

ÚSTAVNÍ OCHRANNÁ LÉČENÍ V ČR 2018–2020

původní práce

Marek Páv^{1,2,3}
Martina Vňuková^{2,3}
Simona Papežová^{1,3}
Jiří Toman¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice,
Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
v Praze

³Ministerstvo zdravotnictví ČR,
Praha

Kontaktní adresa:

MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA
Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8
e-mail: marek.pav@bohnice.cz

Práce byla podpořena těmito
projekty:
Projekt Deinstitutionalizace služeb
pro duševně nemocné,
Registrační číslo:
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213
Projekt No. KA 5, Podpora nových
služeb v péči o duševně nemocné,
Registrační číslo:
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008217
Grant: Progres Q 06 1LF

SOUHRN

Páv M, Vňuková M, Papežová S, Toman J.
Ústavní ochranná léčba v ČR 2018–2020

Cíl: Výkon ústavního ochranného léčení (OL) je vykonáván psychiatrickými nemocnicemi s regionální odpovědností. Cílem šetření / současného výzkumu je zmapovat a popsat populaci nemocných ve výkonu ochranného léčení, prezentovat data o nařízených OL, počtech nemocných v jednotlivých nemocnicích a ošetřovací době.

Materiál a metoda: V rámci projektu „Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné“ probíhá pravidelný sběr dat, jehož součástí jsou i data nemocných s nařízeným OL. Další data byla získána z Centrální evidence statistických listů a výkaznictví (CSLAV) vedené Ministerstvem spravedlnosti ČR.

Výsledky: Ke konci roku 2020 bylo za účelem výkonu OL hospitalizováno 839 pacientů, (82 žen a 757 mužů). V přepočtu na 100 000 obyvatel spádové oblasti existuje značná rozdílnost počtu nemocných, která mezi nemocnicemi kolísá v rozmezí 3–24 nemocných. Celostátní průměrná ošetřovací doba ústavních OL je 2,6 roku, kdy mezi nemocnicemi jsou také značné rozdíly, a ošetřovací doba se pohybuje v rozmezí od několika měsíců po 6 let. Nejvyšší počet nemocných ve výkonu ústavního OL je z Karlovarského, Ústeckého a Moravskoslezského kraje. V diagnostickém složení se ukazuje nejvyšší podíl nemocných z okruhu psychotických poruch (F2) 47%, 17% nemocných je z okruhu F62–F69, který zahrnuje i parafilní poruchy, 16% má diagnózu z okruhu F10–F19, tedy poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek.

SUMMARY

Páv M, Vňuková M, Papežová S, Toman J.
Inpatient forensic treatment in the Czech Republic 2018–2020

Objective: Psychiatric hospitals with designated catchment areas are responsible for inpatient forensic treatment. We aim to present descriptive data concerning the inpatient forensic treatment population, patient numbers in hospitals, and treatment lengths.

Method: As a part of the “Deinstitutionalization of Services for the Mentally Ill” project, regular data collection is performed, including collection of data on patients with a sentenced forensic treatment. Further data were obtained from the Central Register of Statistical Sheets and Reporting (CSLAV) kept by the Ministry of Justice of the Czech Republic.

Results: The number of forensic patients at the end of the year 2020 was 839 (82 women and 757 men). There is a difference in patients' numbers in terms of 100,000 inhabitants of the catchment area, which varies between hospitals between 3 up to 24 patients. The national average treatment length of inpatient forensic treatment is 2.6 years, but there are differences between hospitals, and the treatment length varies from several months up to six years. The highest number of patients in inpatient forensic treatment is from regions: Karlovy Vary, Ústí nad Labem and Moravian-Silesian region. The diagnostic spectrum shows that the highest proportion of patients are diagnosed with psychotic disorders F2; (47%), 17% of patients are diagnosed with F62-F69 disorders, which also include paraphilic disorders, 16% have as the main diagnosis substance abuse; F10-F19.

Závěr: V mezinárodním srovnání lze počet nemocných umístit do nižšího průměru evropských zemí, průměr ošetrovací doby se také jeví být v nižším průměru. Struktura a podrobnost dat z pravidelných censů neumožňují podrobnější popis populace z pohledu jejich rizikovosti pro společnost či spáchaného jednání.

Klíčová slova: ochranné léčení, hodnocení rizika násilného jednání, deinstitucionalizace, délka léčby.

Conclusion: In an international comparison, patient numbers seem to be lower than in other European countries; the average treatment length also appears to be lower. The data structure from regular censuses has certain limitations as they do not allow a more detailed description of the population regarding risk for the society or the conduct committed.

Key words: forensic treatment, violence risk assessment, deinstitutionalization, length of treatment

ÚVOD

Ochranné léčení (OL) je trestní sankce, kdy primárním důvodem a nezbytným předpokladem jejího uložení je spáchání trestného činu, nebo tzv. činu jinak trestného, osobou s duševní poruchou či chorobou.^{1,2} Ukládáno je ve formě ústavní či ambulantní, výzvou výkonu ústavního OL je splnění dvou někdy protikladných požadavků: léčba duševně nemocných pachatelů trestných činů a jejich společenská reintegrace a zároveň ochrana společnosti před těmito nemocným, která si někdy vyžaduje určitou míru izolace. Nastavení této komplexní rovnováhy je určováno jednak právním prostředím, jednak systémem služeb.^{3,4} Z ne zcela zřejmých důvodů v některých evropských zemích dochází k nárůstu počtu nemocných s nařízenou ústavní OL⁵ a také k prodlužování doby této léčby,⁶ zatímco jiné země mají tyto počty stabilní. Například dřívější nálezy z Velké Británie udávaly průměrnou délku léčby pod dva roky,⁷ ty nedávné reportují již výrazně delší doby.⁸

Počty nemocných ve výkonu ústavního OL se mezi jednotlivými evropskými státy významně liší.⁹ Tyto rozdíly mohou být dány právní úpravou, rozdílnými procesy soudních regulací, kriminální politikou či strukturou a nastavením systému služeb.^{2,6} Důležitou roli hrají i zdánlivě nesouvisející faktory, jako globální index demokracie, hrubý domácí produkt či celkové výdaje na zdravotní péči.⁹ Je uváděno, že u části nemocných se jedná o transinstitucionalizaci, tedy přestup ze systému dlouhodobé péče do systému péče tzv. forenzní (v českém prostředí OL).¹⁰

Vývoj počtu lůžek OL v ČR lze vysledovat k sametové revoluci, předchozí mapování udává v ČR (ČSSR, ČSFR) k roku 1990 15,3 lůžka OL na 100 000 obyvatel,¹¹ pokles těchto čísel na současné hodnoty¹² je dáván do souvislosti se společenskými změnami po roce 1990. V ČR dochází k postupnému poklesu psychiatrických lůžek v horizontu posledních desíti let.^{13,14} V evropském kontextu také dochází v posledních třiceti letech k setrvalému poklesu počtu psychiatrických lůžek, za současného nárůstu péče forenzní.^{5,11}

Podobně jako v jiných evropských zemích i v České republice probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti lůžkové psychiatrické péče, který je v rámci Strategie reformy psychiatrické péče zařazen do projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“ a je jedním ze stěžejních projektů Reformy psychiatrické péče.¹⁵ Součástí tohoto projektu je mapování populace nemocných hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. Z dřívějších výsledků je známo, že nemocní s OL tvoří cca 11 % hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích,¹⁶ podrobnější popis této populace a časový vývoj počtů nemocných doposud není dostupný. Sledování počtu nemocných s nařízeným OL, včetně počtů nemocných ve výkonu ústavního léčení, je nutné pro rozvoj tohoto systému péče návazné péče a budování asertivních komunitních týmů (FACT)¹⁷ – v našem prostředí tzv. Forenzních multidisciplinárních týmů (FMT) nebo CDZ OL.

Cílem studie je popsání populace nemocných s nařízeným OL ústavním na základě dat získaných z censů realizovaných v rámci projektu Deinstitucionalizace.

MATERIÁL A METODA

Do studie byla zahrnuta data z psychiatrických nemocnic, které jsou určeny k výkonu ústavního OL psychiatrického (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Psychiatrická nemocnice v Opavě, Psychiatrická nemocnice Brno, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická nemocnice Jihlava, Psychiatrická nemocnice v Horních Beřkovicích, Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, Psychiatrická léčebna Petrohrad, Psychiatrická nemocnice Lnáře, Psychiatrická nemocnice Bílá Voda). Místní příslušnost a pověření typem léčení je dána Kancelářským řádem pro okresní, krajské a vrchní soudy (instrukce Ministerstva spravedlnosti č. 1/2002) v příloze č. 8. Všechna výše uvedená zařízení jsou spádová

pro výkon OL protialkoholního, protitoxikomanického a patologického hráčství. Sexuologické léčení je vykonáváno pouze v: PN Dobřany, PN Bohnice, PN Horní Beřkovice, PN Kosmonosy, PN Havlíčkův Brod a PN Brno. PN Opařany je zaměřená na dětskou a adolescentní klientelu, PN Červený Dvůr je zaměřená výhradně na závislostní problematiku.

Data týkající se počtu nařízených OL byla získána z Odboru dohledu nad ochranným léčením Ministerstva spravedlnosti ČR a jsou výstupem z Centrální evidence statistických listů a výkaznictví (CSLAV) vedené Ministerstvem spravedlnosti ČR.

Pokud jde o sběr a analýzu dat, do souboru byli zahrnuti všichni hospitalizovaní s nařízenou OL. Data byla extrahována z nemocničních informačních systémů jednotlivých nemocnic a poté sjednocena IT specialistou. Sběr dat probíhal v rámci širšího mapování populace dlouhodobě hospitalizovaných, délka hospitalizace označuje délku současné hospitalizace (při přerušení kratším 21 dnů byly pobyty sloučeny do jednoho pobytu). Data byla deskriptivně statisticky zpracována v aplikaci MS Excel 2013. Pokud není uvedeno jinak, data jsou uváděna k datu posledního dostupného sběru dat, tedy k 31. 12. 2020.

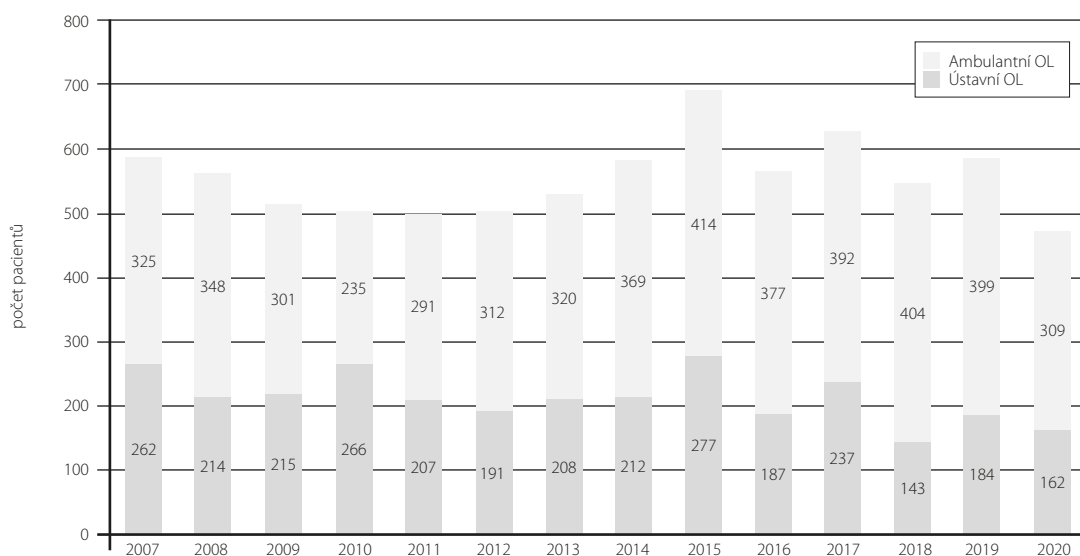
VÝSLEDKY

Na základě dat získaných z pravidelných cenzů je počet nemocných s nařízeným OL hospitalizovaných ke konci roku 2020 839 (82 žen a 757 mužů), obsazují tedy přibližně 11 % lůžkového fondu následné psychiatrické péče. Sbíraná data neumožňují získat údaj o počtu soudem nařízených OL, kdy jednomu nemocnému může být samostatně nařizováno OL psychiatrické, protitoxikomanické, protialkoholní, léčení patologického hráčství či léčení sexuologické buď samostatně, či v kombinacích. Tato opatření jsou někdy soudy ukládána duplicitně i triplicitně, takže počet nařízených léčení se od počtu nemocných liší.

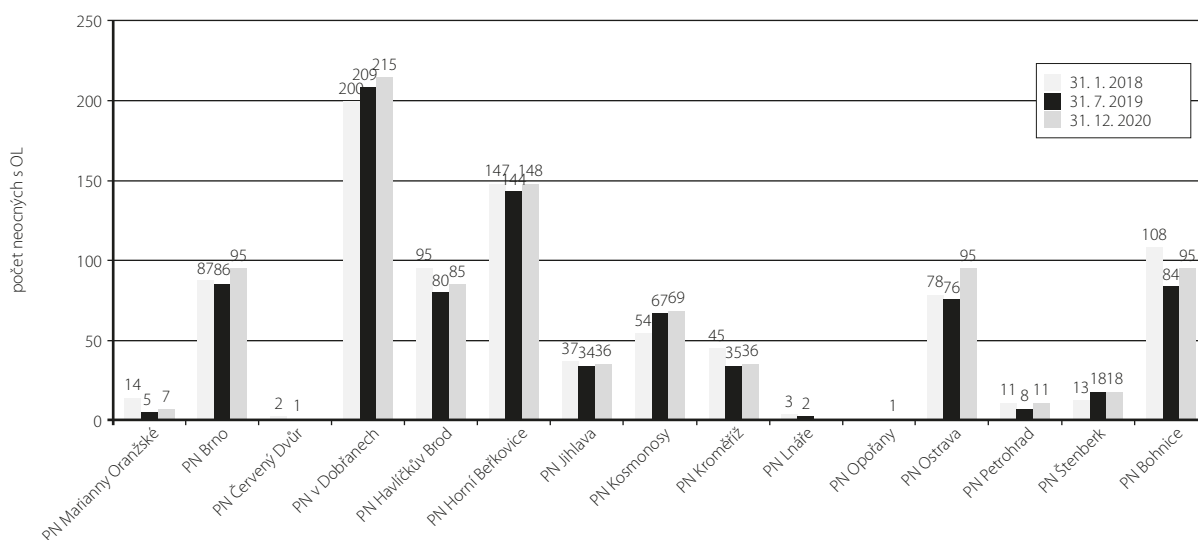
Přehled soudem nařízených ochranných léčení (graf 1) získaných z databáze Ministerstva spravedlnosti ČR CSLAV ukazuje průměrně 212 nově soudem nařízených ústavních léčení a 342 nových ambulantních léčení ročně. Toto číslo je však zejména ve své ústavní části neúplné, neboť nezahrnuje případy, kdy bylo OL uloženo v jiné procesní situaci než v hlavním líčení či veřejném zasedání v řízení o opravném prostředku, ani případy, kdy byla na ústavní OL změněna původně uložená zabezpečovací detence – tedy například ty případy, kdy je trestní stíhání zastaveno pro „nepříčetnost“ podmíněnou přítomnou duševní poruchou a kdy bývá často nařizována ústavní forma léčení.¹⁸

Většina zařízení během sledovaných tří let udržuje relativně stabilní počty nemocných (graf 2) s OL, kdy v poměru k celkovému počtu lůžek má relativně nejvyšší podíl nemocných s OL PN Horní Beřkovice 30 %, následuje PN Dobřany s 18 %, PN Brno 13 %, PN Havlíčkův Brod cca 12 %, PN Bohnice cca 12 %, PN Kosmonosy cca 12 %, PN Opava 11 %, PN Petrohrad 8 % hospitalizovaných. V dalších psychiatrických nemocnicích tvoří nemocní s OL pouze okrajovou skupinu, v PN v Kroměříži, PN Šternberk a PN Mariany Oranžské to jsou méně než 4 %. Přestože znalost absolutního počtu či jejich podílu na celkovém počtu nemocných v jednotlivých zařízeních je důležitá pro plánování rozvoje těchto zařízení, zajištění financování nebo personálního vybavení, toto číslo neumožní srovnání mezi zařízeními, neboť nemocnice mají velmi rozdílné spádové oblasti.

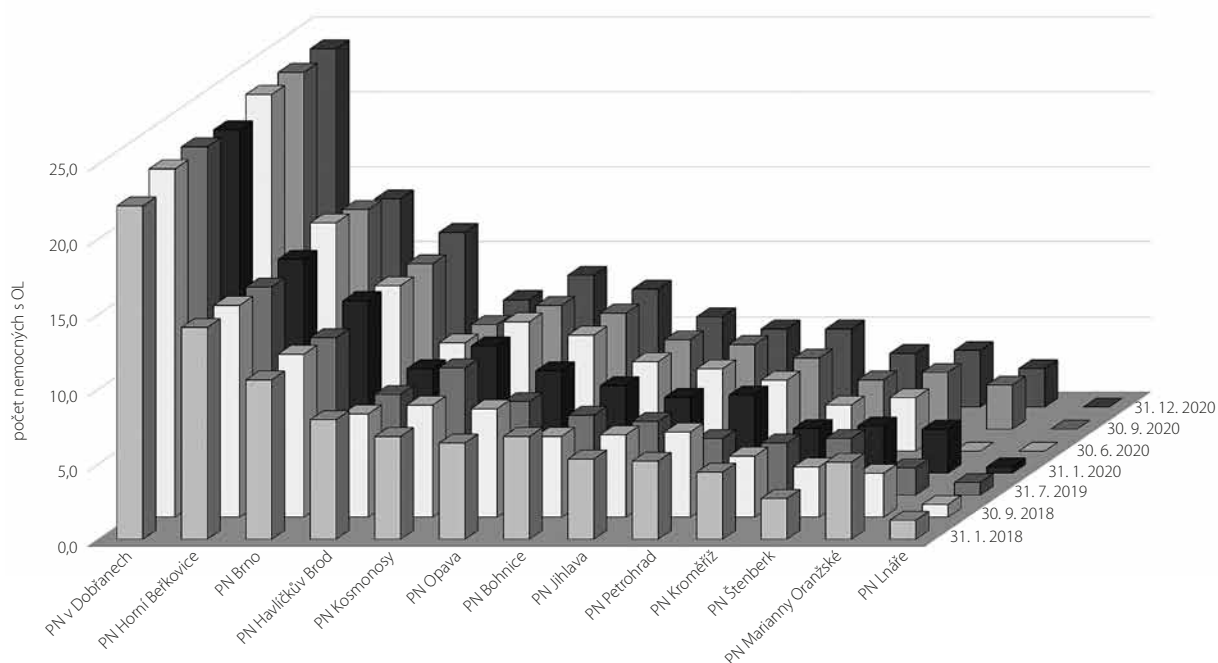
Z uvedených dat (graf 3) je zřejmé, že existuje regionální nevyváženost v počtu OL na 100 000 obyvatel spádové oblasti. Zatímco celostátní průměrný počet OL je 8,2, ve spádu PN v Dobřanech je to téměř 24 a ve spádu PN Horní Beřkovice téměř 14 hospitalizovaných na 100 000 obyvatel. Naopak například PN Lnáře (2,6) nebo PN v Kroměříži (3,6) nedosahují ani celostátního průměrného počtu nemocných s OL. PN Červený Dvůr k danému datu



Graf 1. Uložená OL ústavní a ambulantní 2007–2020



Graf 2. Počty nemocných s ústavní OL v psychiatrických nemocnicích 2018–2020



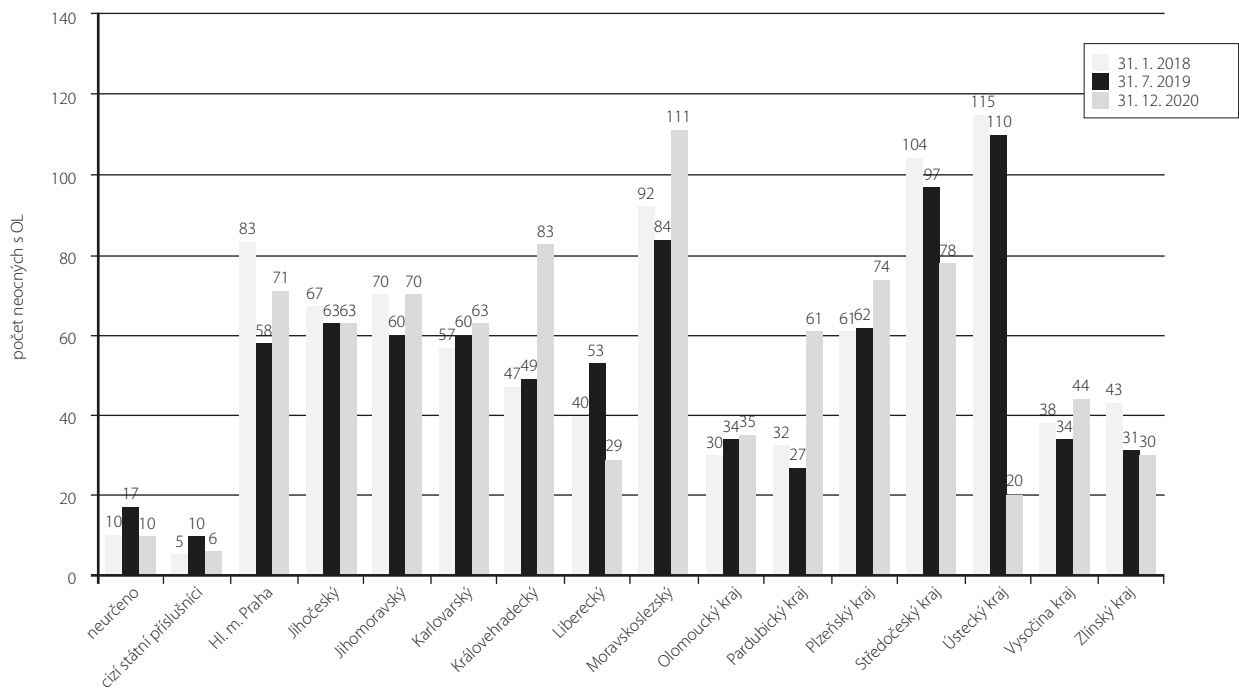
Graf 3. Počet OL v PN na 100 tis. obyvatel spádové oblasti

neměla žádného pacienta ve výkonu OL ústavní, proto v grafu není zobrazena.

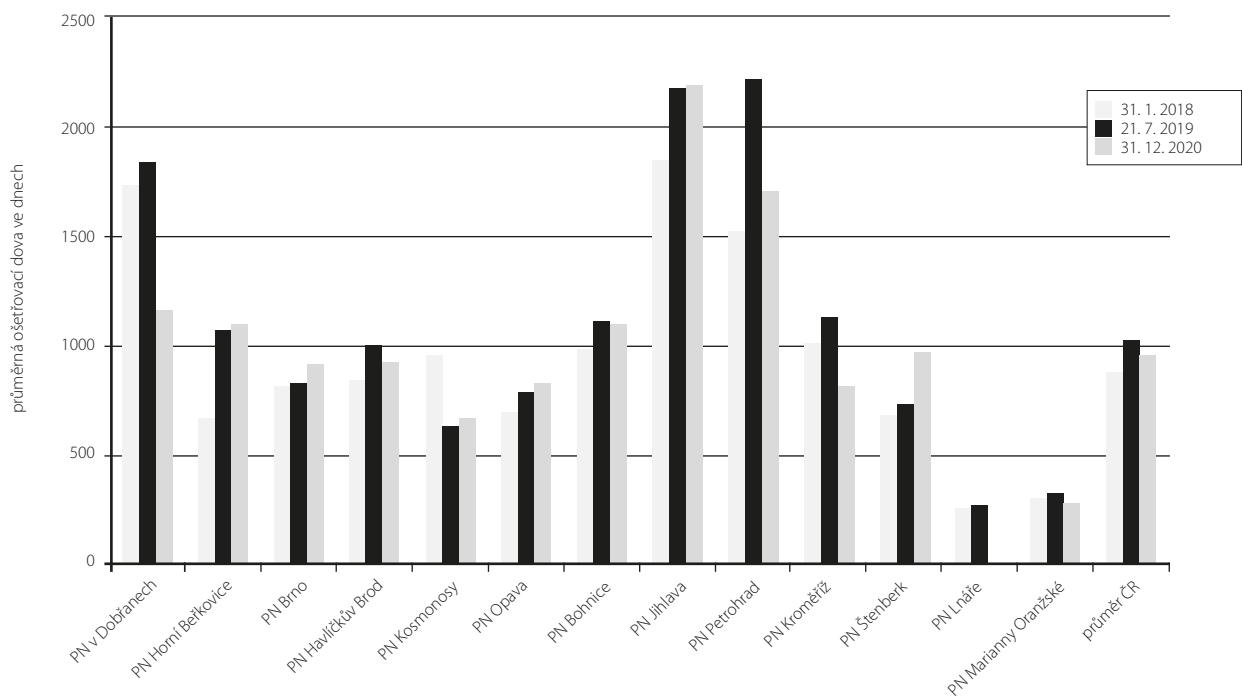
Stejně jako v přepočtu na 100 000 obyvatel spádové oblasti (graf 4) i v přepočtu dle kraje bydliště v ČR existuje nerovnoměrnost v počtu ústavních léčení. Zlínský, Olomoucký a Pardubický kraj mají výrazně nižší počty nemocných ve výkonu OL, než mají Karlovarský a Ústecký kraj. Mezi jednotlivými kraji jsou násobné rozdíly v počtu nemocných ve výkonu ústavního ochranného léčení v širokém rozmezí od 30 po téměř 120.

Celostátní průměrná ošetrovací doba ústavních OL je 2,6 roku (graf 5). Mezi nemocnicemi jsou značné rozdíly; od několika měsíců (PN Lnáře) po 6 let (PN Jihlava). V celém systému hospitalizační léče péče je 30 nemocných hospitalizováno déle než 15 let, 145 nad pět let

a 328 nemocných má délku léčení delší než dva roky, což znamená, že alespoň jednou jim byla ústavní léčba soudem prodloužena. Z celkového počtu 1288 nemocných hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích déle než dva roky tvoří nemocní s OL 25 %. Nejdelší hospitalizační doba je 40,5 roku. Šest pacientů s nařízenou léčbou je mladších 18 let a pouze jeden z nich je umístěn v zařízení určeném pro léčbu dětí a mladistvých. Diagnostické složení ukazuje nejvyšší podíl nemocných z okruhu psychotických poruch (F2) 47 %, 17 % nemocných je z okruhu F62–F69, který zahrnuje i parafilní poruchy, 16 % má jako první závislostní diagnózu z okruhu F10–F19. 7,4 % nemocných má diagnostické zařazení z okruhu F7, 6 % je vedeno pod diagnózou organické poruchy F0 nebo G30.



Graf 4. Počet ústavních OL dle krajů trvalého bydliště



Graf 5. Průměrná ošetrovací doba u nemocných ve výkonu ústavního OL ve dnech

DISKUSE

Současná studie předkládá základní data o počtu nemocných s nařízeným OL a délce léčby v jednotlivých psychiatrických nemocnicích. V mezinárodním srovnání v přepočtu na 100 000 obyvatel spádové oblasti je průměrný počet 7,2 nemocného v ČR ve výkonu ústavní OL v rámci evropského průměru (Německo 10,0; Velká Británie a Wales 11,7; Polsko 5,7).⁹ I naše relativně nejvyšší číslo PN v Dobřanech (23,9) je stále identické jako průměrný

počet v Nizozemsku (23,9). Na druhou stranu v Itálii, Dánsku, Irsku či Švýcarsku je průměrný počet nemocných 2 a méně na sto tisíc obyvatel.^{5,9} Tyto rozdíly jsou do určité míry podmíněny odlišnou historií vývoje systému^{2,19} i odlišným důrazem na deinstitucionalizaci služeb, kdy např. v Itálii je v současné době nemocným s nařízenou ústavní léčbou péče poskytována v malých, regionálně rozmístěných odděleních, kam byli v roce 2015 přemístěni z velkých léčebných zařízení.²⁰ Jiné evropské státy zůstávají u centralizovanějšího uspořádání péče.^{4,6,21}

Výrazné rozdíly v počtu nemocných v přepočtu na počet obyvatel spádové oblasti bezpochyby zasluhují pozornost. Je nutné zmínit, že v zařízeních, která mají relativně nejvyšší počet nemocných, včetně těch s dobou léčení nad dva roky, je zároveň nejvyšší počet nemocných, kdy soud zamítl návrh zařízení na propuštění nemocných do ambulantní péče nebo je v řízení návrh na umístění do zabezpečovací detence.²² Dalším faktorem stojícím za rozdíly může být nerovnoměrná struktura sítě služeb, v PN Brno tvoří nemocní z dg. okruhu F62–F69 33% všech hospitalizovaných s ústavní OL a jejich vysoký podíl v počtu všech léčených s OL může odrážet kompenzaci chybějící kapacity sexuologického ochranného léčení v PN Opava, když celostátní podíl nemocných s nařízenou sexuologickou léčbou je jen 15% ze všech ústavních léčení.^{12,22} V PN Dobruška, PN Bohnice, PN Horní Beřkovice, PN Kosmonosy, PN Havlíčkův Brod a PN Brno tedy celkově cca 140 nemocných ve výkonu ochranného sexuologického léčení relativně navyšuje počet nemocných těchto nemocnic ve výkonu OL. Dalším faktorem je to, že regionální příslušnost pro výkon OL je dána přílohou 8 Kancelářského soudního řádu, kdy se tato místní příslušnost nepřekrývá se současným krajským uspořádáním. Např. PN v Dobrušce je zařízením pro výkon ústavního OL z celého Karlovarského a Plzeňského kraje, části krajů Středočeského a Jihočeského. Rozsáhlé spádové území mají i další nemocnice, např. PN Horní Beřkovice, PN Kosmonosy, PN Havlíčkův Brod. Toto uspořádání výkonu OL s sebou nezbytně přináší obtíže při propouštění nemocných z ústavního léčení, neboť je nutné provazování s poskytovateli ambulantních a sociálních služeb v rozsáhlé spádové oblasti napříč až čtyřmi kraji. Například lokální služby a poskytovatelé z Karlovarského kraje, který má vůbec nejvyšší počet nemocných v ústavním OL v přepočtu na počet obyvatel, musejí spolupracovat s relativně vzdálenou nemocnicí PN v Dobrušce umístěnou v Plzeňském kraji.

Průměrná ošetrovací doba ústavních OL v ČR 2,6 roku je v mezinárodním srovnání v rámci normy či podprůměru doby zemí se stejným právním pozadím Římského práva.^{9,23} I když jsou aktuálně dostupná pouze evropská čísla za rok 2013, v tomto roce činila průměrná délka výkonu OL v Nizozemsku 10 let, ve Velké Británii téměř 8 let, v Itálii 2,9 roku.⁹ Další nálezy ukazují průměrnou délku léčby v Německu téměř 5,8 roku,²⁴ 6,8 v Chorvatsku²⁵ nebo 5,8 roku ve Švédsku.²⁶ Délka léčby v našich nemocnicích je srovnatelná s Polskem – 2 roky – a Makedonií – 2,6 roku.⁹ Předmětem zájmu nejsou krátkodobé pobyty, tedy relativně „úspěšné“ případy výkonu ústavního léčení, ale naopak ty delší, kdy se zjevně léčení nedaří přeměnit na formu ambulantní či ukončit; zajištění péče o tuto podskupinu nemocných je vnímáno jako specifické právě díky její dlouhodobosti, kdy dochází k institucionalizaci obdobně jako u nemocných bez nařízeného OL, kdy přítomná zjevná rizika činí propuštění bez dostatečného zajištění následné péče obtížným.^{19,24,26} Určení toho, co je „dlouhodobá léčba“, se liší stát od státu a zejména dle definice stupně zabezpečení daného léčení. Obvykle bývá stanovována jako 10 let, pokud se jedná o „high security“, 5 let v „medium security“,⁸ dva roky, pokud se jedná o smíšenou úroveň zabezpečení nebo „low security“.⁶ Údaje

týkající se délky léčení se tedy liší s ohledem na zahrnutí populace, pokud zahrneme populaci v tzv. „high security“ (která odpovídá stupněm zabezpečení našim Ústavům zabezpečovací detence) a středně zabezpečená oddělení, dostáváme průměrnou desetiletou délku pobytu nejen v Nizozemsku, ale i ve Velké Británii, Belgii a Srbsku.⁴ 30 našich nemocných s délkou léčby nad 15 let v ústavním léčení tvoří jen 3,5% všech nemocných hospitalizovaných ve výkonu OL, kdy např. ve Velké Británii tvoří téměř čtvrtinu všech nemocných v „high secure“ nemocnicích.²¹ Problematiku výkonu OL tedy nelze oddělit od druhého ochranného opatření, určeného podobnému okruhu duševně narušených pachatelů – zabezpečovací detence, která je součástí vězeňského systému, její aktuální kapacita v ČR je 95 osob.¹⁸ Institut zabezpečovací detence je také trestní sankce, subsidiární vůči ochrannému léčení, což spočívá v tom, že ji lze uložit osobám, které by splňovaly předpoklady pro uložení OL, ovšem vzhledem k povaze jejich duševní poruchy a možnostem léčby nelze očekávat, že by OL vedlo k dostatečné ochraně společnosti; zákon umožňuje změnit ústavní OL v průběhu jeho výkonu na zabezpečovací detenci a naopak.¹⁸ Oba typy zařízení jsou tímto funkčně propojeny a nemocní mezi nimi procházejí, toto odpovídá např. systému „high“ a „medium“ security zařízení ve Velké Británii, kde přestup mezi nimi je též vázán na souhlas soudu.⁸

Značné rozdíly v délce léčení mezi jednotlivými nemocnicemi mohou být výslednicí několika příčin. Jednou z možností je, že se poskytovatelé setkávají s rozdílnou rozhodovací praxí soudů při posuzování jejich návrhu na přeměnu OL, jeho ukončení či přeměnu na zabezpečovací detenci. Pokud je některými soudy častěji vyžadováno vypracování znaleckých posudků pro posouzení úspěšnosti ústavního léčení, potom se doba ústavního léčení v dané místně příslušné nemocnici výrazně prodlužuje. V situaci, kdy nejsou vypracována jednotná pravidla výkonu OL, může také docházet k odlišnému přístupu v různých zařízeních danému historickými zvyklostmi, různíci se pohledy na řešení léčebných otázek, odlišnými vnitřními režimy jednotlivých zařízení či strukturou a dostupností návazných služeb. Právní pohled, který vidí OL jako trestní sankci, pak toto popisuje jako potenciálně nerovný přístup k právu.²⁷ V transformaci systému služeb tedy bude nezbytné sjednocení postupů výkonu OL ve všech zařízeních a zavedení jednotných vodítek léčby u této podskupiny nemocných.²⁸

V současné době není v ČR vedena centralizovaná evidence nařízených OL ani na straně justice,¹⁸ ani ve zdravotnickém systému. Jednotliví poskytovatelé lůžkové péče vedou vlastní evidenci nařízených a nemocných přijatých k výkonu OL ve vlastních informačních systémech, což významně ztěžuje sběr dat. Při referování o počtech zvláště dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích je nutné udávat počty nemocných s OL odděleně, protože i v jiných státech jsou tyto vnímány jako specifická léčebná skupina a nejsou směřovány s všeobecnou populací hospitalizovaných nemocných.^{5,6,9}

V současnosti v resortu MSp vykazované údaje o nařízených OL patrně neodpovídají celé skutečnosti (protože vycházejí pouze ze statistických listů trestních, které se ovšem ve všech případech nařízení OL nevyplňují).¹⁸

Vykazované údaje o OL / zabezpečovací detenci (data z Centrální evidence statistických listů a výkaznictví, CSLAV) tedy plně neodpovídají počtům nemocným ve výkonu OL, resp. celkovému počtu nařízených ústavních ochranných léčení.^{18,29}

Jednotlivá psychiatrická zařízení nemají zřizovatelem či jiným způsobem stanoveno či určeno, jaká je jejich kapacita k výkonu OL, ani celkově, ani v jednotlivých diagnostických podoblastech ochranného léčení.²² Toto v minulosti vedlo k užívání tzv. pořadníků např. v oblasti výkonu závislostního ústavního léčení. Ve svých transformačních plánech budování specializovaných oddělení pro výkon OL dvě nemocnice vůbec neplánují, ostatní již takováto oddělení mají či je plánují zřídit ve střednědobém plánu. Vzhledem k absenci jednotné metodiky či vodítek léčby je pouze na jednotlivých zařízeních, jakou kapacitu pro výkon OL poskytují, zda léčbu poskytují na specializovaných odděleních či nemocné s OL léčí společně s jinými nemocnými. Tento systém na jedné straně poskytuje určité výhody v tom, že umožňuje poskytování stejné péče všem nemocným bez ohledu na druh léčby či právní status této hospitalizace. Na straně druhé nezohledňuje specifika některých nemocných s nařízenou ochrannou léčbou, např. v oblasti zajištění bezpečného prostředí či např. jejich práva na pobyt na čerstvém vzduchu, pokud je jejich rizikovitost a možnost útěku vyhodnocena jako velmi vysoká.²⁷ Problematické také je, že nedochází k rozvoji služeb pro specifické podskupiny nemocných s nařízenou OL, kdy např. děti a adolescenti jsou často léčeni na odděleních pro dospělé, stejně tak nejsou dostupná oddělení pro výkon OL žen. Na složitou praxi umisťování dětí a adolescentů s OL na oddělení pro dospělé, kdy dochází k omezení jejich přístupu ke vzdělání, výchovných intervencím a možnému porušování jejich osobnostních práv, je opakovaně upozorňováno.^{22,27} Absence oddělení, která mohou pečovat o rizikovější populaci omezeněji

spolupracujících nemocných, také může vést k tomu, že tito přestupují do ústavů zabezpečovací detence,¹ kde sice je zamezeno jejich útekům, avšak také dochází k vážnému omezení jejich osobní svobody a možnost jejich léčebného ovlivnění je limitovaná.²⁷ V situaci, kdy nejsou rutinně používány nástroje hodnocení rizika,³⁰ výkon OL také nemusí být zacílen na zásadní oblasti rizika u daného nemocného, tedy to, co jej činí „společensky nebezpečným“. Toto může vést k prodloužení léčby u některých nemocných, zatímco jiní nemocní mohou být propouštěni do ambulantního léčení bez dostatečného zajištění přítomných rizik.^{26,31} Tyto nástroje, které mohou být použity i k měření průběhu a úspěšnosti léčby,^{19,31} jsou již dostupné v české adaptaci a mohou pomoci zacílit léčbu na oblasti, jež je vhodné terapeuticky posilovat, tzv. protektivní faktory,³² či naopak tlumit či intervenovat, tzv. rizikové faktory.^{33,34}

ZÁVĚR

Přes svou nespornou přínosnost jsou data získaná z cenzů týkající se OL pouze rámcová, poskytující pouze neúplný pohled na populaci ústavních OL. Poskytují základní popis populace hospitalizovaných, rámcovou věkovou strukturu či diagnostické složení. Zároveň však neposkytují další podstatné informace, které je nutné o této skupině nemocných získat. Jde např. o údaje o deliktním chování, komorbiditě, uložení trestu, a hlavně o tom, jaká rizika jsou u nemocných přítomna. Tato rizika jsou hlavním důvodem jejich léčení, resp. jejich přetrvávání je důvodem prodloužení OL. Je tedy nutné pracovat na detailnějším popisu této populace z tohoto pohledu, protože to může poskytnout vodítka k tomu, jak populaci nemocných v ČR v tomto segmentu péče intervenujeme, jaká je jejich léčebná trajektorie a jaký systém služeb je vhodné budovat, aby vyhovoval jejich specifickým potřebám.

LITERATURA

1. Blatníková Š, Zeman P. Ochranné léčení a zabezpečovací detence: alternativy nebo spojitě nádoby? Česká kriminologie 2019; 2: 1–16.
2. Salize HJ, Dressing H. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders-Legislation and Practice in EU Member States Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders-Legislation and Practice in EU Member States Research Project-Grant Agreement SPC.2002448 Final Report [Internet]. Mannheim; 2005 [cited 2019 Aug 8]. Dostupné z: <http://www.krim.dk/undersider/straffuldbyrdelse/forvaring/psykisk-afvigende-indsatte-placering-europa-eu2006.pdf>
3. Salize HJ, Lepping P, Dressing H. How harmonized are we? Forensic mental health legislation and service provision in the European Union. Crim Behav Ment Heal [Internet] 2005 Sep 1 [cited 2018 Oct 28]; 15 (3): 143–147. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/cbm.6>
4. Edworthy R, Sampson S, Völlm B. Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. Int J Law Psychiatry [Internet] 2016 Jul [cited 2019 Aug 8]; 47: 18–27. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160252716300401>
5. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990 [Internet]. Vol. 6, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2016 [cited 2021 May 4]; 10188. Dostupné z: <http://pmc/articles/PMC4854016/>
6. Sampson S, Edworthy R, Völlm B, Bulten E. Long-Term Forensic Mental Health Services: An Exploratory Comparison of 18 European Countries. Int J Forensic Ment Health [Internet] 2016 Oct 1 [cited 2021 Apr 20]; 15 (4): 333–351. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14999013.2016.1221484>
7. McKenna J. In-patient characteristics in a regional secure unit. Psychiatr Bull [Internet]. 1996 [cited 2021 May 4]; 20 (5): 264–268. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/inpatient-characteristics-in-a-regional-secure-unit/6157DC8E05C1EECF69758C903B2EB0DC>
8. Völlm BA, Edworthy R, Huband N, Talbot E, Majid S, Holley J et al. Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England; A secondary publication from a large mixed-methods study. Front Psychiatry [Internet] 2018 Apr 16 [cited 2020 Jul 9]; 9 (APR): 140. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29713294>
9. Tomlin J, Lega I, Braun P, Kennedy HG, Herrando VT, Barroso R et al. Forensic mental health in Europe: some key figures. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet] 2020 Jul 10 [cited 2020 Aug 23]; 1: 3. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01909-6>
10. Marquant T, Torres-Gonzalez F. Deinstitutionalization Versus Transinstitutionalization

- onalization. In *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe* (293–304). Cham: Springer International Publishing. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-74664-719>
11. Mundt AP, Frančišković T, Gurovich I, Heinz A, Ignatyev Y, Ismayilov F et al. Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. *PLoS One* [Internet] 2012 Jun 8 [cited 2021 May 4]; 7 (6). Dostupné z: [/pmc/articles/PMC3371010/](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171010)
 12. Páv M, Skřivánková P, Wiseman C, Vňuková M, Blatníková Š, Hollý M. Forensic Treatment Services in the Czech Republic: Current State and Future Challenges. *Int J Forensic Ment Health* 2020 Feb 26; 19 (3): 269–282.
 13. RNDr. Jitka Soukupová, Muselíková IK. Národní portál psychiatrické péče [Internet] 2021. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/>
 14. Nechanská B, Jahn J, Nováková Z, Kudrna K, Slábová V, Pašingerová R. *Psychiatrická péče 2017* [Internet]. Prague: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018: 1–122. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pecce-2017>
 15. MHCR. Strategie reformy psychiatrické péče (Mental Health Care reform strategy) 2013.
 16. Machů V, Papežová S, Winkler P. Struktura aktuálně hospitalizovaných pacientů v českých psychiatrických nemocnicích k září 2018. *Čes a slov Psychiat* [Internet] 2019; 115 (4): 167–173. Dostupné z: http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2019_4_167_173.pdf
 17. Marquant T, Sabbe B, Van Nuffel M, Goethals K. Forensic Assertive Community Treatment: A Review of the Literature. *Community Ment Health J* [Internet] 2016 Nov 15 [cited 2019 Jan 9]; 52 (8): 873–881. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27422650>
 18. Blatníková Š, Zeman P. Metodika sběru a vykazování dat o ukládání a výkonu institutů ochranného léčení a zabezpečovací detence [Internet]. Praha, 2019. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/2019OLZD.pdf>
 19. Völlm B, Braun P, editors. *Long-Term Forensic Psychiatric Care Clinical, Ethical and Legal Challenges*. Springer Nature Switzerland: Springer International Publishing 2019.
 20. Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: A new revolution begins? [Internet]. Vol. 206, *British Journal of Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists; 2015 [cited 2021 May 19]: 445–446. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26034177/>
 21. Hare Duke L, Furtado V, Guo B, Völlm BA. Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet] 2018 Mar 1 [cited 2021 May 11]; 53 (3): 313–321. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1473-y>
 22. Páv M, Švarc J. Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení. Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitucionalizace. Praha, 2018. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40103/11_Priloha%20stav%20a%20rozvoj%20site%20OL.pdf
 23. Tort-Herrando V, Tataru N, Barrios-Flores F-L. National Laws and Their History. In: *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe* [Internet]. Springer International Publishing 2018 [cited 2021 May 31]: 19–30. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-74664-7_2
 24. Ross T, Querengässer J, Fontao M, Hoffmann K. Predicting discharge in forensic psychiatry: The legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric hospitals. *Int J Law Psychiatry* 2012 May 1; 35 (3): 213–221.
 25. Margetić B, Margetić BA, Ivanec D. Can Personality Traits Affect Detention Length in a Forensic Institution? *J Forensic Psychol Pract* [Internet] 2014 Aug 8 [cited 2021 May 4]; 14 (4): 277–287. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15228932.2014.931127>
 26. Andreasson H, Nyman M, Krona H, Meyer L, Anckarsäter H, Nilsson T et al. Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence. *Int J Law Psychiatry* 2014 Nov 1; 37 (6): 635–642.
 27. Mgr. Anna Šabatová PD. Výkon ochranného léčení, omezovací prostředky a další témata, souhrnná zpráva z návštěv psychiatrických nemocnic [Internet]. Brno; 2019. Dostupné z: <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>
 28. Švarc J, Páv M, Papežová S, Hollý M. Ochranné léčení – postupy pro poskytovatele zdravotní péče. *Psychiatr praxi* [Internet] 2018 [cited 2019 Aug 7]; 12 (2): 80–85. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz
 29. Blatníková Š, Zeman P. Ochranné léčení během výkonu trestu odnětí svobody: možnosti a úskalí. In: *Trestněprávní revue*. Praha: C. H. Beck 2019: 127–134.
 30. Páv M, Skřivánková P, Vňuková M, Ptáček R VJ. Hodnocení rizika násilného jednání. *Čes a slov Psychiat* [Internet] 2020; 116 (2): 66–73. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=144311546&site=eds-live>
 31. Sedgwick O, Young S, Das M, Kumari V. Objective predictors of outcome in forensic mental health services – A systematic review [Internet]. Vol. 21, *CNS Spectrums*. Cambridge University Press 2016 [cited 2020 Nov 11]: 430–444. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1093857316000011>
 32. Páv M, Vňuková M, Ptáček R, de Vogel V, de Ruiter C, Bouman YHA et al. SAPROF: strukturované posouzení protektivních faktorů při posuzování rizika násilného chování. 1. st Czech. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020: 1–84.
 33. Vňuková M, Ptáček R, Páv M, Vevera J. HCR-20v3: hodnocení rizika násilí. Česká adaptace: Boer, Douglas P, HCR 20 – assessing for risk violence version 3. Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020: 152.
 34. Halouzková L, Sejblová P, Páv M, Vňuková M, Ptáček R. SVR-20, Česká adaptace: Boer, Douglas P, SVR 20 V2 manual for version 2 of the sexual violence risk-20. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR 2020: 96.