

SYSTÉM PÉČE

Vzájemně provázené programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu.

Za základní složky či součásti systému péče se pokládají:

1. terénní a nízkoprahové služby
2. ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích
3. ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá
4. dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách
5. doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod.
6. dlouhodobé – udržovací substituční programy

Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech. Nástroje k vytváření a rozvíjení systému péče jsou např.: průzkum potřeb, plánování služeb, matching (párování potřeb a intervencí), standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize, usnadňování komunikace, koordinační porady apod.

STANDARDY

Soubor kritérií směrodatných pro kvalitu péče a její hodnocení.

1. standardy vzdělávání, definované obsahem žádoucích znalostí a dovedností nebo absolvováním určitých škol a vzdělávacích programů
2. standardy metod – popisují přesně, co má obsahovat určitý léčebný postup, např. metadonová substituce
3. standardy založené na případu či diagnóze – definují soubor intervencí a služeb, které mají být poskytnuty pacientovi či klientovi s určitou nemocí, poruchou či problémem, mohou být i právním nárokem
4. standardy služeb, programů a zařízení – definují podmínky poskytování péče ve službách určitého typu a často tudíž představují i typové definice, např. standard nízkoprahového kontaktního centra, terapeutické komunity, chráněného bydlení atd.
5. etické standardy – etický kodex

U nás používané nebo připravované standardy pro oblast závislostí („Minimální standardy" od r. 1995, „Akreditační standardy" od r. 2000) patří do 4. výše uvedené kategorie, v podobném duchu jsou MPSV standardy sociálních služeb, zatímco MZ (používá nový termín certifikace) a odborné lékařské společnosti zpracovávají standardy kategorie 2 a 3.

TERÉNNÍ PRÁCE - STREETWORK

Pomáhající aktivity probíhající mimo instituce a zařízení, a to:

- přímo na ulicích, veřejných prostranstvích a veřejně přístupných místech, jako jsou nádraží, restaurace a zábavní podniky
- v jiných zařízeních a institucích, jako jsou věznice, školy, azylové domy, nevěstince, kluby a domovy mládeže
- v bytech příslušníků cílové skupiny

Cílovou skupinou terénní práce jsou rizikovní jednotlivci a skupiny, kteří nejsou efektivně zachycováni existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. K těmto cílovým skupinám patří např. bezdomovci, „děti

ulice", prostitutky a prostituti, migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog.

TERÉNNÍ PROGRAMY PRO UŽIVATELE DROG

Jejich souhrnným cílem je usnadnit zlepšení zdravotního stavu a omezit s užíváním drog spojená rizika a poškození u jednotlivců a skupin, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy, tj. s tzv. skrytou populací. Terénní programy se zaměřují především na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování (sdílení injekčního náčiní, nechráněný sex) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B a C.

K běžným typům služeb poskytovaných terénními programy patří:

- výměna injekčních jehel a stříkaček
- distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiová fólie pro úplný odklon od nitrožilního užívání
- distribuce kondomů
- základní zdravotní ošetření
- základní, tzv. kontaktní poradenství a informace
- distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod.

Stále častější jsou terénní programy zabývající se cílovou skupinou uživatelů „tanečních drog“, která má svoje specifická zdravotní rizika.

KONTAKTNÍ CENTRUM (DROP-IN CENTRE)

Kontaktní centra (KC) nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nizkoprahová.“

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření. Činnost probíhá především v kontaktní místnosti, kde jsou pracovníci spolu s klienty. Klienti kontaktní místnosti (obvykle anonymní) mohou být, a obvykle jsou, pod vlivem drogy, nesmí však jakkoliv manipulovat s drogou přímo na místě nebo se dopouštět násilí. Při porušení těchto elementárních pravidel klient musí odejít a má vysloven zákaz vstupu na určité časové období. Klienti kontaktní místnosti mohou využívat potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu), vitaminový servis a hygienický servis (možnost se osprchovat, vyprat prádlo v pračce atd.). Větší možnosti než v terénu má základní zdravotní péče, prováděná zdravotní sestrou nebo i lékařem. Kontaktní centra také provádějí testování na hepatitidy B, C a HIV. Druhou důležitou složkou práce KC je poradenství, které probíhá na žádost klienta odděleně od provozu kontaktní místnosti a zaměřuje se již na systematičtější (nikoliv pouze jednorázové) řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů dle zhodnocení potřeb klienta. Může zahrnovat i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu (předléčebné poradenství, motivační trénink). Klient již většinou není anonymní a o procesu se vede řádná dokumentace se zajištěním ochrany osobních údajů. Častá je práce s rodiči, partnery nebo rodinami klientů, případně podporné a informační rodičovské skupiny.

VÝMĚNNÝ PROGRAM

Výměna injekčního náčiní je významnou složkou strategie Harm Reduction. Probíhá v terénních programech, v kontaktních centrech, někdy i jako samostatný program. Trvání na výměně s následnou bezpečnou likvidací použitého náčiní snižuje riziko přenosu virových infekcí z použitých a odhozených jehel a stříkaček. Součástí výměnného programu je i distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci (sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry) a kondomů, předávání informací o bezpečnější

aplikaci drog a motivace k bezpečné likvidaci injekčního náčiní. Pro hodnocení účinnosti výměnného programu je významný indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček): v optimálním případě by měl přesáhnout 100%, protože se do oběhu dostává náčiní získané jinde, např. v lékárnách.

DETOXIKACE

Léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikačním centrem či jednotkou. Tradiční detoxifikace se prováděla ve speciálním léčebném zařízení nebo na lůžku všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Klient je přijat ještě intoxikovaný nebo již s odvykacími příznaky. Dávkování počítá s ulehčením odvykacích příznaků bez způsobení intoxikace a postupně se snižuje. Pobyť na detoxifikační jednotce se ukončí až několik dní po té, co odvykací příznaky bezpečně odezní a léky jsou vysazeny, jinak je vysoké riziko relapsu a pokud si propuštěný klient vezme dávku drogy, na niž byl předtím nastavený, může dojít k vážným až smrtelným komplikacím z předávkování. Důležitým doprovodem detoxifikace je psychoterapie, zejména individuální, zaměřená na podporu a motivaci k další péči. V současnosti narůstá trend uskutečňovat detoxifikaci v neformálním prostředí, včetně klientova vlastního domova. Detoxifikace uskutečňovaná v domácí péči zahrnuje návštěvy lékařského personálu a rodině nebo přátelům je poskytována neformální podpora.

LÉČBA

U závislostí se tento pojem používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu: jako „léčbu“ tudíž označujeme i odborné programy mimo rámec zdravotnictví.

Podle typu rozlišujeme léčbu: **ambulantní**, **ústavní**, **rezidenční**, podle délky může být krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá.

Účinná léčba má splňovat tyto charakteristiky:

- individualizovaný obsah a rozsah - neexistuje jednotná léčba vhodná pro všechny klienty
- včasná a rychlá dostupnost
- zaměření na komplexní problémy klienta, nikoliv pouze na drogovou závislost
- průběžné hodnocení a modifikace podle měnících se potřeb klienta
- přiměřená doba setrvání v léčbě – za účinné minimum se obvykle pokládá léčba v délce 3 měsíců
- nezbytné používání psychosociálních metod – individuální, skupinová, rodinná terapie atd.
- vhodné použití léků, zejména při detoxifikaci nebo v případě psychických komplikací
- možnost léčit souběžnou psychickou poruchu či komplikaci současně se závislostí
- používání detoxifikace jako vhodného úvodu do léčby, nikoliv jako samostatného opatření
- využití případného vnějšího donucení pro získání motivace
- průběžné monitorování případného užití drogy
- zajištění diagnostiky a poradenství týkající se infekčních nemocí, zejména AIDS a hepatitid
- zahrnutí možnosti relapsu a potřeby více léčebných epizod do dlouhodobé perspektivy klienta

AMBULANTNÍ LÉČBA

Léčba prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je úměrná jeho potřebám. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30-60 minut a s frekvencí 1-2x týdně. Mimořádná situace (počátek léčby, krize) může vyžadovat denní kontakt, jehož délka může být kratší, při stabilizovaném stavu se naopak intervaly mezi návštěvami prodlužují (např. 1x za 14 dní, případně ještě nižší frekvence).

Skupinová forma: ambulantní skupiny se obvykle scházejí 1x týdně na dobu 1,5 hod., frekvenci 2x týdně nacházíme výjimečně. Spektrum možností ambulantní péče doplňuje sociální práce, rodinná terapie, klubové a volnočasové aktivity, pracovní a právní poradenství apod. Ambulantní léčba je vhodná pro

pacienty/klienty s větší schopností sebekontroly a motivací ke změně a s podpůrným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím. Prokázaně efektivní je ambulantní léčba s 2-3 kontakty týdně po dobu minimálně 3 měsíců, může pak plynule přecházet do ambulantního doléčování.

Intenzivní ambulantní léčba/péče: Na rozdíl od klasické ambulantní léčby je intenzivní ambulantní léčba či péče definována strukturovaným programem, rozvrženým minimálně na 10 hodin týdně během minimálně 3 dnů, optimálně na 20 hodin během 5 dnů. Program může být denní, odpolední nebo v podvečerních a večerních hodinách, poslední možnost se uplatňuje zejména v doléčování. Čím větší je intenzita programu, tím větší je i jeho schopnost efektivně působit i u závažnějších a komplikovanějších případů a udržet v léčbě i pacienty/klienty, kteří by jinak byli vhodní pro léčbu ústavní. Spolupracující nebo minimálně neškodící sociální zázemí je ovšem nezbytné. Výhodná a leckdy nevyhnutelná je práce s rodinnými příslušníky pacienta/klienta (rodinná terapie či poradenství, rodičovské skupiny apod.).

DENNÍ STACIONÁŘ (DAY CENTRE, DAY CLINIC)

Zařízení poskytující denní péči, tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Uplatňují se u zdravotně postižených, seniorů, chronicky nemocných dětí, duševně nemocných či drogově závislých osob, podle cílové skupiny a zaměření mohou mít charakter ošetrovatelský, rehabilitační (resocializační) nebo léčebný. V léčbě závislých se léčba v denním stacionáři pokládá za alternativu ústavní či rezidenční léčby pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. Pro uživatele, kteří se potřebují dostat ze svého prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, je vhodnější ústavní nebo rezidenční léčba, denní stacionář se s ní však může vhodně kombinovat (předcházet nebo navazovat zejména na kratší pobyty).

REZIDENČNÍ - pobytová léčba, ústavní léčba

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného či rehabilitačního (resocializačního) zařízení (jako protiklad léčby ambulantní). Tyto programy se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, v němž se od klientů očekává participace na individuálním poradenství a na skupinové práci, která má rozvíjet sociální a jiné životní dovednosti. Ústavní léčba je vhodná pro klienty s rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi. Může jít – podle délky – o léčbu krátkodobou nebo střednědobou. Pojem se nejčastěji používá pro léčbu a resocializaci v psychiatrické léčebně (ústavní) a terapeutické komunitě (rezidenční).

KRÁTKODOBÁ LÉČBA

Pojem obvykle vyhrazený pro ústavní léčbu kratší než 3 měsíce (nejčastěji 4-8 týdnů). Jde o strukturovaný program, v němž léčebné aktivity převažují nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Vhodná pro uživatele drog motivované k léčbě, kteří nejsou schopni se uzdravit v ambulantní léčbě, případně vyžadují komplexní péči, protože vedle drogové závislosti mají jinou osobnostní poruchu nebo psychiatrické či somatické onemocnění. Nepředpokládá se výrazné ovlivnění životního stylu u osob s delší drogovou kariérou, i u nich však může hrát krátkodobá léčba důležitou roli jako "úvodní léčba" po které následuje jiný, střednědobý nebo dlouhodobý program péče. V ČR se provádí málo.

STŘEDNĚDOBÁ LÉČBA

Za střednědobou léčbu se obvykle pokládá léčba v trvání 3-6 měsíců. U nás tento typ léčby poskytují nejčastěji specializovaná oddělení psychiatrických léčen nebo klinik, což umožňuje současně se zaměřit na doprovodné somatické i psychické problémy pacienta/klienta. Ve strukturovaném programu převažují léčebné aktivity nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Dolní hranice trvání střednědobé léčby, tj. 3 měsíce, se v odborné literatuře pokládá za minimum pro dosažení trvalejšího účinku. S pojmem „střednědobá léčba“ se setkáváme nověji i v terapeutických komunitách, kde je horní hranice trvání posunuta nad 6 měsíců (za střednědobou léčbu v TK se pokládá např. program v délce 6-8 měsíců).

DLOUHODOBÁ LÉČBA

Tento pojem je vyhrazen pro léčbu ústavní či rezidenční, nikoliv ambulantní. Za „klasickou“ se pokládá dlouhodobá léčba v trvání 1 roku. Dlouhodobá léčba je vhodná pro klienty s výraznou problematikou (dlouhodobá závislost, značná sociální nezralost, nerozvinuté nebo ztracené sociální návyky a dovednosti, kriminální anamnéza, zcela chybějící či destruované nedrogové sociální zázemí a vztahy). Probíhá obvykle v terapeutických komunitách.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčby/rehabilitace. Obvyklá délka pobytu je 6 až 15 měsíců. Od klientů je očekávána aktivní účast na léčebných aktivitách, jimiž jsou skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie, práce s rodinnými příslušníky, zátěžové pobyty aj. Terapeutická komunita (TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Cílem programů je zejména rozvoj sociálních dovedností (pocit odpovědnosti za své chování, zvyšování sebehodnocení, změna negativních životních postojů apod.) potřebných pro změnu škodlivých vzorců chování. Z průzkumu terapeutických komunit v roce 2001 vyplývá, že až 40 % z klientů, kteří předčasně ukončili léčbu, a až 90 % z těch, kteří léčbu úspěšně absolvovali, se úspěšně zapojí zpět do společnosti.

TK se uplatňují nejen v léčbě a resocializaci závislých, ale také u jiných diagnostických skupin (neurózy, psychózy, poruchy chování) a rovněž v psychoterapeutickém výcviku. První TK pro léčbu drogově závislých byl SYNANON v USA v r. 1956.

DOLÉČOVÁNÍ

Doléčovací programy pomáhají vytvořit podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.). Jejich cílem je sociální integrace klienta do podmínek života bez drog. K tomu jsou využívány zejména následující intervence: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie a poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky a zdravotní péče. Intenzivní doléčovací program trvá obvykle 6 – 12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby. Z realizovaných zahraničních průzkumů i průzkumů českých programů vyplývá, že doléčovací programy snižují riziko relapsu či recidivy u klientů až o 80 %.

RESOCIALIZACE/REINTEGRACE

Proces znovuzačlenění jedince do společnosti. V institucionalizované podobě má resocializace osob závislých na drogách řadu forem – od pracovní terapie po chráněné dílny, od sociálního poradenství po socioterapeutické kluby, od výuky sociálních dovedností po rekvalifikační programy apod. Teoretické východisko resocializace najdeme v bio-psycho-sociálním modelu závislosti. Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. Pojetí resocializace jako komplementární součásti každého typu služeb v procesu uzdravy je novým prvkem. Dříve byly resocializační programy vnímány jako služba následující po léčbě (detoxikace-léčba-resocializace). Příslušné služby je však možné (a potřebné) poskytovat jak aktivním uživatelům drog, či lidem se substituční léčbou, tak lidem v „abstinenčních“ programech.

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Sociální služba, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Cílem ChB je zajištění ubytování při absolvování terapeutického a resocializačního programu, a to i lidem, kteří v místě svého bydliště nemají příslušné služby nebo pro které je pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací k úspěšné léčbě/doléčování. Bydlení si klienti hradí nebo na něj přispívají. Bydlení je časově omezeno a je na ně uzavřena smlouva. Mezi základní pravidla patří dodržování „bezdrogového“ prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Bydlení může mít podobu samostatného bytu nebo bytů či pokojů v určitém objektu, které jsou určeny více osobám. Obvyklá doba, po kterou je

chráněné bydlení poskytováno, je u nás max. jeden rok, v zahraničí (Německo, Holandsko) i více let po absolvování terapeutického a resocializačního programu. Na rozdíl od azylových domů je ChB službou s výraznějším posilováním sociální kompetence klientů: možnost aktivního vstupu do podoby interiéru bytu, možnost přijímání a ubytování návštěv, koedukovaný charakter bydlení, vlastnictví klíče od bytu apod. V terminologii MPSV by výše uvedené definici spíše odpovídal pojem dům na půli cesty.

DOMY „Na půli cesty“

Místo pobytu, které slouží jako přechodná fáze mezi hospitalizací nebo rezidenční léčbou a plně nezávislým životem ve společnosti. Termín používaný pro způsob bydlení osob závislých na alkoholu nebo drogách, usilující zároveň o udržení jejich abstinence. Existují také domy na půli cesty pro osoby s psychiatrickým onemocněním a osoby propuštěné z vězení.

CHRÁNĚNÁ DÍLNA

Sociální služba, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Poskytování práce v chráněných dílnách (ChD) je vázáno na kontakt s pracovištěm poskytujícím léčebné (doléčovací) a resocializační služby. Cílem ChD je znovuoobnovení (vytvoření) běžných pracovních návyků, získání pracovních dovedností a finančního příjmu. Na práci v ChD je uzavřena řádná pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Práce v chráněné dílně zpravidla koresponduje s dobou terapeutického programu: obvykle od 4 měsíců do jednoho roku. ChD je vedena minimálně středoškolsky vzdělaným člověkem s praxí v oboru a zkušeností práce s lidmi. Vytvořit chráněný pracovní program, který splňuje požadavky výuky, výchovy i finanční efekt, je obtížné. Zpravidla jsou tyto programy dotovány. Úřady v rámci aktivní politiky zaměstnanosti mohou přispívat na mzdy takto zaměstnaných osob. Chráněná dílna na rozdíl od pracovní terapie, která bývá součástí krátkodobé, střednědobé či dlouhodobé léčby, musí respektovat požadavky na následnou zaměstnatelnost a situaci na trhu práce. Příklady dobré praxe: čajovna, vývařovna, truhlářská dílna. Osvědčila se spolupráce ChD se středními školami, učilišti a agenturami poskytujícími v daném oboru rekvalifikace. V tomto případě může ChD klientovi nabídnout kromě praktických zkušeností i vyšší vzdělanostní statut. V terminologii MPSV, by výše uvedené definici spíše odpovídal pojem „podporované zaměstnání“.

SUBSTITUCE

Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga (např. heroin je nahrazen metadonem). Dále může jít o substituci škodlivého způsobu užití (cigarety nahrazeny nikotinovými náplastmi nebo žvýkačkami), případně kombinace obou způsobů (injekční aplikování heroinu je nahrazeno orálně podávaným metadonem). Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, změna rizikové formy jejího užívání (např. nitrožilní užívání) na méně rizikovou, a tím i snížení negativních zdravotních a sociálních následků. Substituční léčba má být doprovázena psychoterapií, poradenstvím či socioterapií. Může trvat od několika týdnů až po mnoho let.

PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA

Probační a mediační služba (PMS) je součástí systému trestní justice. Jako samostatná služba vznikla v ČR schválením zákona č. 257/2000 Sb.

Konkrétně se činnosti PMS zaměřují na:

- zprostředkování alternativních způsobů řešení trestné činnosti
- usilování o nápravu pachatelů a snahu motivovat je k odpovědnosti za jejich jednání a náhradu či řešení způsobené škody
- zohlednění zájmů obětí trestných činů
- poskytování informací a nabídka konkrétních možností, jak se oběti mohou zapojit do řešení škod jim způsobených. Filosofie PMS vychází z principů restorativní (obnovující) justice a jejím cílem je přispívat k naplňování trestní spravedlnosti.

OCHRANNÁ LÉČBA

Ochranná léčba je v českém trestním systému jedním z institutů ochranného opatření. Je možné ji uložit vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Ochranné léčení podle § 72 tr. z. může být uloženo formou ambulantní nebo ústavní a dodatečně může být změněno, a to jak z ambulantního na ústavní, tak i naopak. Ústavní ochrannou protitoxikomanickou léčbu je možné vykonávat i během výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody, ale pouze v několika věznicích. Mimo vězeňská zařízení existují při nástupu na ústavní ochrannou léčbu velmi dlouhé čekací doby (není výjimkou i několik let). Ambulantní ochranná protitoxikomanická léčba může být vykonávána de facto ve všech zařízeních, které poskytují ambulantní léčbu. Největší příčinou velmi malé efektivnosti ochranného léčení mimo již zmíněných čekacích dob je malá motivace klientů a to, že s klienty ochrannou léčbu nikdo nepředjedná a nepřipravuje je na její nástup.