající, i přesto, že téma kontinua péče a komplexní nabídky služeb pro klienty rezonovalo téměř všemi rozhovory.

Za silnou stránku výzkumu lze spatřovat v množství detailních informací, které se podařilo v rámci rozhovorů od respondentů získat. Jakkoli bylo obtížné překonat u některých neochotu poskytnout rozhovor, pokud už se uskutečnil, byli všichni respondenti velmi vstřícní a nebyla cítit žádná snaha vyjadřovat se korektně nebo s přílišnou opatrností. Troufám si říct, že se podařilo navodit u respondentů důvěru v to, že se o téma zajímám, v základu mu rozumím, a i já v rámci celého procesu v pozadí vnímám jako stěžejní prospěch klienta. Tyto kompetence

mi pak umožnily doptávat se do detailů na některé aspekty, které mi přišly zajímavé a v rámci práce je i zmiňuji.

Výzkum i přes svá omezení poukázal na rozdílný přístup a postupy jednotlivých zařízení, a vyplynuly z něj některé problémové body, které by bylo vhodné do budoucna systémově řešit. Z výzkumu je také možné vyhodnotit některá doporučení pro praxi. Zcela jistě by vytvoření metodiky a s tím související zapojení všech zainteresovaných subjektů do kontinuální a komplexní péče o klienta bylo žádoucí. Stejně tak je třeba pracovat na zajištění regionální dostupnosti služeb pro klienty, s čímž souvisí i fakt, že v regionech, kde je vysoká obsazenost služby, klienty přicházející s nízkou mírou motivace do programu nevezmou.

Jako podklad pro řešení systémových otázek lze doporučit provedení výzkumu zaměřeného na funkční komponenty léčby „nedobrovolných“ klientů, vhodné by také bylo zmapovat procesy v jednotlivých zařízeních, zaměřit se na funkční mechanismy a ty v rámci metodických doporučení zpracovat pro obecné postupy v ambulantní léčbě. Následně pak různými evaluačními nástroji jejich efektivitu ověřovat.

Celkově by pak bylo vhodné, aby tvůrci politik na základě otevřené diskuze a vzájemné spolupráce nastavili funkční parametry multidisciplinární spolupráce jednotlivých subjektů. Současně je třeba zajistit podmínky, aby klientům mohly být nabídnuty takové služby, které odpovídají jeho potřebám, nikoli možnostem daného regionu nebo pracoviště. Zcela jistě je vhodné, aby mezi pracovníky jednotlivých subjektů byly dobré osobní vztahy, ale systémově nemůže být multidisciplinární spolupráce založena pouze na osobních vztazích. Je také třeba, aby jednotlivé služby a intervence na sebe vzájemně navazovaly, současně je ale nutné, aby bylo funkční i souběžné poskytování různých služeb jednomu klientovi, ideálně pod vedením kompetentního case managera.

Seznam zdrojů

- Bém, P., Hovorka, J., Chlupová, M., Kadlec, F., Kokrda, J., Libánská, E., Zargar, P. (2023). *Duše rodiny. Integrativní rodinná terapie v Apolinári, Praha: Togga.*
- Carpentier, Ch. (2007). Drogy a trestná činnost – složitý vztah. Úkol drogy. EMCDDA/Praha: Úřad vlády. Dostupné z: https://www.euda.europa.eu/html.cfm/index36331EN.html_en.
- De Bont, R., Groshkova, T., Cunningham, A. & Liem, M. (2018). Drug-related homicide in Europe—First review of data and sources. *The International journal of drug policy*, 56, 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.006>
- Drašík, A., Fremr, R., Durdík, T., Růžička, M. & Sotolář, A. (2015). *Trestní zákoník: komentář.* Praha: Wolters Kluwer.
- Gabrhelíková, P. (2015), Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In *Klinická adiktologie* (s. 569-582). Praha: Grada Publishing.
- Gabrhelíková, P. (2012), Primární a sekundární drogová kriminalita – dostačující koncept pro práci s pachateli trestné činnosti související s drogami? In *Kriminalita a drogy: Sborník odborné konference.* Praha: Občanské sdružení SANANIM. Dostupné z: <https://www.sananim.cz/res/archive/004/000486.pdf?seek=1673614914>.
- Gerra, G., Arria, A., Basangwa, D., Carrà, G., Fanfarillo, A., Finch, E. ... Clark, N. (2010). From coercion to cohesion Treating drug dependence through health care, not punishment DISCUSSION PAPER., dostupné z https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf.
- Harwin, J., et al.(2016). *After FDAC: outcomes 5 years later: Final Report.* Lancaster University. Dostupné z: http://wp.lancs.ac.uk/cfj-fdac/files/2016/12/FDAC_FINAL_REPORT_2016.pdf .
- Hovorka, D. (2021). *Sociálně-právní ochrana dětí: praktický průvodce a rádce úředníka.* Praha: Ministerstvo vnitra České republiky.
- Hughes, B. (2015). *Alternatives to punishment for drug-using offenders.* Dostupné z <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8c963225-da5f-4d64-852b-6cdebc0d5f68/language-en>.
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orliková, B., Rous, Z., Jarošíková, H., Franková, E., Děkány, L., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2022). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022,* Praha: Úřad vlády České republiky.
- Iniciativa Pro dítě 21. (2024). *Prezentace.* Dostupné z www.prodite21.cz.
- Janíková, B., & Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno*, 7 (3), 1–20.

- Jelínek, J. (2022). *Trestní zákoník a trestní řád s poznámkami a judikaturou: zákon o soudnictví ve věcech mládeže, zákon o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, advokátní tarif* (9. aktualizované vydání). Praha: Leges.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalvodová, V. (2016). *Trest odnětí svobody a jeho výkon*. Praha: Wolters Kluwer
- Lhotáková, M. (2015). *Postupy OSPOD při práci s rodinami se členem závislým na návykových látkách*. Praha: Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta, 2015.
- Liga otevřených mužů. (2024). *Informace o programu Zvládnání vzteku*. Dostupné z <https://zvladani vzteku.cz/informace-o-programu/>.
- Liu, L., Chui, W. H., Deng, Y., & Li, H. (2020). Dealing with Resistance: Working with Involuntary Clients in Community-Based Drug Treatment Programs in China. *Australian social work*, 73(3), 309-320. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1688367>.
- Lunze, K., Idrisov, B., Golichenko, M., & Kamarulzaman, A. (2016). Mandatory addiction treatment for people who use drugs: global health and human rights analysis. *BMJ (Online)*, 353, i2943-i2943. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2943>
- Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce* (Třetí, aktualizované a doplněné vydání). Praha: Portál.
- Matoušek, O., & Pazlarová, H. (2014). *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče* (2. rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2015). *Sociální práce v praxi Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- McSweeney, T. (2008). *Guidelines on the 'quasi-compulsory' treatment of adult drug-dependent offenders: Results from a survey of Council of Europe Member States*. London: ICPR. Dostupné z https://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/26305/COE_QCT_survey_guidelines.pdf?sequence=1.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2020), *Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029*, MPSV. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/narodni-strategie-ochrany-prav-deti-a-akcni-plan-k-naplneni-narodni-strategie>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2021), *I. akční plán k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029 na období 2021–2024*. MPSV 2021. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/narodni-strategie-ochrany-prav-deti-a-akcni-plan-k-naplneni-narodni-strategie>.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- NIDA. (2020). Criminal Justice DrugFacts. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/criminal-justice> .

- Nejvyšší státní zastupitelství. (2024). *Odklony (alternativní způsoby trestního procesu)*. <https://verejnazaloba.cz/vice-o-sz/vse-podstatne-o-trestnim-rizeni/odklony/>.
- Pemová, T., & Ptáček, R. (2022). *Data o dětech: sociálně-právní ochrana dětí v České republice v datech*. Praha: Grada.
- Probační a mediační služba (2021), *Pravidla a standardy probační a mediační služby*. Dostupné https://www.pmscr.cz/wp-content/uploads/2021/12/onas_zakladdokumenty_pravidlaastandardy_2021.pdf
- Probační a mediační služba. (2024). *Resocializační programy*. Dostupné z <https://www.pmscr.cz/pro-pachatele/resocializacni-projekty/>
- Rush, B., & Urbanoski, K. A. (2019). Seven Core Principles of Substance Use Treatment System Design to Aid in Identifying Strengths, Gaps, and Required Enhancements. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement, s18*, 9-21. Dostupné z <https://doi.org/10.15288/jsads.2019.s18.9>
- Rogalewiczová, R., Čilečková, K., Kapitán, Z., & Doležal, M. (2018). *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí: komentář*. Praha: C.H. Beck.
- Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kersch, V., Mcsweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Maria, A. S., Trinkl, B., Werdenich, W., & Uchtenhagen, A. (2010). Comparing Outcomes of ‘Voluntary’ and ‘Quasi-Compulsory’ Treatment of Substance Dependence in Europe. *European addiction research, 16*(1), 53-60. <https://doi.org/10.1159/000265938>
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. 2021. *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2021) *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha. dostupné z <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/protidrogova-politika/standardy-odborne-zpusobilosti-adiktologickych-sluzeb/>
- Smith, M. (2020). Recognising Strategy and Tactics in Constructing and Working with Involuntary Social Work Clients. *Australian social work, 73*(3), 321-333. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1717562>
- Soukup, J. (2020). *Motivační rozhovory v praxi* (Vydání druhé). Praha: Portál.
- Šámal, P. (2023). *Trestní zákoník: komentář* (3. vyd). Praha: C.H. Beck.
- Trotter, C., Rooney, R., & Dewberry Rooney, G. (2020). Strategies for Work with Involuntary Clients. *Australian social work, 73*(3), 263-266. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1745622>
- Urbanoski, K. A. (2020). Commentary on Pilarinos et al.(2020): Scientific realism and the study of coerced substance use treatment. *Addiction (Abingdon, England), 115*(1), 107-108. <https://doi.org/10.1111/add.14832>

Urbanoski, K., Merrigan, S., & Milligan, K. (2022). Gendered harms: The lack of evidence on treatment that is mandated by child protection services. *The International journal of drug policy*, 99, 103481-103481. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103481>

Veřejný ochránce práv. (2024). *Zpráva o šetření*. Dostupné z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/3895-15-VOP_pdf.pdf

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *The International journal of drug policy*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>

Zůbek, J. (2019). *Odklony v trestním řízení*. Praha: Wolters Kluwer.

Seznam právních předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče,

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě, ve znění pozdějších předpisů.

Seznam zkratek

EKS KAD - Etická komise pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

FDAC - Family Drug and Alcohol Court

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NIDA – National Institute on Drug Abuse

OSPOD Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PMS – Probační a mediační služba

QCT – quasi-coercive treatment

RAS – Rozvoj adiktologických služeb

TZ – Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

TŘ - Zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších předpisů

VOP – Veřejný ochránce práv

ZoSPOD - Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

ZSS – Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

ZZS – Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Příloha č. 1

Polostrukturovaný rozhovor

- Vaše pracovní pozice?
- Jak dlouho pracujete v oboru?
- Jak často se setkáváte s klienty sledované skupiny výzkumu?
- Mohl/a byste popsat, jakým způsobem se do Vašeho zařízení tito klienti dostávají, jak je navázána spolupráce s nimi?
- Jak dlouho obvykle trvá, než zájemce o službu z této skupiny klientů přijmete do léčby?
 - je rozdíl oproti jiným klientům?
- Jaké dokumenty, dohody, souhlasy apod. jsou s klientem, příp. s třetí stranou sepsány?
- Jak léčba probíhá?
 - četnost kontaktů
 - testování
 - podávání zpráv
 - nedodržování léčby (absence, pozitivní testy na NL)
 - délka léčby
- Jsou nějaké rozdíly v procesu léčby oproti jiným klientům?
- Jak vnímáte motivaci těchto klientů k léčbě?
 - při zahájení léčby/v jejím průběhu
 - v jejím průběhu
- Jakým způsobem probíhá ukončení léčby?
 - u úspěšných/neúspěšných klientů
- Jaké jsou Vaše zkušenosti s úspěšností léčby?
- Jak probíhá spolupráce s dozorovými orgány?
 - četnost
 - forma kontaktu/účast na případových konferencích
- Jak jsou řešeny otázky předávání informací o klientovi třetí straně (soud, PMS, OSPOD)?
 - písemná dohoda o spolupráci
 - zpráva vydána klientovi
 - jiná forma
 - v určitých intervalech nebo na vyžádání
- Jakým způsobem referujete o „porušení“ léčby?
 - forma
 - v jakém okamžiku
 - jak je zacházeno s lapačem
 - sdělování výsledků prováděných testů
- Jak byste zhodnotila spolupráci s dozorovými orgány?
- Jaké překážky při práci s touto skupinou klientů vnímáte?
- Jak podrobně máte ve Vašem zařízení stanovena pravidla pro práci s touto skupinou klientů, případně pro spolupráci s dozorovými orgány?

- Uvítal/a byste zakotvení konkrétních postupů u těchto klientů v rámci standardů či jiných metodických pomůcek, ať už ve vztahu k dozorovým orgánům nebo k samotnému procesu léčby?
- Napadá Vás něco, co byste chtěl/a na závěr dodat?

Příloha č. 2

Byl/a jste oslovena s žádostí o účast ve výzkumu v rámci bakalářské práce zpracovávané na 1. LF UK, obor adiktologie, na téma: Kvazi nucená léčba uživatelů návykových látek v ambulantních adiktologických službách.

Cílem práce je popsat specifika procesu ambulantní adiktologické léčby klientů, kterým byla léčba doporučena některým z dozorových orgánů (soud, probační a mediační služba, orgán sociálně-právní ochrany dětí). Současně je cílem práce zmapovat procesy spolupráce s těmito institucemi, včetně problematiky předávání informací.

S respondenty bude probíhat polostrukturovaný rozhovor, který bude realizován ve smluvený čas a na smluveném místě, případně on-line prostřednictvím platformy Skype, Google Meet nebo MS Teams. Na základě získaných dat bude provedena analýza získaných dat. Od respondentů budou sebrány základní sociodemografické údaje (s ohledem na dodržení anonymity), rozhovor bude nahráván, a to pouze pro účely jeho přepisu. Veškeré audionahrávky budou po dokončení práce trvale smazány. Rozhovor bude trvat přibližně 45 minut.

Respondenti mohou svoji účast ve výzkumu kdykoli v průběhu trvání výzkumu zrušit. Publikace výsledků výzkumu v bakalářské práci, odborné publikaci či časopisu, bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno konkrétní účastníky výzkumu 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, případně se můžete obrátit na vedoucího BP Mgr. Hanu Fidesovou, Ph.D., na e-mail hana.fidesova@lf1.cuni.cz. Na vedoucího mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Příloha č. 3



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-005/2024

Název práce: **Kvazi nucená léčba uživatelů návykových látek v ambulantních adiktologických službách**
Druh práce: bakalářská
Student: **Milena Šourová**
Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Předložená dokumentace:
- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu
- informovaný souhlas
- osnova 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: 9. ledna 2024

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: 9. ledna 2024

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