

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Lucie Zobač

Ochranné protitoxikomanické léčení v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody

*Možnosti a meze ochranného protitoxikomanického léčení v ambulantní formě z pohledu
adiktologa Vězeňské služby ČR – případová studie oddílu*

Compulsory drug treatment in conditions of imprisonment

*Possibilities and limits of out-patient compulsory drug treatment from the point of view of the
addictologist of the Prison Service of the Czech Republic - case study of the unit*

Diplomová práce

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

Praha, 2018

Prohlášení:

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

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

V Praze 17.07.2018

Bc. Lucie Zobač

Identifikační záznam:

ZOBAČ, Lucie. *Ochranné protitoxikomanické léčení v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody. [Compulsory drug treatment in conditions of imprisonment]*. Praha, 2018. 74 s. 85, 2 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce paní Mgr. Haně Fidesové, Ph.D. za ochotné, trpělivé a laskavé vedení mé práce, za cenné rady a věcné připomínky. Zároveň děkuji svému manželovi a dětem za podporu ve studiu.

Abstrakt

Východiska: Tato diplomová práce se zabývá ochranným léčením protitoxikomanickým realizovaným v podmínkách výkonu testu odnětí svobody, konkrétně na Specializovaném oddíle pro ochranné léčení Věznice Rýnovice. Studie tvoří kvalitativní výzkum, který detailním zkoumáním popisuje jeden konkrétní oddíl. Je tvořena analýzou dokumentů, pozorováním a případovými pracemi klientů.

Cíle: Cílem práce je popsat výkon ochranného léčení ve věznici a zmapovat souvislosti tohoto institutu s návrhem opatření k jeho zlepšení. Zároveň si práce klade za cíl zjistit, jestli se odsouzení v nařízeném léčení do procesu skutečně zapojují.

Soubor: Výzkumný soubor tvoří jeden specializovaný oddíl ochranného léčení, který realizuje Vězeňská služba ČR.

Metody: Použitými výzkumnými metodami je analýza dokumentů k činnosti oddílu a realizaci ochranného léčení Vězeňskou službou ČR, dále pozorování a dvě kazuistiky klientů, na kterých je problematika demonstrována. V rámci kazuistik je využita analýza dostupné dokumentace, včetně psychiatrických zpráv, znaleckých posudků a individuální psychoterapie s klienty.

Výsledky: Ochranné léčení je institutem kladoucím velké nároky na znalost problematiky v širokých souvislostech právních, zdravotních a specifického prostředí věznice. Problematickým místem je faktická časová neomezenost ochranného léčení v našem právním řádu a také postupy léčení, které nemají odborný standard. Specializovaný oddíl ochranného léčení Věznice Rýnovice má strukturovaný program, do něhož se klienti dle svých možností zapojují a z vyhodnocení kazuistik lze konstatovat ochranné léčení jako smysluplné.

Závěry: Výsledky práce nelze plošně zobecnit, avšak mohou být prostředkem k seznámení s výkonem ochranného léčení ve Vězeňské službě ČR, mohou vést k zamyšlení nad nařízením i výkonem ochranného léčení, nad institutem samotným. Zároveň částečně seznamují s činností adiktologa ve věznici.

Klíčová slova:

ochranné léčení – závislost – drogy – výkon trestu odnětí svobody – věznice

Abstract

Resources: This diploma thesis deals with the anti-toxicological Protective Treatment implemented within the conditions of the execution of the imprisonment test, namely within the Specialized Section for the Protective Treatment of Rýnovice Prison. The study is composed of the qualitative research that describes one specific section in detail. It consists of analysis of documents, observations and case studies of clients.

Objectives: The aim of the thesis is to describe the implementation of Protective Treatment in prison and to map connections between this institute and proposal of measures leading to its improvement. Thesis also pursues to find out whether the convicts involved in Protective Treatment do actually take part in the process.

Sample: The research sample consists of one specialized section of Protective Treatment, implemented by the Prison Service of Czech Republic.

Methods: Used research methods comprise the analysis of the documents for the activities of the section and for the implementation of the Protective Treatment by the Prison Service of Czech Republic, further observations and two case reports of clients that acted as an issue demonstration. Case studies use an analysis of available documentation, including psychiatric reports, expertises, and individual psychotherapy with clients.

Results: Protective Treatment is an institute that has great demands on the knowledge of the issue in the broad context of legal, health and specific environment of prison. The problematic point is the actual limitlessness of Protective Treatment within our legislation, as well as Treatment procedures without professional standard. The specialized section of Protective Treatment of Rýnovice Prison has structured program, in which clients can participate according to their possibilities, and from the evaluation of case reports this Protective Treatment can be considered as meaningful.

Conclusions: Results of the work cannot be generalized, but they can serve as the means for familiarization with the implementation of Protective Treatment within the Prison Service of Czech Republic, results also can lead to reflection on ordered and executed Protective Treatment, over the institute itself. At the same time they partly introduce duties of the addictologist in prison.

Keywords:

Protective Treatment - addiction - drugs - execution of imprisonment – prison

Obsah

Úvod.....	1
1. Základní pojmy a uvedení do problematiky	2
2. Významnost ochranného léčení	4
3. Teoretická část	6
3.1. Ochranné léčení	6
3.1.1. Zákonná úprava ochranného léčení	8
3.1.1.1. Uložení ochranného léčení	10
3.1.1.2. Formy a místo výkonu ochranného léčení.....	12
3.1.1.3. Druhy ochranného léčení.....	13
3.1.1.4. Místo výkonu ochranného léčení.....	15
3.1.1.5. Trvání ochranného léčení	15
3.1.1.6. Změna ochranného léčení.....	16
3.1.1.7. Ukončení a propuštění z ochranného léčení.....	16
3.1.2. Hlavní cíle ochranného léčení	17
3.1.3. Ochranné léčení ve VTOS.....	17
3.1.3.1. Pravidla pro ochranné léčení ve VTOS	19
3.1.4. Praktické aspekty výkonu ochranného léčení.....	20
3.1.5. Změna ochranného léčení na zabezpečovací detenci	21
3.1.6. Ochranná výchova versus ochranné léčení.....	22
3.1.7. Ochranné léčení v ČR a ve světě	22
3.2. Kriminologie v adiktologii	26
3.2.1. Vztah mezi užíváním drog a páčáním drogové kriminality.....	27
3.2.1.1. Primární drogová kriminalita	28
3.2.1.2. Sekundární drogová kriminalita	28
3.3. Výkon trestu odnětí svobody	29
3.3.1. Věznice v ČR.....	30
3.3.2. Adiktologická péče ve věznicích.....	32
3.3.3. Drogy ve vězení.....	34
3.3.4. Harm reduction v Lucembursku.....	36
4. Výzkumná část.....	39
4.1. Východiska.....	39
4.1.1. Ochranné léčení závislostí ve výkonu trestu odnětí svobody	40

4.1.1.1.	Představení Věznice Rýnovice	41
4.1.1.2.	Seznámení s oddílem	42
4.1.2.	Analýza metodického listu k poskytování ochranného léčení ve VS ČR	43
4.2.	Výzkum	47
4.2.1.	Cíl výzkumu	47
4.2.1.1.	Dílčí cíle výzkumu	48
4.2.2.	Typ výzkumu, metody	48
4.3.	Běžný den klienta oddílu – pozorování	49
4.4.	Průběh terapeutické skupiny	50
4.5.	Výběr souboru pro případovou práci	52
4.6.	Metoda sběru dat	52
4.7.	Etika výzkumu	52
4.8.	Vlastní případová práce	53
4.8.1.	Kazuistika č. 1:	53
4.8.2.	Kazuistika č. 2:	60
5.	Shrnutí výsledků výzkumu	68
6.	Diskuse	69
	Závěr	72
	Použitá literatura	74
	Seznam grafů a obrázků	80
	Seznam zkratk	81
	Přílohy	82

Úvod

Ochranné léčení závislostí je opatřením, které se specializuje na léčbu pachatelů trestných činů, jejichž pobyt na svobodě soud shledá jako nebezpečný (Jelínek, 2010). Jedná se o zvláštní institut, který spojuje svět práva a medicíny, soudců a lékařů. Probíhá-li realizace ochranného léčení ve výkonu trestu odnětí svobody, zásadní vliv na uskutečnění má také systém Vězeňské služby České republiky.

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma ochranného léčení protitoxikomanického realizovaného v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody, neboť se tím aktivně zabývám ve svém profesním životě. Během práce pro Vězeňskou službu ČR jsem poznala některé možnosti i meze činnosti adiktologa ve vězení a s některými klienty navázala s ohledem na prostředí věznice až překvapivě hluboké terapeutické vztahy. Často se jedná o recidivisty, jejichž skutečné změně a životu bez drog již ani sami nevěří.

Cílem každé léčebné procedury je komplexní proces, hovoříme o tzv. bio-psycho-socio-spirituálním modelu léčby závislostí. Dopad léčby závislosti je tedy v ideálním stavu nejen na závislého člověka, ale také na tzv. veřejné zdraví. Prostředkem k léčbě závislosti a možnému znovu začlenění do společnosti je obvykle abstinence. Závislý člověk bude již závislým celý život, ale může abstinovat (Kalina, 2003).

Mravčík et al. (2017) konstatuje, že ochranné léčení patří mezi nejčastěji ukládané ochranné opatření, v roce 2016 jich bylo uloženo celkem 370, z toho 144 protitoxikomanických. Vězeňská služba ČR disponuje ve svých zařízeních čtyřmi oddíly pro výkon ochranného léčení, jejichž celková kapacita je 131 lůžek. V roce 2016 zde bylo umístěno 213 odsouzených, z toho 108 bylo zařazeno nově.

Ačkoliv se může zdát číslo 144 osob s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým, v porovnání s odhadovanými počty problémových uživatelů drog v naší zemi jako velmi malé, jedná se o skupinu pachatelů a pacientů zároveň, jejichž léčení je v zájmu společnosti a jejichž motivace k takovému procesu často není příliš velká.

Cílem této práce je prostřednictvím případové studie specializovaného oddílu pro ochranné léčení ve Věznici Rýnovice ukázat, jaké má možnosti a zároveň limity adiktolog ve své činnosti, zamyslet se nad smyslem ochranného léčení případně navrhnout možné změny ve prospěch zlepšení tohoto institutu, respektive klientů i společnosti.

1. Základní pojmy a uvedení do problematiky

Pro výchozí uvedení do souvislostí tématu vydefinuje tato kapitola pojmy tak, jak budou v práci dále používány, aby byl jejich význam i v dalším kontextu zcela jasný.

Nepříčetnost – je opakem příčetnosti. Příčetnost lze u pachatelů trestných činů předpokládat jako určitou způsobilost být pachatelem trestného činu (Jelínek, 2010, s. 185). Nepříčetností se rozumí podle § 26 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník ve znění pozdějších změn (dále jen „Trestní zákoník“ nebo „TZ“) stav, ve kterém jako nepřičetná jednala osoba, jež spáchala trestný čin v době, kdy trpěla duševní poruchou a v jejímž důsledku ztratila rozpoznávací schopnosti svého protiprávního jednání trestného činu nebo schopnost své jednání ovládat (Jelínek, 2010, s. 186).

Zmenšená příčetnost – Trestní zákoník definuje zmenšenou příčetnost v § 27 jako sníženou schopnost rozpoznat protiprávnost svého jednání nebo ovládání. Zmenšená příčetnost nevyklučuje trestní odpovědnost ani není posuzována jako polehčující okolnost.

Duševní porucha – z hlediska trestní odpovědnosti pachatele jde o zásadní pojem. Co se tím rozumí, najdeme v Trestním zákoníku v § 123, který říká, že duševní poruchy vyplývají z duševních nemocí, hlubokých poruch vědomí, mentální retardace, těžké asociální poruchy osobnosti nebo jiné těžké duševní a sexuální anomálie. Při posouzení se vychází jak z psychologicko-juristických hledisek, tak i z aktuálních biologicko-lékařských (Šámal a kol., 2012).

Zneužívání návykové látky – užívání nebo nadměrné zneužívání je často označováno jako abúzus. Zneužívání lze popsat jako užívání návykové látky i přes negativní dopady takového užívání, jedná se o projev závislosti. Jedná se o dlouhodobé užívání trvalého rázu. V Trestním zákoníku § 130 přesně definuje látky, které jsou považovány za návykové. *„Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.“* Pojem návykové látky vymezují a konkretizují i jiné právní předpisy ČR, zejména zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů a prováděcí nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznámech návykových látek ve znění pozdějších změn.

Droga – tento pojem se historicky velmi vyvíjel, původní francouzský význam označoval sušené nebo jinak konzervované rostliny a živočichy, jež sloužily jako léčiva

(Zábranský, 2003, s. 14). V roce 1969 definovala tento pojem Světová zdravotnická organizace (WHO) jako jakoukoliv látku, která je vpravena do živého organismu a může pozměnit jeho jednu nebo více funkcí (Zábranský, 2003, s. 14).

Syndrom závislosti – v MKN-10 (ÚZIS, 2012) je syndrom závislosti vyjádřen jako „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“

Škodlivé užívání návykových látek – Nešpor (2002) definuje škodlivé užívání jako vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Škodlivé užívání by nemělo být diagnostikováno, je-li přítomen syndrom závislosti.

Ochranné léčení – je ochranné opatření ukládané pachateli trestného činu, blíže viz kapitola 3.1 Ochranné léčení a následující podkapitoly.

Komorbidity – současný výskyt dvou a více symptomů, poruch nebo nemocí (Kalina, 2008, s. 75).

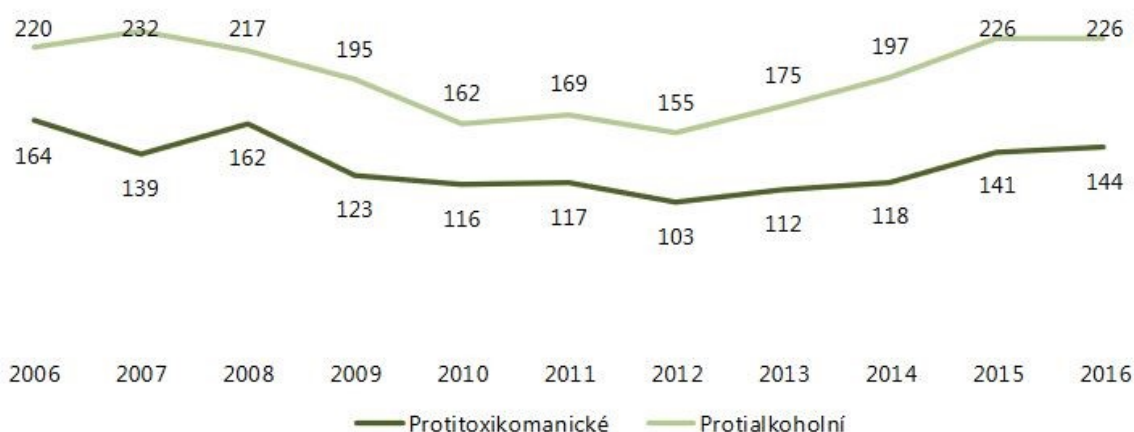
ADHD – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, zkratka pochází z anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorder, projevuje se skupinou příznaků jako je nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. U více než poloviny lidí příznaky přetrvávají do dospělosti (Masopust, 2015.)

Případová studie – nebo-li kazuistika je podle Yina (2009, str. 18) intenzivním studiem jednoho případu. Jedná se o kvalitativní metodu, která zkoumá své cíle do hloubky. Obecně lze říci, že zkoumá buď nejčastěji se vyskytující, obvyklý, jev nebo naopak něco zcela zvláštního a ojedinělého.

2. Významnost ochranného léčení

Výroční zpráva Národního monitorovacího střediska (dále jen „NMS“) z roku 2016 hovoří o tom, že ochranné léčení patří mezi nejčastěji ukládaná ochranná opatření, kdy podle evidence Ministerstva spravedlnosti ČR bylo za rok 2016 toto opatření uloženo celkem 370 osobám, z nichž 144 bylo závislých na nealkoholových drogách a 226 na alkoholu. Výroční zpráva NMS (Mravčík et al., 2017, s. 211) také shrnuje, že ochranné léčení protialkoholní bylo nejčastěji uloženo za trestný čin výtržnictví, nebezpečného vyhrožování, krádeže a týrání osoby žijící ve společném obydlí. Tato data odpovídají také praxi předchozích let. Ochranné léčení protitoxikomanické pak bylo nejčastěji soudem uloženo pro trestný čin krádeže, porušování domovní svobody nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL. Na základě dostupných statistických dat lze sledovat vzrůstající trend ukládání ochranných opatření, zejména ochranného léčení protialkoholního (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2017a).

Graf 1: Počet uložených ochranných léčení v letech 2006 – 2016.



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017a) In Mravčík et al., 2017.

V roce 2016 uložili soudy v souvislosti s primární drogovou trestnou činností celkem 155 omezení a povinností, z toho 146 tvořili povinnosti jako zdržet se požívání alkoholických nápojů, absolvovat léčení závislosti na návykových látkách, podrobit se vhodnému sociálnímu programu nebo programu psychologického poradenství. Ve 27 případech soud uložil výchovná opatření v podobě výchovných omezení, např. bydlet u rodičů, dohled probačního

úředníka a další. Počet uložených přiměřených omezení a povinností je vzhledem k počtu odsouzení za primární drogové trestné činy poměrně nízký (Mravčík et al., 2017).

Soudy ukládají také přiměřená omezení a povinnosti v rámci tzv. odklonů od trestních řízení nebo jako součást alternativního trestu. Evidence PMS za rok 2016 hovoří o nárůstu klientů s uloženým omezením nebo povinností, jejichž trestná činnost souvisela s užíváním drog. Povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách mělo v roce 2016, podle § 48 odst. 4 TZ, 261 klientů PMS a celkem 1378 klientů PMS mělo soudně uloženou povinnost zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek. Také u ukládání přiměřených omezení a povinností lze za poslední roky zaznamenat nárůst ukládání (Probační a mediační služba, 2017 In Mravčík et al., 2017, s. 211).

V roce 2016 mělo ochranné léčení závislostí na návykových látkách uloženo 123 osob v kontaktu s PMS, z nich bylo 82 protialkoholních a 41 protitoxikomanických (Probační a mediační služba, 2017 In Mravčík et al., 2017, s. 2012).

3. Teoretická část

Ochranné léčení není trestní sankcí, která by stála sama o sobě, ale je v podstatě její součástí. Čas od času lze zaznamenat v médiích a zprávách ze soudní síně, že byl pachateli uložen trest odnětí svobody a ochranné léčení.

Velmi zjednodušeně lze říci, že ochranné léčení ukládá soud nepřičetnému pachateli trestného činu, jehož pobyt na svobodě je nebezpečný (Jelínek et al, 2008). Trest je opatřením represe, ochranné léčení je prostředkem prevence ochrany obyvatel i pachatele samotného (Sotolář, Púry & Šámal, 2000). Společná provázanost spočívá v následku trestného činu (Jelínek et al., 2008). Podle TZ odst. 1, § 98 rozlišujeme čtyři druhy ochranných opatření: ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci nebo majetkové hodnoty a ochrannou výchovu.

Podle Šámala (2010) rozlišujeme čtyři druhy ochranného léčení: psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické. Formy ochranného léčení jsou dvě: ambulantní a ústavní. Ty jsou ukládány na základně znaleckého posudku odborného lékaře. Jednotlivé formy lze může soud dle potřeby přeměňovat pro lepší dosažení účelu. (Jelínek et al., 2010). Ochranné léčení může být uloženo zároveň s trestem nebo samostatně, například v případech, kdy je od trestu z důvodu nepřičetnosti zcela upuštěno (§ 99, odst. 1,2,3 a 7, Trestního zákoníku). Týká se osob s psychiatrickými problémy, závislostí na alkoholu nebo drogách a sexuální deviací. Ačkoliv to tak vypadá, není ochranné léčení čistě zdravotnickou záležitostí. Do hry zde vstupují další složky, jako soud, Probační a mediační služba, policie, státní zastupitelství, sociální pracovníci, ale také Vězeňská služba ČR.

Teoretická část shrnuje ochranné léčení z komplexního širšího pohledu. Popisuje právní rámec ochranného léčení s příčinami drogové kriminality a posouvá se až do roviny penitenciární. Všechny tyto oblasti jsou úzce propojeny s osobou pachatele, kterému bylo ochranné léčení nařízeno a jeho výkon probíhá ve výkonu trestu odnětí svobody.

3.1. Ochranné léčení

Diplomová práce se věnuje tématu ochranného léčení protitoxikomanického a jeho realizaci v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody. Tato kapitola je jedna ze dvou stěžejních pro teoretické vymezení právního rámce této problematiky.

Ochranné léčení je jedno ze čtyř ochranných opatření, které upravuje především zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník ve znění pozdějších změn (dále jen „TZ“) v:

§ 40 (Ukládání trestu pachateli se zmenšenou přičetností):

„ (1) Jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti, který si, a to ani z nedbalosti, nepřivodil vlivem návykové látky, přihlédně soud k této okolnosti při stanovení druhu trestu a jeho výměry.

1) (2) Má-li soud za to, že by vzhledem k zdravotnímu stavu pachatele uvedeného v odstavci 1 bylo možno za současného uložení ochranného léčení (§ 99) dosáhnout možnosti jeho nápravy i trestem kratšího trvání, sníží trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby, přičemž není vázán omezením uvedeným v § 58 odst. 3, a uloží zároveň ochranné léčení.“

Dle § 47 TZ - Upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení nebo zabezpečovací detence) platí, že:

„(1)Soud může upustit od potrestání i tehdy, jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a soud má za to, že ochranné léčení (§ 99), které zároveň ukládá, zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest. Tohoto ustanovení se nepoužije, jestliže si pachatel stav zmenšené přičetnosti nebo duševní poruchu přivodil, byť i z nedbalosti, vlivem návykové látky.

(2) Soud může upustit od potrestání i tehdy, jestliže pachatel spáchal zločin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a nelze přitom očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možností působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, a soud má za to, že zabezpečovací detence (§ 100), kterou pachateli zároveň ukládá, zajistí ochranu společnosti lépe než trest.“

Podle Šámala (2010) je uložení ochranného léčení právním důsledkem trestného činu, i činu jinak trestného a je možné ho uložit také osobě, která není trestně odpovědná. Solnař et al. (2009) doplňuje, že by ochranné léčení mělo být v určitém vztahu ke spáchanému trestnému činu a soud o něm rozhoduje primárně z důvodu působení na pachatele.

Zvláště pro ujasnění některých souvislostí ochranného léčení protitoxikomanického uvádím, že:

Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu, a to formou lůžkové nebo ambulantní péče. Soud může uložit ochranné léčení v případě, že pachatel,

který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Výkon ochranného léčení probíhá ve zdravotnických zařízeních. Ochranné léčení v ambulantní i ústavní formě uložené vedle trestu odnětí svobody lze vykonat také ve vězení (zákon č. 373/2011 Sb., ve znění zákona č. 202/2017 Sb., o specifických zdravotních službách). Pokud je vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že prostřednictvím ochranného léčení nelze dosáhnout dostatečné ochrany společnosti, může soud uložit opatření v podobě zabezpečovací detence.

Ochranné léčení protitoxikomanické

Institut ochranného léčení protitoxikomanického vznikl poměrně nedávno spolu s rozvojem psychiatrie (Foucault, 1961) a byl odpovědí na existenci takových pachatelů trestné činnosti, kteří by vzhledem k užívání návykových látek mohli mít z léčby prospěch. Podle § 99, odst. 4 TZ se ústavní i ambulantní forma ochranného léčení vykonává přednostně ve věznici spolu s trestem, je-li to možné. Podle Vondráčkové (2008) je smyslem ochranného léčení mimo jiné motivovat pacienta k léčení dobrovolnému.

Ochranné léčení protitoxikomanické je ukládáno pachatelům primární a sekundární drogové kriminality (Gabrhelíková, Müllerová in Kalina, 2008). Těmto pojmům bude proto dále věnována samostatná kapitola.

Porovnáme-li data z výročních zpráv NMS (Mravčík et al., 2017) se staršími (Statistická ročenka kriminality 1995 – 2008), po počátečním nárůstu ukládání tohoto opatření, (např. v roce 1999 bylo ochranné léčení protitoxikomanické uloženo ve 257 případech) lze zaznamenat spíše pokles v trendu ukládání tohoto opatření, což pravděpodobně odráží názor odborné společnosti, který je k ochrannému léčení protitoxikomanickému skeptický (Gabrhelíková, Müllerová in Kalina, 2008). Příčinou může být vědomí toho, že při absenci motivace k léčení nelze dosáhnout jejího účelu. Studie, která by se zabývala tímto problémem, v našich podmínkách bohužel neexistuje.

3.1.1. Zákonná úprava ochranného léčení

Veškeré důležité informace, které se týkají podmínek ukládání ochranného léčení, druhů ochranného léčení, trvání i procesu ukládání, najdeme v těchto právních předpisech:

- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „TZ“)
- Zákon č. 141/1961 Sb., zákon o trestním řízení soudním, ve znění pozdějších předpisů (dále jen trestní řád)
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění zákona č. 202/2017 Sb. (dále jen „zákon o specifických zdravotních službách“)
- Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (tento zákon uvádím jen pro úplnost, dále se výkonem ochranného léčení mladistvých zabývat nebudu)
- Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů, který ujasňuje výkon ochranného léčení uloženého současně s trestem odnětí svobody
- Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy, ve znění pozdějších předpisů, blíže specifikuje nařízení výkonu a místa výkonu ochranného léčení

Samostatná právní úprava pro ukládání ochranného léčení v České republice neexistuje, na rozdíl od ukládání zabezpečovací detence (zákon č. 129/2008 Sb., zákon o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů).

Zásady ukládání ochranného léčení

Za základní zásady práva jsou považovány takové, které slouží k právnímu výkladu a zároveň jeho aplikaci prostřednictvím orgánů činných v trestním řízení (Kratochvíl, 2012).

Cílem práce je navrhnout doporučení pro ukládání a realizaci ochranného léčení. Zásady, které jsou uvedeny § 37 a § 38 TZ hovoří velmi obecně a odborníkům v praktické rovině příliš nepomohou.

1. první důležitou zásadou je zásada zákonnosti, tedy jakoukoliv trestní sankci lze ukládat jenom na zákonném podkladě (viz Listina základních práv a svobod, čl. 39)
2. zásada přiměřenosti hovoří o tom, že uložená trestní sankce má být přiměřená povaze a závažnosti spáchaného trestného činu (viz trestní zákoník, § 38, odst.1)
3. zásada individualizace trestní sankce, obzvláště významná u ochranného léčení, kdy je třeba brát zřetel na polehčující a přitěžující okolnosti (Jelínek, aj. 2010, s. 32-33)
4. protože trestní sankcí nesmí být snížena lidská důstojnost, platí zásada humánnosti. Zvláště u ochranných léčení je zasaženo významným způsobem do lidských práv jedince (Kalvodová, 2009, s. 545)
5. zásada personalit sankce znamená, že její dopad by neměl být na jiné osoby než je samotný pachatel trestného činu, tj. zejména jeho rodinu (Jelínek et al., 2010, s. 65-67).

Mezi důležité zásady pro ukládání trestních sankcí lze zmínit ještě zásadu účelnosti a existují ještě další. Dle Kalvodové (2009) jsou uvedeny jen ty nejdůležitější právě ve vztahu k ukládání ochranného léčení.

3.1.1.1. Uložení ochranného léčení

Podle Ščerby (2011) lze ochranné léčení uložit při všech výše zmíněných podmínkách na základě trestního zákoníku. Ochranné léčení může být uloženo samostatně, spolu s trestem, místo trestu (tedy jako variantu trestu), ale také spolu s dalším ochranným opatřením.

Kratochvíl (2012) shrnuje jednotlivé kategorie pachatelů, kterým lze uložit ochranné léčení takto:

1. Trestně neodpovědným osobám, které spáchaly čin jinak trestný ve stavu nepřičetnosti, jejichž pobyt na svobodě je nebezpečný.
2. Ochranné léčení je ukládáno osobám, které v důsledku přítomnosti duševní poruchy spáchaly trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti. Tato se projevuje snížením rozumové a volní schopnosti.
3. Nebezpečným pachatelům, jejichž trestný čin byl spáchán vlivem duševní poruchy a jejichž pobyt na svobodě je nebezpečný.

4. Tato kategorie je pro tuto práci nejdůležitější, jedná se o skupinu pachatelů trestných činů, kteří zneužívají návykovou látku a trestný čin spáchali pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím užíváním.

Nebezpečnost pachatele trestného činu se pak posuzuje nejen pro dobu spáchání trestného činu, ale také pro dobu, kdy je o tomto činu rozhodováno (Šámal, 2012).

Rozhodne-li soud o uložení ochranného léčení jako alternativu k trestu, nejedná se o rozhodnutí o nevině pachatele trestného činu, ale o odklon ve smyslu upuštění od potrestání a ochranné léčení lépe splní účel pro nápravu pachatele a ochranu společnosti.

Soud rozhoduje o ochranném léčení i dalších podle účinného zákona v době, kdy se o ochranném léčení rozhoduje.

Soud ukládá ochranné léčení na základě trestního zákoníku podle § 99, odst. 1 a 2 TZ a dále podle § 40 TZ. Pokud pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, může soud upustit od potrestání a uložit ochranné léčení nebo zabezpečovací detenci.

Jestliže soud nabyde pochybností o duševním zdraví obviněného, přizve k jeho posouzení soudního znalce z oboru zdravotnictví, tj. psychiatra, psychologa, případně sexuologa. Na duševní stav obviněného je zpracován znalecký posudek, který hodnotí nebezpečnost pachatele, jeho přičetnost či nepřičetnost a ovládací a rozpoznávací schopnosti. Znalec odpovídá na otázky dle opatření o přibrání znalce. Znalecký posudek zpracovává na základě vyšetření duševního stavu obviněného.

V žádném ustanovení TZ není upraveno, co je účelem ochranného léčení. Výjimku tvoří ukládání ochranného léčení mladistvým. I přesto lze usuzovat na možnost odstranění nebo zmírnění rizikovosti faktorů duševní poruchy, pro které je pachatel nebezpečným. Cílem není vyléčení pachatele (Matiaško, 2009).

Ochranné léčení lze uložit obligatorně nebo fakultativně.

Obligatorní uložení ochranného léčení

Velmi zjednodušeně můžeme říci, že obligatorně lze uložit ochranné léčení u pachatele trestného činu, který byl ve znaleckém posudku hodnocen pro nepřičetnost jako trestně neodpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Stav zmenšené přičetnosti

nesměl být způsoben požitím návykové látky. Dospěje-li soud po znaleckém zkoumání k závěru, že příčetnost byla zmenšená, může uložit současně s ochranným léčením trest kratší, tj. snížit ho např. pod spodní hranici trestu (Šámal, 2012).

Fakultativní uložení ochranného léčení

Fakultativní uložení ochranného léčení vypadá v praxi jako uložení trestu v zákonné trestní sazbě a zároveň uložení ochranného léčení. Tímto způsobem je ukládáno u pachatelů, kteří spáchali trestný čin ve stavu zmenšené příčetnosti a nebo se jedná o pachatele, který zneužívá návykové látky a trestný čin spáchal pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Soud by měl v tomto bodě přihlížet k výsledku znaleckého zkoumání, který se zabývá také tím, jestli lze ochranným léčením dosáhnout účelu (Šámal, 2012).

3.1.1.2. Formy a místo výkonu ochranného léčení

Ochranné léčení je ukládáno podle § 99 TZ v ambulantní nebo ústavní formě. Roli v tom hraje především povaha nemoci. Zákon neurčuje, kdy má být uloženo léčení ve formě ústavní a kdy ambulantní. Ani blíže neurčuje, jakým způsobem má soud k tomuto rozhodnutí dospět.

Zároveň výkon ochranného léčení upravuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, § 83, odst. 2 a upřesňuje, že: *„Ochranné léčení uložené soudem lze též vykonávat během výkonu trestu odnětí svobody ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby, a to ochranné léčení ústavní vykonávané formou stacionární péče a ochranné léčení ambulantní vykonávané formou specializované ambulantní péče. Podmínky výkonu ochranného léčení nesmí ovlivnit podmínky výkonu trestu odnětí svobody.“*

Zákon hovoří o tom, že ústavní ochranné léčení, pokud je uloženo s nepodmíněným trestem odnětí svobody, je vykonáváno zpravidla po nástupu do výkonu trestu odnětí svobody (dále jen „VTOS“). Nelze-li vykonat v rámci výkonu trestu, je vykonáno ve zdravotnickém zařízení před nástupem do VTOS, pokud se tím lépe zajistí splnění účelu. Jinak je vykonáváno po VTOS (§ 99, odst. 4 TZ). V praxi je ústavní léčení ve výkonu trestu vykonáváno od prosince roku 2017 na specializovaných oddílech pro ochranné léčení. Do doby nabytí účinnosti novely zákona o specifických zdravotních službách zde probíhal výkon ochranného léčení pouze ve formě ambulantní. Je otázkou, jak kapacity stávajícího odborného

personálu Vězeňské služby ČR budou po této změně dostačující pro nově složené komunity léčených. Blíže k tomuto v kapitole o výkonu trestu odnětí svobody a dalších podkapitolách.

3.1.1.3. Druhy ochranného léčení

K formě ochranného léčení je v rozsudku a následně v nařízení ochranného léčení uveden také její druh, ten není adaptován do žádné právní úpravy. Praxí se zažilo rozdělení na čtyři druhy: ochranné léčení psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické, případně jakákoliv kombinace.

Ochranné léčení psychiatrické

Tento druh ochranného léčení je ukládán pachatelům, kteří trpí duševní poruchou, trestný čin spáchaly pod jejím vlivem, ve stavu zmenšené přičetnosti nebo nepřičetnosti. Bližší specifikaci duševní poruchy najdeme v § 123 trestního zákoníku. S ohledem na skutečnost, že léčení každé duševní poruchy je odlišné i s ohledem na pacienta, neexistuje jednotnost využívaných postupů a metod.

Ochranné léčení ústavní psychiatrické je zpravidla vykonáváno v psychiatrických nemocnicích. Vězeňská služba ČR jej v tuto chvíli neposkytuje. Ambulantní psychiatrické léčení je vykonáváno v psychiatrických ambulancích.

Účelem ochranného léčení psychiatrického je stabilizace zdravotního stavu a vytvoření náhledu na nemoc. Následně pak znovuzařazení do běžného života. Prakticky se může jednat o záležitost několika měsíců i let.

Ochranné léčení sexuologické

Tento druh ochranného léčení je ukládán pachatelům, kteří se dopustili sexuálně motivovaného trestného činu, tzv. sexuálním deviantům.

Podle MKN-10 (ÚZIS, 2012) jsou zařazeny mezi sexuální deviace následující: exhibicionismus, fetišismus, pedofilie, sadismus, kombinované poruchy sexuální preference, tušérství, frotérství, nekrofilie a další.

Pavlovský a kol. (2012, str. 140) popisuje, že již při výskytu dvou kritérií je velmi obtížné vést ochranné léčení ambulantně. Jedná se o kritéria, kdy je přítomna:

- Porucha sexuální preference
- Věk do 35 let, výjimku tvoří pedofilové, kteří jsou nebezpečni celoživotně
- Absence partnerského vztahu nebo jeho nefunkčnost
- Jeden a více sexuálních deliktů v anamnéze
- Mentální defekt
- Přítomnost disociální nebo smíšené poruchy osobnosti
- Soustavné nadměrné užívání alkoholu (zneužívání jiných návykových látek ne)

Ochranné léčení sexuologické ústavní je vykonáváno na specializovaných odděleních některých psychiatrických nemocnic v ČR a ve Věznici Kuřim.

Hlavním cílem tohoto léčení podle Pavlovského a kol. (2012, s. 141) je, aby pacient pochopil své sexuální postižení, vyrovnal se s ním a naučil se se svoji poruchou žít bez konfliktu se společenskými normami.

Ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické

Tato léčení jsou stejně jako výše zmíněná ukládána v ambulantní i ústavní formě, a to pachatelům, kteří spáchali trestný čin pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím užíváním. Léčení je, stejně jako u dobrovolné léčby závislostí v psychiatrických nemocnicích, založeno na režimu, psychoterapii, sociální práci, pracovní terapii a farmakoterapii.

Zásadním předpokladem pro alespoň částečnou možnost zvládnutí léčebného programu je určitá míra souhlasu s léčbou a motivace k léčbě. Právě z tohoto důvodu bývají tato ochranná léčení někdy ukončována soudem pro tzv. nevykonatelnost, kdy nelze dosáhnout jejího účelu (§ 353, odst. 1 zákon č. 140/1961 Sb., o trestním řízení soudním, dále jen „Trestní řád“, ve znění pozdějších předpisů). Soud pak může nad pachatelem a jeho chováním uložit probační dohled až na pět let (§ 99, odst. 6, TZ). Tím v podstatě může nastat situace, kdy se z ochranného léčení stane nekonečné ochranné opatření.

Praxe výkonu těchto ochranných léčení je různá. V PN Bohnice je toto oddělení součástí pavilonu ochranného léčení, někde je vyčleněn určitý počet míst na odděleních dobrovolných léčeb, např. v PN Červený Dvůr. Ambulantní formy jsou pak vykonávány v ambulancích psychiatrů, AT poradnách nebo adiktologických ambulancích. Velkou měrou se na výkonu ochranného léčení závislostí podílí také Vězeňská služba ČR, resp. její zdravotnická zařízení. Tomuto poskytovateli je proto věnována v práci samostatná kapitola.

3.1.1.4. Místo výkonu ochranného léčení

Realizace ochranného léčení ve věznici:

Podle rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti ČR čj. MSP-11/2017-OVTP-ZDRA/15, odbor vězeňství, trestní politiky, probace a mediace, jako správní orgán příslušný podle § 15 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů ze dne 15.5.2018, realizují ochranné léčení Věznice Opava, konkrétně ambulantní péči stacionární – ochranné léčení protitoxikomanické, protialkoholní a patologického hráčství, Věznice Rýnovice, konkrétně ambulantní stacionární péči – ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní, zároveň také ambulantní péči stacionární v adiktologii a Věznice Znojmo, ambulantní péči stacionární – ochranné léčení protitoxikomanické.. Věznice Kuřim pak poskytuje ochranné léčení sexuologické pro muže formou ambulantní stacionární péče.

Realizace ochranného léčení v psychiatrických nemocnicích:

Ve sbírce předpisů vnitřního a kancelářského řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy, v příloze č. 8 od strany 148, eviduje Ministerstvo spravedlnosti ČR přehled zdravotnických zařízení zajišťujících výkon ochranného léčení všech druhů včetně spádovosti. (ASPI – stav k 01. 12 2013 do částky 142/2013 Sb. a 48/2013 Sb. m. s. – [(1§) Obsah a text 1/2002 (MS) – poslední stav textu] Obsah a text 1/2002 (MS) – poslední stav textu).

3.1.1.5. Trvání ochranného léčení

Ochranné léčení ústavní může trvat maximálně dva roky, resp. po dvou letech musí být na návrh zdravotnického zařízení jeho trvání přezkoumáno. O prodloužení je možné žádat opakovaně, vždy nejdéle po dvou letech.

Ochranné léčení ambulantní není s účinností novely trestního zákoníku od 1.7.2016 časově omezeno.

Vzhledem k výše uvedenému je nutné zmínit, že právě časová neohraničenost ochranného léčení může v osobách, kterým bylo ochranné léčení uloženo, vyvolávat nejistotu, protože jim nikdo nedokáže s určitostí sdělit, kdy skončí.

3.1.1.6. Změna ochranného léčení

Jak již bylo zmíněno výše, formu ochranného léčení lze změnit, a to pokud:

- Aktuálně daná forma neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti
- Aktuálně daná forma neplní zásady ochranného léčení

V praxi si můžeme představit příklad, kdy byl do ústavního psychiatrického ochranného léčení umístěn pachatel zvláště závažného zločinu, po dvou letech mu bylo léčení prodlouženo a po dalším roce dalo zdravotnické zařízení návrh na přeměnu ústavní formy léčení na ambulantní. Po nějakém čase přestal pacient do ambulance psychiatra docházet, a protože bez léčení je takový pacient nebezpečný svému okolí, bylo mu ochranné léčení soudem na návrh ošetřujícího psychiatra změněno zpět na ústavní.

3.1.1.7. Ukončení a propuštění z ochranného léčení

Ukončení ochranného léčení může soud určit po předchozím návrhu zdravotnického zařízení, kde je léčení vykonáváno, státního zástupce nebo pachatele, kterému bylo léčení uloženo. Ochranné léčení se ukončuje zpravidla tehdy, když je podle trestního řádu dosaženo jejího účelu (§ 353, odst. 1), což dokladuje lékařská zpráva. Postup je stejný u léčení ústavního i ambulantního.

Jak jsem zmínila již výše, u ochranného léčení protitoxikomanického a protialkoholního může být podán návrh na ukončení pro jeho nevykonatelnost. Pokud by i nadále byla potřeba zvýšená kontrola pachatele pro jeho nebezpečnost, může být podle Šámala (2010, s. 105) nařízen probační dohled. I toto je činěno na základě podrobné lékařské zprávy, jehož součástí by měl být další postup nebo návrh na případný dohled nad chováním osoby, nad kterou je ochranné léčení vykonáváno.

Upuštění od ochranného léčení

Důvody pro upuštění od výkonu ochranného léčení nalezneme v trestním zákoníku, § 99, odst. 7 a v trestním řádu, § 352. Může od něj upustit soud, který léčení uložil, a to tehdy, když ještě před jeho započítím pominuly důvody, pro které bylo uloženo. Šámal (2010, s. 105) to vysvětluje na praktickém příkladu, ve kterém díky vývoji pacientově duševní poruchy pominula nebezpečnost jeho pobytu na svobodě, i když sama porucha, která ovlivnila jeho nebezpečnost, nadále trvá. Z praxe lze uvést typický příklad toho, kdy pacient závislý na návykových látkách sám dobrovolně nastoupí léčení ještě před tím, než mu je ochranné léčení zahájeno, neboť čekací doby na výkon ochranné léčení trvají v některých psychiatrických nemocnicích i několik let. Soud potom rozhoduje o upuštění od ochranného léčení.

3.1.2. Hlavní cíle ochranného léčení

Šámal (2010) ve svém výkladu specifikoval hlavní cíle ochranného léčení takto:

- léčení poruchy, kterou pacient trpí a na jejímž základě spáchal trestný čin, tedy léčení závislosti na návykových látkách pokud je trestný čin spáchán pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním,
- resocializace a zařazení do běžného života,
- prevence opakování trestného činu,
- izolace jedince v případě, že je s ohledem na svůj zdravotní stav společensky nebezpečný,
- vytvoření náhledu na poruchu (závislost),
- příprava na život po propuštění,
- motivace k dalšímu léčení a napojení na zařízení poskytující následnou péči.

3.1.3. Ochranné léčení ve VTOS

Vězeňská služba ČR realizuje prostřednictvím svých zdravotnických středisek ochranná léčení mimo psychiatrického a zabezpečovací detenci, která byla nařízena odsouzenému pachateli trestného činu v trestním řízení. Tato ochranná opatření mají za úkol dále chránit společnost před pachatelem samotným, ale také naučit pachatele vést řádný život, pomoci s resocializací.

Ve výkonu trestu odnětí svobody lze vykonávat ochranné léčení v ambulantní formě, ústavní ve formě stacionární péče (Nařízení Ministerstva spravedlnosti ČR ze dne 15.5.2018). Podrobněji viz odstavec této práce číslo 2.1.1.4. Výkon ochranného léčení psychiatrického je realizován mimo sektor Vězeňské služby v psychiatrických ambulancích a nemocnicích. Realizaci ochranného léčení v ústavní formě formou stacionární péče umožnila novela zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, která je účinná od 1.11.2017. Lze se domnívat, že tato skutečnost pozitivně ovlivní pořadníky čekatelů na výkon ochranného léčení protitoxikomanického a protialkoholního v ústavní formě v psychiatrických nemocnicích. Zároveň zásadním způsobem vzrostly požadavky na odborný personál specializovaných oddílů ve Vězeňské službě, která už tak obtížně shání odborný zdravotnický personál a lékaře. V sektoru veřejného zdraví by měla být otázka „vězeňského“ zdraví více diskutována, a to nejen v souvislosti s ochranným léčením.

V rámci České republiky lze ochranné protitoxikomanické léčení ve výkonu trestu odnětí svobody ve věznici s ostrahou absolvovat ve Věznici Rýnovice, a to ve vysokém stupni zabezpečení pro muže, ve Věznici Opava, kde je ochranné léčení realizováno ve středním stupni zabezpečení pro muže a ve vysokém, středním a nízkém pro ženy a ve Věznici Znojmo, ve které je oddíl ochranného léčení pro muže zařazen do vysokého stupně zabezpečení. Protialkoholní ochranné léčení mužů pak lze absolvovat pouze ve Věznici Rýnovice, žen ve Věznici Opava (zdrojem jsou interní informace VS ČR). Ostatní terapeutické oddíly přijímají odsouzené do dobrovolného léčení. Z pohledu adiktologa mohou být motivy k této léčbě různé. Ochranné léčení sexuologické mužů v ústavní formě realizuje pouze Věznice Kuřim (rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti ČR viz tato práce odstavec 2.1.1.4 Místo výkonu ochranného léčení).

Ochrannému léčení se věnuje také Koncepce vězeňství do roku 2025, která ještě nepracuje s novelizovanou právní úpravou výkonu ochranného léčení. Informace v ní o možnosti výkonu ústavní formy ochranného léčení a stacionární péči tak neodpovídají realitě. Léčebné postupy aplikované při léčení poskytovaném na specializovaných oddílech pro výkon ochranného léčení odpovídají léčebným postupům v psychiatrických nemocnicích, avšak bez provedení ověřovací fáze. Návrh na propuštění z ochranného léčení pro podmínky výkonu trestu nelze podat a před koncem trestu informuje Vězeňská služba ČR příslušný soud, který ochranné léčení nařídil, o jeho průběhu a zároveň dá podnět k nařízení ochranného léčení do ambulance odborného lékaře, obvykle v místě trvalého bydliště (Koncepce vězeňství do roku 2025, s. 66). Fakticky se nejedná o změnu formy ochranného léčení, ale o

změnu poskytovatele zdravotní péče. Náklady související s výkonem ochranného léčení u osob, které nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění v ČR, hradí stát z kapitoly státního rozpočtu Ministerstva zdravotnictví ČR.

3.1.3.1. Pravidla pro ochranné léčení ve VTOS

Léčebný režim je na specializovaných oddílech ochranného léčení upraven vnitřním řádem, který vychází jednak ze zákona o výkonu trestu, z trestního zákona a z vyhlášky, kterou se vydává řád o výkonu trestu odnětí svobody, zároveň podléhá nařízením Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR a nařízením ředitele věznice. Léčebná a terapeutická část je v každé věznici jiná, podle možností týmu oddílu i kapacity. Do budoucna je v plánu postupy ochranného léčení standardizovat.

Nejvýznamněji pravidla pro ochranné léčení realizované zdravotními středisky Vězeňské služby ČR upravuje metodický list O poskytování ochranného léčení ve VS ČR, vydaný Odborem zdravotní služby Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (dále jen „OZS GR“) v únoru 2018.

Ochranná léčení protialkoholní a protitoxikomanická (v opavské věznici také patologického hráčství) realizuje Vězeňská služba ČR vždy dohromady v rámci jednoho oddílu. Do července 2016 (rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti ČR o oprávnění poskytování zdravotních služeb ze dne 30.7.2016) bylo protialkoholní ochranné léčení mužů realizováno ve Věznici Heřmanice, kvůli personálnímu zabezpečení na pozici odborného lékaře psychiatra jmenovaná věznice o toto oprávnění přišla a ochranné léčení protialkoholní začala realizovat Věznice Rýnovice, která disponuje odbornými kapacitami v psychiatrii. Tato systémová změna nebyla v následujícím období nijak hodnocena ani evaluována, avšak v některých psychiatrických nemocnicích jsou v jedné komunitě zařazeni také pacienti se závislostí na alkoholových i nealkoholových drogách, polymorfni závislosti nejsou u pacientů výjimkou, stejně tak jako více druhů ochranného léčení vedle sebe. Nejvýznamnější rozdíly mezi běžnými oddíly a oddíly ochranného léčení jsou v režimu dne. Tento se liší již od budíčku pro zaměstnané odsouzené i nezařazené. Rozdílný režim oddílu je pak vždy podrobně specifikován v Nařízení ředitele věznice (dále jen „NRV“) ve Věznici Rýnovice číslo 11/2017. Ve všech věznicích jsou oddíly ochranného léčení koncipovány jako oddíly uzavřené a izolované, což se projevuje např. v režimu stravování, oddělení vycházkových prostor apod. Rozdílné je také složení odborného týmu zaměstnanců, který na běžném oddíle

tvorí vychovatel a speciální pedagog. Oddíly ochranného léčení disponují také kapacitami terapeutů, psychiatrů, psychologů, případně adiktologů a zdravotních sester. Na běžné i specializované oddíly jsou odsouzení zařazováni po doporučení zařazovací komise z rozhodnutí ředitele věznice, na oddíly ochranného léčení pak ještě s nařízením OZS GR. Specializované oddíly ochranného léčení pak tvoří výhradně odsouzení zařazení do terapeutického programu a nepracující.

Určitou zvláštností ochranného léčení v ambulantní formě realizovaného Vězeňskou službou ČR je, že se zpravidla neukončuje. Důvodem je nemožnost ověřit přínos léčení v běžném životě pacienta, a tak se žádá před koncem trestu soud o změnu poskytovatele ochranného léčení do ambulance odborného lékaře. Ačkoliv se to zdá z terapeutického pohledu logické, tato skutečnost není ukotvena v zákoně ani nebyla nikde sepsána odbornou veřejností, přesto se s tím takto pracuje a soudy žádostem o propuštění z ochranného léčení na žádost pacienta na konci trestů nevyhovují. Jedinou oporou je metodický list OZS GR. V této chvíli vzniká prostor pro zamyšlení, zdali tímto způsobem nedržíme pacienty v ochranném léčení zbytečně či dokonce nezákonně, uměle nenavysujeme stavy pacientů odborným lékařům, když převážná většina odsouzených zařazených do specializovaných oddílů ochranného léčení stráví intenzivním programem průměrně 1,5 roku.

Praktickou stránku realizace ústavního ochranného léčení ve formě stacionární péče prozatím nelze pro krátký časový úsek hodnotit.

3.1.4. Praktické aspekty výkonu ochranného léčení

Výkon ochranného léčení vzhledem k povaze problematiky, kterou spojuje a řeší, jednoznačně musí vykazovat nějaká slabá místa. První shledávám již v samotném zákoně, které nespecifikuje jednotlivé druhy ochranného léčení a např. nařizuje započít léčení co nejdříve, což je logické, pokud je člověk nemocný. Ovšem u ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického v podmínkách výkonu trestu je mnohem efektivnější, proběhne-li léčení před koncem trestu a odsouzený pokračuje v resocializaci mimo výkon trestu. Je pochopitelné, že např. psychotického pacienta je nutné nejprve stabilizovat a léčit, aby mohl výkon trestu zvládnout a pochopit, u závislostí je to ale jiné. Návrat pacienta na běžný oddíl by znamenal zcela jistě ztrátu motivace a všeho, co se v rámci léčení naučil.

3.1.5. Změna ochranného léčení na zabezpečovací detenci

Stane-li se, že pacient ani přes veškeré úsilí odborného personálu psychiatrické nemocnice nespolupracuje, léčení bojkotuje, čímž narušuje i výkon ochranného léčení spolu pacientů, utekl (nebo se o to pokusil) z nemocnice, použil násilí vůči zaměstnanci nebo dalším osobám, je nutné pachateli uložit přísnější formu léčení, protože účelu ochranného ústavního léčení nemůže být dosaženo. Striktnější formou je pak zabezpečovací detence, jejíž realizaci zabezpečuje Vězeňská služba ČR. Jde o relativně nový druh ochranného opatření, který funguje od 1.1.2009 a jehož vznik zapříčinily výše zmíněné skutečnosti, jako je nespolupracující pacient, agrese vůči okolí apod. Zabezpečovací detence poskytuje větší ochranu společnosti, její výkon probíhá v ústavu pro zabezpečovací detenci (§ 100 odst. 4 TZ).

Podle § 99 odst. 5 TZ může dojít ke změně ústavního ochranného léčení na zabezpečovací detenci jedině ve dvou případech. První možností je splnění zákonem stanovených podmínek pro uložení zabezpečovací detence uvedené v § 100 odst. 1 nebo 2. Musí se jednat o pachatele, který vykonává ústavní ochranné léčení, dopustil zločinu ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou nebo naplnil znaky zločinu, ale pro nepřičetnost nebyl trestně odpovědný, nebo spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou anebo se dopustil zločinu oddávající se návykové látce a byl již jednou pro zločin spáchaný pod vlivem zneužívání odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na dva roky. Druhou možností soudu k rozhodnutí o změně ústavního ochranného léčení na zabezpečovací detenci bez podmínek uvedených v § 100 odst. 1 a 2 TZ přináší neplnění účelu léčení a nezajištění dostatečné ochrany společnosti.

Podle rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti ČR, odbor vězeňství, trestní politiky, probace a mediace, jako správní orgán příslušný podle § 15 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů ze dne 15.5.2018, realizuje zabezpečovací detenci Věznice a ústav pro výkon zabezpečovací detence Opava a Vazební věznice a ústav pro výkon zabezpečovací detence Brno. Výkon zabezpečovací detence upravuje zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů, podmínky uložení zabezpečovací detence upravuje TZ.

Ochranné léčení v ambulantní formě nelze změnit na zabezpečovací detenci.

3.1.6. Ochranná výchova versus ochranné léčení

Ochranná výchova je spolu s ochranným léčením institutem ochranného opatření a lze ji uložit soudně pouze mladistvému (tj. osoba, která dovršila 15 let a nepřekročila 18 let), a to v trestním řízení. Ochrannou výchovu může soud uložit i dítěti mladšímu patnácti let, pokud to vyžaduje povaha spáchaného činu jinak trestného.

Stejně jako ochranné léčení trvá i ochranná výchova tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel. Na rozdíl od ochranného léčení je ale časově omezena osmnáctým, v odůvodněných případech vyžaduje-li to zájem mladistvého devatenáctým, rokem věku (zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže). Ochrannou výchovu realizují výchovná zařízení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

3.1.7. Ochranné léčení v ČR a ve světě

Budeme-li hledat literaturu, která pojednává o ochranném léčení závislostí v zahraničí, narazíme v první linii na problém používaných pojmů, protože prostý překlad sousloví nedostačuje.

Rozsáhlá analýza z roku 2015 (Werb et al., 2016), kterou provedla Lékařská kalifornská univerzita, porovnávala dostupné výsledky mezinárodních studií publikovaných v akademických databázích světa. Původně obsáhlý počet nalezených studií (430) se postupně zredukoval na 9, které opravdu porovnávali účinnost povinné léčby. V nezařazených studiích se promítla složitost nejednotného soudního systému v jednotlivých zemích, kdy někde je ochranné léčení v určité podobě ukládáno např. místo trestu odnětí svobody apod. V jejím výsledku z toho ochranné nebo povinné léčení nevychází dobře a opatření je hodnoceno jako neefektivní.

Na základě dostupných zdrojů nelze efektivitu soudem nařízeného ochranného léčení hodnotit ani v podmínkách ČR, protože v tuto chvíli neexistují žádné sjednocené postupy péče pro jeho výkon ani evaluace programů, což se potvrdilo i v rešerši odborné literatury, který k tématu ochranného léčení zpracovávala Krajská vědecká knihovna v Liberci pod evidenčním číslem 16-2018.

Ochranné léčení ambulantní protitoxikomanické a protialkoholní probíhá nejčastěji ve výkonu trestu, kdy se proces léčby zcela jistě liší podle typu jednotlivých pracovišť (Miovský, Spirig & Havlíčková, 2003). Specializovaný oddíl ochranného léčení (dále jen „SpOOL“) ve

Věznici Rýnovice disponuje databází klientů od roku 2009, kteří léčbu ve SpOOL absolvovali. Na základě korespondence a telefonních hovorů se lze domnívat, že asi 15% z těchto mužů pracuje a nepáchá trestnou činnost. Tato data nebyla nikdy statisticky zpracována.

Pro představení některých z dalších typů nařízeného léčení bych na tomto místě ráda zmínila tzv. drogové soudy. Nejedná se o institut, který by šel s našimi opatřeními porovnávat, ale jednou možná i u nás bude směřovat justiční praxe s drogově závislými pachateli trestných činů tímto směrem. Drogové soudy spojují léčbu závislostí s intenzivním dohledem soudu. Výrazným prvkem samotného procesu je pak častý kontakt pachatele se soudcem, který je prakticky členem léčebného týmu, spolu s probačním úředníkem, státním zástupcem, obhájcem a v neposlední řadě s místním poskytovatelem adiktologických služeb. Ten předává informace o léčbě pachatele a projednává další kroky léčby. Cílem drogových soudů je snížit kriminalitu a recidivu tím, že motivují pachatele trestného činu k léčbě závislosti a abstinenci na místo uvěznění. Program léčby v rámci drogového soudu je obvykle koncipován na jeden až 1,5 roku a je vytvářet podle individuálních potřeb samotného pachatele. Pro ověření a sledování abstinence se užívá testování. Drogové soudy jsou realizovány v USA, ale také např. v Belgii, Skotsku a Austrálii (Harrison & Scarpitti, 2002).

Srovnání právní úpravy v České republice a v Německu

Přesto, že se diplomová práce zabývá tématem ochranného léčení realizovaného v České republice, a to s akcentem na provádění v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody, považuji za vhodné porovnat českou právní úpravu ochranných opatření se zahraniční. Německo bylo vybráno nejen pro svoji geografickou blízkost, ale také proto, že i když jsou důvody pro ukládání ochranného léčení relativně srovnatelné, existuje podstatný rozdíl v realizaci a délce uložených ochranných opatření.

Právní ukotvení Spolkové republiky Německo (dále jen „Německo“) k problematice ochranného léčení nalezneme v § 61 a násl. Trestního zákoníku (Strafgesetzbuch, dále jen „StGB“) platném od 1.1.1872, mezi tzv. nápravnými a preventivními opatřeními. Německý Trestní zákoník vymezuje šest druhů ochranných opatření s rozlišením na ambulantní (odnětí řídičského průkazu, zákaz výkonu povolání a ochranný dohled) a ústavní. Konkrétně:

- Umístění v psychiatrické léčebně

- Umístění v odvykacím ústavu
- Umístění v preventivní detenci

Ústavní opatření opírající se o umístění v psychiatrické léčebně a odvykacím ústavu lze srovnat s institutem ochranného léčení dle českého Trestního zákoníku. Umístění v preventivní detenci je ukládáno současně s nepodmíněným trestem za úmyslný trestný čin k výkonu trestu odnětí svobody minimálně na dva roky, a to za specifických podmínek, které jsou v zákoně uvedeny (Rozum a kol., 2005, s. 158).

Podle Arholta a Lückemana (2004) se Německo tímto způsobem snaží chránit veřejnost před pachatelem, nejedná se primárně o snahu ho léčit, ale pouze zmírnit jeho nebezpečnost.

a) Umístění v psychiatrické léčebně

Soud nařídí umístění v psychiatrické léčebně tehdy, pokud pachatel spáchal protiprávní čin ve stavu nepřičetnosti, § 20 StGB, nebo zmenšené přičetnosti, § 21 StGB a z jeho komplexního hodnocení vyplývá, že v důsledku jeho psychického stavu lze očekávat závažné činy a je proto nebezpečný společnosti.

Ve srovnání s právní úpravou České republiky se omezuje německý trestní zákoník k umístění v psychiatrické léčebně tehdy, kdy hrozí od pachatele v budoucnu recidiva určité závažnosti, tzn., že nestačí např. drobnější krádeže apod. (Císařová & Vanduchová, 1995, s. 88).

b) Umístění v odvykacím ústavu

Umístění v odvykacím ústavu ukládá německý soud tehdy, když má pachatel dispozici k nadměrné konzumaci alkoholu nebo jiných OPL a byl odsouzen pro trestní čin spáchaný ve stavu intoxikace nebo pro náklonnost k takovým činům. Stejně tak jako naše právní úprava, tak i právní úprava Německa připouští možnost takové opatření neukládat, pokud se jeví předem bezvysledné (Gropp, 2005, s. 555).

V České republice je ochranné léčení forma ochranného opatření jako součást trestní sankce, v Německu jde o samostatné nápravné opatření. Tato odlišnost se pak promítá i do provedení samotného léčení, které je v SRN vykonáváno ve specializovaných odvykacích ústavech. Umístění v takovém zařízení pak nesmí přesáhnout dle §67 odst. 1 StGB dva roky. Speciálně upravený postup je v případě bezvyslednosti léčby, kdy po jednom roce může být nařízen ochranný dohled.

Maximální délku ústavní odvykací léčby stanovuje StGB na dva roky a nelze ji prodloužit (Jescheck & Weigend, 1996, s. 813).

Ochranný dohled

Právní úpravu nalezneme v §68 odst. 2 StGB. Ochranný dohled provádějí probační úředníci a mohou s ním být uložena různá omezení, např. neopouštět bez povolení bydliště, vykonávat určitou činnost, zdržovat se na některých místech a další, která mají vést k žádoucímu chování. Kompletní výčet lze nalézt ve výše jmenovaném paragrafu, odst. 1. Ochranný dohled může trvat dva až max. pět let, soud může horní hranici zvýšit či snížit. Je ukládán automaticky při odkladu výkonu ochranného léčení a při podmíněném odložení výkonu ochranného léčení (Tröndle & Fischer, 2007, s. 601).

d) Umístění v preventivní detenci

Tato forma ochranného opatření je ukládána plně trestně odpovědným a přičetným pachatelům trestných činů. Podmínkou pro její nařízení je opětovné spáchání určitých závažných trestných činů a nebezpečnost pachatele pro společnost. Nikoliv duševní stav (Herzceg, 2005, s. 204).

Pro nařízení umístění v preventivní detenci je nutné, aby pachatel byl již za úmyslný trestný čin již dvakrát odsouzen k trestu odnětí svobody minimálně na jeden rok, pachatel již v důsledku dřívějších odsouzení vykonal trest odnětí svobody minimálně v délce dvou let a z komplexního hodnocení pachatele a jeho trestné činnosti vyplývá, že je nebezpečný pro společnost.

Soud může uložit preventivní detenci také fakultativně, spáchal-li pachatel nejméně tři úmyslné trestné činy, z nichž za každý mu hrozí trest nejméně jeden rok a je mu celkově ukládán výkon trestu odnětí svobody nejméně tři roky. V takovém případě nemusí být splněny první dvě podmínky umístění v preventivní detenci. Další podrobnosti lze nalézt ve výše zmiňovaném zákoně (Gřivna & Vanduchová, 2008, s. 359).

Dle komentářů Schönkeho a kol. (2001) je pachatel nebezpečný pro společnost takový, který má určitou vrozenou či získanou vnitřní dispozici, v jejímž důsledku je trestná činnost páchána. Dispozice je pak chápána jako absence vnitřních zábran, která je příčinou trvalé dispozice k páchání trestné činnosti a slabou odolností vůči její recidivě. Při posouzení

takového pachatele je kladen zřetel na původ pachatele, jeho osobnost a sociální chování včetně minulosti.

Poslední novelizaci v Německu zaznamenala preventivní detence v roce 1998 a zrušila tak umístění, jež činilo deset let. Nyní je ukládána na dobu neurčitou, avšak po deseti letech soud rozhoduje o vykonání opatření v případě, že nehrozí spáchání dalšího závažného trestného činu. Po takovém rozhodnutí následuje nad chováním pachatele dohled.

V roce 2002 doplnil německý trestní zákoník preventivní detenci o tzv. vyhrazenou, a to v § 66a StGB, pro případy, kdy se nebezpečnost projeví až při výkonu trestu odnětí svobody. Při splnění předpokladů ji soud může uložit až před koncem trestu odnětí svobody.

Ukládání a výkon nařízeného nápravného a preventivního opatření

Německý trestní zákoník podrobně upravuje pořadí výkonu trestních sankcí. Při hromadění trestu odnětí svobody a ochranného opatření je na rozdíl od právní úpravy ČR dáována zásadní přednost ochrannému opatření před trestem, §67 odst. 1 StGB. Soud však může v konkrétních případech určit také jiné pořadí, jestliže se tím snáze dosáhne pozitivního výsledku léčení. Postup může být zvolen i dodatečně, lze jej změnit nebo zrušit, jestliže se to jeví jako vhodné. Délka trvání ochranného opatření se pak zcela nebo z části započítává do výkonu trestu až do výše dvou třetin trestu (§67 odst. 4 StGB). Od zbývající části trestu pak může být dokonce upuštěno (Stratenwerth & Kuhlen, 2004, s. 22).

Srovnání české a německé právní úpravy ochranného léčení

Německá právní úprava klade důraz na represivní složku ochranného léčení, přesto je ve srovnání s českou pro pachatele výhodnější, a to ať už proto, že omezuje maximální délku výkonu ústavního odvykacího léčení či částečného započtení doby ochranného léčení do délky trvání trestu odnětí svobody.

3.2. Kriminologie v adiktologii

Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.1 Ochranné léčení této práce, podle Gabrhelíkové - Müllerové (2008) bývá ochranné léčení nejčastěji nařizováno pachatelům primární a sekundární drogové kriminality. Protože se jedná o velmi specifickou skupinu pacientů, což je

ještě umocněno zvláště probíhá-li ochranné léčení ve výkonu trestu odnětí svobody, věnuje se tato kapitola spojení dvou zdánlivě vzdálených oborů. Budeme-li se chtít dívat na problematiku v tom nejužším kontextu, můžeme sem zahrnout pouze závislé pachatele trestných činů, kteří již byli odsouzeni. Ne každý drogově závislý je zároveň pachatelem trestné činnosti..

Marešová, Nečada, Sluková, Sochůrek a Zeman (2003) realizovali v roce 2003 výzkum pro Institut pro kriminologii a sociální prevenci, který se týká trestněprávního kontextu drogové scény v české vězeňské populaci. V rámci této práce je popsán průměrný uvězněný uživatel drog jako jedinec bez dobrého rodinného zázemí v dětství, s nejvyšším dosaženým vzděláním základním a bez stálého pracovního poměru, pohybující se v partě dalších toxikomanů a dopouštějící se majetkové trestné činnosti. Tento v době zadržení užíval intravenózně tvrdé drogy a v průběhu výkonu trestu zůstává bez finančních prostředků, není proto středem zájmů distributorů drog ve věznici. Může se stát objektem jejich zájmu za určitou úsluhu nebo protislužbu.

3.2.1. Vztah mezi užíváním drog a páchaním drogové kriminality

Výroční zpráva Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti za rok 2016 zveřejnila odhad počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů v počtu 46,8 tis. osob, z nichž 34,3 tis. osob tvoří problémoví uživatelé pervitinu. Odhadovaný počet intravenózních uživatelů drog v roce 2016 je 42,8 tis. osob (Mravčík et al., 2017). V roce 2016 bylo realizováno také omnibusové šetření na lékařích mimo stomatologů, kde jsou zařazeny také otázky na problémové užívání drog a patologické hráčství (Mravčík et al., 2017, s. 99) a z nichž je patrné, že střední odhad počtu problémových uživatelů drog je 41 tis. osob. Na tomto místě je potřeba také zmínit, že tyto odhady jsou zatíženy poměrně vysokou chybou ve statistické spolehlivosti, neboť lékaři pravděpodobně stejně jako v předchozích letech nadhodnocují počty uživatelů opioidů a podceňují počty uživatelů pervitinu (Mravčík et al., 2017, s. 101).

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR zveřejnilo (Mravčík et al., 2017, s. 216) údaje o počtu uživatelů drog ve věznicích, získané v roce 2016 z vyšetření nebo ošetření praktickými lékaři, ze screeningových toxikologických testů a záchytů drog ve věznicích, na základě kterých zdravotní služba zaznamenala 11 381 osob, jejichž anamnéza obsahovala užívání návykových látek. S ohledem na celkový počet vězněných osob k 31.12.2016, který

činil 22 481 osob ve vazbě a výkonu trestu, se jedná o více než poloviční prevalenci užívání návykových látek v anamnéze ve vězeňské populaci (Mravčík et al., 2017, s. 215). Počet osob vězněných za primární drogové trestné činy (vysvětlení pojmu v následující kapitole) a trestné činy související s užíváním návykových látek činil v roce 2016 celkem 3197 osob.

Shrneme-li výše uvedená data (pouze za rok 2016) s ohledem na zaměření této práce, kterým je ochranné léčení protitoxikomanické ve výkonu trestu, pak z odhadovaného počtu téměř 43 tis. injekčních uživatelů drog se jich 6200 nachází ve výkonu trestu odnětí svobody. 3197 osob bylo v roce souzeno na primární drogovou trestnou činnost a trestnou činnost související s užíváním návykové látky. 144 osobám bylo nařízeno ochranné léčení protitoxikomanické. Všichni uvězněni mají možnost dobrovolné adiktologické péče, kterou realizuje Vězeňská služba nebo nestátní neziskové organizace (více viz kapitoly o výkonu trestu).

3.2.1.1. Primární drogová kriminalita

V předchozích kapitolách byl v souvislosti s počtem vězněných osob použit termín primární drogová kriminalita. Ten byl také zmíněn v souvislosti s ukládáním ochranného léčení, které bývá ukládáno nejčastěji právě pachatelům těchto trestných činů.

Primární drogovou kriminalitou se rozumí porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (dále jen „OPL“) (Zeman & Gajdošíková, 2010). Znaky trestného jednání jsou definovány zákonem č. 40/2009 Sb., TZ, a zahrnují:

- nedovolenou výrobu a nedovolené nakládání s OPL (§§ 283, 284 a 285 TZ),
- nedovolenou výrobu a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286 TZ),
- podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (§ 287 TZ) (Mravčík et al., 2017, s. 203).

3.2.1.2. Sekundární drogová kriminalita

Vysvětlujeme-li pojem primární drogová kriminalita, je nutné definovat také drogovou kriminalitu sekundární.

Sekundární drogová kriminalita zahrnuje psychofarmakologicky podmíněnou (pod vlivem návykových látek), ekonomicky motivovanou (za účelem získání prostředků na financování užívání drog) a systémovou trestnou činnost, tj. např. násilné trestné činy včetně vražd, korupce, praní špinavých peněz nebo zločiny proti lidskosti páchané v rámci drogové trestné činnosti (EMCDDA, 2007; Štefunková, 2011).

Podle Výroční zprávy (Mravčík et al., 2017, s. 211) bylo ochranné léčení protitoxikomanické uloženo nejčastěji pro trestný čin krádeže, porušování domovní svobody nebo nedovolené výroby a jiné nakládání s OPL. Ochranné léčení protialkoholní soud nejčastěji uložil osobám pro trestný čin výtržnictví, nebezpečného vyhrožování nebo týrání osoby žijící ve společném obydlí. V souvislosti s tím lze dobře usuzovat, jaké trestné činy převládají u odsouzených zařazených do specializovaných oddílů ochranného léčení.

3.3. Výkon trestu odnětí svobody

Kapitola věnující se výkonu trestu odnětí svobody je druhou ze dvou stěžejních kapitol teoretického rámce této práce. Případovou studii ochranného léčení realizovanou v podmínkách věznice nelze provádět bez detailní znalosti této problematiky a následující podkapitoly toto představí.

Trest odnětí svobody je výsledkem trestního řízení a je ukládán pachateli za spáchaný trestný čin. Trestní sazba a výše trestu je určována zákonem č. 40/2009 Sb., TZ, o konečné výši trestu rozhoduje soud.

Druhy trestů odnětí svobody:

1. Nepodmíněný trest odnětí svobody
2. Podmíněné odsouzení k trestu odnětí svobody
3. Podmíněné odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem
4. Výjimečný trest

Realizaci výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody a zabezpečovací detence provádí Vězeňská služba České republiky. Dále provádí justiční stráž v soudních budovách, zajišťuje eskorty vězněných osob a podílí se na penologických výzkumech. Vězeňská služba je resortem Ministerstva spravedlnosti ČR (zákon č. 555/1992 Sb., o vězeňské a justiční strážní České republiky).

Ochranné léčení bývá nařizováno v souvislosti s jinou trestnou činností, než jakou tvoří zvlášť závažné trestné činy (viz kapitola Vtah mezi užíváním drog a páčáním drogové kriminality této práce), kdy maximální výše nepodmíněného trestu odnětí svobody je v České republice 20 let. Výjimečné tresty v délce trvání tvoří tresty za zvlášť závažné trestné činy, kde může být trestní sazba zvýšena na 20 až 30 let, případně trest doživotí. U trestů do 3 let trestní sazby lze uložit za určitých předpokladů tresty podmíněné (zákon č. 40/2009 Sb., TZ).

Výkon trestu odnětí svobody se řídí zákonem č. 169/2009 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody v platném znění. Upravuje práva a povinnosti odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody i povinnosti Vězeňské služby.

3.3.1. Věznice v ČR

Česká republika má celkem 35 věznic, z toho 10 věznic je vazebních a dva detenční ústavy. Ke dni 2. 7. 2018 bylo dle informačního servisu Generálního ředitelství VS ČR (Generální ředitelství vězeňské služby, online 3. 7. 2018) vězněno celkem 21 904 osob, včetně chovanců umístěných v zabezpečovací detenci. Z toho 1646 osob je vězněno z důvodu výkonu vazby. Doživotně odsouzených je k tomuto datu vězněno 49 osob, z toho 3 jsou ženy.

..

Obr. 1: Mapa organizačních jednotek Vězeňské služby ČR

Věznice, vazební věznice a detenční ústavy v ČR



Zdroj: Mäsiarova, L. (2018). Statistická ročenka Vězeňské služby 2017. Praha: Správní odbor generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky.

Druhy věznic z hlediska trestu

V naší zemi jsou odsouzení umisťováni na základě rozhodnutí soudu do dvou typů věznic, do věznice s ostrahou a do věznice se zvýšenou ostrahou. Nová vnější diferenciaci nahradila původní rozdělení do čtyř typů k 1.10.2017 podle způsobu vnějšího střežení, zajištění bezpečnosti a režimu výkonu trestu (zákon č. 58/2017 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody, Vnitřní rozlišení věznic s ostrahou je pak dle míry zabezpečení na lehký, střední a vysoký stupeň. Rozdělení do jednotlivých stupňů zabezpečení je pak v kompetenci Vězeňské služby ČR, respektive ředitelů věznic (vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 279/2017 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody).

Oddíly ochranného léčení jsou ve věznici s ostrahou s vysokým a středním stupněm zabezpečení.

Do věznic se zvýšenou ostrahou jsou umístěni doživotně odsouzení, s výjimečnými tresty, s tresty za zvlášť závažný zločin, členové organizovaných zločineckých skupin,

pachatelé s minimálně osmiletým trestem a ti, kteří utekli z vazby nebo z výkonu trestu (vyhláška č. 279/2017 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody).

3.3.2. Adiktologická péče ve věznicích

Vězeňská služba ČR má zákonnou povinnost poskytovat zdravotní péči, a to nejen osobám ve výkonu vazby, výkonu trestu nebo ve výkonu zabezpečovací detence, ale i zaměstnancům a příslušníkům (zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážích České republiky, ve znění pozdějších předpisů). Oprávnění k poskytování konkrétní zdravotní péče vydává Vězeňské službě ČR Ministerstvo spravedlnosti ČR, zdravotní služby mimo tento rozsah jsou realizovány v civilních zdravotnických zařízeních. Každá věznice disponuje zdravotním střediskem s ambulantní péčí v primární péči praktického lékaře a téměř všude i zubaře (Statistická ročenka VS ČR 2017, 2018). Lůžkovou zdravotní péči vykonávají Vazební věznice Praha Pankrác a Vazební věznice a ústav pro výkon zabezpečovací detence Brno.

Součástí zdravotních služeb Vězeňské služby ČR je dle zákona č. 202/2017 Sb., o specifických zdravotních službách také ochranné léčení.

Adiktologická péče realizovaná Vězeňskou službou není primárně vykonávána zdravotním personálem, potažmo zdravotními středisky, ale zaměstnanci z oddělení výkonu trestu v rámci tzv. programů zacházení, tzn. vychovateli, vychovateli – terapeuti, speciálními pedagogy a psychology a zajišťuje péči o závislé či problémové uživatele několika způsoby. Primárně preventivní činnost, aktivity směřované ke snižování zdravotních i sociálních rizik užívání drog a rizika předávkování po propuštění zajišťuje ve všech věznicích Poradna drogové prevence (jejich zřízení, povinnosti a činnost vymezuje NGR č. 36/2010). Odsouzený se do programu přihlásí prostřednictvím svého vychovatele. Do Poradny drogové prevence je pak zván na konzultace jako například k lékaři. Tým Poradny obvykle tvoří psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce a ve Věznici Rýnovice také adiktolog (NGR 36/2010, ustanovení o personálním zajištění). Činnost Poradny drogové prevence je obvykle jeden den v týdnu. Náplň činností je součástí každého NŘV, schvaluje ji ředitel věznice a v každé věznici tak může být trochu jiný i s ohledem na specifika věznice nebo vězněné osoby. V rámci Poradny drogové prevence by měla také probíhat spolupráce při substituční léčbě, pokud ji věznice poskytuje. V praxi je toto téma ale velmi problematické a funkčnost není dobře nastavena.

Dle Výroční zprávy NMS za rok 2016 (Mravčík et al., 2017, s. 220) využilo služeb Poradny drogové prevence celkem 9329 osob. Poradny se v jednotlivých věznicích liší poskytovanými službami s ohledem na odbornost a kapacitu personálu. Všechny věznice poskytovaly individuální poradenství a informační servis.

Ve Věznici Světlá nad Sázavou probíhá pilotní projekt standardů Poraden drogové prevence, představení projektu proběhlo při Odborně metodickém semináři pro odborné zaměstnance Vězeňské služby ČR na Přední Labské v říjnu 2017. Standardy nejsou veřejným dokumentem.

Další odborné služby pro osoby s adiktologickou poruchou poskytují nestátní neziskové organizace (dále jen „NNO“) prostřednictvím svých programů, které do věznic dojíždějí se závislými uskutečňovat, kdy intenzivní spolupráci s NNO vykazalo 24 věznic z celkového počtu 35, tj. 10 a více návštěv za rok. V kontaktu s pracovníky NNO pak bylo celkem 7090 osob ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody, kdy individuální poradenství tvořilo lehkou nadpoloviční většinu kontaktů (Mravčík et al., 2017, s. 222 – 223).

Velmi specificky postavenou je ve výkonu trestu odnětí svobody substituční léčba metadonem, povolení k poskytování substituční léčby mělo v roce 2016 celkem 10 věznic a 7 z nich léčení provádělo. Zbývající tři věznice dlouhodobě tento typ léčby neprovádějí. Celkový počet evidovaných pacientů za rok 2016 v substituční léčbě byl 67 (Mravčík et al., 2017, s. 221). Vězeňská služba nemá přesně zpracovanou metodiku a i přes Standardy substituční léčby schválené MZ dochází v zajišťování péče k velkým problémům. Důvodem je především absence odborníků na tento typ léčby ve Vězeňské službě.

Léčbu závislostí ve věznicích v ČR najdeme na tzv. Specializovaných oddílech, hovorově „SPOčkách nebo speckách“. V roce 2016 ji bylo možné realizovat celkem v 9 věznicích s kapacitou 335 míst. Celkem v roce 2016 využilo možnost dobrovolného léčení 578 osob, z nichž 299 jich bylo do programů zařazeno nově (Mravčík et al., 2017, s. 221). Program je podobný oddílům ochranného léčení, zásadní rozdíl je v absenci zdravotnického personálu. Chybí zde diagnostika závislosti a další, jedná se pouze o tzv. terapeutický program. Zdravotní péče je zajišťována zdravotním střediskem věznice bez větší spolupráce s týmem oddělení.

Specializované oddíly ochranného léčení závislostí má Vězeňská služba ČR čtyři, dva jsou v Opavě, po jednom pak mají oddíly Rýnovice a Znojmo. Celkový počet lůžek je 131. V roce 2016 bylo v těchto oddílech celkem 213 osob, z nichž 108 bylo zařazeno nově

(Mravčík et al., 2017, s. 221). Odsouzení jsou zde umístěni nedobrovolně, a to na základě ochranného opatření nařízeného soudem a nařízením Zdravotního odboru Generálního ředitelství Vězeňské služby. Podle § 99 odst. 4 zákona č. 40/2009 Sb. TZ má odsouzený povinnost vykonat ochranné léčení ve výkonu trestu odnětí svobody, je-li to možné. Pokud ne, dochází k plnění tohoto ochranného opatření až po výkonu trestu.

Je nutné zmínit také tzv. bezdrogové zóny. Na tato oddělení bývají umístěni odsouzení, kteří s drogami nikdy nepřišli do styku nebo naopak dlouhodobě abstinují a nechtějí být drogami ohroženi. Program může být standardní nebo terapeutický. V roce 2016 mělo bezdrogovou zónu s běžným režimem všech 35 věznic, celková kapacita dosahovala 1943 míst. Umístění do bezdrogové zóny využilo v roce 2016 dohromady 3793 osob, z nichž bylo 1880 zařazeno nově. Bezdrogovou zónu s terapeutickým zacházením realizovaly 3 věznice (Příbram, Vlnařice a Znojmo), jejich kapacita byla 92 míst. Umístěno zde bylo v roce 2016 221 osob, z toho 133 nově (Mravčík et al., 2017, s. 220).

3.3.3. Drogy ve vězení

Motivaci k užívání drog ve vězení shrnují následující body (Penfold, Turnbull & Webster, 2005):

- Přežití nudy a krácení času
- Únik z reality
- Uvolnění a lepší zvládání stresu
- Lepší spánek
- Relativně snadná dostupnost drog
- Zvládání abstinenčních příznaků.

Marešová a kol. (2003) popisuje také motivaci institucí k testování, důvody jsou primárně dva. První jsou důvody bezpečnostní kvůli minimalizaci rizik agresivního chování intoxikovaných jedinců, omezení drogové trhu a jeho účastníků. Druhými důvody jsou penitenciární, kdy při aktivním užívání selhává působení na danou osobu, dochází k poškození zdraví a s tím spojené zneužívání ordinace lékaře.

Výsledky 4. vlny dotazníkové studie užívání návykových látek mezi odsouzenými ve výkonu trestu odnětí svobody, realizované NMS ve spolupráci s Vězeňskou službou ČR a

agenturou ppm factum research, uvádí, že 59 % dotazovaných má zkušenost s nelegální drogou, nejčastěji s konopnými látkami, pervitinem a extází (Mravčík et al., 2017, s. 217). Tyto výsledky korespondují s výsledky o užívání návykových látek získaných ze zdravotních středisek věznic uvedenými v kapitole 2.2.1 o vztahu mezi užíváním drog a pácháním drogové kriminality. Dotazníková studie zveřejnila také výsledky o tom, že 21% odsouzených užilo během pobytu ve vězení nějakou nelegální drogu a zkušenost s injekčním užitím drogy ve věznici pak uvedlo 7 % dotazovaných (zkušenost s injekční aplikací alespoň jednou v životě uvedlo 31 % dotazovaných). 31 % vězňů je problémovými uživateli, v přepočtu na celou vězeňskou populaci je to 6200 osob (Mravčík et al., 2017).

Vězeňská služba ČR testovala v roce 2016 na přítomnost zakázaných látek celkem 25 640 osob, z nichž 11 060 bylo nastupujících do vězení. 50% z nich mělo pozitivní výsledek orientačního testu na některou z testovaných látek, nejčastěji šlo o pervitin a konopné látky, u čtvrtiny případů byl zjištěn výskyt více látek. Při nástupu do výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody se provádí testování pouze orientačními testy, tedy bez confirmace výsledku. Ve výkonu trestu odnětí svobody bylo tedy celkem provedeno 14 580 testů, u 802 byl zjištěn pozitivní výsledek (tj. 6 %). Nejčastěji zneužitou látkou byl pervitin, konopné látky a benzodiazepin (Mravčík et al., 2017, s. 216).

Subjektivně nejdostupnější zakázanou látkou ve výkonu trestu se z dotazníkové studie jeví ve věznici vyrobený alkohol, konopné látky, pervitin a léky bez předpisu lékaře (Mravčík et al., 2017). K prevenci ve vězení, léčbě a snižování dopadů zdravotní i sociálních více v kapitolách o adiktologické péči ve výkonu trestu.

Monitoring testování upravuje metodický list ředitelů odborů zdravotní služby a výkonu vazby a trestu č. 5/2011 tak, aby na specializovaných oddílech ochranného léčení bylo pololetně testováno na zakázané látky 50% kapacity oddílu. Stejně tak je nařízeno testování na oddílech bezdrogových zón 50 %. Celá věznice má povinnost testovat pololetně 15 % odsouzených. Metodický list nařizuje testování také v případě podezření na požití zakázané látky.

§ 46 zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody stanovuje, jaké kázeňské tresty lze v rámci výkonu trestu odnětí svobody uložit, kdy za pozitivní toxikologie na zakázané látky se ukládají tresty dle odstavce 3, písm. f – h, vykonávané na oddíle výkonu kázeňských trestů:

1. Umístění do uzavřeného oddílu až na 28 dní, výjimku tvoří účast na programu zacházení, což se týká i odsouzených zařazených do SpOOL.
2. Celodenní umístění do uzavřeného oddílu až na 20 dní.
3. Samovazba až na 20 dní, zde je odsouzený umístěn sám.

V krajním případě opakovaného pozitivního výsledku při testování na zakázané může být odsouzený stíhán pro trestný čin podle § 337 zákona č. 40/2009 Sb., TZ, pro maření výkonu nebo účelu trestu.

Protože se výzkumná část práce soustředí na konkrétní oddělení jedné z organizačních jednotek Vězeňské služby ČR Věznici Rýnovice, je na místě zmínit prevalenci užívání návykových látek právě v této věznici. Ze zpráv do Bezpečnostní komise Věznice Rýnovice, které se zpracovávají každý měsíc, je dlouhodobě patrné, že více než 2/3 zde umístěných odsouzených má ve své anamnéze závislost nebo problémové užívání návykových látek. Výsledná hodnota je ovlivněna skutečností, že se jedná o věznici s ostrahou, s převážně vysokým stupněm zabezpečení. Konkrétní nepublikovaná data Zdravotního střediska Věznice Rýnovice z 20.11.2017 hovoří při kapacitě 550 odsouzených o 430 problémových uživatelích OPL a alkoholu.

3.3.4. Harm reduction v Lucembursku.

Ačkoliv se kapitola nevěnuje ochrannému léčení v lucemburských věznicích, představí následující odstavec péči o osoby s adiktologickou poruchou v jedné ze dvou věznic jmenované země. Důvodem je velmi propracovaný systém zdravotních služeb ve smyslu harm reduction a nekriminalizování uživatelů drog zdravotnickými pracovníky z řad zaměstnanců věznice.

Zdrojem informací je studijní cesta do Věznice Schrassig v červnu 2017, realizovaná ve spolupráci Vězeňské služby ČR a NMS při zajištění projektu Join Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction (HA-REACT) .

Lucembursko je jednou ze zemí, která je dávana za příklad dobré praxe v oblasti harm reduction ve věznicích. Vězeňství v Lucembursku má v porovnání s Českou republikou řadu specifíků, tím největším je nízký počet věznic, který koresponduje s počtem obyvatel země - aktuálně existují dvě věznice, z nichž v jedné je momentálně 616 vězňů, ve druhé 74 vězňů.

V současné době je připravována velká reforma, související nejen s výstavbou 3. věznice, ale i změnou stávající organizační a administrativní struktury. V oblasti zdravotní péče se řídí heslem: „prison health is public health“, tedy „zdraví vězňů je součástí veřejného zdraví“.

Od roku 2005 ve věznici funguje program distribuce kondomů a výměny injekčních stříkaček, vše v rámci zdravotní péče. Výměnný program a distribuce kondomů je prováděna přímo zdravotnickým personálem. Každý vězeň po nástupu je informován o možnosti vstoupení do programu výměny injekčních stříkaček, na základě podání žádosti k lékaři předepíše lékař dokument, umožňující vstup do tohoto programu. Vězeň je následně vybaven pouzdem z tvrdého plastu, ve kterém může uchovávat max. 2 injekční stříkačky. Výměna probíhá ve zdravotním středisku zdravotním personálem, za jednu použitou injekční stříkačku vězeň dostane jednu čistou, zároveň zde probíhá distribuce parafernálií pro bezpečnou injekční aplikaci drog a kondomů. Plastový obal byl zvolen z důvodů bezpečnosti vězeňského personálu, při prohlídce cely je tak minimalizováno nebezpečí poranění o injekční stříkačku. Vězni, u kterých jsou nalezeny injekční stříkačky mimo plastový obal, jsou následně kázeňsky trestáni. S vězni, kteří stříkačky uchovávají ve svém plastovém pouzdře, není nijak zvláště zacházeno (standardní prohlídky, standardní testování na drogy). Od zavedení programu výměny injekčních stříkaček nebylo zaznamenáno zvýšení počtu předávkování, ani situace ohrožující bezpečnost vězňů nebo personálu. V rámci věznice funguje rozsáhlé zdravotní středisko, které vedle řady nejrůznějších odborností poskytuje i psychiatrickou péči lůžkovou a ambulantní. Lůžková psychiatrická péče má kapacitu 38 lůžek, ambulantní péči ze současných více než 600 vězňů prošlo nebo se v ní současně nachází několik set. V rámci psychiatrické péče je poskytována opiátová substituční léčba Suboxonem a metadonem. Substituční přípravky jsou vězňům vydávány zdravotnickým personálem, který dohlíží na jejich okamžité užití. V rámci programu je snahou pacienty (vězně) motivovat k setrvání v programu a abstinenci od jiných návykových látek. U pacientů jsou prováděny testy z moči na přítomnost drog, tyto testy však slouží pouze k zdravotnickým účelům souvisejícím s programem substituční léčby. V případě pozitivního výsledku testů je s vězni pracováno v rámci léčebného programu. V některých případech jim může být ukončena substituční léčba, zvláště je-li opakovaně pozitivním testováním zjištěno zneužívání tlumivých léků, které by mohly ohrozit pacienta na životě. Podávání substitučních preparátů je vnímáno jako facilitátor k další, terapeutické práci s vězni. U ostatních vězňů je testování na přítomnost drog prováděno v případech, kdy se chovají podezřele či nápadně, nebo je jiné důvodné podezření,

že užili návykovou látku (jsou agresivní, chovají se nestandardně apod.). Testování na návykové látky neprovádí v lucemburských věznicích dozorcí, kteří mají za úkol hlídat vnitřní bezpečnost věznice ani zdravotnický personál, jehož cílem je pacienty léčit a případně snižovat rizika spojená s užíváním drog, jako je nákaza hepatitidami nebo HIV/AIDS. Testování provádí pracovníci oddělení prevence, které lze jednoduše přirovnat k vnitřní policii.

Česká legislativa výměnný program stříkaček ve věznicích neumožňuje. Podle zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, § 28: „*Odsouzeným je zakázáno vyrábět, přechovávat a konzumovat alkoholické nápoje a jiné návykové látky...*„

4. Výzkumná část

Yin (2009, str. 13) definuje ve své publikaci deskriptivní případovou studii takto: „Případová studie je empirické vyšetřování zkoumající současný jev v rámci jeho přirozeného prostředí, obzvláště kdy nejsou hranice mezi jevem a prostředím jasně zřejmé.“ A celý tento fenomén nejasných hranic provází výzkumnou část této práce.

4.1. Východiska

Mezi základní východiska výzkumné části této práce řadíme zdravotnickou službu zajišťovanou Vězeňskou službou ČR, jejíž odpovědnost za tuto oblast nalezneme v zákoně č. 555/1992 Sb., o vězeňské a justiční strážci ČR, ve znění pozdějších předpisů, v zákoně č. 202/2017 Sb., o specifických zdravotních službách, v zákoně č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, dále pak také v zákoně č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, ve znění pozdějších předpisů, resp. v zákoně č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění. Oblast zdravotnictví upravují také interní předpisy, jako jsou nařízení ministra spravedlnosti, nařízení generálního ředitele nebo nařízení ředitele věznice.

Specifika vězeňského zdravotnictví výstižně popisuje Koncepce vězeňství do roku 2025 na str. 63: „Byť je Vězeňská služba ČR jako poskytovatel zdravotních služeb součástí zdravotnického systému, platí pro tuto oblast poskytování zdravotních služeb značná specifika, která Vězeňskou službu ČR výrazně od ostatních poskytovatelů zdravotních služeb v ČR odlišují. Tato specifika spočívají zejm. ve skladbě pacientů, vyšší návštěvnosti lékaře než u běžné populace, častějšímu výskytu TBC či vysokému procentu drogově závislých osob, provádění specifických úkonů, které nejsou v mimovězeňských zařízeních lékaři konány - např. kontroly vězně před eskortou, po eskortě, vstupní prohlídky, mimořádné prohlídky, výstupní prohlídky, provádění testování na přítomnost návykových látek, nutnosti zajistit podávání jednotlivých dávek některých léků pod dohledem - což ve svém součtu klade na zdravotnický personál ve věznicích zvýšené nároky. Dále je při poskytování či zajišťování zdravotních služeb Vězeňskou službou ČR třeba vzít do úvahy bezpečnostní rozměr této problematiky (pacienti jsou k lékaři přiváděni příslušníky Vězeňské služby ČR, je nutné zajišťovat eskorty mimo objekty věznic, případně následné střežení v mimovězeňských zdravotnických zařízeních apod.), což celkově zvyšuje nákladovost celého systému a jedná se

o ojedinělé specifikum, jak z pohledu civilních zdravotnických zařízení, tak i ve srovnání s poskytováním zdravotních služeb v dalších silových rezortech. Financování vězeňského zdravotnictví je systémově řešeno zcela odlišně od civilních zdravotnických zařízení.“

4.1.1. Ochranné léčení závislostí ve výkonu trestu odnětí svobody

Věznice Rýnovice je jedinou věznicí Vězeňské služby České republiky, která má mimo běžné lékařské a zdravotnické profese vydáno také rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti ČR pro poskytování adiktologické péče (rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti ČR z 30.7.2016).

Specializovaný oddíl ochranného léčení Věznice Rýnovice (dále jen „SpOOL“) je jedním ze třech pracovišť tohoto typu uvnitř Vězeňské služby v České republice (Rýnovice, Opava, Znojmo).

Podle Macha a kol. (2013) uloží soud ochranné léčení pachateli trestného činu v rámci trestního řízení, pokud spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou. Je-li odsouzen k výkonu trestu odnětí svobody, nastoupí do věznice z občanského života sám, v opačném případě ho k výkonu trestu dopraví Policie ČR. Vězeňská služba ČR zároveň s tím obdrží od soudu nařízení výkonu ochranného léčení, jehož součástí je specifikace formy ochranného léčení, jeho druhu a znalecký posudek odborného lékaře či psychologa, byl-li proveden. Odbor zdravotní služby Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (dále jen „OZS GR“) v rámci interních přerozdělování odsouzených s ochranným léčením nařídí výkon ochranného léčení konkrétního jedince do jedné z tří výše jmenovaných věznic, a to s ohledem na stupeň zabezpečení výkonu trestu odsouzeného. Do specializovaných oddílů jsou pak odsouzení eskortováni s ohledem na kapacitu oddílu a konec trestu, tj. obvykle 1,5 – 2 roky před koncem trestu tak, aby mohli po léčení odcházet domů. Ochranné léčení v ambulantní formě není odsouzeným s koncem trestu zpravidla rušeno, ale pokračují v něm v ambulanci psychiatra v místě svého bydliště. Odsouzení s ochranným léčením v ústavní formě v současné době mohou tento typ ochranného opatření ve výkonu trestu vykonávat a vykonávají, nicméně doba je zatím krátká pro zhodnocení procesu provedení (první odsouzení do SpOOL Věznice Rýnovice nástup v lednu 2018), umístění i vzhledem k ukončení, resp. přeměně ochranného léčení ústavního na ambulantní. S koncem trestu odnětí svobody nemá nadále Vězeňská služba ČR jako poskytovatel

zdravotních služeb s pokračováním ochranného léčení jedince nic společného a veškerou zodpovědnost za jeho realizaci přebírá nařízené zdravotnické zařízení nebo ambulance.

4.1.1.1. Představení Věznice Rýnovice

Informace získané z historie Věznice Rýnovice a Specializovaného oddílu sesbírala soudobá tisková mluvčí od současných a bývalých zaměstnanců pamětníků a jsou uvedeny v kronice věznice.

Organizační jednotka Věznice Rýnovice se nachází mezi městy Liberec a Jablonec nad Nisou. Byla založena 27. září 1968 a její vznik se pojí s rozvojem automobilového průmyslu v této oblasti. V části Rýnovice vystavěl LIAZ Jablonec nad Nisou svůj hlavní závod, neměl v té době dostatek zaměstnanců, a proto využil svých dobrých zkušeností se zaměstnáváním vězňů. Od poloviny 60. let pracovali odsouzení nejen v hlavním závodě, ale také v dalších 9 pobočkách vězňů z věznic v Liberci a Minkovicích (ty jsou dnes již zavřeny). Protože počet zaměstnanců vzrůstal, bylo zapotřebí vystavět pro zaměstnance z řad vězňů ubytovny.

V roce 1965 započal Vojenský projektový ústav v Praze zpracovávat projektovou dokumentaci ke stavbě ubytoven v areálu národního podniku LIAZ. Záměr byl ve spolupráci Ministerstva vnitra a správy Sboru nápravně výchovného ústavu. Po geologickém průzkumu v roce 1967 začala samotná výstavba malé ubytovny pro asi 50 odsouzených, kteří pracovali ve fabrice a tvořili jednu pracovní směnu. Ostatní zajištění, tzn. zdravotnická péče, jídlo, nákupy a další zajišťoval podnik. V 70. letech došlo postupně k výstavbě budov A, B, C a ošetřovny s oddělením pro výkon kázeňských trestů. Administrativní zajištění věznice probíhalo dříve v budově A, spolu s ubytováním pro zaměstnance, skladem aj. Po výstavbě se tato část věznice přesunula začátkem 80. let do nové administrativní budovy mimo střeženou část věznice.

Z hlediska přísnosti trestu sem byli zařazováni odsouzení muži v druhé a třetí nápravně výchovné skupině. V roce 1989 jich zde bylo celkem asi 150. Zároveň zde probíhal experiment, kdy byli odsouzení ubytováni bez celového systému ubytování, který byl pro tu dobu typický a který známe např. z vazebních věznic. K experimentu byli přivezeni odsouzení z Věznice Valdice. Tento test byl ukončen po jednom roce k 31. červenci 1996 a odsouzení byli odvezeni zpět. Od roku 1991 bylo v Rýnovicích zřízeno oddělení tzv. volné vazby, svoji činnost zde ukončilo k 31. červenci 1996.

Některá specializovaná oddělení existují ve Věznici Rýnovice již historicky. Konkrétně oddělení protialkoholní, protidrogové i školské vzdělávací středisko mají ve věznici svoji tradici, viz níže. V minulosti byla kapacita věznice dvojnásobná, tedy až 1000 mužů. Dnes je Věznice Rýnovice profilována jako věznice s ostrahou. Kapacita je 500 odsouzených. Ze specializovaných oddělení zde nalezneme Školské a vzdělávací středisko, to již od roku 1983, Specializované oddělení pro osoby s poruchou duševní a chování, Specializované oddělení ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické. Zaměstnanost odsouzených ve věznici se dlouhodobě pohybuje velmi vysoko, v prosinci 2016 až okolo 84 %. Odsouzení pracují uvnitř věznice na halách, ale také v nestřežených pracovištích firem.

Z důvodu odlišit jednotlivé skupiny odsouzených i přístupu k nim najdeme ve věznici několik oddílů, např. oddíl výstupní, oddíl se zesíleným stavebně technickým zabezpečením, oddíl pro mladé a prvovězněné a oddíl bezdrogové zóny (Králová, n.d.).

4.1.1.2. Seznámení s oddílem

Specializovaný oddíl ochranného léčení (dále jen SpOOL) je zvláštní oddělení uvnitř Věznice Rýnovice, kde jsou do speciálního léčebného programu zařazováni muži s nařízeným ochranným léčením protialkoholním a protitoxikomanickým v ústavní a ambulantní formě. Kapacita je 44 osob.

Specializovaný oddíl ochranného léčení ve Věznici Rýnovice je největším oddílem pro výkon ochranného léčení ve Vězeňské službě, kapacita ve Znojmě nebo v Opavě je poloviční. Historie SpOOL sahá až do roku 1998, kdy se jednalo o zcela oddělenou izolovanou část věznice se zvláštním režimem i programem. Od roku 2001 do roku 2010 zde probíhalo ochranné léčení protitoxikomanické v ústavní formě, po zavedení změn je zde od roku 2011 pouze léčba v ambulantní formě. Od podzimu 2016 je zde z rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti ČR zavedena také léčba ambulantní protialkoholní.

Program zacházení je zde koncipován na 12 měsíců, zaměstnanci jej ale vyhodnocují vzhledem k jednotlivcům individuálně. Léčebný plán je postaven na komunitních principech, skupinové a pracovní terapii. Program je rozdělen do tří stupňů, kdy pro postup do vyšší fáze je nutné splnění předem stanovených podmínek. K přestupům se vždy vyjadřuje celý tým a každý odsouzený má tak možnost slyšet zpětnou vazbu ke svému léčení. U přestupových rituálů je přítomna také spoluspráva komunity z řad odsouzených.

Do léčby jsou v ideálním případě přijímáni odsouzení cca 1,5 roku před koncem výkonu trestu a z oddílu pak odcházejí do péče k ambulantnímu psychiatrovi v místě svého bydliště, kterého mu určí soud (Králová, n.d.).

Charakteristika činnosti

SpOOL realizuje primárně léčení ochranná, důraz je kladen na naplněnost kapacity oddílu, a to i s ohledem na naplněnost kapacity věznice. Přibližně pětina odsouzených v současné době je umístěna na SpOOL dobrovolně z vlastní žádosti, tito odsouzení nemají nařízené ochranné léčení. Jedná se o vytipované odsouzené z jiných oddílů věznice, kteří projeví zájem o dobrovolné léčení a odborným personálem SpOOL je shledáno jejich zařazení jako indikované. V minulosti bylo dobrovolných léčení ve SpOOL až polovina, což v tuto chvíli znemožňuje tlak OZS GŘ (nepublikované informace získané vlastní praxí a rozhovory se zaměstnanci SpOOL). Odborný personál se snaží alespoň část kapacity oddílu zaplňovat odsouzenými s motivací k léčení, neboť tito se významně podílejí na atmosféře celého oddílu. Do budoucna se bude odborný tým snažit o zařazení většího podílu motivovaných odsouzených, jelikož jejich přínos je při komunitním typu léčby zásadní, čemuž odpovídají i názory odborníků, např. MUDr. Jiřího Dvořáčka (Dvořáček, 2011) z Psychiatrické nemocnice Červený Dvůr.

Průběh ochranného léčení garantuje a odborně zaštiťuje psychiatr. Odborný tým SpOOL je pak dále tvořen od července 2016 adiktologem, čímž je zajištěna každodenní přítomnost zdravotníka z oboru závislostí na oddíle, zdravotní sestrou, která mimo ordinace praktického lékaře na SpOOL realizuje také např. léčebnou tělesnou výchovu nebo zdravotně, dvěma vychovateli terapie, kteří realizují skupinové a pracovní terapie, speciálním pedagogem a vychovatelem. Součástí týmu by měl být také psycholog, ve SpOOL Věznice Rýnovice však není.

Týdenní harmonogram činnosti SpOOL je součástí přílohy této práce, příloha č. 2..

4.1.2. Analýza metodického listu k poskytování ochranného léčení ve VS ČR

Výkon ochranného léčení u konkrétního odsouzeného (dále „pacienta“) nařizuje příslušný soud poskytovateli, kterým je v daném případě Vězeňská služba ČR. Pokud soud

nezašle nařízení přímo na Generální ředitelství VS ČR, postupuje oslovená věznice podle § 17 NGR č. 42/2015 a vyžádá si nařízení přes OZS GŘ.

Po obdržení nařízení/opatření OZS GŘ provede kontrolu formální správnosti obsahu nařízení/opatření a úplnost příloh rozsudku, usnesení a znaleckého posudku, pokud je v dané věci vyhotoven.

V případě nemožnosti zahájení ochranného léčení, protože VS ČR danou formu nebo druh neposkytuje nebo zbývající délka trestu odnětí svobody nedovoluje realizaci intenzivní části léčebného programu v trvání cca 1,5 roku, zasílá OZS GŘ žádost příslušnému soudu o zrušení nařízení, popř. nařízení až po VTOS. Odmítnout přijetí pacienta k výkonu ochranného léčení lze podle § 84 odst. 2 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, pokud byla překročena únosná kapacita zařízení (Mach a kol., 2013).

Pacient je zapsán do čekací listiny a jsou doplněny údaje potřebné k dalšímu opatření (diferenciace věznice, druh ochranného léčení, termín podmíněného propuštění, termín konce VTOS, datum vyrozumění věznice, tedy kmenová věznice a věznice kde bude ochranné léčení vykonáváno). Následně je vybrána vhodná věznice dle typu diferenciace a druhu nařízeného ochranného léčení, při zohlednění počtu aktuálně zařazených pacientů. Rozhodnutí o zařazení pacienta do příslušné věznice je oznámeno řediteli t.č. kmenové věznice, kterému jsou předány veškeré potřebné podklady (nařízení, rozsudek, znalecký posudek) a taktéž je nařízení oznámeno řediteli věznice, kde bude dané ochranné léčení vykonáváno. Oznámení je v kopii zasláno příslušnému soudu a pacientovi.

Po převzetí písemností zaslanych OZS GŘ, věznice určená k výkonu ochranného léčení:

- 1) Doplní data zohledňující termín zahájení léčby, získaná z databáze Vězeňského informačního systému (dále jen „VIS“):
 - předpoklad dalšího trestu
 - předpoklady pro podmíněné propuštění – zařazení v diferenciační skupině, předchozí odsouzení
 - pracovní zařazení

- dokončení programu specializovaného zacházení v rámci Školského vzdělávacího střediska nebo Specializovaného oddílu
- 2) Stanovení pořadí příjmu v tabulce čekatelů, s přihlédnutím k údajům uvedeným v bodě 1), s přihlédnutím k předpokladu zahájit léčbu zpravidla 1,5 roku před možným propuštěním odsouzeného z výkonu trestu odnětí svobody, včetně reálného podmíněného propuštění. Pověřený pracovník specializovaného oddílu pro ochranné léčení současně předpokládaný termín nástupu konzultuje s určeným pracovníkem oddělení výkonu trestu, který souběžně motivuje pacienta k aktivnímu postoji k ochrannému léčení.
- 3) V době plánovaného přijetí před požadavkem k eskortě čekatele:
- Věznice určená k výkonu ochranného léčení ověřuje dostupná data ve Vězeňském informačním systému, viz bod 1) a ve spolupráci s odborným personálem, další případné kontraindikace viz níže.
 - Pověřený zdravotnický pracovník (např. adiktolog) věznice určené k výkonu ochranného léčení ověřuje zdravotní stav odsouzeného zpravidla s využitím e-mailové komunikace se zdravotnickým střediskem kmenové věznice, zejména údaje o užívání návykových léků, zda a kdy je možné jejich vysazení za účelem detoxifikace před eskortou a zahájením ochranného léčení. Žádoucí je i odběr vzorků s potvrzením úspěšné detoxifikace v kmenové věznici ještě před eskortou.
 - V případě, že u pacienta nelze návykové léky (např. na úzkost, nespavost, epilepsii, bolest apod., jejichž podávání není slučitelné s léčbou závislostí v podmínkách SpOOL) vysadit, zdravotnické středisko t.č. kmenové věznice podá informaci o aktuálním zdravotním stavu a důvodech, pro které nelze návykové léky vysadit nebo zaměnit za nenávykové OZS GŘ, k informaci přiloží lékařskou zprávu ošetřujícího lékaře příslušné odbornosti. V případě, že z uvedeného důvodu nelze ochranné léčení v podmínkách výkonu trestu zahájit, podá o tom OZS GŘ zprávu příslušnému soudu a požádá o zrušení nařízení ochranného léčení Vězeňské službě ČR jako poskytovateli této zdravotní služby.
 - Kontraindikace k realizaci programu ve Specializovaném oddíle ochranného léčení:
 - akutní duševní onemocnění
 - tělesné postižení limitující schopnost sebeobsluhy a pohybu, znemožňující fyzický zátěžový program a pracovní terapii

- výrazná limitace mentálních schopností pro psychoterapii
 - užívání léků s návykovým potenciálem (např. analgetika, benzodiazepiny)
 - intimní vztah odsouzených
 - aktuální užívání psychotropních látek (abstinence potvrzená toxikologickým odběrem)
 - nedostatečné komunikační schopnosti (neschopnost komunikace v českém jazyce)
 - známky agresivního chování k odsouzeným nebo zaměstnancům
 - opakované zneužívání zakázaných látek během léčení, to je 2x během tří měsíců
 - opakované neplnění terapeutického programu SpOOL s jeho odmítáním a narušováním programu léčby u ostatních odsouzených
- 4) V případě splnění výše uvedených bodů příslušná věznice podá požadavek správnímu oddělení věznice k eskortě z kmenové věznice. Správní oddělení příslušné věznice eskortu zajistí.
- 5) Po přijetí a ubytování pacienta ve SpOOL se při zahájení programu provede:
- psychologické vyšetření psychologem, je-li součástí týmu
 - adiktologické vyšetření adiktologem, popř. jiným odborným pracovníkem
 - psychiatr zpracuje „Přijímací zprávu“
 - speciální pedagog zpracuje program zacházení
- 6) Standardně probíhá léčení pod odborným vedením příslušného psychiatra s postupem třemi fázemi.
- 7) Příslušnému soudu, který nařízení léčení vydal, se zasílají lékařské zprávy o průběhu léčení zpracované garantujícím psychiatrem nejpozději 3 měsíce před plánovaným koncem výkonu trestu odnětí svobody, toto zajišťuje adiktolog, popř. jiný odborný pracovník SpOOL. V případě, že léčebný program je ukončen dříve, informuje adiktolog, popř. jiný odborný pracovník příslušný soud o jeho ukončení a vyřazení ze specializovaného oddělení pro výkon ochranného léčení, např. ukončení léčebného programu dříve z důvodů podmíněného propouštění. V případě vyřazení z důvodů některé z kontraindikací (agrese a další) posílá věznice podnět na OZS GR. V zaslané zprávě dává psychiatr a adiktolog konkrétní návrh k dalšímu postupu odborné péče, tj.

např. návrh na výkon ochranného léčení po propuštění z výkonu trestu či návrh na ukončení ochranného léčení pro neúčelnost podle § 353 odst. 1 zákona č. 140/1961 Sb., trestního řádu a podle § 99 odst. 6 a zákona č. 40/2009 Sb., TZ. Tato zpráva je zaslána k soudu s průvodním dopisem OZS GŘ. V tuto chvíli je již fyzicky odsouzený ze SpOOL vyřazen a umístěn na běžný oddíl.

- 8) Závěrečnou lékařskou zprávu pro soudem určeného poskytovatele, u kterého bude pacient v ochranném léčení pokračovat a zpráva pro praktického lékaře, s aktualizací zdravotního stavu s případnou medikací propuštěného zpracování psychiatr garantující ochranné léčení. Lékařské zprávy se zakládají spolu s další zdravotnickou dokumentací vedenou v souvislosti s ochranným léčením do samostatné složky zdravotnické dokumentace (PZZ). Zaslání zajišťuje zdravotnické středisko propouštějící věznice neprodleně po propuštění odsouzeného z výkonu trestu odnětí svobody.
- 9) V případě dohodnuté následné péče v doléčovacím zařízení, v chráněném bydlení apod. se zasílá kopie části zdravotnické dokumentace dle bodu 8) s informovaným souhlasem odsouzeného též tomuto zařízení. Informovaný souhlas je vyžádán proto, že tato zařízení jsou sociálními službami a předávání informací pro ně neupravuje zákon.
- 10) V případě, že po zařazení na specializovaný oddíl dojde u pacienta ke změně vnitřní diferenciaci věznice, podá t.č. kmenová věznice o tom informaci OZS GŘ a odbor provede nové zařazení pacienta.

V případě, že o změnu vnitřní diferenciaci věznice požádá pacient v době probíhajícího léčení, vydá k návrhu specializovaný oddíl nedoporučující stanovisko do doby, dokud pacient neabsolvuje celou intenzivní část program léčby se zařazením do poslední fáze léčby a v té setrvá minimálně 3 měsíce. Případné nové zařazení k dokončení léčebného programu provede na základě podnětu dosud příslušné věznice OZS GŘ.

4.2. Výzkum

4.2.1. Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je pomocí případových studií klientů zařazených v ochranném léčení ve VTOS navrhnout doporučení či východiska pro práci s tímto typem uživatelů návykových látek.

Výzkumné otázky:

1. Má ochranné léčení ve VTOS smysl?
2. Jaká jsou úskalí ochranného léčení ve VTOS?
3. Zapojují se klienti s ochranným léčením do programu SpOOL?
4. Lze něco na ochranném léčení ve VTOS změnit?

4.2.1.1. Dílčí cíle výzkumu

V pozorování klientů během všedního dne a terapeutické skupiny se zaměřím na to, jestli se klienti do aktivit zapojují, jestli program není jen fiktivně vytvořen pro byrokratické účely.

V kazuistikách se konkrétně zaměřím na další psychiatrickou komorbiditu a následnou péči po propuštění z VTOS.

Cílovou skupinou jsou klienti zařazení na Specializovaný oddíl ochranného léčení ve Věznici Rýnovice, se kterými jsem spolupracovala od července 2016, a kteří využívali dlouhodobě, tj. déle než tři měsíce včetně, individuální psychoterapii a rozhodli se pro kontakt s adiktologickým zařízením pro následnou dobrovolnou léčbu či doléčování po propuštění z VTOS.

4.2.2. Typ výzkumu, metody

Jednou ze dvou použitých metod pro výzkumnou část této práce je metoda naturalistického pozorování (Hendl, 2016), a to při pozorování běžného klientského dne SpOOL. Takové pozorování probíhá bez toho, aniž by do procesu pozorovatel vstupoval. Metoda má sloužit k seznámení s chodem oddílu.

Druhou použitou výzkumnou metodou je kazuistika, neboli-případová studie, která je specifickou formou kvalitativního výzkumu, věnuje se podrobnému rozboru jednoho případu nebo několika málo případů. Zaznamenává jeho komplexnost včetně popisu jednotlivých detailů a jejich vztahů (Hendl, 2008; Olecká & Ivanová, 2010).

V kazuistikách představuji uskutečněnou spolupráci s klientem, využívám tedy metodu analýzy dokumentů a provádím obsahovou analýzu již existujícího textu (Mioviský 2006).

4.3. Běžný den klienta oddílu – pozorování

Pro pozorování klientského všedního dne byl vybrán jeden konkrétní klient z oddílu, který je zde již delší dobu, v programu i léčbě se orientuje a zná jej. Pro zpracování této práce bude klient pojmenován jako Alex. O tom, že jeho denní náplň sleduji, byl seznámen a souhlasil s tím. Tento způsob popisu všedního klientského dne jsem vybrala proto, že každý odsouzený může mít činnosti poskládány trochu jinak, vzhledem k fázi léčby a zapojení se do nepovinných aktivit. Pozorování probíhá během pracovní doby.

Ráno je budíček v 5.30 hodin (celá věznice jinak vstává již o hodinu dříve). Po probuzení následuje krátká hygiena, převlečení z nočního prádla do denního oblečení, ustlání postele a úklid pokoje. V 6 hodin probíhá nástup s rozcvičkou, rozcvičce je přítomen vychovatel a kontroluje její poctivost. Rozcvička trvá obvykle tak 10 minut. Po ní pokračuje úklid ložnic a ranní hygiena. Alex si jde uvařit kávu, nekouří. Na oddělení je docela klid. Vychovatel obchází ložnice a pořádek v nich kontroluje, včetně ustlaných postelí. Klient dává ráno ještě vychovateli poštu k odeslání. Kolem sedmé obvykle přivezou snídani. Krátce po sedmé je tomu i ve sledovaný den. Klienti stojí v řadě k okénku z mříží. Celá procedura zabere asi 25 minut. Vydávání snídaně kontroluje jeden dozorce. V osm hodin a pět minut hlásí dozorce do rozhlasu výdej léků, na který jde i Alex. Během deseti minut jsou léky vydány a terapeuti svolávají ranní komunitu. Všichni klienti včetně přítomného personálu se odeberou do kulturní místnosti na jednom z oddílů. Tzv. barákoví mluvčí provedou zhodnocení předchozího dne z hlediska programu a samospráva klientů zhodnotí ranní rozcvičku, úklid rajónů a kázeň a pořádek. Jeden z klientů představí ostatním tři aktuality ze zpráv z domova, ze zahraničí a ze sportu, včetně vlastního názoru na reportáž. Připomene, co je za den a kdo slaví dle kalendáře svůj svátek. Personál seznámí komunitu s plánem na dnešní den a vyzve přítomné k diskusi. Člen samosprávy pro kázeň a pořádek jednoho z oddílů upozorní na rozbitou policičku na WC a její opakované rozbíjení. Několik mužů se přihlásí ke kontrole lékaře a dva také k zubaři. Jeden nový potřebuje do skladu pro montérky a jeden by potřeboval hovořit se sociální pracovníci pro blížící se výstup. Na závěr ranní komunity přečte jeden z klientů svoji čtyř stránkovou přednášku na téma kondičního cvičení.

Celá komunita trvala asi 20 minut. Po jejím skončení se jdou všichni připravit na další činnost. Alex se připravuje na pracovní terapii. Opakovaně vstupuje do kanceláře terapeuta, který má ten den pracovní terapii na starost a řeší sklizení úrody, rozdělení práce a další záležitosti. V devět hodin odchází část klientů ven na zahradu. Tam jim pracovní terapeut ve spolupráci se samosprávou pro pracovní terapii rozdělí práci. Alex má na starost vyvázat rajčata a okurky. Vzhledem k počtu rostlin ve sklenících je to více práce, než se dá za dobu jedné pracovní terapie stihnout, pomáhají mu další, kteří mají jednotlivé skleníky na starosti. V deset hodin vyhlásí pracovní terapeut deset minut pauzu, Alex se odchází napít a odnáší dovnitř sklizené jahody. Po přestávce pokračuje v předchozí činnosti. Ve čtvrt na dvanáct končí pracovní terapeut činnost na zahradě, proběhne kontrola uzavření skleníků a sklizení náradí, čištění bot a převlékání z montérek. V půl dvanácté a deset minut přivázejí oběd a zároveň s ním vydávají i balíček potravin k večeři. Jídlo je vydáváno ze stejného okénka jako snídaně. Ve čtvrt na jednu začíná Alexovi motivační psychoterapeutická skupina. Při ní je aktivní a je vidět, že ho její průběh baví. Umí naslouchat i poskytovat adekvátní zpětnou vazbu ostatním. Je přiměřeně sebekritický. S psychoterapií má evidentně velmi bohaté zkušenosti. Skupina končí v 13,40 hodin. Od čtrnácti hodin má Alex svoji pravidelnou hodinu posilovny. Chodí cvičit vždy ve dvou, jeho parter pro cvičení je vždy stejný. Po hodině cvičení následuje hygiena, káva a domluvená partička pokeru. Když v půl páté odcházím, ještě se v kuchyňce hraje. Podle předběžného plánu Alexe se tak kolem šesté nají a podívá se na zprávy. Večer si bude číst rozečtenou knihu, na televizi nepůjde. Spát půjde kolem desáté.

4.4. Průběh terapeutické skupiny

Terapeutické skupiny běží mimo úterý každý všední den v čase od 9,30 hodin do 11 hodin. V pátek běží paralelně dvě. Pro pozorování průběhu skupiny jsem si vybrala skupinu ve středu, všechny členy dobře znám, několik skupinových sezení jsem se všemi absolvovala v roli terapeuta. Krátce jsem v úvodu vysvětlila, že se do skupinové práce nezapojím jako druhý terapeut, ale budu celý průběh jen sledovat.

Terapeut v úvodu klienty pozdravil a vyzval je k tomu, aby řekli, jak se dnes mají. Klienti vcelku otevřeně popsali svoji náladu a aktuální psychické rozpoložení, u některých bylo patrné, že by z obsahu jejich slov mohlo být skupinové téma. Terapeut se na to zatím nezeptal. Kruh uzavíral klient, který nedokázal maskovat už nějakou chvíli, v jak velké je tenzi. Vyjádření emocí bylo ještě zvýrazněno projevem ADHD (Masopust, 2015) v dospělosti

(motorický neklid vyjádřený bubnováním prsty o stehna, patrná vnitřní nervozita a neklid – způsobená pravděpodobně ve velké míře tím, že musel čekat, až se na něj dostane slovo, neustálé změny polohy těla na židli). Klient popsal svoji špatnou náladu, protože žádal o přestup do první dostupné fáze vnitřní diferenciaci, která mu měla umožnit nestandardní návštěvu, tj. návštěva bez zrakové a sluchové kontroly. Na tu chtěl pozvat rodinu s babičkou, protože babička je na tom zdravotně velmi zle a ve velké jídelně již nevydrží sedět. Klientovi byla speciálním pedagogem žádost s odůvodněním zamítnuta a on to vnímá jako křivdu, zradu či osobní mstu. Skupina na toto reaguje doptáváním a na povrch se dostává mj. fakt, že klient své důvody k žádosti pedagogovi nesdělil. Zároveň někteří radí klientovi, aby si žádost o nestandardní návštěvu přece jen podal a odůvodnil ji, že ji může získat i s druhou „diferenčkou“. Všechny dobré rady se naprosto mívají účinkem a klient je stále více rozčilený, až nakonec sprostě nadává. V tento moment je terapeutem upozorněn na slušné chování, čímž emotivní výlev trochu krotí. Výsledkem je, že se klient ještě více obrní s tím, že to tady nějak přežije, nedokáže přijmout, že se mohl zachovat jinak nebo že má zkusit svoji situaci ještě jednou vysvětlit. V jeho očích je speciální pedagog mstivý a nemá ho rád. Terapeut po chvíli konstatuje, že to bylo z úvodního kolečka asi vše a zajímá se o to, o čem by se skupina měla v tuto chvíli bavit. Do konce skupiny zbývá asi 35 minut. Slovo si bere jeden z klientů a řekne, že by si potřeboval postěžovat, že je toho na něj někdy moc. Zvláště po návštěvě, na kterou přijede jeho matka nebo strýc, protože každý mu říká svoji verzi pravdy o rodinných financích a on neví, co si o tom má myslet a komu má věřit, protože obě verze si zásadně protirečí. Skupina klienta pozorně poslouchá. Po chvíli začnou někteří reagovat, že to také znají. Že když třeba volají domů, manželka jim řekne, že je vše v pořádku a nic se neděje a dospělé dítě jim pak třeba sdělí, že matce našli lékaři nádor. Někteří klienti konstatují, že jsou rádi za ty telefony (pozn. k vysvětlení – telefonní automaty jsou volně umístěny na oddílech a klienti mohou volat domů kdykoliv mimo terapeutický program, tedy na předem povolená čísla, celková délka hovoru nesmí přesáhnout denně 20 minut, jinak je hovor automaticky ukončen a byla zásadně zvýhodněna cena minuty hovoru a volání je tak dostupné pro každého). Členové skupiny se tak postupně skoro všichni vyjádří k tomu, že vědí, jaké to je, když jsou odkázáni na to, co jim kdo z rodiny řekne. Klient, který diskusi začal, konstatuje, že má komplikovaný vztah s matkou a vždycky měl. Po chvíli poděkoval skupině za sdílení vlastních zkušeností, zhodnotil, že se mu ulevilo. Čas skupiny se nachýlil ke konci. Terapeut bere do ruky malý míček a podává po své levici sedícímu členovi skupiny s žádostí o

zhodnocení přínosu dnešní skupiny. Po tom, co se vystřídají všichni, je skupina u konce a terapeut ji ukončuje.

4.5. Výběr souboru pro případovou práci

Základní soubor tvoří všichni klienti zařazení do Specializovaného oddílu ochranného léčení ve Věznici Rýnovice. Výběrový soubor pak tvoří dva klienti vybraní na základě záměrného účelového výběru (Patton in Miovský, 2006) podle nastavených kritérií:

1. nařízené ochranné léčení
2. doba opakované spolupráce v individuální psychoterapii minimálně tři měsíce včetně
5. písemně navázaná spolupráce s pobytovým adiktologickým léčebným nebo doléčovacím zařízením pro dobu po výstupu z VTOS

4.6. Metoda sběru dat

Informace o klientech budu získávat z dokumentace, která zahrnuje:

- Příjmové vyšetření včetně kompletní anamnézy
- Zápisy z konzultací
- Zprávy z psychiatrických vyšetření a kontrol
- Rozsudek
- Znalecký posudek
- Psychologické vyšetření
- Průběh ochranného léčení ve zprávě pro soud

4.7. Etika výzkumu

Čestně prohlašuji, že veškeré údaje používám a uvádím s laskavým svolením klientů samotných. O zpracování jejich případů jsem je srozumitelně informovala, jejich jméno je pro účely práce změněno. Informovaný souhlas se zpracováním případové práce je založen v klientově dokumentaci ve Věznici Rýnovice, vzor je přílohou této práce.

4.8. Vlastní případová práce

Prostředí věznice a výkon trestu odnětí svobody představují specifickou atmosféru samy o sobě, natož v léčení či ochranném léčení závislostí. Ochranné léčení je pak z hlediska činností a práce s motivací zvláštní v tom, že lidé umístění v takovém léčení být zpravidla nechtějí nebo alespoň zpočátku. Ačkoliv to není správně, odsouzený bývá eskortován k léčbě bez předchozího upozornění, ze dne na den se ocitne v novém prostředí. Chuť a odhodlání ke změně bývají spíše v minusových hodnotách, než-li na nule. Na terapeutickém personálu leží nelehký úkol skóre nálady co nejdřív srovnat a postupně začít křivku navyšovat. Obrat pak trvá prakticky až několik měsíců, sejde-li se v jeden moment takových odsouzených více, je situace velmi náročná nejen pro zaměstnance, ale i pro odsouzené, kteří už v rámci své motivace nějakým vývojem prošli. Touha po změně může přijít různě rychle, u některých odsouzených neprijde nikdy. Vnější odhodlání prochází v čase určitým vývojem zvnitřnění, z povrchní motivace se může stát interní osobní a z nulového náhledu postupně verbální a produktivní.

4.8.1. Kazuistika č. 1:

Úvod k první případové studii

Pro svoji první kazuistickou práci jsem si vybrala klienta Hynka, 29 let, s nímž jsem se prvně seznámila ve SpOOL na začátku července 2016 a postupně během léta 2016 jsem s ním navázala bližší terapeutický vztah. Honza se řadil od začátku mezi trochu jiné odsouzené umístěné v ochranném léčení, patřil mezi ty, kteří brzy získali důvěru, což je směrem k personálu Vězeňské služby od recidivistů spíše výjimečné, a zároveň u něj byl velmi nápadný projev ADHD. Zpočátku přišel pro to, že chtěl ADHD více porozumět a skrz to pochopit, proč se liší od ostatních. Zároveň tím hledal vlastní hodnotu a ujištění, že je normální (sám používal, že není „chycenej“).

Cílem práce s klientem je nejen abstinence, ale porozumění sám sobě, přijetí diagnózy ADHD, motivace k dobrovolnému léčení či doléčování.

Na této případové práci bych ráda ukázala, jak důležité je sebepoznání v rámci projevů vlastní osobnosti, sebepřijetí a následná dobrovolná péče po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

Jak už jsem zmínila výše, Hynek nebyl průměrným klientem SpOOL, takovým, kteří se snaží být v rámci pobytu co nejméně vidět, nic neřešit a nějak trest přežít. I ti mají samozřejmě svůj příběh, své místo mezi klienty a jejich roli tím nepodceňuji. Hynek patřil mezi ty odsouzené, kteří potřebu změny vnímali uvnitř sebe sama, jejich vývoj došel až k bodu, kdy si mohli dovolit přiznat, že jim stávající život nevyhovuje a že jsou ochotni pracovat na jeho obratu.

Ráda bych na jeho příběhu také ukázala, jak důvěrný může být terapeutický vztah v prostorách věznice a jednoznačně také to, že ochranné léčení má svůj smysl.

Anamnézy

Anamnestická data pochází z úvodu spolupráce s klientem z psychiatrického vyšetření.

Rodinná anamnéza

Hynkovi je 29 let, narodil se do manželství rodičů jako druhé dítě. Má o šest let starší biologickou sestru, zdravá, vystudovala SŠ s maturitou, nyní pracuje jako vedoucí v obchodě s oblečením.

Matka Hynka zemřela v 50 letech, Hynkovi bylo 24 let, na rakovinu děložního čípku. Otcí je 52 let, somaticky je zdravý. Je závislý na alkoholu, má za sebou jedno dobrovolné léčení v psychiatrické nemocnici, které nedokončil a po čtyřech měsících podepsal revers.

V posledním období byly vztahy s rodinou napjaté kvůli jeho pobytům ve vězení, s otcem udržují spíše formální kontakty. Další kontakty Hynek udržuje s prarodiči ze strany otce, s babičkou má velmi hezký vztah. Se smrtí matky se nikdy nesmířil a není schopen o ní příliš hovořit.

Původní rodinné zázemí Hynek využíval do 16 let, dětství hodnotí jako dobré i přes to, že manželství rodičů jako ideální nevidí. Otec byl řidičem kamionu a byl stále pryč. V roce 2005 se rodiče rozvedli, žili rok odděleně a pak se k sobě zase vrátili, ale už se nevezali. Takhle žili až do matčiny smrti. V 16 letech byl pro krádeže a užívání drog umístěn v diagnostickém ústavu, odkud utekl. Následně byl umístěn ve výchovném ústavu. V 18 letech se vrátil k rodině a od 20 let byl ve výkonu trestu odnětí svobody (dále jen „VTOS“).

Mezi VTOS bydlel jednou v podnájmu, jednou chvíli doma u otce, to už bylo po smrti matky, otec se znovu oženil. Nerozuměli si, tak šel do podnájmu k partnerce.

Osobní anamnéza

Absolvoval 9 tříd ZŠ, byl průměrným žákem, známky z chování měl snížené. Důtky měl již od první třídy pro projevy ADHD. Úspěšně složil přijímací zkoušky na střední průmyslovou školu, ale nikdy tam nenastoupil.

Je svobodný a bezdětný, s poslední partnerkou se rozešel ještě před nástupem do VTOS. Je heterosexuál.

Zdravotní anamnéza

Už jako dítě Hynek spolupracoval s psychiatrem na malém městě, odkud pocházel. V té době, věk už přesně neurčí, užíval ritalin. Během umístění ve výchovném ústavu byl hospitalizován na detoxu v nemocnici. V roce 2008 absolvoval ambulantní ochranné protitoxikomanické léčení. V roce 2010 byl 11 dní v terapeutické komunitě pro drogově závislé, odtud odešel sám. 4 dny byl pak ještě ve spádové psychiatrické nemocnici, kde podepsal negativní revers.

V dětství léčení benigní hyperplazie prostaty, věk neví, opakované fraktury levé horní končetiny a jeden lehký otřes mozku v dětství po srážce s autem. Trpí pylovou alergií, která se projevuje pálením očí, rýmou a lehkým ekzémem.

V rámci pobytu na SpOOL Hynek spolupracoval s psychiatrickou a řešil s ní svůj duševní stav. Podle jeho slov byla právě ona jedním z iniciátorů toho, kde hledat vlastní cestu k uzdravě – v sebebřijetí, i s ADHD.

Adiktologická anamnéza

Je závislý na pervitinu, délka užívání je asi 13 let, a marihuaně, s délkou užívání asi 18 let. S marihuanou začal prvně už v deseti letech a kouřil jí postupně denně. S pervitinem začal ve 12 letech, zpočátku ho šňupal, asi v patnácti letech přešel k i. v. aplikaci. Četnost byla tak 3-4x týdně, postupně se navyšovalo až k dennímu užívání. V rámci experimentů má

zkušenosti s LDS, extází, kokainem a rulíkem. Sekundárně lze nalézt v jeho anamnéze patologické hraní.

Kouří 20 - 25 cigaret denně od 10 let.

Crimi anamnéza

Jedná se o třetí Hynekův výkon trestu odnětí svobody, všechny byly za majetkovou trestnou činnost. Podmínky měl jako mladistvý opakovaně, také za krádeže.

Shrnutí a hodnocení stavu

Hynek je klientem s ADHD a jeho projevy, který byl v dětství medikován ritalinem a s nástupem puberty se začal „medikovat“ pervitinem. Po aplikaci popisuje určité vnitřní zklidnění, zmírnění vnitřní tenze a chaosu. Jako traumatické shledávám úmrtí matky, o kterém není klient schopen ani s odstupem hovořit. V dospělosti nebyl pro ADHD psychologem vyšetřen.

Postoj klienta k ochrannému léčení

Hynek požádal o uložení ochranného léčení sám už při prvním trestním řízení v roce 2008. Chtěl tím způsobem trochu obhájit svoje páchání trestné činnosti a možná i snížit trestní sazbu. Jeho jednání mělo tedy jiný účel než se léčit. Soud jeho žádosti vyhověl. Venku na kontroly k lékaři nechodil a ochranné léčení neplnil. Při třetím trestu tedy byla realizace ochranného léčení nařízena Vězeňské službě ČR a Hynek byl eskortován do Věznice Rýnovice.

Průběh spolupráce s klientem

Do léčebného programu se jmenovaný zapojil. Adaptace probíhala bez větších obtíží, zpětně sám hodnotí, že po zařazení hůře zvládal větší požadavky na kázeň a pořádek. Jak uvedl, byl zvyklý kličkovat a uměl to, ale vychovatel na SpOOL mu nedal šanci. V tomto místě lze zřetelně vidět poruchu přizpůsobení na podkladě ADHD terénu. Účastnil se

skupinových terapií, pracovní terapie, psaní deníku a podstoupil vyšetření psychologickými testy. Jeho IQ lze hodnotit jako nadprůměrné. Zároveň se účastnil i nepovinných aktivit.

Jeho chování a vystupování ve vztahu k personálu bylo po celou dobu léčby slušné a ukázněné, personál a autoritu respektoval. Pořádek ve svých osobních věcech udržoval. V kolektivu se choval přiměřeně, je nekonfliktní.

Při skupinové terapii byl aktivním členem, do témat sám vstupoval, bez obtíží sděloval své názory a postoje, i když byly často odlišné od ostatních členů skupiny. Patrné jsou klinické projevy ADHD v dospělosti (impulzivní rozhodnutí, emoční nestabilita, psychomotorický neklid). Byl vždy slušný, své chování dokáže kontrolovat.

Hynek docházel dobrovolně na individuální psychoterapii, frekvence jednou týdně trvala přibližně rok. V rámci konzultací došlo k přijetí ADHD se vším, co tato diagnóza obnáší. Projevy chování jsou do značné míry projevem poruchy samotné, na tyto získal díky aktivnímu přístupu a skutečně vlastní snaze produktivní náhled a díky tomu je možné, aby je do značné míry korigoval. Zcela je ale ovládnout nelze, stejně jako projevy fyzického neklidu. Během individuálních psychoterapií byla otevřena pro Hynka i další důležitá témata vztahů s rodiči a s rodinou, výchovy, školní docházky, partnerství apod. Náhled na vlastní závislost je u něj vytvořen.

Při pracovní terapii pracoval samostatně a pečlivě, nebyla nutná kontrola a ochotně plnil i méně oblíbené povinnosti.

Během pobytu na SpOOL přestal Hynek kouřit cigarety a při namátkových odběrech pro toxikologické vyšetření moče na přítomnost návykových látek a jejich metabolitů nebyl zaznamenán pozitivní nález.

Během léčby došlo k zásadnímu posunu v sebepřijetí a sebereflexi. Následně došlo k dozrání osobnosti a zodpovědnosti za své chování a jednání, včetně ujasnění si priorit. Naučil se vyrovnávat se stresem a částečně také s frustrací. Po propuštění z VTOS pokračoval v doléčování formou chráněného bydlení, kde strávil půl roku. S doléčovacím programem s chráněným bydlením byl Hynek v písemném kontaktu přibližně rok. Protože mu zpočátku nemohli garantovat místo hned po propuštění, vstoupil do kontaktu ještě s jedním takovým programem. Jeho vedoucí přijel dokonce za Hynkem do věznice na návštěvu, aby se společně domluvili, jestli je Hynek indikován do jejich péče. Po vzájemném rozhovoru vedoucí z chráněného bydlení a terapeutické komunity Hynka jako zájemce o jejich službu odmítl.

Sdělil mu, že potřebuje v jeho očích víc péče, než mu on a jeho tým mohou nabídnout. Hynek ocenil upřímnost a otevřenost a vedoucí slíbil, že za něj přimluví v tom programu, s kterým si Hynek psal. Byl to prý klient přesně pro tuhle službu.

Po propuštění z VTOS a pobytového doléčování docházel na kontroly k ambulantnímu psychiatrovi pro účely ochranného léčení. Ten dal v tuto chvíli (cca 1 rok po propuštění z VTOS) návrh na ukončení ochranného léčení. Hynek dál dochází na ambulantní doléčování.

Pravidelnou spoluprací Hynek navázal také s pracovníky nestátní neziskové organizace, kteří do věznice dojíždějí a realizují programy pro osoby v konfliktu se zákonem a ve výkonu trestu odnětí svobody. Absolvoval také část programu jedné z pracovních agentur, které nabízejí odsouzeným po propuštění práci ve fabrice a bydlení na ubytovně. Ke konci VTOS Hynek aktivně spolupracoval se sociální pracovníci věznice.

Hynek udržoval během pobytu ve VTOS a následně tedy i po zařazení do SpOOL formální kontakt s otcem, bližší pak s babičkou a dědou. Psali si, volali a rodina za ním jezdila na návštěvy, tak jednou za tři měsíce. Během výkonu trestu se jeho otec rozhodl pro léčení své závislosti na alkoholu psychiatrické nemocnici. Léčení nedokončil a podepsal asi po čtyřech měsících negativní revers. Z posledních informací vím, že otec znovu pije a znovu přišel o řidičský průkaz. Babičky zdravotní stav se v průběhu Hynkova uvěznění velmi horšil. Několikrát byla hospitalizována, po návštěvách ve věznici Hynek popisoval, jak se opakovaně ptala na stejné věci, rušil ji otevřený prostor jídelny i mu vícekrát přála k narozeninám. Protože se u nich v rodině o zdraví neumělo mluvit, neměl prakticky žádné informace a změny si všiml, když dopisy přestala psát babička a začal je psát děda. Pak už byl progres u babičky viditelný. V tuto chvíli je stabilizovaná v domácí péči, ale její stav je velmi vážný a stará se o ni děda, pro kterého je to velmi náročné. Hynek tam proto často jezdí.

Komplikovaný vztah měl Hynek během VTOS se sestrou, prakticky o ní nemluvil, nebyla za ním ani na jedné návštěvě, nepsali si ani nevolali. Po propuštění je to právě ona se svým manželem, kdo je Hynkovi velkou oporou.

Během pobytu na oddíle ochranného léčení Hynek několikrát lehce stonal pro běžné virózy, užíval obvykle paralen. Pro opakující se ekzémy na rukách používal triamcinolonovou mast s vitamínem E. Během jarních a letních měsíců trpěl na pylovou alergii, užíval zodac. Plíseň nohou byla léčena exoderilem.

Z ordinace psychiatra užíval pravidelně coaxil 1-1-1 a mirtazapin na noc 30 mg. S takto nastavenou medikací odcházel i civilu. Ačkoliv se zpočátku pravidelnému užívání léků bránil, postupem času zjistil, že mu pomáhá. Při individuální práci bylo s klientem pracováno na přijetí faktu, že možná bude potřebovat léky užívat dlouhodobě. Mozek je v podstatě jedna velká chemická továrna a ničím jiným, než zase chemií tu továrnu neovlivníme. Klient to postupem času přijal za své.

Léčebné intervence

Klient přišel s jasně formulovanou zakázkou. Hovořil o tom, že je ADHD a vlastně neví, co to znamená. Má dojem, že je jiný, než ostatní, ale neví, jestli to je tím ADHD nebo proto, že je tak poškozený z drog a není normální. (Pomocné sloveso je záměrně zvýrazňuji, nikdo není existencí svého postižení.)

V první fázi klientovi předána odborná svépomocná publikace o ADHD, která klientovi vysvětlila projevy jeho osobnosti. Následně byla využita metoda odosobnění a rozhovor o tom, k čemu je klientovi ADHD dobré, jak se mu s ním žije atp. (Klient si přinesl dle pokynu na konzultaci ještě jednu prázdnou židli, ADHD si na ní „odložil“. Velmi spontánně se mě po chvíli zeptal, jestli jsem blázen já nebo on.)

Sebepoznání vedlo následně k sebpřijetí klientovy osobnosti a umožnilo pracovat na změně. Dlouhodobým cílem individuální práce bylo nejen udržení motivace, ale také práce se sebekontrolou, kterou klient neměl buď použít vůbec anebo se o ni snažil příliš. Tím vzrůstala jeho vnitřní tenze i neklid.

Některé projevy osobnosti bylo vhodné řešit farmakoterapií, klient byl motivován k tomu, aby porozuměl tomu, proč je to v pořádku a v čem je výhodnější užívat medikaci od lékaře než zvolit sebemedikaci drogou.

Během konzultací byl klient spolupracující, otevřený a upřímný. Postupně se podařilo otevřít i velmi citlivá a důvěrná témata, o rodině, matce a její smrti, ale např. i o sexu.

Jako zásadní shledávám fakt, že se jedná o klienta zařazeného do léčení na základě rozhodnutí soudu. Díky němu klient získal prostor pro zastavení se a zamyšlení nad sebou. V jeho případě je patrné, že ochranné léčení může velmi dobře plnit svůj účel, jakkoliv byly důvody pro to, aby o jeho uložení klient požádal, jiné.

Souhrn případu

Závěrem této kazuistiky bych ráda zhodnotila pro mě dva zásadní terapeutické momenty. Nejzásadnější posun jsem zaznamenala v okamžiku přijetí vlastní diagnózy. Následně vznikl prostor pro řešení klientovy budoucnosti a rozhodnutí pro dobrovolné léčení.

V tomto konkrétním případě sloužilo ochranné léčení k tomu, že klient získal prostor pro sebezpřijetí a motivace ke změně byla využita v rámci psychoterapie k následnému nástupu do dobrovolné léčby závislosti po propuštění z VTOS.

Brzy to bude rok od propuštění klienta z VTOS, během té doby získal řidičská oprávnění na všechny skupiny. Bydlí s přítelkyní, kterou si našel během pobytu v doléčovací programu a s její tříletou dcerou. Chodí do práce, splácí svoje exekuční pohledávky. Ve volných chvílích se věnuje cvičení. Sám říká, že takový život chtěl vždycky žít, ale nevěděl, jak na to.

Využiji-li pro zhodnocení kolo změny podle Prochasky a Di Clementa (Miller a Rollnick, 2003), byl na začátku spolupráce Hynek ve fázi rozhodnutí. Negativa, která mu drogy a s nimi spojený život přinášel, už převládla nad zábavou a Hynek se rozhodl pro změnu. V rámci léčení ve věznici a následnému doléčování došlo k vyplnění obsahu tzv. akce, fáze, ve které jsou realizovány zásadní změny. V tuto chvíli se nachází ve fázi udržení změny, a to již v přirozeném běžném prostředí.

4.8.2. Kazuistika č. 2:

Úvod k druhé případové práci

Pro druhou kazuistickou práci jsem si vybrala klienta Josefa, 26 let, s nímž jsem se seznámila formálně někdy na začátku července 2016. Josef mě však poměrně dlouho „zkoušel a okukoval“, navázání hodnotnějšího terapeutického vztahu proběhlo někdy v prosinci 2016, tedy zhruba za půl roku. Terapeutickou práci pak od počátku limitoval blízký výstup z výkonu trestu, který byl v březnu dalšího roku.

Josef byl od počátku mého působení na SpOOL nápadný svým nízkým věkem, velkými výkyvy nálad a naprosto nepředvídatelnými reakcemi pubescenta. Pobíhal častě po

chodbě, když ale navázal pro nějaký podnět hovor, byl na místě a měl obsah. Trvalo to však velmi dlouho, Josef je zvyklý od sebe lidi odhánět a nemít s nimi vztahy.

Na této kazuistice bych ráda ukázala, jak důležité je mít na psychoterapii s klientem čas. Všechny změny se dějí v nějakém kontextu a k jejich zvnitřnění je potřeba určitá doba. Rozhodnutí nevyzrálé osobnosti pak potřebuje snad dvojnásobek všeho. Josef se nakonec rozhodl pro nástup do doléčovacího centra, toto řešení bylo však natolik nezažité, že se nedalo realizovat. Zároveň ukáží na kole změny, že fáze nelze svévolně přeskačovat.

I přes to, že případ nekončí tzv. happy endem, ráda bych poukázala na nezastupitelnou roli terapeutického vztahu s klientem v léčbě závislosti, protože i neúspěšný klient by se měl mít na koho obrátit.

Anamnézy

Anamnestická data pochází z úvodu spolupráce s klientem z psychiatrického vyšetření, další pak ze začátku spolupráce z druhého pobytu na SpOOL z adiktologického vyšetření.

Rodinná anamnéza

Narodil se do manželství rodičů jako chtěné dítě, věkový rozdíl rodičů byl 13 let, kdy otec měl prvního syna v 18 letech, tj. tento byl o pět let starší než matka Josefa. Tento polorodý bratr užíval v minulosti drogy, léčil se a nyní úspěšně abstínuje. Matka má z druhého svazku také dalšího syna, nyní 6 let, je zdrav.

O Josefově dětství vím, že jeho otec matku bil a hodně se hádali. Nejstarší bratr, nevlastní, ze strany otce s nimi nežil, kontakty ale udržovali dobré až do Josefových 15 let. V té době hodil na Josefa nějaké nelegální výběry z bankomatů. Po rozvodu rodičů byl krátce u otce, než byl soudně přiznán do péče matky. Asi po půl roce byl umístěn do ústavní výchovy, z které utíkal. Před plnoletostí obvinil Josefa starší nevlastní bratr z krádeží peněz doma, Josef se k tomu dodnes vrací, i když matka nakonec věděla, jak to bylo.

S otčímem Josef dobrý vztah nemá, nemá ho rád.

S širší rodinou se Josef nestýká. Nejvýznamnější osobou pro klienta je jednoznačně matka.

Osobní anamnéza

Josef je muž narozený v roce 1991, v úvodu spolupráce se setkáváme při jeho druhém výkonu trestu odnětí svobody.

Absolvoval 9 tříd ZŠ, byl žákem s lepším průměrem, jeho vysvědčení zhoršovala známka z chování, kterou ovlivnilo záškoláctví. Po ZŠ zkoušel tři různá učiliště, ze všech byl ale pro záškoláctví a absence zakrátko vyloučen.

Josef je svobodný a bezdětný, první lásku poznal ve 13 letech. I když měla jiné známosti, když byl na svobodě, byli spolu. Až po propuštění z trestu ne (březen 2017). Dodnes je tím šokován. Byla jeho životní jistotou. Ona žije nyní údajně v Německu, v minulosti měla zkušenosti s extází a marihuanou, ale spíše občas víkendově, pravidelně drogy nikdy nebrala, další informace o ní nemá.

Nyní je Josef umístěn ve třetím VTOS, vždy byl odsouzen za krádeže. Podmínku dostal jednou k podmíněčnému propuštění a nedodržel ji. Doba strávená na svobodě činila mezi tresty řádově několik dní. Předposlední pobyt na svobodě trval 16 dní, poslední 28 dní.

Zdravotní anamnéza

Josef byl jako dítě dvakrát hospitalizován pro záškoláctví na dětské psychiatrii, při druhé hospitalizaci byl rodiči vzat domů na revers. V dospělosti žádného psychiatra nenavštěvoval, se závislostí se nikdy neléčil. Z jeho anamnézy i současných projevů lze usuzovat na ADHD, diagnostické vyšetření nebylo pro absenci psychologa v týmu provedeno.

Ze zdravotní anamnézy považuji za důležité zmínit v srpnu 2017 akutní hepatitidu C, kterou se nakazil ve VTOS při sdílení injekčního materiálu.

Adiktologická anamnéza

Josef je závislý na pervitinu a marihuaně, má jednoznačně sklony k dalšímu abúzu návykových látek, délka užívání je necelých 12 let. K pervitinu někdy užíval nějaké léky na

uklidnění, nejčastěji rivotril, ale také diazepam, neurolept, Užíval tak 6-7 tablet k jedné dávce pervitinu, denně do 30 tablet, proklamuje příležitostné kombinování, při podrobnějším mapování lze určit téměř denní užívání. Venku užíval k pervitinu spíše benzodiazepiny, ve VTOS spíše opioidy, tramal. Venku pak přešel občas na heroin, kouřil ho, tak do 0,5 g denně. Bylo mu dobře a byl bezstarostný. Přednost ale dává pervitinu a benzodiazepinovým lékům.

Asi ve 14 letech začalo u Josefa pravidelné víkendové pití alkoholu s opilostí s kamarády, od 15 let pak udává, že zcela abstinuje. Jednou byl umístěn na záchytné stanici.

Ve 14 letech začal Josef s užíváním marihuany a extáze, v 15 letech se k nim přidal pervitin. Ten zpočátku asi 2 měsíce šňupal, po této době si ho začal aplikovat intravenózně. To trvalo asi 3,5 roku, než byl uvězněn a denně se dostal až na 2 g neváženého pervitinu. Ve VTOS získal zkušenosti s opioidními léky. V jeho experimentálních látkách pak lze nalézt vše od přírodních drog, jako jsou lysohlávky, surové opium, až po syntetický kodein nebo LSD.

Hraní automatů se u Josefa objevilo jen v akutní intoxikaci a jedná se o gambling spíše sekundární. Hraním si nezpůsobil žádné další dluhy a nepůjčoval si kvůli němu peníze. Josef kouří 10-15 cigaret denně.

Shrnutí a hodnocení stavu

Josef je díky povaze své osobnosti předurčen k impulsivnímu užívání čehokoliv, co mu přijde pod ruku. Jeho dynamické prožívání ho přitom často velmi vysiluje, proto volí následně zklidnění léky. Ačkoliv to tak na první pohled nevypadá, je Josef vnitřně velmi citlivý, obzvláště na křivdu a je pro něj důležité, aby ho měl někdo rád (bezpodmínečné přijetí).

Postoj klienta k ochrannému léčení

Josef o ochranné léčení požádal v roce 2010 soud sám. Advokát mu poradil, aby tak učinil s nadějí na nižší trest. Ochranné léčení pak bylo klientovi uloženo znovu v dalším soudním procesu. V roce 2017 pak soud ponechal v platnosti ochranné léčení z roku 2010. Naučit se abstinovat klient ani v jednom případě nechtěl.

Průběh spolupráce s klientem

Chování a vystupování Josefa ve vztahu k personálu je po celou dobu zařazení do SpOOL slušné a ukázněné, personál respektuje a veškeré pokyny plní vždy bez připomínek. Trestán byl vždy jen za drobnosti, jako je nedbale ustlaná postel nebo sprostá slova při cvičení. Do režimu se zapojil dle svých možností, podílel se na režimových aktivitách a zapojil se do terapií. Autoritu přijímá, v kolektivu odsouzených se adaptoval bez potíží, nenarušuje kolektivní soužití.

Je přiměřeně aktivním členem terapeutických skupin, poskytuje zpětné vazby a k ostatním se snaží být empatický. V zátěžových situacích je patrná zvýšená vztahovačnost, používanou obranou je opozice a vzdor. Nechá se snadno manipulovat zvláště ze strany těch spoluodsouzených, kteří se snaží bojovat proti personálu. Za svoje chování se pak dokáže omluvit.

Během léčby se jeho postoj k životu bez drog a abstinenci značně proměňoval. Zpočátku nebyl o nutnosti trvalé abstinence přesvědčen. Po propuštění se pohyboval na svobodě 28 dní a jeho drogový život jej dovedl zpět, nejprve do vazební věznice a po odsouzení opět k VTOS. Vzhledem ke stále probíhajícímu ochrannému léčení se Josef dostal za čtyři měsíce od propuštění zpět na SpOOL.

V rámci pracovní terapie je pracovitý, zadanou práci vždy splní a není nutná kontrola.

Při namátkových odběrech pro toxikologické vyšetření moče na přítomnost návykových látek a jejich metabolitů v průběhu pobytu nebyl v žádném z pobytů na SpOOL zaznamenán pozitivní nález, od něj samotného však víme, že důslednou abstinenci v minulosti nedodržel a během posledního půl roku se dokonce při sdílení jehel dvakrát nakazil hepatitidou C (po první nákaze došlo ke spontánní eliminaci viru).

Josef začal ke konci předchozího pobytu na SpOOL poprvé přemýšlet o životě bez drog a začal v tomto směru aktivně podnikat nějaké kroky do budoucna. Jeho motivace však byla natolik nezralá a náhled se nacházel pouze ve verbální rovině, že na domluvené místo v chráněném bydlení doléčovacího centra nedorazil. Celých 28 dní pobytu na svobodě pak denně docházel k matce, které tvrdil, že v centru je. Ačkoliv jeho matka pravdu znala, protože na SpOOL i do centra volala, Josefa s tím nekonfrontovala. Dobře věděla, že by s ním ztratila kontakt. Na tuto skutečnost je nyní Josef schopen nahlédnout a porozumět jí.

Josef nezná v mnoha běžných životních situacích projevy vlastní osobnosti a tím pádem je nemá pod kontrolou.

Josef v rámci svého pobytu na SpOOL spolupracoval nárazově s psychiatrickou, ordinovanou farmakoterapii ale povětšinou neužíval a svévolně ji vysazoval. Pravidelně docházel na kontroly pouze k neuroložce, protože mu ordinovaný pregabalin dělал dobře.

Asi čtyři měsíce před výstupem z VTOS požádal Josef písemně jedno z doléčovacích center s chráněným bydlením o přijetí do programu. Významnější kontakt s nimi ale neudržel.

Ačkoliv do věznice pravidelně jezdí pracovníci nestátní neziskové organizace, s kterými může pohovořit úplně neformálně, větší spolupráci s nimi nenavázal.

Josef udržoval jediný písemný kontakt s matkou. Na návštěvy za ním nejezdila, jako důvod uváděl velkou vzdálenost od místa bydliště. Vztah s matkou přitom hodnotí jako velmi dobrý, matka je v podstatě ráda, že je Josef zase ve VTOS, protože má jistotu, že se mu nic nestane. S nikým dalším v předchozím trestu klient kontakt neudržel. Nyní, po opětovném uvěznění, si píše s kamarádkou, s kterou se venku poznal. Při dálkové eskortě k soudu za ním přišla na návštěvu.

V podstatě lze říci, že jediný trvalý kontakt, který klient má, je s jeho matkou.

Léčebné intervence

Klient není zvyklý navazovat s lidmi bližší vztahy, což je vidět i na průběhu spolupráce s ním, a trvá velmi dlouho, než dá okolí svoji důvěru. První kontakty se mnou byly vcelku běžné, formální a nijak se nevymykaly těm s jinými klienty. Během jedné pro klienta velmi stresové situace při testování na zakázané látky se se mnou dostal do konfliktu, dokonce se rozběhl proti mně, jako by se mě snažil zastrašit. Byl u toho slovně agresivní a verbálně mě napadal. Situaci jsem řešila s kolegy, kteří Josefa znali déle, a čekala jsem, co se bude dít dál. Ještě týž den mi Josef přišel vynadat znovu do kanceláře, protože jsem si na něj určitě zasedla. Během několika dní se uklidnil a dokonce vyslechl názory lidí kolem sebe, terapeutů i dalších klientů a přišel se za celou situaci omluvit. Jeho omluvu jsem přijala a otevřela jsem rozhovor o tom, že jsem díky tomu vlastně poznala, jak to s lidmi kolem sebe dělá. Josef je velmi vztahovačný a často si bere věci, které se ho netýkají nebo si je špatně vyloží. Aby se

ho to opravdu nedotklo, přejde do útoku a snaží se dát najevo, že on je ten, který má navrch. Běžně lidi z takového kontaktu odejdou nebo dokonce utečou a Josef se pak nemusí zaobírat tím, jestli ho něco v kontaktu opravdu nezranilo, nebylo mu ukřivděno. Obecně konfliktnější je vůči autoritám, např. úřednicím v institucích. Moji fantazii potvrdil tím, když se spontánně rozprávěl o několika konfliktech na úřadu práce.

Josef začal chodit spontánně na konzultace a postupně v nich otvíral svoje vztahy s rodinou. Velkým tématem jeho primárně rodinných vztahů byla křivda. Postupně začal hovořit o tom, jaký by byl jeho život bez drog, protože jeho touha po droze byla i ve VTOS velmi silná. Často hovořil o tom, že si nic neužil. Byl zvyklý mít všechno hned, i zážitky a zábavu. Ideální by podle něj bylo, kdyby se drog nemusel vzdát. Rizika spojená s životem na drogách jako by se ho netýkala. Díky individuální psychoterapii poznal některé své vlastnosti, některé stránky vlastní osobnosti a jejich souvislosti. Krátce před koncem předchozího trestu se rozhodl pro nástup do doléčovacího centra s chráněným bydlením. Matka mu přislíbila finanční pomoc do začátku a Josef si tím otevřel cestu pro případné rozhodnutí k abstinenci a dobrovolnému léčení. Po propuštění dorazil k matce, od ní si vzal peníze na ubytování a okamžitě je utratil za drogy. O nástupu do doléčování už vůbec neuvažoval. K matce pak chodil každý den na oběd. Asi po dvou týdnech si uvědomil, že se opět točí v kole, které nedokáže zastavit. 28 den svobody byl vzat do vyšetřovací vazby pro podezření z majetkové trestné činnosti. Zprvu se bál matce napsat, protože netušil, že o jeho lžích ví. Nyní je s matkou v pravidelném písemném a telefonickém hovoru.

Josef užíval drogy až do příjezdu na naše oddělení a posléze i na SpOOL, tedy ve VTOS, k aplikaci používal injekční náčiní spolu s dalšími odsouzenými a nakazil se dvakrát hepatitidou C. Krátce po příjezdu na SpOOL u něho propuklo onemocnění v akutní fázi a byl hospitalizován ve vězeňské nemocnici. K léčbě tam i následné rekonvalescenci přistupoval lehkovážně, jak je u něj obvyklé. Doporučený klidový režim nedodržel, farmakoterapii neužíval. Asi půl roku po prvních projevech akutní fáze hepatitidy C se u něj stav objevil znovu, a to s ještě horším průběhem (slabost, teplota, zvracení, bolest v oblasti jater). Krevní odběry potvrdili opětovnou nákazu virovou hepatitidou C s akutním průběhem a opakovala se hospitalizace ve vězeňské nemocnici. Po týdnu zánětlivé hodnoty jaterních testů klesly z původního šedesátinásobku na čtyřnásobek a za dva týdny se Josef vrátil na SpOOL. Sám reflektoval, že si spontánního uzdravení asi nevážil. Jak by ale vypadalo „vážení si“ vysvětlit nedokázal.

Nyní stojí Josef v podstatě znovu na začátku a je na něm, jak pobyt ve vězení a ochranné léčení využije.

Souhrn případu

Na závěr bych ráda zhodnotila několik důležitých aspektů terapeutické práce s Josefem. Proto, aby mohl nějaký terapeutický vztah vůbec vzniknout, potřeboval Josef vyzkoušet, jestli ho budu mít ráda takového, jaký je. Dnes dokonce mohu žertovat o jeho bílých ponožkách a společenském faux pas nebo domnělé homosexualitě jeho oblíbeného fotbalisty. Nic z toho nebere jako útok na svoji osobu a velmi si hlídá, aby terapeutický vztah sám něčím nenarušil (přijde se omluvit za nevhodnou poznámku apod.). Také už ví, že jedná dřív, než myslí. Život bez drog si ale pořád představit nedokáže.

Bez uvěznění a ochranného léčení by Josef zcela určitě nedostal prostor pro sebepoznání, sebepřijetí a dozrání vlastní osobnosti, na čemž budeme s Josefem v dalším období nadále pracovat. Josef zatím neví, že existují schopnosti pro vlastní rozhodování a že jejich zodpovědnost člověk unese.

Na případě Josefa je vidět, že ambivalentní rozhodnutí a nedostatek času pro jeho zažití předurčuje neúspěch na cestě k abstinenci. Zároveň je na tom také vidět, že klient, který se nachází v kole změny ve fázi rozhodování, případně ještě před rozhodováním, nemůže jít okamžitě do fáze udržení změny.

5. Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkum si stanovil za cíl navržení doporučení či východisek pro práci s uživateli návykových látek, kteří se nacházejí v ochranném protitoxikomanickém léčení ve výkonu trestu odnětí svobody. Konkrétně byly stanoveny tyto čtyři výzkumné otázky:

1. Má ochranné léčení ve VTOS smysl?
2. Jaká jsou úskalí ochranného léčení ve VTOS?
3. Zapojují se klienti s ochranným léčením do programu SpOOL?
4. Lze něco na ochranném léčení ve VTOS změnit?

Případová studie oddílu se skládala z dílčích kvalitativních metod, jako je pozorování, analýza dokumentů a kazuistika. Lze konstatovat, že díky nim lze nalézt odpovědi na výzkumné otázky.

1. Má ochranné léčení ve VTOS smysl?

Odpověď: Ochranné léčení má jako institut ochranného opatření a nedobrovolného léčení své místo v systému péče o závislé. Specializované oddíly ochranného léčení ve VTOS disponují dobrými odbornými a personálními kapacitami pro výkon tohoto opatření, zvláště pak u jedinců, kteří nemají na své duševní zdraví náhled a do dobrovolného léčení by sami nepřišli. Z obou kazuistik je patrné, že klienti mohou z ochranného léčení ve VTOS dobře profitovat.

2. Jaká jsou úskalí ochranného léčení ve VTOS?

Odpověď: V širším pohledu lze ve výzkumu vidět úskalí ochranného léčení ve VTOS pro personál i pro klienty. Pro personál je obtížné pracovat primárně s nemotivovanou klientelou recidivistů, která ve většině případů tráví život pácháním trestné činnosti a pobytem ve výkonu trestu odnětí svobody. Specifické prostředí věznic není ideálním terapeutickým prostředím, kde si personál snadno získá klientovu důvěru. Komunikace uvnitř systému Vězeňské služby je někdy složitá (viz analýza metodického listu). Zásadní obtíží ochranného léčení ve VTOS pro klienty shledávám v neukončování ochranného léčení a operování

s ověřovací fází, která by měla význam pouze při použití standardizovaných postupů ve VTOS i v civilu. Více a podrobněji je vysvětleno v následující kapitole.

3. Zapojují se klienti s ochranným léčením do programu SpOOL?

Odpověď: Jednoznačně lze konstatovat, že se všichni klienti, i ti k léčení zcela nemotivovaní, do programu SpOOL zapojují. Určitá míra sociální kontroly v komunitě neumožní klientům úplné odmítnutí programu, řád a pravidla VTOS mají efektivní nástroje pro minimálně formální zapojení klientů do činností SpOOL. Léčebný program není vytvořen fiktivně, ale skutečně probíhá, je plněn a průběžně hodnocen a přizpůsobován aktuálním potřebám. Zapojení do programu SpOOL nerovná se získávání z terapeutického procesu.

4. Lze něco na ochranném léčení ve VTOS změnit?

Odpověď: Ochrannému léčení ve VTOS by výrazně pomohl proces standardizace léčebných postupů, který by zprůhlednil jednotlivé kroky léčení a vnesl do celého procesu větší kontinuitu, zvláště pak při přechodu z VTOS na svobodu. Pro personál SpOOL by mohl sloužit jako vodítko při poskytování péče, pro vedení věznic jako určitý odborný návod.

6. Diskuse

Cílem diplomové práce bylo popsat možnosti a meze ochranného protitoxikomanického léčení realizovaného v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody, a to za pomoci případové studie specializovaného oddílu pro ochranné léčení ve Věznici Rýnovice.

Během přípravy k této práci došlo k několika zásadním právním změnám, které se dotkly výkonu ochranného léčení a ovlivnily ho. Konkrétně 1.7.2016 vstoupila v platnost novela trestního zákoníku, díky které ochranné léčení v ambulantní formě trvá tak dlouho, dokud trvá jeho účel a po dvou letech se tím soudy již nezabývají a nemusí ho prodlužovat. U ústavní formy k žádné změně nedošlo. Od 1.10.2017 ovlivnila výkon ochranného léčení změna vnější diferenciaci věznic, která původní čtyři typy zredukovala na dva. O přeřazení do nižšího nebo vyššího stupně zabezpečení v rámci věznice s ostrahou nově rozhoduje ředitel věznice. Z hlediska ochranného léčení je nejzásadnější účinnost novely zákona o specifických

zdravotních službách, která vzešla v platnost k 1.11.2017 a definuje možnost výkonu ochranného léčení v ústavní formě jako podobu stacionární péče, čímž umožňuje provedení v rámci specializovaných oddílů ochranného léčení ve věznicích.

Podívám-li se na zásadní limity této práce, pak je shledávám především v tom, že se jedná o výzkum realizovaný pouze v rámci jednoho oddílu, nikoliv všech čtyřech, kterými Vězeňská služba ČR pro ochranné léčení závislostí disponuje. Jsem si vědoma toho, že poznatky nelze zevšeobecnit. Na druhou stranu je specializovaný oddíl ochranného léčení ve Věznici Rýnovice jedinečný v největší kapacitě lůžek a v poskytované adiktologické péči (jiná věznice tuto odbornost nezaměstnává).

Zásadní úskalí v tématu ochranného léčení shledávám ve složitosti problematiky a objemu informací z různých oborů potřebných pro správnou realizaci. Adiktolog vstupuje do kontaktu nejen s klienty a kolegy v rámci terapeutického procesu, kde tvoří zdravotničtí pracovníci minimální část týmu, ale také s represivní složkou věznic, tj. s příslušníky a také se soudy. Musím na tomto místě konstatovat, že se velmi často stává, že některá ze jmenovaných složek zapojených do celého systému institutu ochranného opatření jeho realizaci nerozumí a často to dokáže přiznat, a to i soudci, kteří čas od času zavolají.

Dalším problémem institutu ochranného opatření shledávám jeho nařizování bez znaleckého posudku odborného lékaře či psychologa, ačkoliv ho tento nedoporučil. Žádal-li o ochranné léčení během soudního procesu pachatel sám, bývají důvody k takovému kroku velmi často způsobeny nadějí v nižší trest, což je vidět na obou zpracovaných kazuistikách. Na druhou stranu se domnívám, že jakákoliv motivace pro léčení je dobrá a lze s ní pracovat.

Inspirována německou právní úpravou ochranného léčení, která jasně vymezuje maximální dobu strávenou v ochranném léčení a v podstatě fakticky časově neomezeném ochranném léčení v České republice (přezkum u ústavní formy po dvou letech umožní soudu ochranné léčení zase o dva roky prodloužit a tak znovu), také tím, že se v Německu doba ochranného léčení započítává do doby výkonu trestu, shledávám v těchto dvou bodech možnost ke zvýšení ochoty odsouzených k procesu léčení a neukládání v nejhorším pojetí dvojího trestu. V této souvislosti se zamýšlím nad těmi klienty, kteří se po krátké či delší době na svobodě vrací do výkonu trestu odnětí svobody a ačkoliv v minulém trestu absolvovali celý program ochranného léčení, soud znovu řeší možnost nařízení jeho výkonu Vězeňské službě ČR jako poskytovateli této formy zdravotní péče. Právě výše zmíněná časová omezenost by u skutečně nemotivovaných jedinců, kteří odmítají léčebný program, byla

jedním z limitů a opor pro odborné týmy oddílů. Na druhou stranu, jak je patrné z kazuistiky Josefa, i neúspěšný klient to může chtít zkusit znovu a měl by se mít na koho obrátit.

S výše zmíněným úzce souvisí fakt, že ačkoliv trestní řád jednoznačně definuje, z jakých důvodů lze žádat o ukončení ochranného léčení, metodické pokyny OZS GŘ v podstatě plošně ukládají, aby klient s ambulantním protitoxikomanickým léčením odešel po výstupu do civilní ambulance psychiatra, kam soud výkon ochranného léčení nařídil. Protože neexistuje žádný standard pro ochranné léčení, klienti absolvují celý program ochranného léčení ve věznici a následně také v ambulanci psychiatra, neboť užívaný pojem „ověřovací fáze“ v metodice OZS GŘ má sice svoji logiku, tedy vyzkoušet nově nabitě znalosti a dovednosti v přirozeném prostředí, ale neexistuje k němu žádná právní ani jiná odborná opora či stanovisko některé z odborných společností u nás. Ze strany psychiatrů pak často panuje také obecná nedůvěra v odbornou péči ze strany Vězeňské služby ČR a absolvovaný léčebný program neberou příliš na zřetel. Výsledkem je zatížený systém nepřiměřenou dobou ochranného léčení a často i nemotivovaný klient specializovaných oddílů ochranného léčení, protože ví, že mu léčení stejně ve věznici nikdo neukončí, ať se bude snažit nebo ne. Tento bod považuji pro svoji budoucí práci za nejzásadnější v tom, že jsem součástí systému Vězeňské služby ČR a ve spolupráci s psychiatrickou SpOOL se pokusíme v následujícím období tento stav narovnat tak, aby ochranné léčení nebylo nekonečným trestem pro klienta i odborníka.

V rámci všedního dne a pozorování činností jak z hlediska skladby programu, tak i aktivity na skupinové terapii lze konstatovat, že se klienti do programu zapojují dle svých možností a schopností a není běžné řešit konflikty k neúčasti na léčebném programu.

Ačkoliv bylo výše zmíněno mnoho negativ realizace ochranného léčení protitoxikomanického, s ohledem na výzkumnou část této práce jednoznačně shledávám v tomto institutu smysl, ať už byly důvody pro jeho uložení jakékoliv. Závislý klient má minimálně možnost zastavení se a zamyšlení nad tím, jaký život žije a zkusit se rozhodnout, jak bude žít dál. Program specializovaných oddílů ochranného léčení má i ve výkonu trestu odnětí svobody dobré možnosti, jak ukázat klientům svět bez drog (zahradka, vaření, opékání buřtů, starost o včely, výlety na kole i pěšky po okolí, dobrovolná pomocná práce na místní ZŠ a další) a disponuje časem i prostorem klientů pro terapii.

Závěr

Teoretická část diplomové práce se snaží o co nejširší mezioborový pohled na institut ochranného léčení, představuje jeho právní rámec a právní souvislosti, ukazuje zahraniční praxi v Německu a představuje výsledky ze zahraniční studie (Werb et al., 2016) o účinnosti ochranného léčení protitoxikomanického, která ve svém výsledku hodnotí tento nástroj jako neúspěšný. Část teoretického ukotvení je věnována také Vězeňské službě ČR, jako poskytovateli zdravotní péče, kterým je i ochranné léčení, představení péče o osoby s adiktologickou poruchou ve věznicích a v souvislosti s tím také ukázka péče z lucemburské věznice Schrassig, kde je přístup ve smyslu snižování rizik velmi propracovaný a inspirativní.

Výzkumná část práce se věnuje Věznici Rýnovice a Specializovanému oddílu ochranného léčení protitoxikomanickému a protialkoholnímu formou deskriptivní případové studie, jejímž cílem je komplexní popis (Yin, 2009). Prostřednictvím pozorování činností klientů a dvou případových prací ukazuje praktickou činnost oddílu a umožňuje porozumění podobným případům. Jako zdroj informací pro výzkumnou část byly použity různé techniky, např. analýza dokumentů, pozorování, kazuistika aj.

Prostřednictvím kazuistik Hynka a Josefa jsem se snažila mimo jiné o zprostředkování pohledu na práci adiktologa na specializovaném oddíle ochranného léčení ve věznici.

Ačkoli se jedná o velmi malý kvalitativní výzkum, jehož výsledky nelze plošně zobecnit, lze se jím však inspirovat pro další zkoumání a práci s klienty, kteří vykonávají ochranné léčení ve věznici.

Diplomová práce si kladla za cíl zmapovat možnosti a limity ochranného léčení protitoxikomanického realizovaného v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody. Rozsah i obsah práce ukazuje na velmi složitou problematiku, která klade vysoké nároky na znalost několika oblastí, a to v praktické i teoretické rovině. Zapojení adiktologa do výkonu ochranného léčení ve věznici ukazuje další z možných uplatnění této profese v systému péče o osoby s adiktologickou poruchou, a také na potřebu vytvářet multidisciplinární týmy i v zařízeních Vězeňské služby, které odpovídají bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu léčby závislostí.

Na základě výsledků výzkumu je možné zhodnotit, že ochranné léčení ve VTOS svůj smysl má, a to z pohledu klienta i společnosti a veřejného zdraví, neboť se jedná o velmi rizikovou skupinu osob, které jsou po celou dobu výkonu ochranného léčení vštěpovány

principy harm reduction, ať už se rozhodnou pro abstinenci nebo ne. Z obou kazuistik je patrné, že i v podmínkách věznice lze s klientem navázat důvěrný a hodnotný terapeutický vztah.

Zásadním úskalím ochranného léčení ve VTOS je samotné prostředí a pravidla věznice a Vězeňské služby, kde zvláště po odchodu odborného personálu platí na oddílech vlastní pravidla. Důležitým a neošetřeným problémem je plošné neukončování ochranného léčení závislostí v ambulantní formě, kdy je argumentováno absencí tzv. ověřovací fáze v civilu. Ačkoliv tato skutečnost z logiky věci svůj smysl dává, jedná se o praxi, která nemá zákonnou ani jinou odbornou oporu a klienti po tom, co absolvují např. dvouletý intenzivní program ve SpOOL, odcházejí s propuštěním z výkonu trestu odnětí svobody do ambulance psychiatra, kde plní jeho podmínky znovu, jako by ve věznici v žádném programu nebyli. Tento moment je také jedním z hlavních důvodů, proč klienti postrádají motivaci k léčení a dobrým výsledkům, neboť vědí, že jim ochranné léčení nebude ukončeno dříve než po absolvování léčení po propuštění.

Podíváme-li se v závěru na již zmíněnou motivaci, žádají-li klienti u soudu o ochranné léčení sami, pak je to zpravidla proto, že očekávají díky tomu nižší trest. V programu SpOOL pak činí motivační prvky posilovna, kuchyňka na vaření, pračka a sprcha. V poslední době se podařilo také opakovaně zrealizovat zátěžový program venku mimo věznici formou cyklistických i pěších výletů. I tyto, tzv. extramurální aktivity, jsou motivačním prvkem pro zapojení se do léčebného režimu.

V závěru této práce je vhodné ještě navrhnout možné změny v ochranném léčení realizovaném ve Vězeňské službě, kterými je primárně vytvoření standardů ochranného léčení, zapojení více adiktologů do činnosti SpOOL i v jiných věznicích s následnou možností sdílení zkušeností, vzdělávání stávajícího personálu věznic, odborných stáží a případové supervize.

Použitá literatura

Arloth, F. & Lückemann, C. (2004). *Strafvollzugsgesetz Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung mit ergänzenden Bestimmungen Kommentar*. München: Verlag C. H. Beck.

Berg, K. I. (1992). *Family preservation: A Brief Therapy Workbook*. London: BT Press.

Berg, K. I. & Miller, D. S. (1992). *Working with the Problem Drinker*. London: BT Press.

Císařová, D. & Vanduchová, M. (1995). *Nepříčetný pachatel*. Praha: Institut Ministerstva spravedlnosti ČR pro další vzdělávání soudců a státních zástupců.

Černíková, V. a kol. (2008). *Sociální ochrana, terciární prevence, její možnosti a limity*. Plzeň: Aleš Čeněk, s. r. o.

Černíková, V. & Markariusová, V. (1997). *Úvod do penologie*. Praha: Sociálně právní institut.

Dvořáček, J. a kol. (2011). *Červenodvorské studijní texty. Vnitřní materiál pro samostudium pacientů*. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.

Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie – analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing.

Fischer, S., Raboch, J. & Žukov, I. (2008). *Analýza struktury hodnot a potřeb odsouzených v průběhu uvěznění*. Československá psychologie, roč. 52, č. 4.

Freedman, J. & Combs, G. (2009). *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.

Gabrhelíková Müllerová, P. (2008). Uživatelé drog v konfliktu se zákonem. Kapitola 20. In Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.

Gropp, W. (2005). *Strafrecht Allgemeiner*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Harrison, L. D. & Scarpitti, F. R. (2002). *Introduction: progress and issues in drug treatment courts*. Substance Use & Misuse, 37.

Heller, J. & Pecinová, O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Herczeg, J. (2005). *Poznámky k německé úpravě zabezpečovací detence*. Trestněprávní revue, č. 8.

Informační servis Generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky.

Jelínek, J. a kol. (2010). *Trestní právo hmotné*. Praha: Linde.

Jescheck, H. & Weigend, T. (1996). *Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner*. Berlin: Duncker & Humblot.

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

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

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Kalvodová, V. (2009). Právní následky trestného činu a činu jinak trestného dospělého, trestně právní alternativy. In Kratochvíl, V. a kol. *Kurs trestního práva. Trestní právo hmotné. Obecná část*. Praha: C. H. Beck.

Králová, M. (n.d.). *Historie Věznice Rýnovice*. Kronika Věznice Rýnovice. Retrived from <https://www.vscr.cz/veznice-rynovice/informacni-servis/historie/>

Kratochvíl, V. a kol. (2012). *Trestní právo hmotné. Obecná část 2*. Praha: C. H. Beck.

Marešová, A., Nečada, V., Sluková, K., Sochůrek, J. & Zeman, P. (2003). *Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Retrived from <http://www.ok.cz/iksp/docs/294.pdf>

Mach, J. et al. (2013). *Univerzita medicínského práva: Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Praha: Grada Publishing.

Masopust, J. (2015). *Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti*. Psychiatria Pre Prax, 16(2).

Matiaško, M. (2009). *Ochranné léčení v novém trestním zákoníku: ke třem vybraným otázkám*. Česká advokátní komora: Bulletin advokacie.

Mäsiarova, L. (2018). *Statistická ročenka Vězeňské služby 2017*. Praha: Správní odbor generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky.

- Miller, W., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory*. Tišnov: sdružení SCAN.
- Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In Kalina, K., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Mioviský, M., Spirig, R. & Havlíčková, M. (2003). *Vězeňství a nelegální drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Horáková, M., Pešek, R. & Koňák, T. (2012). *Drogy a vězni v ČR – výsledky studie*. Praha: Květnice.
- Mravčík, V. et al. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Adademia.
- Nařízení generálního ředitele Vězeňské služby ČR, NGR č. 36/2010.
- Nařízení generálního ředitele Vězeňské služby ČR, NGR č. 42/2015.
- Nešpor, K. & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Olecká, I., & Ivanová, K. (2010). Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. Retrieved from <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/pdfwww/oleckacasestudyclanek.pdf>
- Pavlovský, P. a kol. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Penfold, C., Turnbull, P. J. & Webster, R. (2005). *Tackling prison drug markets: an exploratory qualitative study*. London: Home Office.
- Příbylová, E. (2010). *Programy zacházení s drogově závislými v českých věznicích*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Retrived from https://theses.cz/id/1itke8/downloadPraceContent_adipIdno_17345
- Rozum, J. a kol. (2005). *Vybrané problémy sankční politiky*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Sbírka nařízení ředitele Věznice Rýnovice pro odsouzené. (2015).
- Schönke, A. (2001). *Strafgesetzbuch. Kommetnar*. Mnichov: C. H. Beck.

Stratenwerth, G. & Kuhlen, L. (2004). *Strafrecht Allgemeiner Teil I Die Straftat*. Köln: Carl Heymanns Verlag KG.

Šámal, P. (2008). Ochranné léčení a zabezpečovací detence v návrzích trestního zákoníku a problémy s tím spojené. In Vanduchová, M. & Gřivna, T. *Pocta Otovi Novotnému k 80. narozeninám*. Praha: Aspi.

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

Šámal, P. a kol. (2012). *Trestní zákoník I. Komentář*. Praha: C. H. Beck.

Ščerba, F. (2011). *Alternativní tresty a opatření v nové právní úpravě*. Praha: Leges.

Ščerba, F. (2010). Ukládání trestněprávních sankcí. In Jelínek, J. a kol. *Trestní právo hmotné*. Praha: Leges.

Ščerba, F. (2011). *Alternativní tresty a opatření v nové právní úpravě*. Praha: Leges.

Štefunková, M. (2011). *Drogy a kriminalita - jaký je mezi nimi vztah?*. Adiktologie.

Tröndle, H. & Fischer, T. (2007). *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*. München: C. H. Beck.

Úlehla, I. (2009). *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství.

ÚZIS. (2012). Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Retrieved from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Vašát, P. (2012). Mezi rezistencí a adaptací: Každodenní praxe třídy nejchudších. Sociologický časopis, vol. 48, No. 2. Retrived from https://www.researchgate.net/publication/281641162_Mezi_rezistenci_a_adaptaci_Kazdodenni_praxe_tridy_nejchudsich

Vězeňská služba České republiky (2016). *Koncepce vězeňství do roku 2025*. Retrived from <https://www.vscr.cz/wp-content/uploads/2017/06/Koncepce-vezenstvi.pdf>

Vondráčková, P. (2008). *Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou*. Adiktologie, 8(4).

Werb, D. et al. (2016). *The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review*. International Journal of Drug Policy. Dostupné z [https://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(15\)00358-8/fulltext](https://www.ijdp.org/article/S0955-3959(15)00358-8/fulltext)

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage Publications.

Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Zeman, P. & Gajdošíková, H. (2010). *Nový trestní zákoník*. Praha: Úřad vlády České republiky.
Retrieved from https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4584/564/Zaostreno_na_drogy_201001_trestni_zakonik.pdf

Použité právní předpisy

Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 279/2017 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody.

Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy, ve znění pozdějších předpisů, blíže specifikuje nařízení výkonu a místa výkonu ochranného léčení.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

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

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

Zákon č. 373/2011 Sb., ve znění zákona č. 202/2017 Sb., o specifických zdravotních službách.

Zákon č. 218/2003 Sb., zákon o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže).

Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů, který ujasňuje výkon ochranného léčení uloženého současně s trestem odnětí svobody.

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

Zákon č. 555/1992 Sb., České národní rady o vězeňské a justiční strážní.

Seznam grafů a obrázků

Graf 1: Počet uložených ochranných léčení v letech 2006 – 2016.

Obr. 1: Mapa organizačních jednotek Vězeňské služby ČR.

Seznam zkratek

WHO	Světová zdravotnická organizace
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
OPL	Omamné a psychotropní látky
NMS	Národní monitorovací středisko
PMS	Probační a mediační služba
TZ	Trestní zákoník
ČR	Česká republika
VTOS	Výkon trestu odnětí svobody
PN	Psychiatrická nemocnice
PP	Podmíněné propuštění
SpOOL	Specializovaný oddíl ochranného léčení
EMCDDA	Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
IKSP	Institut pro kriminologii a sociální prevenci
VSČR	Vězeňská služba České republiky
DTČ	Drogová trestná činnost
VTOS	Výkon trestu odnětí svobody
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
GŘ VSČR	Generální ředitelství Vězeňské služby
OL	Ochranné léčení
OZS	Odbor zdravotnické služby
NGŘ	Nařízení generálního ředitele
ZŠ	Základní škola
NNO	Nestátní nezisková organizace
BZD	Benzodiazepiny

Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu pro účely zpracování diplomové práce

Příloha č. 2: Týdenní harmonogram SpOOL

Příloha č. 1:

Informovaný souhlas účastníka výzkumu pro účely zpracování diplomové práce

Název diplomové práce (předpokládaný): Ochranné protitoxikomanické léčení v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody

Studium: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Studijní obor Adiktologie

Student a zpracovatel diplomové práce: Bc. Lucie Zobač

Účastník výzkumu:

Souhlasím se svoji účastí ve výzkumu k diplomové práci, kterou realizuje výše uvedený student.

Byl jsem srozumitelně informován o účelu výzkumu, rozumím mu a souhlasím s ním. Bylo mi odpovězeno na všechny moje otázky. V souvislosti se zpracováním mého případu jsem byl informován o způsobu sběru dat z mé dokumentace a souhlasím s ní.

Konkrétně souhlasím s nahlížením do dokumentů:

- Příjmové vyšetření včetně kompletní anamnézy
- Zápisy z konzultací
- Zprávy z psychiatrických vyšetření a kontrol
- Rozsudek
- Znalecký posudek
- Psychologické vyšetření
- Průběh ochranného léčení ve zprávě pro soud

(V případě, že s nějakým dokumentem nesouhlasím, mohu jej škrtnout.)

Svůj souhlas dávám dobrovolně a mohu ho bez udání důvodu a následné újmy kdykoliv odvolat.

Beru na vědomí, že veškeré informace, které sdělím, nebo budou získány z dokumentů o mé osobě, budou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl jsem informován, že v případě žádosti o další podrobnosti se mohu obrátit na vedoucí diplomové prací paní Mgr. Hanu Fidesovou, Ph.D., na adrese Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, Praha 2, případně na Etické kolegium SNN ČLS JEP nebo Českou asociaci adiktologů.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, kdy jeden obdrží účastník výzkumu a druhý je založen v dokumentaci SpOOL.

V Rýnovicích dne

Podpis účastníka výzkumu

Prohlášení studenta

Já, Lucie Zobač, jsem popsala svoji diplomovou práci, její zaměření, výzkumné otázky a cíle a mám za to, že účastník tomuto vysvětlení porozuměl a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum:

Podpis studenta

Příloha č. 2

Týdenní harmonogram SpOOL

14. týden 2018	Časový rozvrh aktivit programů zacházení s odsouzenými vedených zaměstnanci OVT ve specializovaném oddělení SpOOL v týdnu od 09.04.2018 do 15.04.2018						
	PONDĚLÍ 09.04.2018	ÚTERÝ 10.04.2018	STŘEDA 11.04.2018	ČTVRTEK 12.04.2018	PÁTEK 13.04.2018	SOBOTA 14.04.2018	NEDĚLE 15.04.2018
Místo konání							
Keramická dílna		12,30-14,00 Keram.kr.SpOOL vych.			12,30-14,00 Keram.kr.SpOOL vych.		
Kuchyňka SpOOL							
Monitorovací místnost	9,30-11,30 Skupinová ter.- 1. SpOOL terapeut 12,30-14,00 Skupina MOT SpOOL adiktolog						
Kulturní místnost	8,00-8,30 Komunita SpOOL C/2 personál SpOOL 8,30-9,00 Přednáška+elab. KM C/2 teapeut	8,00-8,30 Komunita SpOOL C/2 personál SpOOL 8,30-9,00 Přednáška+elab. KM C/2 spec.ped.	8,00-8,30 Komunita SpOOL C/2 personál SpOOL 8,30-9,00 Přednáška+elab. KM C/2 teapeut	8,00-8,30 Komunita SpOOL C/2 personál SpOOL 8,30-9,00 Přednáška+elab. KM C/2 teapeut	8,00-8,30 Komunita SpOOL C/2 personál SpOOL 9,00-11,00 Skup.ter. 5. SpOOL spec.ped.		
	12,30- 14,00 Zdravověda před. KMC/2 sestra	9,30-11,30 Skupinová ter.- 2. SpOOL terapeut		9,30-11,30 Skupinová ter.- 4. SpOOL terapeut	9,00-11,00 Skupinová ter.3 SpOOL adiktolog		
			12,30-13,30 Včelařský kr. SpOOL sp.ped.	12,30-14,00 Léčebné cvičení SpOOL sestra			
	13,00-14,00 Soc. poradenství soc.prac.	12,30-13,30 Kurz angličtiny KM/C2 personál SpOOL	15,00-16,00 Krouž. autoškoly KM C/2 vych.	12,30-13,30 Kurz angličtiny KM/C2 personál SpOOL	12,30-14,00 Kurz angličtiny KM/C2 personál SpOOL		
Zahrada+oddily SpOOL, vycházkové dvory	9,00-11,00 Pracovní terapie SpOOL spec.ped.	9,00-11,00 Pracovní terapie SpOOL spec.ped.	9,15-11,15 Pracovní terapie-GÚ SpOOL personál SpOOL	9,00-11,00 Pracovní terapie SpOOL spec.ped.	9,00-11,00 Pracovní terapie SpOOL terapeut		
			11,30 Kontrola GÚ SpOOL personál SpOOL	12,30-13,30 povinná tělovýchova vych.			
Vycházkový dvůr (CHO+m.kondič.ev.) SpOOL		14,00-15,00 Vycházka SpOOL terapeut	13,30-14,30 Vycházka SpOOL vych.	14,00-15,00 Vycházka SpOOL terapeut	14,00-15,00 Vycházka SpOOL terapeut		