



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení

Marek Páv, Jiří Švarc

Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitutionalizace

Praha, srpen 2018



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

Obsah

Obsah.....	2
Úvod.....	3
Ochranné léčení (dále OL) upravují zejm. tyto právní předpisy:	3
Současné postupy v ochranném léčení.....	4
Před OL.....	4
Komu soud ukládá OL	4
Povinnosti soudu před výkonem OL ústavního.....	5
Administrativa poskytovatele po obdržení nařízení.....	5
Obvyklá korespondence před započatím OL.....	6
Přijetí do OL	6
Koho přijmout do OL.....	6
Administrativa poskytovatele při přijetí pacienta do OL.....	7
Výkon OL	8
Ošetřovatelské zásady při výkonu OL ústavního.....	9
Prodlužování OL.....	10
Propuštění z OL	10
Účel OL, důvody přeměny a ukončení OL.....	11
Průběh veřejného zasedání soudu.....	11
Důvody nutné obhajoby	11
Po propuštění z OL.....	12
Další legislativní problémy	12
Evidence a datové zdroje.....	14
Ústavní ochranné léčení	14
Ambulantní ochranné léčení	17
Zahraniční praxe.....	18
Struktura sítě ústavního ochranného léčení	20
Struktura sítě ambulantního ochranného léčení	24
Zabezpečovací detence.....	25
Výkon ochranného léčení - doporučené postupy.....	26
Prostup nemocného sítí ochranného léčení	27
Problémy spojené s výkonem ochranného léčení.....	27
Výkon ochranného léčení u dětí a adolescentů	28
Oblasti problematiky OL doporučené k řešení.....	29
Koncepční činnost a mezirezortní spolupráce	29
K rozvoji sítě.....	29
Ústavní léčení.....	29
Ambulantní léčení.....	30
Evidence ochranného léčení.....	31
Průběh ústavního léčení, hodnocení rozvíjivosti pacienta	32
Forenzní multidisciplinární tým.....	33
Meziresortní spolupráce	34
Kontrola a dohled	34
Spolupráce s Mediační a probační službou	34
Forenzní multidisciplinární tým	34
Finance / úhrady.....	35
Vzdělávání.....	36
Legislativní úpravy a rozhodovací praxe	37
Oblasti řešení problematiky.....	38
Témata pro projekt Deinstitutionalizace	38
Praktický krok	38
Zdroje:	39

Úvod

Ochranné léčení je ochranné opatření pro duševně nemocné pachatele protiprávních činů, které zavedl v Československu trestní zákon z r. 1950. Do té doby existovalo opatření „odkázání do ústavu pro choré vězně“ dle trestního zákona z r. 1921. A předtím u nás platilo rakouské trestní právo, které od 19. století začínalo diferencovat duševně nemocné pachatele.

Právní úprava ochranného léčení je roztržštěna do mnoha dílčích zákonů (viz následující kapitola) a její praxe není jednotná – vždyť poskytovatelé ochranného léčení jsou zřizováni mnoha různými orgány (ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo spravedlnosti, krajské úřady aj.) A což teprve z kolika různých zdrojů jsou poskytovatelé ochranného léčení financováni! Největším problémem institutu ochranného léčení je v současnosti podle našeho názoru právě nejednotná roztržštěná praxe, zejm. nejasné nejednotné postupy při výkonu OL, nejasné financování, nejasné kompetence, dokonce i nejasné cíle. Nejednotná je znalecká praxe při posuzování duševně nemocných pachatelů, nejednotná je soudní praxe při rozhodování o OL, nejednotná je praxe poskytovatelů OL při jeho výkonu (zejm. jaká péče probíhá ve výkonu trestu a jaká na svobodě). Financování OL je svěřeno zdravotním pojišťovněm, které vlastně vůbec nejsou povinné tuto péči hradit.

Tato publikace má přispět k zmapování současné situace, pojmenování současných problémů a ukázání cest, které mohou situaci zefektivnit.

Ochranné léčení (dále OL) upravují zejm. tyto právní předpisy:

- **Trestní zákoník** (zákon č. 40/2009 Sb.) stanovuje v § 99 zákona důvody uložení a trvání OL a podmínky ukončení OL, přeměny na OL ambulantní nebo zabezpečovací detenci.
- **Trestní řád** (zákon č. 141/1961 Sb.) upravuje v § 351 - § 353 způsob nařízení, popisuje proces změny z ambulantní na ústavní formu (a naopak), změnu na zabezpečovací detenci, upuštění od OL a ukončení OL.
- **Zákon o soudnictví ve věcech mládeže** (zákon č. 218/2003 Sb.) specifikuje výše uvedené u nezletilých.
- **Zákon o zdravotních službách** (zákon č. 372/2011 Sb.) specifikuje práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb (dále jen Poskytovatel). Poskytovatelé zdravotních služeb se tímto zákonem musí řídit i při léčbě pacientů s OL, kromě situací specifikovaných v zákonu č. 373/2011 Sb.

- **Zákon o specifických zdravotních službách** (zákon č. 373/2011 Sb.) obsahuje v § 83 - § 89 (koncipovaných původně jako samostatný zákon o ochranném léčení) práva a povinnosti pacienta v OL.
- **Jednací řád soudů** (vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb.) stanovuje v § 41 administrativní postupy soudu po uložení OL ústavního, a v § 42 OL ambulantního. Jde např. o to, které materiály zaslat poskytovateli společně s nařízením, nebo že předseda senátu vyzývá osobu k nástupu OL (nikoli poskytovatel).
- **Kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy** (instrukce Ministerstva spravedlnosti č. 1/2002) upravuje v § 88 – § 90 administrativní postupy soudu po uložení OL, např. když spádová léčebna (nemocnice) odmítne pacienta převzít. Příloha 8 je přehled psychiatrických léčeben (nemocnic) „spádových“ dle místa bydliště osob s uloženými OL ústavním (zvláště pro OL psychiatrické, sexuologické a protialkoholní/protioxikomanické).
- **a řada dalších zákonů** zmiňuje OL: Zákon o výkonu trestu, Zákon o Probační a mediační službě, Zákon o veřejném zdravotním pojištění, Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, Občanský zákoník, Zákon o výkonu zabezpečovací detence, Zákon o obětech trestných činů aj.

Budiž řečeno, že zákon o znalcích a tlumočnících do tohoto výčtu nepatří, přestože v posledních letech jsou do něj vkládány velké naděje – jde o technický zákon, jehož změna nemůže ovlivnit justiční praxi.

Současné postupy v ochranném léčení

Před OL

Komu soud ukládá OL

Ochranné léčení (ústavní nebo ambulantní) ukládá soud dle § 99 trestního zákoníku pachateli trestného činu,

- který je pro duševní poruchu nepřičetný (jeho trestní stíhání se v tom případě zastavuje) a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný – v tom případě soud uloží OL obligatorně - typickým příkladem je pachatel s psychotickou poruchou (tzv. OL „psychiatrické“),
- který je pro duševní poruchu zmenšeně přičetný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný – v tom případě soud uloží OL fakultativně a může současně uložit i trest nebo snížit trestní sazbu nebo upustit od potrestání (pokud OL splní účel lépe), příkladem je opět OL „psychiatrické“ nebo „sexuologické“,

- který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním; soud však takové OL neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout. Jde o OL uložené dle § 99 odst. 2 písm. b tr. zákoníku, nazývané „protialkoholní“ nebo „protitoxikomanické“.

Povinnosti soudu před výkonem OL ústavního

- OL se ukládá pachateli rozhodnutím (tj. rozsudkem nebo usnesením) a poskytovateli zdravotní péče se nařizuje nařízením (proti kterému není přípustný opravný prostředek).
- Výkon OL ambulantního nařídí soud do psychiatrické ambulance (kterou těžce hledá).
- Výkon OL ústavního nařídí soud nemocnici, která je „spádová“ je dle přílohy 8 vnitřního a kancelářského řádu pro soudy.
- Dle § 353 tr. řádu k nařízení OL soud připojí znalecký posudek; a podle § 41 odst. 1 jednacního řádu soudů i opis rozhodnutí, kterým bylo OL uloženo, tzn. rozsudek nebo usnesení (jde o tzv. veřejné listiny, nikoli zdravotnickou dokumentaci).

Administrativa poskytovatele po obdržení nařízení

- Nemocnice zaevidují pacienta s OL ústavním do svého informačního systému, aby bylo každému zaměstnanci nemocnice při styku s tímto pacientem zjevné, že má nařízeno OL ústavní a musí tedy být přijat. Technický problém je, že soudy nepracují s rodnými čísly, které tím pádem nemocnice nemá k dispozici. Záleží na vnitřních směrnících nemocnic, zda a které dokumenty naskenuje do informačního systému (nejdůležitější dokument pro jednání s orgány státní moci je „nařízení OL“, např. při kontrolách nebo v případě útěku z OL). Obdobně postupují psychiatrické ambulance.
- Pokud některé dokumenty chybějí, dožádá poskytovatel chybějící dokumenty.
- Poskytovatel zpravidla sděluje soudům, že pacient (resp. odsouzený, jak jej označují soudy), může nastoupit kdykoli v termínu určeném soudem; poskytovatel nezve pacienty sám, protože na tyto výzvy zpravidla nereagují a je v kompetenci soudů odsouzenému stanovit termín nástupu OL, vyzvat jej k nástupu OL, popř. realizovat dodání do OL, a to na základě § 41 odst. 1, 2, 3 jednacního řádu soudů: *„Po dohodě se správou zdravotnického zařízení stanoví soudce den, kdy má být OL nastoupeno... Soudce vyzve osobu, které bylo OL uloženo, aby jeho výkon nastoupila v příslušném zdravotnickém zařízení ve stanoveném termínu... Nenastoupí-li výkon OL ústavního ve stanoveném termínu nebo je-li nebezpečná pro své okolí, požádá soudce o její dodání do zdravotnického zařízení okresní ředitelství policie podle pobytu osoby.“* Také na základě §

351 odst. 2 trestního řádu „*dobání osoby do zdravotnického zařízení*“ nařizuje předseda senátu, je-li osoba při pobytu na svobodě nebezpečná, což je každý, komu bylo uloženo OL (s výjimkou OL uloženého dle § 99 odst. 2 písm. b trestního zákoníku - tzv. OL protialkoholní a protitoxikomanické).

- Pokud poskytovatel nemůže zajistit přijetí pacienta do OL pro „překročení únosného pracovního zatížení“ (což je dle § 84 odst. 2 zákona 373/2011 Sb. jediný zákonný důvod, proč pacienta nepřijmout), pak má povinnost oznámit to soudu, který OL nařídil, a zároveň uvést předpokládaný termín přijetí (dle § 87 odst. 2 písm. a zákona 373/2011 Sb.).

Obvyklá korespondence před započítím OL

Kromě výše popsané komunikace o termínu, vyzvání a dodání pacientů do OL, odpovídá poskytovatel na časté dotazy, zejm. že

- Přijme kdykoli všechny pacienty, kteří mají nařízeno s OL ústavní (necht' je však soud k nástupu vyzve sám, a zajistí jejich nástup).
- Totéž odpovídá poskytovatel odsouzeným (a jejich rodinám), kteří žádají o podmíněné propuštění z výkonu trestu odnětí svobody (VTOS); po podání této žádosti se na totéž dotazují jejich příslušné věznice a soudy.
- Poskytovatel individuálně řeší žádosti o přijetí mimorajonních pacientů.
- Poskytovatel odpovídá na žádosti odsouzených o upuštění od OL před jeho započítím, že k tomu je kompetentní soud, který OL uložil; neposkytuje však k tomu jiná vyjádření, když pacienta nezná.

Přijetí do OL

Koho přijmout do OL

- Poskytovatel přijímá vždy každého, kdo má OL nařízeno pravomocně do jeho zdravotnického zařízení (což pozná z informačního systému, kde je to zadáno - viz předchozí kapitola).
- Nemocnice přijme i pacienta, který není zadán v informačním systému, pokud přichází (popř. je eskortován) od soudu, kde bylo právě pravomocně uloženo ústavní OL.
- V praxi se na nemocničním příjmu někdy objevuje pacient, který má OL ústavní pravomocně ukončeno, ale podle informačního systému nemocnice má stále OL ústavní (neboť informace o ukončení OL ještě nedorazila). O takovém pacientovi je třeba

rozhodnout individuálně dle dalších informací (získaných např. telefonátem posledního ošetřujícímu lékaři).

- Protože běžné útvary Policie ČR deklarují, že nesmějí překračovat své rajóny, je zvykem zabezpečit zdravotnický transport (nebo hospitalizovat a pak zabezpečit transport) i pacientům zachyceným policií po útěku z jiných nemocnic.
- Odmítnout pacienta s OL ústavní lze jedině dočasně pro „překročení únosného pracovního zatížení“ dle § 84 odst. 2 zákona č. 373/2011 Sb. (a k tomu zároveň uvést předpokládaný termín přijetí).

Administrativa poskytovatele při přijetí pacienta do OL

- Poskytovatel oznámí soudu, který OL nařídil, započítí OL ve smyslu § 351 odst. 4 tr. řádu (od data zahájení se odvíjí dvouletá lhůta u OL ústavních).
- Nemocnice musí oznámit převzetí pacienta s OL ústavní soudu ve svém okrese, přestože ten nebude nic konat (dle § 75 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních: *„Zdravotní ústav, ve kterém jsou umístovány osoby z důvodů uvedených v jiném právním předpise, je povinen oznámit do 24 hodin soudu, v jehož obvodu zdravotní ústav je, převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez svého písemného souhlasu.“*) Jde o známou „hospitalizaci bez souhlasu“, ovšem nemocnice by měla zdůraznit, že jde o OL ústavní (tedy nepopisovat, proč pacient ohrožuje sebe nebo okolí) a soud nezahájí žádné tzv. „detenční řízení“. Tato zákonná povinnost se jeví být zcela nadbytečná.
- Poskytovatel dožádá soud o případně chybějící dokumenty.
- § 85 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb. ukládá poskytovateli povinnost prokazatelně seznámit pacienta při přijetí do OL s jeho právy a povinnostmi, s předpokládanou dobou léčení a možností změny formy, s vnitřním řádem a zejm. s individuálním léčebným postupem. Poskytovatel si může vytvořit formulář POUČENÍ PŘI PŘIJETÍ DO OL, v němž pacienta se vším výše uvedeným seznámí a poučení pacient podepíše. Cave: „Individuální léčebný postup“ se v zákoně 373/2011 Sb. vyskytuje 8x a musí tedy existovat. Těžko je představitelná jiná forma než písemná. Od jeho dodržování se odvíjí povolování propustek, návštěv, telefonů, korespondence (v ústavní OL), popř. sankce za jeho nedodržování, např. změna OL ambulantní na ústavní, změna OL na zabezpečovací detenci, trestní řízení za případné maření úředního rozhodnutí. Individuální léčebný postup je pochopitelně v okamžiku přijetí do OL formální, ale lze jej časem upřesňovat a individualizovat, např. pacienti v OL ústavním podepisují v pravidelných intervalech, že byli seznámeni srozumitelnou formou s individuálním léčebným postupem (v praxi to znamená, že jim je např. pravidelně předávána nebo čtena epikríza).

Výkon OL

probíhá dle platných právních předpisů a dle vnitřního řádu daného poskytovatele.

Přijetí, diagnostika a léčení (i účtování zdravotním pojišťovně) se neliší od jiných pacientů kromě výjimek uvedených v § 83 – 87 zákona 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Jedná se o:

- **§ 85:** Poskytovatel může pacientovi zakázat propustku, návštěvu, použití telefonu, předávání korespondence, jestliže by to závažně narušilo individuální léčebný postup; rovněž může kontrolovat balíky pacienta; důvody zákazu nebo kontroly zaznamená do zdravotnické dokumentace; pacientovi nelze zakázat návštěvy jeho právního zástupce nebo zástupce organizace poskytující poradenství pacientům a používání telefonu a písemný styk při komunikaci s těmito zástupci. Je nepřípustné omezení nebo kontrola korespondence mezi pacientem a opatrovníkem, právním zástupcem, zástupcem organizace poskytující poradenství pacientům, orgány veřejné moci, Veřejným ochráncem práv, diplomatickou misí nebo konzulárním úřadem cizího státu, mezinárodní organizací, která podle mezinárodní úmluvy, jíž je ČR vázána, je příslušná k projednávání podnětů týkajících se ochrany lidských práv.
- **§ 86:** O propustku žádá pacient (doporučuje se vytvořit si formulář ŽÁDOST O POVOLENÍ PROPUSTKY V OL), poskytovatel ji povolí, je-li zdravotní stav pacienta stabilizovaný a není-li to v rozporu s účelem OL a nenaruší-li to individuální léčebný postup. Žádost pacienta obsahuje dobu propustky, adresu místa, na němž se bude pacient zdržovat a je součástí zdravotnické dokumentace. Pokud poskytovatel propustku nepovolí, učiní o tom záznam a pacient může podat novou žádost nejdříve za 7 dní.
- **§ 87 odst. 2 písm. b:** Poskytovatel je povinen oznámit do 24 h soudu, který OL nařídil, že
 - v termínu stanoveném soudem nenastoupil k výkonu OL (ambulantní i ústavní);
 - nedostavuje se do ambulantního OL ve stanoveném termínu, dle právní úpravy účinné od 1. 11. 2017 se toto oznamuje i PČR (formulace „nedostavuje se“ umožňuje širší výklad než nutnost oznamovat jedno nedostavení se);
 - pacient byl z důvodu zdravotního stavu přeložen do jiného zdravotnického zařízení;
 - v rozporu s podmínkami OL se ze zdravotnického zařízení vzdálil (tzv. „**útěk**“) - dle znění tohoto ustanovení účinného od 1. 11. 2017 se toto oznamuje i Policii ČR (což bylo v nemocnicích tradicí i do té doby, ale porušovala se tím povinnost mlčenlivosti), nemocnice mají zpravidla vytvořenou formu spolupráce s místním oddělením PČR (zejm.

je třeba rozlišovat nevrácení se z propustky kompenzovaného pacienta od skutečného aktuálního útěku nebezpečného pacienta).

- **§ 88:** Pacient v OL je povinen
- a) podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro OL (tím není dotčeno jeho právo vybrat si z možných alternativ léčby). V praxi to znamená, že pacient je povinen podrobit se např. depotní medikaci jeho základní poruchy, ale má právo vybírat si z jednotlivých indikovaných depotních preparátů. Zdravotní výkony nesouvisející s OL (např. léčba somatické nemoci) probíhá jako u jiných pacientů (tj. se souhlasem, nejde-li o neodkladné stavy).
- b) podrobit se na základě odůvodněného požadavku ošetřujícího lékaře osobní prohlídce v zájmu zajišťování vnitřního řádu a vyloučení toho, aby u sebe neměl věc, kterou by narušoval individuální léčebný postup; prohlídku vykonává osoba stejného pohlaví.
- c) umožnit zaměstnancům určeným poskytovatelem kontrolu svých osobních věcí.
- d) oznámit v případě propustky adresu, na které se bude zdržovat, a toto místo pobytu dodržet; pokud odmítne sdělit tuto skutečnost, poskytovatel propustku nevystaví.
- **§ 85:** Poskytovatel (nemocnice) je oprávněn požadovat od Policie ČR doprovod pacienta s OL, jehož účast u soudu zajišťuje a který by mohl být nebezpečný, popřípadě hrozí-li nebezpečí jeho útěku. Poskytovatel však není oprávněn „zajišťovat účast pacientů u soudů“. Osvědčený postup je požádat soud, aby zajistil policejní doprovod nebezpečných pacientů. Soud může úkolovat eskortní oddělení PČR (kterým disponuje každé krajské ředitelství policie), popř. místní oddělení PČR.
- **§ 89:** U osob, které nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění v ČR, účtuje poskytovatel ministerstvu zdravotnictví poskytnuté zdravotní služby každé čtvrtletí (od účinnosti zákona 1. 4. 2012 to PN Bohnice nevyužila, neboť zdravotní pojišťovny Slovenska, Německa i Spojeného království byly ochotny péči uhradit).

Pacienti ve výkonu OL ústavního se vykazují v kategorii 5 (úhradová vyhláška účinná k 1. 1. 2018)

- Poskytovatel je povinen informovat Policii ČR v případech, kdy přerušáním OL ústavního je vážně ohroženo zdraví nebo život pacienta nebo třetích osob (§ 45 odst. 4 písm. b zákona 372/2011 Sb.; § 11 odst. 6 zákona č. 45/2013 Sb.).

Ošetřovatelské zásady při výkonu OL ústavního

- Evidence propustek, vycházek a aktivit mimo oddělení musí obsahovat datum a čas odchodu i návratu a identifikaci pracovníka, který záznam provedl.
- Pravidelné kontroly osobních věcí; výsledky uvést do zdravotnické dokumentace.

- Namátkové kontrolní odběry moči na přítomnost návykových látek a dechu na alkohol, zejm. po vycházkách a propustkách; výsledky jsou zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci.
- Při odchodu pacienta z oddělení i při návratu je prováděna kontrola odnášených a donášených věcí.
- Návštěvy, větrání oddělení apod. jsou prováděny s minimalizací rizika svévolného opuštění oddělení a předávání zakázaných předmětů.

Prodlužování OL

Nebude-li ústavní OL do 2 let od jeho započetí soudem ukončeno, podá poskytovatel dle § 353 odst. 1 tr. řádu nejméně 2 měsíce před uplynutím 2leté lhůty návrh na jeho prodloužení (je výhodné nastavit, aby na tento termín upozorňoval informační systém). V návrhu popíše průběh a výsledky OL a uvede důvody navrhovaného prodloužení. Přestože to zákon neukládá, podávají nemocnice návrhy na prodloužení i po dalších 2 letech. K prodloužení je místně příslušný okresní soud v okrese (obvodě), v němž sídlí zdravotnické zařízení.

Propuštění z OL

Okresní soud v okrese (obvodě), v němž sídlí zdravotnické zařízení, ve veřejném zasedání může rozhodnout dle § 351a a § 353 tr. řádu o

- ukončení OL,
- změně OL ústavního na ambulantní (a naopak),
- změně ústavního OL na zabezpečovací detenci,
- prodloužení OL;

a to na návrh poskytovatele, státního zástupce, pacienta, nebo i bez návrhu.

Dle § 353 odst. 1 tr. řádu poskytovatel podá návrh soudu na propuštění z OL, jakmile bylo dosaženo účelu OL (popř. jakmile zjistí, že účelu OL nelze dosáhnout podle § 99 odst. 6 tr. zákoníku). Lze to formulovat jako návrh na ukončení OL nebo na přeměnu OL na ambulantní formu (jakmile bylo dosaženo účelu ústavního OL, tzn., že ambulantní OL dostatečně eliminuje nebezpečnost pacienta).

Takový návrh je v některých nemocnicích (léčebnách) oprávněn podávat jen primář, popř. po schválení na grémiu primářů. V návrhu poskytovatel popíše průběh a výsledky OL a uvede důvody navrhovaného postupu. Pokud chce Poskytovatel řízení urychlit, může přiložit kontakty na opatrovníka, kopie posudku a rozsudku apod.

Účel OL, důvody přeměny a ukončení OL

- OL psychiatrické a sexuologické musí splnit svůj účel, aby mohlo být ukončeno, přičemž účelem těchto typů OL se rozumí eliminace nebezpečnosti pobytu na svobodě, způsobené duševní poruchou (z logiky § 99 trestního zákoníku – viz výše odstavec “Komu soud ukládá OL”).
- OL uložené dle § 99 odst. 2 písm. b tr. zákoníku (tzv. protialkoholní nebo protitoxikomanické OL) může být ukončeno i z důvodu, že účelu nelze dosáhnout.
- Ústavní OL lze přeměnit na ambulantní, bude-li ambulantní forma dostatečně eliminovat nebezpečnost pobytu na svobodě.
- Ústavní OL může soud změnit na zabezpečovací detenci (i bez podmínek § 100 tr. zákoníku, tj. bez spáchání zločinu aj.), jestliže OL „neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejména v případě, že pachatel utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům zdravotnického zařízení nebo jiným osobám ve výkonu OL nebo opakovaně odmítl vyšetřovací nebo léčebné výkony či jinak projevil negativní postoj k OL“ (§ 99 odst. 5 tr. zákoníku).

Průběh veřejného zasedání soudu

o prodloužení/ukončení/ přeměně OL:

Je-li Poskytovatel navrhovatelem, musí být jako účastník řízení informován; zpravidla je předvolán jako svědek, a má právo stížnosti proti rozhodnutí soudu.

Typický průběh: Výslech odsouzeného, výslech poskytovatele, dokazování, návrhy na doplnění dokazování, závěrečné návrhy, rozhodnutí.

Důvody nutné obhajoby

Při pochybnostech, zda navrhnout přeměnu či ukončení, je vhodné znát důvody nutné obhajoby: Pokud např. poskytovatel navrhne ukončení (kde není třeba obhájce) a všichni se pak shodnou u soudu na přeměně, nemůže ji soud realizovat, protože k přeměně je obhájce přeměně nezbytný. Návrh je proto vhodné formulovat jako „návrh na propuštění z OL ústavního“.

- Pacient musí mít obhájce v řízení
- o uložení zabezpečovací detence (§ 36 odst. 4 tr. řádu),
- o uložení nebo změně OL, s výjimkou OL protialkoholního (§ 36 odst. 4 tr. řádu) - zde se poprvé v českém zákonu objevuje termín „protialkoholní“,
- je-li jeho způsobilost k právním úkonům omezena nebo jsou-li pochybnosti o jeho způsobilosti náležitě se hájit (§ 36a odst. 1 tr. řádu).

Opatrovník obviněného, který je omezen ve svéprávnosti, je oprávněn obviněného zastupovat, zejména zvolit mu obhájce, činit za obviněného návrhy, podávat za něho žádosti a opravné prostředky; je též oprávněn zúčastnit se těch úkonů, kterých se podle zákona může zúčastnit obviněný. Ve prospěch obviněného může opatrovník tato práva vykonávat i proti vůli obviněného (§ 34 tr. řádu). V tr. řádu je definováno, že pojmem obviněný se rozumí též odsouzený či obžalovaný.

Po propuštění z OL

Písemné rozhodnutí soudu o propuštění z OL přichází poskytovateli poštou zpravidla dlouho poté, co toto rozhodnutí nabylo právní moci. Vhodné je proto nastavit způsob komunikace s místně příslušným soudem, aby se s propuštěním zbytečně nevyčkávalo do doručení rozhodnutí. Každý poskytovatel si musí stanovit pravidla, kdo a jak OL ukončuje v informačním systému, aby se již OL nezobrazovalo jako neukončené.

Po propuštění z OL přichází další úřední korespondence, kterou poskytovatel řeší standardně: Nelze sdělovat informace bez souhlasu pacienta nebo jiných zákonných důvodů. Bez souhlasu pacienta komunikujeme např. se soudem, který OL nařídil, a s orgány, kterým jsme sami podali podnět k jednání (např. komunikujeme s OČTŘ, pokud jsme oznámili útěk pacienta apod.)

Další legislativní problémy

Nedostatky v legislativě, které BYLY v posledních 10 letech vyřešeny

- Neexistence zabezpečovací detence - vyřešeno zákonem č. 129/2008 Sb.
- Výkon OL nebyl upraven zákonem - vyřešeno zákonem č. 373/2011 Sb.
- Nemožnost přemístit pacienta z OLÚ do ZD, nespáchal-li zločin (po r. 2009) - vyřešeno novelizací tr. zákoníku od 1. 1. 2012.
- Náklady OL nad rámec zdravotního pojištění (zejm. u nepojištěných) nese zdravotnické zařízení - vyřešeno zákonem č. 373/2011 i vstřícným přístupem evropských pojišťoven.

- OL je možné uložit až po dosažení tr. odpovědnosti - problém vyřešen novelizací ZSM.
- Příliš široká povinnost mlčenlivosti uložená zdravotnickým pracovníkům, neumožňující ohlásit útěk - vyřešeno zákonem č. 373/2011.

Ve výkonu trestu odnětí svobody nebylo prakticky možné vykonat OL (přestože dle zákona tomu tak má být "zpravidla") – řešení se otevřelo změnou praxe (jednodenní péče dle zákona 372/2011 Sb.)

- Prodlužování OL (vč. ambulantního) každé 2 roky bez možnosti zjistit, jak dlouho předtím trvala OL trvalo – vyřešeno tím, že od 1. 7. 2016 se prodlužuje jen OL ústavní (novelizace § 99 tr. zákoníku a § 353 tr. řádu).

Nedostatky v legislativě, které NEJSOU vyřešeny

- Maření výkonu OL: Pokud pacient ochranné léčení maří, může být buď stíhán a trestán pro přečin maření výkonu úředního rozhodnutí (což je zpravidla zdlouhavé, náročné a neproduktivní), nebo může být OL ambulantní přeměněno na ústavní, nebo OL ústavní přeměno na zabezpečovací detenci (tento proces je efektivnější, ale také zdlouhavý).
- Zákon neomezuje čas mezi zastavením tr. stíháním pro nepříčetnost a uložením OL - problém trvá. Nabízí se řešení analogické předběžnému opatření, které funguje v civilním právu.
- Rozdělení OL v léčebnách a ambulancích (tradičně, nikoli ze zákona) na
 - psychiatrické
 - protitoxikomanické
 - protialkoholní
 - sexuologické
 - smíšené

Dělení OL na psychiatrické, protitoxikomanické, protialkoholní, sexuologické, popř. smíšené je tradice (přehlednější než zákon); zákon ovšem rozlišuje jen formu ambulantní a ústavní a důležité je, podle kterého odstavce je OL uloženo. To, čemu říkáme OL protialkoholní a protitoxikomanické, je obvykle OL uložené dle § 99 odst. 2 písm. tr. zákoníku. Takové OL může být ukončeno, jestliže se zjistí, že účelu nelze dosáhnout, nebo nemělo být ani uloženo, byť bylo navrženo znalcem. Soudy však používají tyto pojmy zcela neorganizovaně. Při následujícím výkonu OL (ale i pokusu o jakýkoli statistický sběr dat) není jasné, o jaký typ OL se jedná. Někteří soudci se domnívají, že je možné vykovávat více typů OL vedle sebe, jiné se domnívají, že OL lze uložit a vykonávat jen jedno.

- Nadbytečná nutná obhajoba § 36 tr. řádu při změně ochranného léčení na ambulantní brzdí a prodražuje proces propouštění z OL ústavního.

Výkon ochranného léčení ústavního zajišťují poskytovatelé zdravotní péče civilní, popř. vězeňská, na základě regionální odpovědnosti, která je stanovena vyhláškou. Regionální příslušnost ambulantních zařízení stanovena není, tato nemocného s nařízenou léčbou mohou přijmout, pokud to nepřesáhne jejich kapacitu, tedy na základě ustanovení zákona 372/2011 Sb.

Ochranné léčení je možné uložit buď v ústavní, nebo v ambulantní formě a je možné ho ukládat samostatně, vedle trestu nebo místo trestu při upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení. Ústavní ochranné léčení je vykonáváno, pokud je současně uložen nepodmíněný trest odnětí svobody a léčení není vykonáváno před nebo po vykonání tohoto trestu.

Evidence a datové zdroje

Ústavní ochranné léčení

V současné době není v ČR vedena centralizovaná evidence nařízených ochranných léčení. Jednotliví poskytovatelé lůžkové péče vedou vlastní evidenci nařízených a nemocných přijatých k výkonu OL ve vlastních informačních systémech, což významně ztěžuje sběr dat o ochranném léčení.

V současnosti v resortu MSp vykazované údaje o OL patrně neodpovídají celé skutečnosti (protože vycházejí pouze ze statistických listů trestních, které se ovšem ve všech případech nařízení OL nevyplňují). V současnosti v resortu MSp vykazované údaje o ochranném léčení (OL)/zabezpečovací detenci (data z Centrální evidence statistických listů a výkaznictví, CSLAV) tedy plně neodpovídají počtům nemocným ve výkonu OL.

V následující statistice MSp (odbor dohledu nad ochranným léčením) tedy nejsou zahrnuty ty případy uloženého léčení, kdy bylo zastaveno trestní stíhání pro nepřičetnost v přípravném řízení (zapsáno v rejstříku Nt, Ntm) a případy, kdy bylo OL uloženo mimo hlavní líčení (Nt, Ntm)- tedy prakticky všechny případy OL u vážných duševních onemocnění s vymizelými rozpoznávacími a ovládacími schopnostmi.

Počty soudem uložených OL v letech 2007 – 2016 (rok, kdy bylo vydáno soudem rozhodnutí) zapsaných v rejstříku T (Tm)												
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem
ústavní	protialkoholní	95	77	72	60	65	64	69	80	99	69	750
	protitoxikomanické	76	60	50	55	54	47	54	50	72	44	562
	sexuologické	-	9	59	43	44	43	43	44	46	33	364

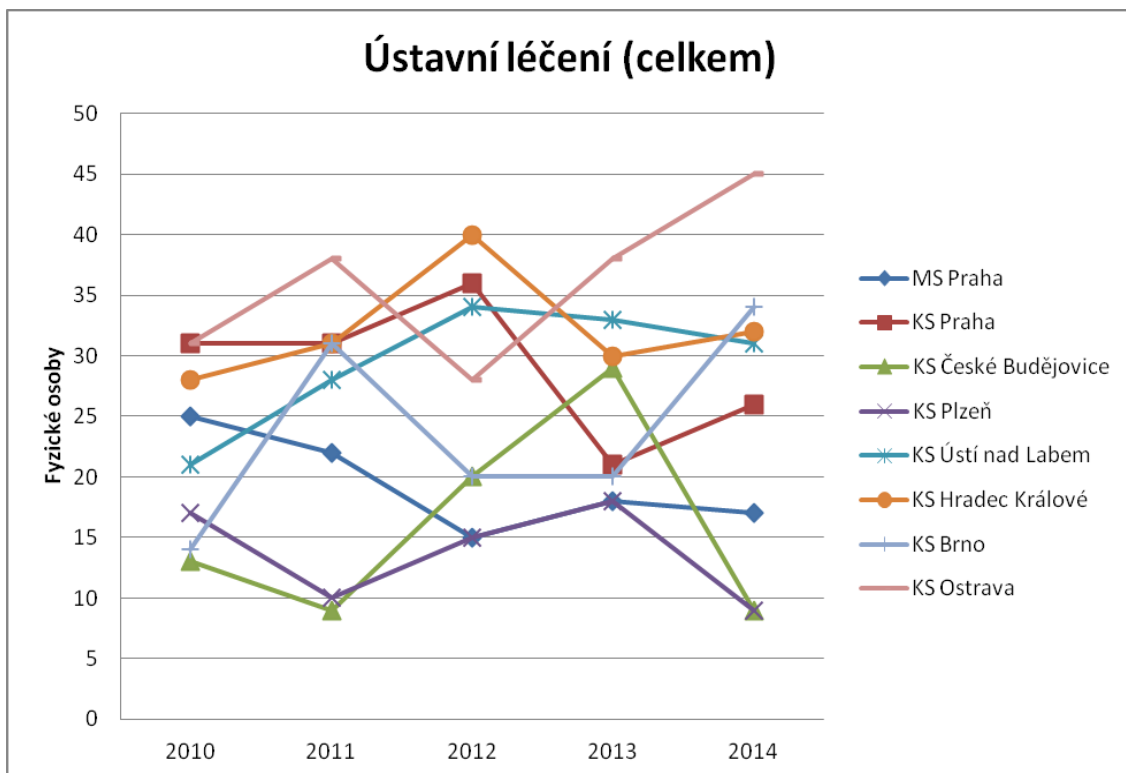
	patologické hráčství	-	-	-	18	1	0	1	1	2	1	24
	ostatní	91	68	34	90	43	37	41	37	58	40	539
Celkem ústavní OL		262	214	215	266	207	191	208	212	277	187	2239
ambulantní	protialkoholní	139	140	115	78	98	89	107	118	141	114	1139
	protitoxikomanické	59	84	59	59	55	56	60	67	73	75	647
	sexuologické	-	10	64	84	51	79	73	91	99	86	637
	patologické hráčství	-	-	-	3	0	0	1	0	0	0	4
	ostatní	127	114	63	11	87	88	79	93	101	102	865
Celkem ambulantní OL		325	348	301	235	291	312	320	369	414	377	3292
Celkový počet uložených OL		587	562	516	501	498	503	528	581	691	564	5531
Poznámka 1: Sexuologické léčení je zvlášť vykazováno až od přelomu let 2008/2009, do té doby bylo vykazováno v rámci ostatního OL												
Poznámka 2: Patologické hráčství - léčení je zvlášť vykazováno až od přelomu let 2010/2011, do té doby bylo vykazováno v rámci ostatního OL												

Počty soudem uložených OL v letech 2007 – 2016 (rok, kdy bylo vydáno soudem rozhodnutí) zapsaných v rejstříku T (Tm)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem
ústavní	protialkoholní	95	77	72	60	65	64	69	80	99	69	750
	protitoxikomanické	76	60	50	55	54	47	54	50	72	44	562
	sexuologické	-	9	59	43	44	43	43	44	46	33	364
	patologické hráčství	-	-	-	18	1	0	1	1	2	1	24
	ostatní	91	68	34	90	43	37	41	37	58	40	539
Celkem ústavní OL		262	214	215	266	207	191	208	212	277	187	2239
ambulantní	protialkoholní	139	140	115	78	98	89	107	118	141	114	1139
	protitoxikomanické	59	84	59	59	55	56	60	67	73	75	647
	sexuologické	-	10	64	84	51	79	73	91	99	86	637
	patologické hráčství	-	-	-	3	0	0	1	0	0	0	4
	ostatní	127	114	63	11	87	88	79	93	101	102	865
Celkem ambulantní OL		325	348	301	235	291	312	320	369	414	377	3292
Celkový počet uložených OL		587	562	516	501	498	503	528	581	691	564	5531

Poznámka 1: Sexuologické léčení je zvlášť vykazováno až od přelomu let 2008/2009, do té doby bylo vykazováno v rámci ostatního OL

Poznámka 2: Patologické hráčství - léčení je zvlášť vykazováno až od přelomu let 2010/2011, do té doby bylo vykazováno v rámci ostatního OL



Z důvodu neúplnosti dat z dostupných datových zdrojů bylo v červenci 2018 provedeno prostřednictvím Odboru zdravotních služeb Ministerstva zdravotnictví ČR provedeno šetření, kdy byla jednotlivá zařízení požádána o export počtu nemocných s nařízeným OL k 1. 7. 2018.

poskytovatel zdrav.služ.	Celkový nemocných v OL		OL psychiatrické		OL návykové nemoci		OL sexuologické	
	r. 2017	r. 2018	r. 2017	r. 2018	r. 2017	r. 2018	r. 2017	r. 2018
PN v Dobřanech	176	206	134	166	20	21	20	19
PN Brno	87	93	47	57	2	4	38	32
PL Šternberk	15	23	14	16	1	7	0	0
PN v Opavě	70	85	64	77	5	8	1	0
PN Jihlava	41	49	36	41	5	8	0	0
PN Horní Beřkovice	133	157	84	91	23	38	26	28
PN Marianny Oranžské	6	15	4	6	2	9	0	0
PN Lnáře	4	7	4	7	0	0	0	0
PN Bohnice	121	89	73	55	25	17	23	17
PN Kosmonosy	46	62	26	36	5	9	15	17
PN Havlíčkův Brod	87	116	57	69	8	15	22	32
PL Petrohrad	17	11	17	11	0	0	0	0
PN Kroměříž	39	38	38	32	1	6	0	0
PL Červený Dvůr	5	5	0	0	5	5	0	0
Celkem	847	956	598	664	102	147	145	145

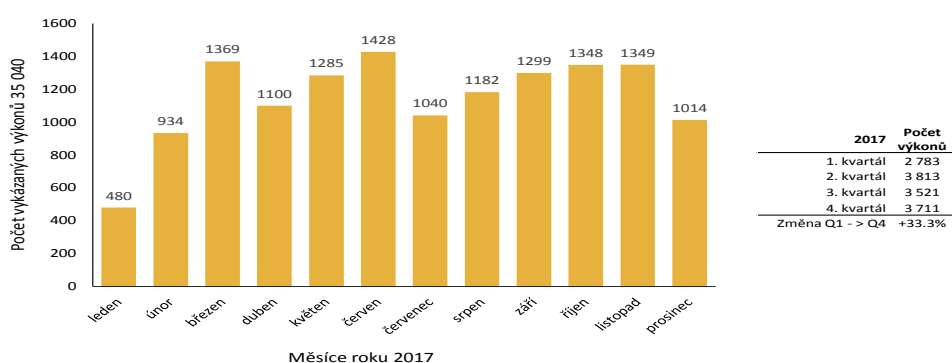
Tato data ukazují trend nárůstu počtu nemocných v OL, kdy za 18 měsíců (1,5 roku) vzrostl počet ústavních OL z 847 na 956, což je nárůst o 13%. Největší procentuální růst vykazují návykové nemoci, zatímco počet sexuologických OL je stabilní.

Ambulantní ochranné léčení

Od 1. 1. 2017 poskytovatelé odborností 305,306,308 a 309 poskytnuté v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení, vykazují „35040 SIGNÁLNÍ VÝKON - PACIENT SE SOUDNĚ NAŘÍZENÝM OCHRANNÝM AMBULANTNÍM LÉČENÍM“. Data UZIS za rok 2017 pak ukazují postupný nárůst vykazování tohoto signálního výkonu.

Vývoj počtu vykázaných výkonů v průběhu roku 2017

V roce 2017 celkem vykázáno: **13 828 výkonů** 35 040



NRHVS 2017



Vývoj počtu vykázaných výkonů v průběhu roku 2017 dle regionu bydliště

V roce 2017 celkem vykázáno: **13 828 výkonů** 35 040

Kraj / měsíc 2017	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Celkem	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1 -> Q4
Hlavní město Praha – kraj	64	127	149	130	134	134	114	121	119	124	126	106	1 448	340	398	354	356	+4.7%
Středočeský kraj	59	138	165	144	150	171	135	155	156	181	181	124	1 759	362	465	446	486	+34.3%
Jihočeský kraj	36	65	70	51	70	89	60	57	95	66	64	41	764	171	210	212	171	+0.0%
Plzeňský kraj	17	28	41	38	44	47	39	33	39	32	34	27	419	86	129	111	93	+8.1%
Karlovarský kraj	8	3	14	14	15	19	14	15	16	21	15	8	162	25	48	45	44	+76.0%
Ústecký kraj	21	49	74	63	89	70	66	70	72	90	63	49	776	144	222	208	202	+40.3%
Liberecký kraj	29	41	82	67	84	88	63	68	83	76	79	62	822	152	239	214	217	+42.8%
Královéhradecký kraj	7	50	146	109	124	130	93	111	117	136	152	94	1 269	203	363	321	382	+88.2%
Pardubický kraj	15	41	46	38	53	61	40	53	49	63	68	45	572	102	152	142	176	+72.5%
Vysočina	17	40	55	37	42	43	21	47	52	44	53	25	476	112	122	120	122	+8.9%
Jihomoravský kraj	88	118	155	142	148	161	126	147	146	179	158	101	1 669	361	451	419	438	+21.3%
Olomoucký kraj	25	94	121	93	123	140	84	104	106	117	114	97	1 218	240	356	294	328	+36.7%
Zlínský kraj	24	47	76	56	58	67	56	63	63	71	68	60	709	147	181	182	199	+35.4%
Moravskoslezský kraj	61	83	163	114	139	197	117	126	175	136	160	167	1 638	307	450	418	463	+50.8%
neznámo	9	10	12	4	12	11	12	12	11	12	14	8	127	31	27	35	34	+9.7%
ČR celkem	480	934	1 369	1 100	1 285	1 428	1 040	1 182	1 299	1 348	1 349	1 014	13 828	2 783	3 813	3 521	3 711	+33.3%

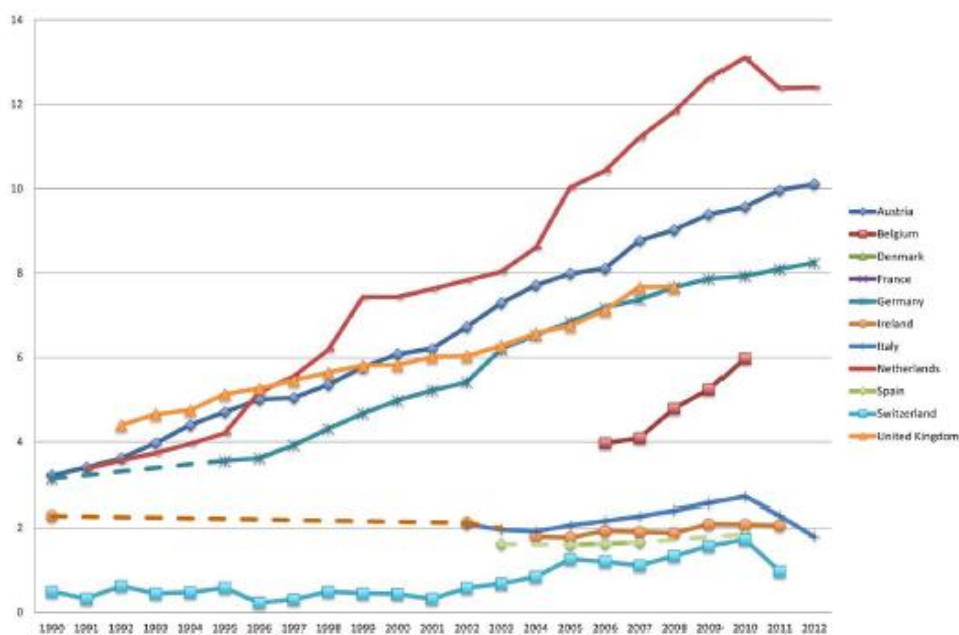
NRHVS 2017



K datu vypracování této analýzy se nezdařilo získat bližší údaje o zařízeních, v kterých byly tyto výkony vykázány, neboť je velmi důležité zjistit, jaká je regionalista poskytovatelů, kteří zajišťují péči o nemocné s nařízenou OL. Tato data budou důležitá zejména pro Zdravotní pojišťovny, aby mohly budovat síť poskytovatelů tak, aby bylo zajištěno pokrytí i v současné době nedostatečně zajištěné.

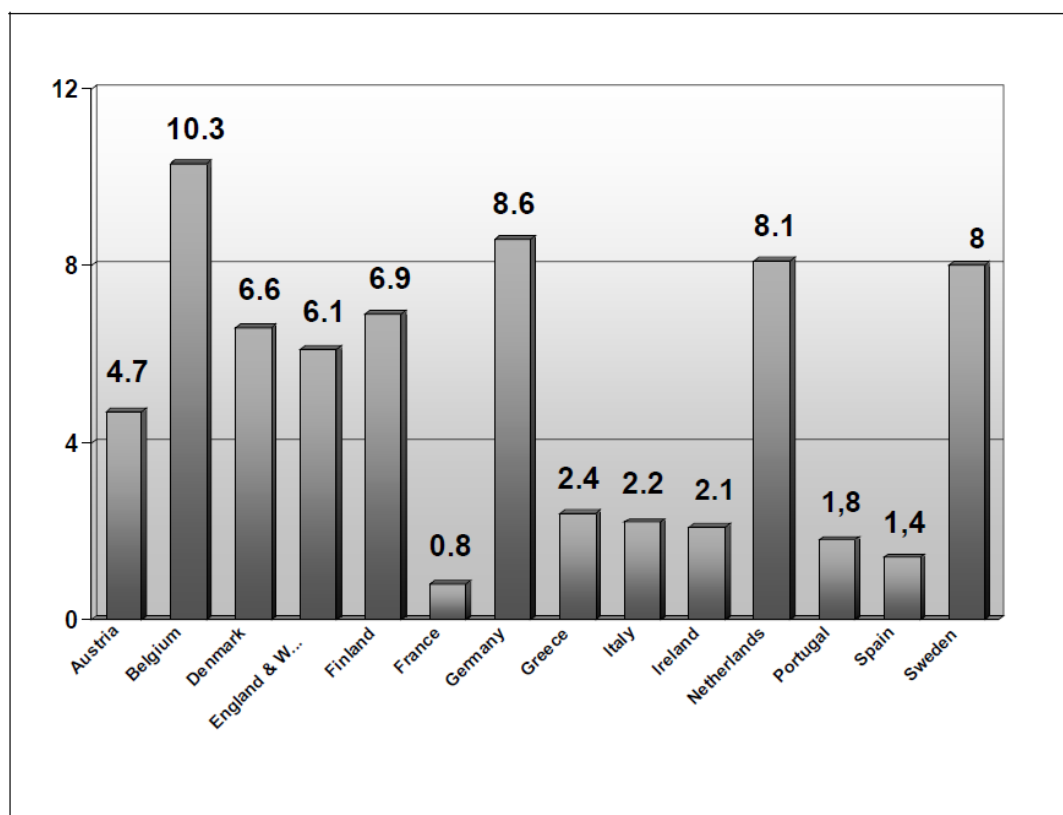
Zahraníční praxe

Je nad rámec možností tohoto textu provést komplexní srovnávací analýzu zvláště právních postupů týkající se praxe zvláště evropských zemí. Existují zásadní rozdíly v legislativních pojetích konceptu ochranného léčení, které pak určují praxi v dané zemi. Pro kontext této analýzy lze použít srovnání se systémem německým, který i s ohledem na určité analogie ve vývoji právního myšlení může sloužit jako srovnávací či inspirativní zdroj (H. J. Salize & Dressing, 2004). Tyto právní rámce pak interferují s procesy transformace péče o duševně nemocné a procesy deinstitutionalizace. Obecným trendem v evropských zemích je setrvalý nárůst počtu lůžek, na kterých je poskytována péče nemocným s nařízeným OL (Chow & Priebe, 2016).



(Chow & Priebe, 2016)

Fig. 1 Declared Forensic Beds per 100,000 Population (Forensic Bed Rates) i Member States (years of reference vary from 1998–2003, data for Luxembourg not available)



(H. J. and D. H. Salize, 2005)

Rozdíly v legislativním pojetí ochranného léčení se pak odrážejí i ve způsobu financování. Ve srovnání s evropskými zeměmi má ČR unikátní pozici, kdy budování, udržování a financování systému OL je ponecháno výhradně na Zdravotních pojišťovnách.

Česká Republika	Zdravotní pojištění
Rakousko	Min. spravedlnosti
Belgie	Min. spravedlnosti, zdrav. pojištění, min. sociálních věcí
Dánsko	Samosprávné celky (analogie krajů)
GB a Wales	National Health Service

Francie	Fixní platba Min. spravedlnosti + zdrav. pojištění
Německo	Federální ministerstva zdravotnictví a Spravedlnosti
Nizozemí	Ministerstva zdravotnictví a spravedlnosti
Portugalsko	Ministerstvo spravedlnosti
Španělsko	Ministerstvo spravedlnosti
Švédsko	Samosprávné celky

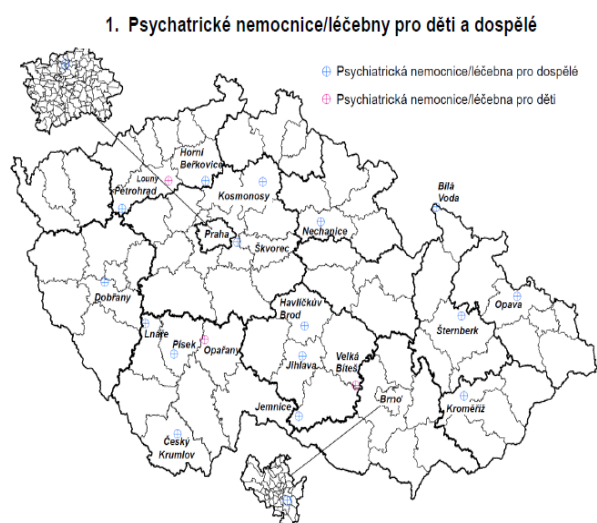
Je tedy nutné zajištění vícezdrojového financování systému OL, jak je obvyklé v evropském kontextu, tedy se zapojením místních samospráv (Krajů) ministerstev spravedlnosti či sociálních věcí. Pro naši situaci je zajímavý i pohled, který ukazuje, že v Belgii, Velké Británii, Nizozemí či Španělsku je částečně či zcela provoz tohoto systému svěřen soukromým společnostem.

Struktura sítě ústavního ochranného léčení

Ústavní ochranné léčení je realizováno v psychiatrických nemocnicích a léčebnách, které jsou z naprosté většiny přímo řízenými organizacemi Ministerstva zdravotnictví ČR a výkon tohoto ochranného léčení mají obsažen ve svých zřizovacích listinách. Jednotlivá psychiatrická zařízení nemají zřizovatelem či jiným způsobem stanoveno, či určena, jaká je jejich kapacita k výkonu tohoto OL, ani celkově, ani v jednotlivých diagnostických podoblastech ochranného léčení. Zajímavé také je, že v posledních 5 letech do systému nebylo investováno z jiných zdrojů (Průzkum MZČR 7_2018). Výkon ústavního ochranného léčení je určen na základě přílohy č. 8 Kancelářského soudního řádu v historicky daných spádových psychiatrických zařízeních (příloha č.1). Tato spádovost je určena jinak pro léčení psychiatrická a sexuologická a jinak pro výkon ochranného protialkoholního léčení, léčení proti závislosti na látkách s psychotropními účinky a léčení pro patologické hráčství. Tato spádová území nijak nekopírují současné samosprávné celky, jde o spádovost danou historicky. Není snadné zjištění počtu obyvatel v takto definovaných spádových územích, následující výpočet počtu obyvatel ve spádech je zatížen chybou danou neznalostí resp. nemožností zjištění např. počtu obyvatel

ve Vsetíně ve zdravotnických obvodech 1-5, nebo neznalostí spádového území nemocnice s poliklinikou v Litomyšli.

Přibližná velikost spádových území psychiatrických nemocnic a léčeben pro ochranné léčení.



PN Bohnice	1572823
PN Kosmonosy	786805
PN Dobřany	900000
PN Lnáře	235000
PN Horní Beřkovice	1 038000
PN Petrohrad	210000
PL Havl. Brod	1187000
PN Černovice	816804
PN Jihlava	690000
Kroměříž	1003000
PN Opava	1213000
PN Šternberk	475000
PN M. Oražské	272000
Celkem	10399432

Počet ochranných léčení na 100 000 obyvatel spádového území (průzkum 07_2018)

zařízení	počet OL/100tisíc v r. 2018
PN v Dobřanech	23
PN Horní Beřkovice	15
PN Brno	11,5
PN Havlíčkův Brod	9,8
PN Kosmonosy	8
PN v Opavě	7
PN Jihlava	7
PN Bohnice	5,6
PN Marianny Oražské	5,5
PL Petrohrad	5,2
PL Šternberk	4,8
PN Kroměříž	3,8
PN Lnáře	0,5
průměr	8,2

Z uvedených dat je zřejmé, že existuje významná regionální nevyváženost v počtu OL na počet obyvatel. Zatímco průměrný počet OL je 8,2, ve spádu PN Dobřany je to téměř trojnásobek, ve spádu PN Horní Beřkovice téměř dvojnásobek průměrného počtu. Naopak PN Lnáře nebo PN Kroměříž nedosahují ani průměrného počtu nemocných s OL.

Za nadprůměrné počty OL může jejich dlouhá hospitalizace, což prokazuje následující tabulka: V nemocnicích s nadprůměrným počtem OL trvá jejich výkon nejdéle.

290 (30%) nemocných je ve výkonu OL ústavní déle než dva roky (průzkum 07_2018).

Zdlouhavost OL může být způsobena na straně soudů, na straně nemocnic nebo i na straně pacientů.

zařízení	výkon OL nad 2 roky	zamítnuté propuštění	Návrh na Zab. Detenci
PN v Dobřanech	50	15	3
PN Brno	27	3	1
PL Šternberk	5	3	0
PN v Opavě	20	12	1
PN Jihlava	18	6	0
PN Horní Beřkovice	73	8	2
PN Marianny Oranžské	2	0	0
PN Lnáře	0	0	0
PN Bohnice	30	0	0
PN Kosmonosy	22	2	4
PN Havlíčkův Brod	26	10	2
PL Petrohrad	4	0	0
PN Kroměříž	13	3	0

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.

zařízení	lůžka vyhrazená pro OL
PN v Dobřanech	60
PN Brno	103
PL Šternberk	0
PN v Opavě	0
PN Jihlava	neuveďeno
PN Horní Beřkovice	111
PN Marianny Oranžské	7
PN Lnáře	neuveďeno
PN Bohnice	58

PN Kosmonosy	62
PN Havlíčkův Brod	
PL Petrohrad	15
PN Kroměříž	0

Pouze 7 zařízení uvedlo (průzkum 07_2018), že má vyhrazena specializovaná lůžka pro nemocné s nařízenou OL. Ani v jednom zařízení nejsou nemocní s OL umístováni výhradně na tato lůžka, což znamená, že je prováděn výkon OL souběžně s léčbou nemocných bez nařízeného OL. Zároveň však zařízení uvádějí, že mají oddělení vybavená personálem schopným zvládat zhoršení stavu těžce zvladatelných nemocných.

zařízení	Vybavení personálem	kamery, místnost k bezp. Pohybu
PN v Dobřanech	odd. 18 a 19,těžce zvlad.pacienti-bez vybavení personálem	odd. bez vybavení kamerovým systémem, bez opatření terapeut.izolace a odd.pro výkon
PN Brno	pavilony vybaveny personálem schopným bezpečně zvládnout zhoršení stavu u obtížně zvladatelných nemocných, tedy muži: <u>ano</u>	pavilony vybaveny kamerovým systémem, bez terapeutické izolace
PL Šternberk	vybavení personálem schopným bezpečně zvládnout zhoršení stavu u obtížně zvladatelných nemocných, tedy muži: <u>ano</u>	odd.15a,15b jsou vybavena kamerovým systémem a terapeutickou izolací (OSTATNÍ ODDĚLENÍ S OL NEJSOU TAKTO VYBAVENA)
PN v Opavě	vybavení personálem schopným bezpečně zvládnout zhoršení stavu u obtížně zvladatelných nemocných, tedy muži: <u>ano</u>	pavilony vybaveny kamerovým systémem, bez terapeutické izolace
PN Jihlava	neuveďeno	neuveďeno
PN Horní Beřkovic	Personálem schopným bezpečně zvládnout zhoršení stavu u obtížně zvladatelných nemocných,tedy muži: ano, odd.8A-příjmové oddělení pro OL/24 lůžek	odd. 8A vybaveno kamerových systémem (příjmové oddělení pro OL/24 lůžek),bez terapeutické izolace
PN Marianny Oranžské	v r.2017 vybavení personálem schopným zvl.obtížně zvlad.nemocných,tedy muži:2, v r.2018: 2	vybavení kamerovým systémem: r.2017 -2 odd.,2018-2 odd.
PN Lnáře	neuveďeno	bez kamerového systému, bez terapeutické izolace
PN Bohnice	odd. 17 vybaveno personálem schopným zvl. zhorš. stavu u obtížně zvladat. nem., tedy muži, <u>odd. 5 ne</u>	odd. 17 vybaveno kamerovým systémem a terapeutickou izolací, <u>odd. 5 ne</u>
PN Kosmonosy	psych.odd. -vybaveno person.obsaz. schop.zvl.zhorš.stav obtížně zvladat.nem.: 4 muži	1 odd má kamerový systém, 3 oddělení - terapeutická izolace
PN Havlíčkův Brod	person.vybav.schopným zvlád.obtížně zvladat.nem.: 5 lůžkových oddělení (celkem 134 lůžek)	8 lůžk.odd.vybaveno kamerovým systémem, 7 lůžk.odd.vybaveno terapeut.izolací
PL Petrohrad	vybavení personálem schopným bezpečně zvládnout zhoršení stavu u obtížně zvladatelných nemocných, tedy muži: ano (12)	vybavení kamerovým systémem (7), vybavení terapeutickou izolací (3)
PN Kroměříž	odd.vybaveny personálem schopným bezpečně zvládnout zhoršení stavu u obtížně zvladatelných nemocných, tedy muži: <u>ano</u>	ano-vybavení kamerovým systémem, ne-terapeutická izolace

Stejně tak je zřejmé, že nemocnice disponují odděleními vybavenými kamerovým systémem a místnostmi určenou k bezpečnému pohybu (terapeutickou izolací), zjevně však v některých případech nejde o oddělení určená k výkonu OL.

Struktura sítě ambulantního ochranného léčení

Na rozdíl od ústavního ochranného léčení, kdy je spádovost definována přílohou č. 8 Kancelářského soudního řádu, ambulantní léčení definovanou spádovost nemají. Ambulantní zařízení mohou nemocného k výkonu OL přijmout či odmítnout s poukazem na neúměrné pracovní zatížení, dané dikcí zákona 371/2011Sb. Soudy se v některých regionech potýkají s obtížemi zajištění ambulantního poskytovatele při nařizování ambulantních OL. Budování sítě specializovaných ambulancí je ponecháno pouze na plátcích péče- zdravotních pojišťovnách. Statistická data o celkově realizovaném počtu ambulantních kontrol jsou uvedena výše. Specializované ambulance pro všechny typy OL jsou provozovány pouze v PN Horní Beřkovice, v dalších 4 nemocnicích jsou specializované ambulance pro některé typy léčby (PN Bohnice – sexuologické a psychiatrické, PN Dobřany – psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické, PN Brno – sexuologické a doléčovací, PN Kosmonosy – sexuologické a psychiatrické). V ostatních zařízeních (5) jsou OL poskytovány v běžných ambulancích.

Počet ambulantních OL, (průzkum 07_2018)

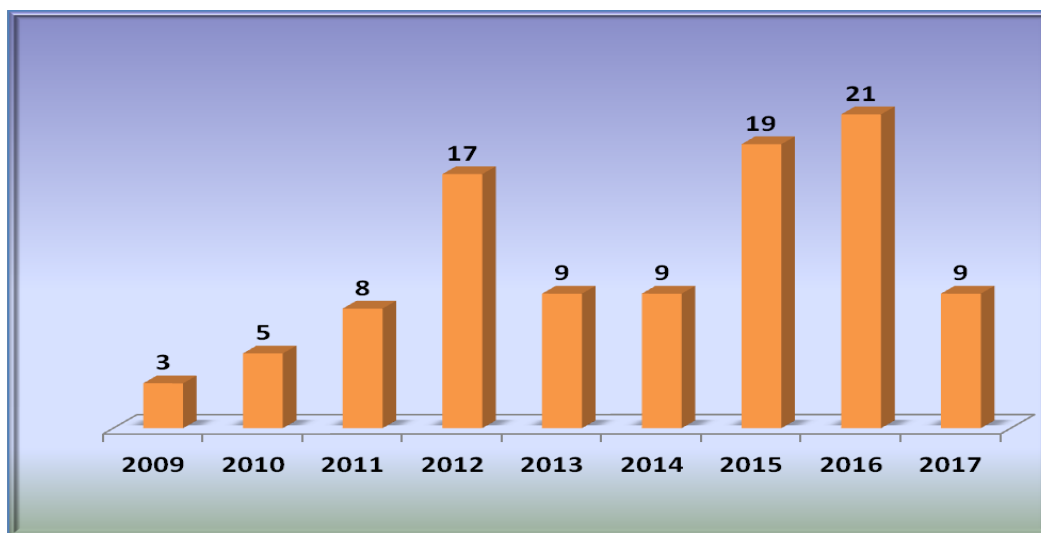
zařízení	počet ambulantních OL
PN v Dobřanech	32
PN Brno	55
PL Šternberk	20
PN v Opavě	15
PN Jihlava	7
PN Horní Beřkovice	57
PN Marianny Oranžské	neuv.
PN Lnáře	13
PN Bohnice	82
PN Kosmonosy	30
PN Havlíčkův Brod	5
PL Petrohrad	1
PN Kroměříž	2
celkem	319

Současný systém péče o OL je poznamenán především absencí definované sítě ambulantních pracovišť, která by poskytovala péči těmto nemocným. Toto činí potíže soudům při nařizování výkonu OL ambulantního, protože nemají k dispozici informace o specializaci jednotlivých lékařů a jsou nuceny vyhledávat volnou kapacitu v blízkých ambulancích de facto

bez vodítek, na základě osobní znalosti apod. Tvůrcem ambulantní sítě jsou zdravotní pojišťovny, které nejsou vždy schopny zajistit dostatečnou kapacitu pro výkon daného léčení v regionu s ohledem na nedostupnost lékaře s danou specializací (např. sexuologa). Ambulantní zařízení také nejsou nucena spolupracovat s lůžkovými poskytovateli OL ve svém regionu, odpovídají se pouze soudu, což může činit potíže při předávání nemocných samotných i informací o nich do ústavní péče. Pouze část nemocných je v péči ambulancí lůžkových poskytovatelů.

Zabezpečovací detence

Zabezpečovací detence vykonává v ústavech se zvláštní ostrahou a s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy. Ústavy pro výkon zabezpečovací detence spravuje Vězeňská služba ČR. Do výkonu zabezpečovací detence se umísťují osoby pouze na základě soudem nařízeného výkonu zabezpečovací detence. Podmínky uložení zabezpečovací detence upravuje Zákon č. 40/2009 Sb. – trestní zákoník.



(Smékal, 2017)

Nemocní z Ústavů zabezpečovací detence jsou předáváni do péče lůžkových zařízení, ne vždy však nemocnice disponují adekvátním oddělením, vhodným k léčbě těchto nemocných. Je faktem, že možnosti propuštění nemocných z Ústavu zabezpečovací detence naráží na velmi různorodé možnosti nemocnic zajistit adekvátní péči a dohled nad často velmi nebezpečnými nemocnými.

Uložený výkon zabezpečovací detence, Statistika Ministerstva spravedlnosti, 2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	I. pol 2014
Celkový počet uložených zabezpečovacích detencí	x	3	12	9	7	4	1

Jen pravomocně
skončené věci
(rozsudkem)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	I. pol 2014
Celkový počet přeměn ochranného léčení na zabezpečovací detenci	x	1	1	2	0	0	0
Celkový počet přeměn zabezpečovací detence na ochranného léčení	x	0	0	0	3	1	1

Výkon ochranného léčení- doporučené postupy

Existují doporučené postupy pro psychiatrické i sexuologické pacienty. Co se týká psychiatrických pacientů, jde o doporučené postupy široce konsenzuální v odborné literatuře a zveřejněné Psychiatrickou společností ČLS JEP. Co se týká postupů u parafiliků, jde zejm. o doporučené postupy IATSO (International Association for the Treatment of Sexual Offenders) a metodický a Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů (MZČR). Pro návykové nemoci žádné doporučené postupy nejsou stanoveny. Bylo by velmi přínosné, kdyby existovalo nějaké stanovisko odborné společnosti nebo ministerstva zdravotnictví, že ústavní léčení návykových nemocí by mělo trvat např. (nanejvýš) 8 - 12 týdnů. Mnohé soudy v ČR totiž rozhodují v tom smyslu, že tvrdí, že pacienta z OL protialkoholního nebo protitoxikomanického nelze propustit, netrvá-li nejméně 1 rok. Jeden z dílčích nálezů Ochránkyně při systematických kontrolách výkonu OL v psychiatrických zařízeních je poukaz na to, aby byly stanoveny specifické léčebné programy pro nemocné s nařízeným OL.

Problematika doporučených postupů nicméně odráží fakt, že trestní zákoník zná pojem pouze ochranné léčení, toto léčení musí být v přímém vztahu k jednání, pro něž je dané léčení nařizováno. To pak v praxi vede k zvykovému nařizování léčení v daných odbornostech (psychiatrické, sexuologické, závislostní). Výrok soudu se opírá o znalecké posouzení, které podléhá taktéž specifickým zvyklostem.

Prostup nemocného sítí ochranného léčení

Počet nemocných s nařízenou OL setrvale stoupá. V ústavním léčení často zůstávají pacienti často delší dobu, než je nezbytně nutné. K nařízení jakékoliv formy ochranného léčení musí být u nemocného konstatována určitá míra společenské nebezpečnosti, tzn. i při podávání návrhu na přeměnu ústavního do ambulantního léčení určitá míra společenské nebezpečnosti zůstává, oproti předjímaného předpokladu, že k propuštění z ústavního léčení musí být nemocný pro společnost bez nebezpečnosti. Míra jistoty při podání návrhu se i pod tlakem společenského mínění zvyšuje, délka ústavní léčby se prodlužuje ne vždy ve prospěch samotného nemocného a jeho návrat do běžného života po delším pobytu v ústavu je pak mnohem náročnější. Toto se setkává s obtížnou dostupností ambulantní péče, předání nemocného je pouze formální, zasláním propouštěcí zprávy, velmi ojedinělé je ústní předání informací ústně formou telefonického rozhovoru či dokonce osobním setkáním.

Ne zcela dobře řízený průchod nemocného zdravotním systémem působí obtíže i justici, soudům chybí jedno kontaktní místo, kde by byli schopni zajistit výkon nařizované péče. Soudy musí věnovat velké množství energie hledání psychiatra (sexuologa či adiktologa), kterému by nařídili OL ambulantní.

Poskytovatelé se setkávají s různým přístupem při posuzování jejich návrhu na přeměnu OL, jeho ukončení či přeměnu na zabezpečovací detenci, přístup soudů je odlišný v různých jurisdikcích, je známo, že někde není možná přeměna léčby z ústavní dříve než po ročním jejím trvání (ústní komunikace), tedy bez vztahu k zdravotnímu stavu a postupu léčby.

Stejně tak absence jednotného přístupu u různých poskytovatelů vede k tomu, že nemocní v různých regionech mají různou šanci mít léčbu nařízenou, přeměněnou na ambulantní či opačně.

Stejně tak vznikají regionální problémy při přeměně OL ústavního na zabezpečovací detenci, např. během desetileté existence zabezpečovací detence přes odvolací Městský soud v Praze neprošel ještě žádný návrh PN Bohnice o přeměnu OL na zabezpečovací detenci (ostatní psychiatrické nemocnice takový problém nemají). V Praze proto je nutné neléčitelné případy propouštět na svobodu různými nestandardními způsoby: Např. nepostavíme se proti návrhu pacienta na propuštění, neupozorníme soud na další končící 2letou lhůtu (což není naše zákonná povinnost), popř. sami navrhneme ukončení z důvodu, že OL již nemůže nic přinést (což není zrovna splnění účelu OL).

Problémy spojené s výkonem ochranného léčení

Existuje velký **nepoměr mezi realizovatelnou mírou dohledu nad nemocnými v různých fázích** výkonu OL. V lůžkových zařízeních jsou realizovatelná opatření, která nemocným s vysokou mírou společenské nebezpečnosti zajistí nezbytný adekvátní dohled.

V ambulantních podmínkách však v podstatě jakákoliv forma dohledu není realizovatelná. Z toho plynou následující důsledky:

- nárůst počtu nemocných v ústavním léčení (nutnost dohledu po delší dobu a získání nezbytné jistoty o stabilizaci stavu před podáním návrhu soudu k přeměně na ambulantní formu)
- nezbytnost vypracování znaleckých posudků před propuštěním pro potřeby ujištění soudu
- nízká ochota ambulantních lékařů přejímat tyto nemocné do péče (odpovědnost za toto léčení při současné nemožnosti zajistit adekvátní dohled prokazatelně nebezpečným osobám)
- nemožnosti komplexního zajištění potřeb nemocných v ambulantním léčení (např. sociální poradenství)
- riziko z prodlení při změně stavu nemocných v ambulantní léčbě
- neexistence diagnostických oddělení (případy, kdy je zastaveno trestní stíhání)
- nárůst počtu nemocných v Zabezpečovací detenci

Je také nutné věnovat pozornost tomu, že v přepočtu na 100 000 obyvatel se počet nemocných v OL u jednotlivých poskytovatelů velmi liší. Odlišnosti jsou dané bezpochyby zvyklostmi ve znaleckém posuzování, rozhodovací praxi soudů ale i postupem nemocnice ve výkonu OL. Bude tedy nutné analyzovat praxi v těch zařízeních, kde je počet nemocných relativně nejvyšší a sledovat jejich praxi s praxí ostatních zařízení. Stejně tak i nízký počet nemocných v určitých spádových oblastech vyvolává možnou otázku, zda je výkon OL nařizován a prováděn adekvátně, resp. zda justiční systém přistupuje ke všem nemocným ve státně stejně a nebere ohled na dostupnost či nedostupnost zdravotnické služby.

Výkon ochranného léčení u dětí a adolescentů

V ČR doposud není specializované zařízení, které by vykonávalo OL u nedospělých osob. Dochází k zásadním obtížím při výkonu tohoto léčení v běžných podmínkách psychiatrické nemocnice. Často není možné dosáhnout optimálního stavu kombinace léčebných a výchovných prostředků, která je nutná pro zdárné ovlivnění vývoje daného nezletilého, tito ve společnosti dospělých osob jsou vystaveny určitým útrapám, útlaku a není zajištěno jejich právo na zdárný rozvoj. Výchovná zařízení některé tyto nemocné s poukazem na údajnou přednost léčby nad výchovou odmítají přijímat, případně se snaží dosáhnout jejich přeložení do psychiatrického zařízení. Dětské psychiatrické nemocnice s poukazem na nemožnost zajištění náležitých dohledů nad těmito nezletilci se často zdráhají akceptovat nařízení ochranné léčby. Sami jsme se angažovali v tom, aby OL bylo možné uložit i dětem. Chtěli

jsme ošetřit situace, kdy např. dětští vrazi s parafilii nebo psychotickou poruchou opouštějí v 19 letech výchovné ústavy bez ochranného opatření. Měli jsme však na mysli, že děti budou vychovávány v ústavech a OL poskytována formou ambulantní. Naše aktivita se však obrátila proti nám: Soudy neuvážlivě ukládají dětem OL ústavní a děti u nás jsou zbytečně izolovány bez vzdělání a bez kontaktu s vrstevníky. Jde tedy o jednu z prioritních oblastí k řešení, výkonem ústavní OL jsou v některých případech porušována práva dětí na zdárný vývoj a poskytnutá výchovná opatření.

Oblasti problematiky OL doporučené k řešení

Koncepční činnost a mezirezortní spolupráce

Oblast ochranného léčení je komplexní multidisciplinární oblast, která vyžaduje součinnost mezioborovou a mezirezortní. K řešení této oblasti jsou stanoveny pracovní skupiny na Ministerstvu Zdravotnictví a Ministerstvu spravedlnosti. Pracovní skupina MSp. Se s cca 6 měsíční periodicitou schází, zatímco k setkání Pracovní skupiny MZČR došlo pouze jednou před cca 3 lety. Bylo by tedy velmi vhodné činnost této skupiny obnovit a koordinovat její činnost s Pracovní skupinou MSp.

K rozvoji sítě

Ústavní léčení

Počet pacientů s OL vzrůstá ve všech psychiatrických nemocnicích, jak vidno z časových řad nařízených ochranných léčení. **Je nezbytné vyčlenění části kapacity lůžkového fondu psychiatrických nemocnic, která bude vyhrazena pro péči o OL.** Je velmi vhodné stanovení počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích, která jsou určena pro výkon OL. Na základě dat, sebraných při šetření 7_2018 je aktuálně ve výkonu OL cca 947 nemocných. Z toho je 664 OL psychiatrických a 145 sexuologických a 142 s nařízenou léčbou závislostní. Z těchto 947 nemocných je ve 4 případech léčba nařízena osobám do 18 let věku.

V optimálním případě by tato lůžka měla být budována tak, aby umožňovala průchod hladký průchod nemocného celým systémem:

1. tedy **uzavřená oddělení** vybavená personálem schopným zvládat i ty nejtěžší nemocné, vybavená místnostmi určenými k bezpečnému pohybu, kamerovými systémy, umožňující realizaci celého terapeutického programu bez opuštění tohoto oddělení, tedy oddělení se střední úrovní dohledu (pokud za jednotky s vysokou mírou dohledu lze brát Ústav zabezpečovací detence). Bez sítě těchto oddělení bude velmi

pravděpodobně významně narůstá počet nemocných umístěných v zabezpečovací detenci.

2. oddělení (jednotky) s nižší úrovní realizovaného dohledu, **oddělení režimová či doléčovací.**

Tato oddělení (jednotky) by měla mít **definovanou kapacitu, např. 20 lůžek.** V současné době, kdy v systému ochranného léčení je cca 950 osob a čísla meziročně strmě rostou tak bude třeba cca 50 takových jednotek.

V současné době je v nemocnicích 6 **oddělení realizujících ochranné léčení sexuologické,** v systému je 145 nemocných, jeví se být velmi žádoucí obnovení oddělení spádového pro severní Moravu (PN Opava), aby při kapacitě cca 140 lůžek tento systém sexuologické léčby mohl být dobře průchozí a funkční.

Šetření z 07_2018 ukazuje, že ve 4 případech bylo léčení nařízeno mladistvých. Adekvátní péči těmto nemocným nelze poskytovat na běžném lůžku, je nutné ve spolupráci s resortem Školství, mládeže a tělovýchovy hledat možnost zřízení zařízení, které může poskytnout adekvátní péči této podskupině nemocných. **Je velmi žádoucí iniciovat vznik oddělení, která by mohla zajistit specializovanou lékařskou péči při současném výkonu ústavní výchovy u těchto dětí či mladistvých.**

Ambulantní léčení

Tvůrcem ambulantní sítě jsou zdravotní pojišťovny, které ne vždy jsou schopny zajistit dostatečnou kapacitu pro výkon daného léčení v regionu s ohledem na nedostupnost lékaře s danou specializací (např. sexuologa). Ambulantní zařízení také nejsou nucena spolupracovat s lůžkovými poskytovateli OL ve svém regionu, odpovídají se pouze soudu, což může činit potíže při předávání nemocných samotných i informací o nich. Pouze část nemocných je v péči ambulancí lůžkových poskytovatelů. Do hledání psychiatra (sexuologa či lékaře se specializací pro léčbu závislostí), kterému by nařídili ochrannou léčbu, musí věnovat velké množství energie. Soudy také nemají k dispozici informace o specializaci jednotlivých lékařů a jsou nuceny vyhledávat volnou kapacitu v blízkých ambulancích. Vážně také předávání dostatečně podrobných informací mezi ústavní a ambulantní formou péče. V případě, že pacient v ambulantní ochranné léčbě se do ordinace ke kontrole nedostaví, lékař tuto skutečnost ohlásí polici a soudu jako maření léčby. Odpovědnost je přenášena výhradně na lékaře, který je však schopný ručit především za odbornou stránku samotného léčení, nemá však žádné nástroje k vykonávání dohledu či dalších potřebných činností k tomu, aby pacient dodržoval léčebný režim.

Po získání dat týkajících se ambulantní léčby bude **nutné vytvoření seznamu pracovišť, která přijímají nemocné s OL do péče. Je velmi vhodné, aby zdravotní pojišťovny smluvně zajišťovaly výkon OL se svými smluvními partnery.**

Opět velmi žádoucí je **zajistit platbu na rámec úhrady ze zdravotního pojištění** v oblasti ochranného léčení.

Je také nutné zajistit, aby všechna zdravotnická zařízení přijímala nemocné s nařízenou OL bezodkladně, poté kdy rozhodnutí nabude právní moci, nikoliv je pouze zařazovala do pořadníku apod.

Evidence ochranného léčení

Velmi vhodné je změnit systém určení spádovosti zařízení, vykonávajících OL. Smysluplný by byl např. systém založený na datech Českého statistického úřadu, která by byla propojitelná s daty o počtu nemocných s nařízenou OL. Zřízení rejstříku OL je jednou z možností.

K doporučením v této oblasti budou patřit **změny v evidenci ochranných opatření ať už formou samostatného rejstříku v informačním systému soudů či jiným způsobem**, ale aby bylo možné zobrazit např. přehledy o:

- 1) uložených a dosud nenastoupených OL a
- 2) o uložených a aktuálně vykonávaných ochranných léčení,
- 3) regionalitě léčených, např. podle jednotlivých soudů či trvalých bydlišť osob

Takto vedený systém by umožnil zavést užší regulaci daného systému, benchmarking, apel např. na sjednocení rozhodovací praxe soudů, zajištění financování (např. zavedením zvláštního lůžkodne OL, dodatečné platby z jiných zdrojů apod.).

V neposlední řadě pak je nutné odlišení populace nemocných s OL od ostatních nemocných, aby bylo možné hodnotit efekt opatření realizovaných v rámci transformace nemocnic na populaci nemocných bez nařízeného ochranného léčení.

Rejstřík trestů

Rejstřík trestů poskytuje přehled jen o těch OL, které byly uloženy paralelně s potrestáním pachatele. OL uložené nepřičetným pachatelům v RT nejsou. Existují lidé potrestaní, kteří mají OL ambulantní v RT a nemají tak RT „čistý“, ani nemají nárok na výmaz z RT, dokud OL nebude ukončena. To přispívá k jejich stigmatizaci, obtížím při hledání zaměstnání apod. naopak i osoba spáchající závažný delikt v nepřičetnosti v RT evidována není. Stojí tedy za revizi zvážení konceptu zápisu do RT u osob s OL.

Průběh ústavního léčení, hodnocení rizikovosti pacienta

Účelem ochranného léčení je „především terapeutické působení na odsouzeného směřující k jeho vyléčení nebo alespoň k dosažení takového léčebného efektu, kdy již pobyt pachatele na svobodě není nebezpečný“. Ústavní soud uvádí také „ideální cíl“ ochranného léčení, jako vyléčení poruchy či zvládnutí jejích projevů na míru společensky bezpečnou. U každého pacienta je nezbytné účel ochranného léčení dovodit individuálně, neboť uložení tohoto opatření vychází z „konkrétní obavy“ a naplnění se právě vůči ní vztahuje. Nebezpečnost pro tyto účely dovozovat jen z faktu duševní poruchy a absence náhledu, anebo jako abstraktně potenciální (VOP, 2017).

Na psychiatrické nemocnice je tedy kladen nárok průběžného hodnocení rizikovosti daného nemocného průběžně, nikoliv jen na počátku či při ukončení (přeměně) ochranného léčení. Limitujícím faktorem je zde rozmanitost klinických stavů a dalších faktorů, které se na společenské nebezpečnosti u daného nemocného podílí. Některé forenzně-zdravotnické systémy využívají komplexní nástroje pro hodnocení tohoto rizika (risk assessment, RA), která nejsou pouze diagnostickými nástroji, ale zároveň slouží k plánování léčby, která se specificky zaměřuje na specifické oblasti rizika u daného nemocného.

V sexuologii je např. ve Velké Británii systém OASys určený dospělým je určen k hodnocení rizika u dospělých osob, kteří se dopustili sexuálně motivovaného trestného činu a systém ASSET hodnotí toto riziko u osob v nižším věku 10-17 let. Jako další příklad skórovacího systému je RISC MATRIX 2000 (Thornton D., 2007), nebo novější ARMS (McNaughton N., Webster S., 2014). Dále je v našich podmínkách je již validizovaný nástroj HCR-20 a pilotně zkoušen nástroj RRASOR (The Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism) (Babchishin, Hanson, & Helmus, 2011). Dosavadní česká zkušenost favorizuje u sexuálních pachatelů použití nástroje SVR-20 (Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., 1997), (Šrumová 2017).

Je velmi žádoucí postupnými kroky směřovat k implementaci těchto či obdobných nástrojů do našeho systému. Benefity lze očekávat v oblastech znaleckého posouzení, indikaci osob do adekvátního druhu léčení dle hladiny rizika, sjednocení hodnocení rizikovosti napříč republikou. Dalším přínosem je možnost odůvodnění pokračování či přeměny léčení a možnost plánování léčby dle specifických oblastí rizik u konkrétního nemocného. Dané nástroje však je nutné administrovat osobami školenými, existují výjimky z jejich uplatnění u některých nemocných a nelze tedy očekávat jednoznačný přínos při jejich plošném uplatnění při nesprávné administraci. Pilotní projekt Forenzního týmu implementaci vybrané nástroje ověří a vyškolí část odborníků v přímé péči, je velmi žádoucí i v procesu transformace nemocnic věnovat pozornost tomuto tématu.

Na druhé straně je třeba varovat před plošným zaváděním risk assessmentu u všech OL. U OL protialkoholních a protitoxikomanických není dle § 99 trestního zákoníku snížení nebezpečnosti pacienta (ale abstinence u motivovaného pacienta). Dále je třeba si uvědomit, že většina nástrojů je určena pro posouzení budoucího násilí, zatímco OL je někdy ukládáno i pacientům nenásilných deliktů, spočívajících např. v pasivitě či platební neschopnosti (zanedbání povinné výživy, krácení daní apod.)

Zavedení systému hodnocení rizikovosti by mělo plnit tyto funkce:

- indikace nemocného do adekvátní léčby (Zabezpečovací detence/ústavní léčení/Forenzní tým/běžná ambulantní léčba/nařízení OL
- stanovení cílů léčby a hodnocení plnění úspěšnosti léčby při přechodu mezi výše uváděnými typy léčby
- srozumitelnost návrhů léčení a přeměn pro justiční systém (nemocný s vysokým hodnocením rizik nemůže být indikován např. do ambulantní léčby)
- data pro budování systému léčby (počty nemocných v dané úrovni rizikovosti vs. kapacita systému)

Forenzní multidisciplinární tým

V rámci projektu Nové služby je pilotně ověřována nová služba: Forenzní multidisciplinární tým. Specifickým článkem doplňujícím ambulantní a lůžkovou péči o pacienty s ochranným léčením. FMT bude poskytovat následující služby: Služby terénního týmu, služby psychiatrické ambulantní péče o rizikové pacienty s nařízenou ochrannou léčbou, risk assessment (RA) před propuštěním z lůžkové ochranné léčby a dále, zacílení léčebného plánu dle rizikových oblastí, služby klinického psychologa- psychoterapie, diagnostika, poradenství. FMT je specifickým článkem doplňujícím ambulantní a lůžkovou péči o pacienty s ochranným léčením. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do vlastního sociálního prostředí pacienta. Za tímto účelem vytváří potřebné programy a zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu pro jednotlivé pacienty v ochranném léčení. Odbřeměňuje běžné ambulance od zátěže spojené s administrací ochranného léčení a zároveň je schopen sjednotit pohled na rizikovost daného pacienta s použitím validovaných nástrojů. K zajištění hlavního cíle, zajištění léčby pacienta a ochrany společnosti, včetně společenské integrace a klinického i sociálního zotavení (recovery), spolupracuje ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj.

Je velmi žádoucí, aby se psychiatrické nemocnice zapojily do vzdělávací části projektu FMT, nechaly proškolit své pracovníky v metodičce RA a posléze rutinně hodnotily všechny nemocné procházející systémem ústavního léčení a dle úspěšnosti hodnocení

Meziresortní spolupráce

Kontrola a dohled

Je žádoucí zahájení diskuze mezi rezorty o roli lékaře v systému OL. Dlouhodobý nárok na faktické zajištění dohledu nad nemocnými ze strany lékaře vede k neatraktivitě těchto nemocných v systému péče, neúnosnému mediálnímu tlaku na lékaře v případech tragických událostí a stigmatizaci nemocných i oboru. Není rolí ambulantního lékaře, aby dohlížel na nemocného mimo čas kontroly v ambulanci a nesl tak odpovědnost za jednání nemocného, je nutné zajištění vyvíjení dohledu na těmito nemocnými jiným způsobem.

Spolupráce s Mediační a probační službou

Měla by existovat možnost zajistit podporu probační službou u každé ochranné ambulantní léčby. Lékaři neočekávají posuzování klinických parametrů případu, ale pouze míry sociálních rizik. Vzájemný kontakt mezi probačním úředníkem a ambulancí by měl být bez prodlev. U závažnějších případů ustanovit probační péči hned soudem. U ostatních by měla být možnost iniciace na podnět příslušného ambulantního zařízení. Řešení je však velmi komplikované, dané tím, že možnost uložení dohledu MPS je dána v Trestním zákoníku, a cesta jeho novelizace je zjevně velmi svízelná.

Spolupráce s policií

Stávající spolupráce Policie, Probační služby a Soudů se zdravotnickými zařízeními je formální a nefunkční (ambulance nemají personální, ani administrativní vybavení, aby mohly provádět přísnější dohled na docházku pacientů. Je velmi žádoucí definování jasných pravidel spolupráce zdravotnických zařízení s policií a to nejen v oblasti OL. V současné době je ze strany MZ vyvíjena snaha o vypracování takového postupu, je vhodné, aby i oblast OL byla do tohoto postupu zahrnuta.

Forenzní multidisciplinární tým

Pro lepší integraci pacienta s nařízeným ochranným léčením zpátky do společnosti je nutné vytvořit prvek v systému psychiatrické, sexuologické a adiktologické péče, který by zajišťoval

bezpečný a efektivní přechod pacientů mezi ochranným léčením ústavním a ambulantním. Tento prvek by byl schopen zajistit intenzivnější, komplexnější léčbu, než je schopna poskytovat běžná ambulance. Zároveň by umožňoval pacientovi žít v běžných podmínkách, ale též zajišťoval přiměřeně efektivní ochranu společnosti s menším rizikem selhání léčby u potenciálně nebezpečného pacienta. Neméně významné je též ověření spolupráce a bezpečnosti přechodu pacienta do běžné ambulance s ohledem na bezpečnost ambulantního lékaře. Specializovanou a integrovanou péči o tyto osoby lze po vzoru obdobných zahraničních projektů nazvat „Forenzní multidisciplinární tým“ (FMT).

FMT bude asociovaný s lůžkovým zařízením, které poskytuje péči nemocným s ústavním ochranným léčením. Bude primárně poskytovat péči nemocným propouštěným z tohoto ústavního léčení a bude také hodnotit míru rizika (risk assessment) u každého pacienta propouštěného z ústavní ochranné léčby, nově zařazeného do ambulantní ochranné léčby i potencionálně nebezpečného pacienta. Dále bude navrhopvat další léčebný postup vztažený ke konkrétnímu riziku, včetně zařízení, které bude léčení provádět doporučení dalších služeb a jejich koordinace. Pacienty s nižší úrovní rizika bude předávat spolupracujícím ambulantním psychiatrům nebo CDZ, pacienty s vyšší úrovní rizika si ponechá ve své péči. Spolupracující ambulantní psychiatři budou součástí týmu a budou se účastnit pravidelných případových konferencí, FMT jim bude poskytovat podporu v jejich práci. FMT tedy bude působit jako koordinátor mimoústavní péče pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou, zejména však bude kontaktním místem pro místně příslušné soudy, které léčbu navrhují. K zajištění hlavního cíle, zajištění léčby pacienta a ochrany společnosti, včetně společenské integrace a klinického i sociálního zotavení (recovery), spolupracuje ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj.

Finance / úhrady

Systém ústavní léčby není ze strany zřizovatele (ale ani jiných složek státu) zásadněji finančně podporován. Vzhledem k tomu, že se jedná o podskupinu nemocných, kteří mají specifické potřeby, je zajištění péče o ně finančně náročnější, než léčba běžná. Toto je od 1. 1. 2018 zohledněno v platně za lůžkoden zařazením všech nemocných s nařízenou OL do kategorie 5. Toto zvýšení úhrad však nezajišťuje investiční prostředky nezbytné k vybudování oddělení, které by byly adekvátní k zajištění bezpečné a kvalitní léčby. Tyto náklady zahrnují stavebně-technické náklady, pořízení a údržbu kamerového systému, Panic systému apod. a pohybují se v šestimístných částkách na jedno oddělení.

Doporučením je iniciace procesu zajištění vícezdrojového financování systému ochranného léčení jak v ústavní, tak ambulantní složce.

- Běžná úhrada ambulantní léčby hrazená z prostředků zdravotního pojištění není při výkonu ochranné ambulantní léčby dostatečná. Veškeré úkony nad rámec této péče doposud hrazeny nejsou. Ambulantní zařízení většinou náklady "rozpuští" do svých úhradových průměrů. Mnohé nákladnější úkony, které mohou být potřebné pro zajištění účelů ochranného léčení, tak mohou být prováděny omezeně, nebo se zpožděním, čistě z ekonomických důvodů.
- Administrativní práce nad rámec běžné péče rovněž není hrazena vůbec. Problematičnost úhrady léčení výhradně ze systému zdravotního pojištění je vnímána i dalšími institucemi, např. Úřadem veřejné ochránkyně práv.
 - Je třeba si uvědomit, že dle § 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, nejsou zdravotní pojišťovny povinny hradit výkony provedené „na žádost soudu, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce,“ což je případ mnoha OL (např. nespolupracujícího nebo čekajících na propuštění soudem).

Vzdělávání

Specifickou oblastí je personální situace v oblasti profesionálů, pracujících s nemocnými s nařízenou OL. Práce s delikventy v ochranné léčbě není specificky honorovaná, motivace lékařů a dalších zdravotníků k práci v této oblasti není vysoká. Jde přitom o klientelu typicky nevalně motivovanou, vyžadující hodně času, trpělivosti, a vysokou úroveň znalostí a zkušeností při terapeutickém vedení při současné vysoké rizikovosti fyzické i právní.

Je žádoucí při transformaci nemocnic a plánu personální vybavení dlouhodobě počítat se vzděláváním v oblasti forenzní psychiatrie, budovat týmy nemocnic tak, aby byly pokryty všechny oblasti odbornosti OL (návykové nemoci, sexuologie) a zajistit, aby personál byl školen v oblasti používání specifických nástrojů hodnocení rizikovosti.

S budováním rejstříků profesionálů by bylo vhodné evidovat i profesionály pečující o nemocné s OL, posílit systém jejich odměňování.

Je také nutné výhledově přikročit k průběžnému vzdělávání znalců zvláště v oblasti hodnocení rizika, aby byl celý systém hodnocení výkonu OL sjednocený.

Ke zvážení je případné vyčlenění podoborů, jako jsou psychiatrická sexuologie jako specifických oblastí vzdělávání a podpora vzdělání v relativně méně atraktivních oborech, nezbytných pro fungování systému znaleckých posouzení a vlastního OL (sexuologie, sexuologická psychologie).

Legislativní úpravy a rozhodovací praxe

Problematická se jeví být definice Maření výkonu OL: „Pokud pacient ochranné léčení maří, může být buď stíhán a trestán pro přečin maření výkonu úředního rozhodnutí (což je zpravidla zdlouhavé, náročné a neproduktivní), nebo může být OL ambulantní přeměněno na ústavní, nebo OL ústavní přeměněno na zabezpečovací detenci (tento proces je efektivnější, ale také zdlouhavý)“.

Zákon neomezuje čas mezi zastavením tr. stíhání pro nepřičetnost a uložením OL -problém trvá, neboť nemocní jsou pak zadržováni pouze na základě detenčního řízení, nabízí se řešení analogické předběžnému opatření, které funguje v civilním právu. Dělení OL na psychiatrické, protitoxikomanické, protialkoholní, sexuologické, popř. smíšené je tradice (přehlednější než zákon); zákon ovšem rozlišuje jen formu ambulantní a ústavní a důležité je, podle kterého odstavce je OL uloženo. To, čemu říkáme OL protialkoholní a protitoxikomanické, je obvykle OL uložené dle § 99 odst. 2 písm. tr. Zákoníku. Takové OL může být ukončeno, jestliže se zjistí, že účelu nelze dosáhnout, nebo nemělo být ani uloženo, byť bylo navrženo znalcem. Soudy však používají tyto pojmy často neorganizovaně. Při následujícím výkonu OL (ale i pokusu o jakýkoli statistický sběr dat) není jasné, o jaký typ OL se jedná. Někteří soudci se domnívají, že je možné vykovávat více typů OL vedle sebe, jiné se domnívají, že OL lze uložit a vykonávat jen jedno. Je tedy vhodné oblast vyjasnit, nejlépe formou soudních seminářů, a praxi sjednotit.

Nadbytečná se jeví též nutná obhajoba § 36 tr. Řádu při změně ochranného léčení na ambulantní brzdí a prodražuje proces propouštění z OL ústavního (jde zjevně o proces zmírnění opatření).

Problematická se jeví rozhodovací praxe některých místně příslušných soudů, které si kladou za podmínku určité časové trvání OL, je nutné nahrazení rozhodováním na základě adresovaných oblastí rizika a zajištění dohledu v ambulantní léčbě pomocí např. FMT.

Oblasti řešení problematiky

- Definice sítě ústavního ochranného léčení (ústavní i ambulantní, i OL u mladistvých)
- Evidence nemocných v OL (centralizování sběru dat týkající se OL)
- Hodnocení průběhu ústavního léčení jednotnou formou/Systémová klasifikace rizikovosti nemocných s nařízeným OL, standardizace léčebných postupů v OL
- Zabezpečení přechodu mezi ústavním a ambulantním léčením budováním Forezních týmů
- Financování systému zajištěním vícezdrojového financování
- Personální zajištění výkonu OL
- Standardizace práce znalců
- Legislativní úpravy za účelem sjednocování justiční praxe

Témata pro projekt Deinstitutionalizace

Definice počtu lůžek určených pro OL v transformačních plánech nemocnic (po vyjasnění faktorů, které stojí za velmi rozdílnými počty nemocných v OL v různých nemocnicích) a vyčlenění/budování specializovaných oddělení.

Personální stabilizace těchto oddělení, plán vzdělávání a podpora vzdělávání.

Individualizace péče u nemocných ve výkonu OL, podpora cíleného hodnocení rizikovosti
Podpora budování Forezních týmů a specializovaných ambulancí, pečujících o nemocné s OL ve všech podoborech psychiatrických nemocnicích (psychiatrie, návykové nemoci, sexuologie, dětská a dorostová psychiatrie).

Praktický krok

Obnovení práce Pracovní skupiny pro Ochranné léčení na Ministerstvu zdravotnictví a propojení její činnosti s Pracovní skupinou Ministerstva Spravedlnosti, příp. vytvoření mezirezortní skupiny pro OL.

Poděkování

Díky patří Odboru zdravotních služeb MZ, zvláště Mgr. Benešové, Mgr. Skalické z odboru dohledu nad OL MsP, MUDr. Smékalovi z Ústavu zabezpečovací detence, Ing. Trávovi z UZIS a všem pracovníkům psychiatrických zařízení za poskytnutí dat.

Zdroje:

Data Ministerstva spravedlnosti, Odbor dohledu nad ochranným léčením.

Průzkum Ministerstva zdravotnictví, červenec 2018

Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & Helmus, L. (2011). *The RRASOR, Static-99R, and Static-2002R all add incrementally to the prediction of recidivism among sex offenders. Public Safety Canada.*

Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & W. C. D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence. *Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.*

Chow, W. S., & Priebe, S. (2016). How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open.* <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010188>

McNaughton N., Webster S. (2014). Sex Offender Management and Dynamic Risk. *NatCen Social Research Crime and Justice Team, Ministry o.* Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications>

VOP (2017). Hodnocení systematických návštěv zaměřených na výkon ochranného léčení, podklady pro jednání. *Hodnocení Návštěv OL, Kulatý Stůl.*

Salize, H. J. and D. H. (2005). *Placement and treatment of mentally ill offenders- Legislation and practice in EU Members.*

Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry, 184(FEB.), 163–168.* <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163>

Thornton D. (2007). SCORING GUIDE FOR RISK MATRIX 2000.9/SVC.

PŘEHLED
SPÁDOVÝCH ÚZEMÍ PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBEN A NĚKTERÝCH DALŠÍCH
PSYCHIATRICKÝCH ZARÍZENÍ

I.

Spádová území psychiatrických léčeben

1. Psychiatrická léčebna Praha 8 - Bohnice	- Hlavní město Praha: Obvody 1-10. Okresy: Praha - východ, Praha - západ (Středočeský kraj) Magistrátní úřad hl. m. Prahy může stanovit též spádová území Psychiatrické klinice UK v Praze 2.
2. Psychiatrická léčebna Kosmonosy (Středočeský kraj)	- Okresy: Mělník, Mladá Boleslav, Nymburk (Středočeský kraj) a z okresu Kolín (Středočeský kraj) územní obvody Český Brod I-III a Kostelec nad Černými lesy - I-III, Jablonec nad Nisou, Liberec (Liberecký kraj), Jičín, Semily, Trutnov (Královohradecký kraj)
3. Psychiatrická léčebna Dobřany	- Západočeský kraj a Jihočeský kraj (okresy České Budějovice, Český Krumlov, Písek)
4. Psychiatrická léčebna Lnáře (Jihočeský kraj)	- Okresy: Strakonice, Prachatice (Jihočeský kraj), Příbram (Středočeský kraj)
5. Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice (Ústecký kraj)	- Okresy: Česká Lípa (Liberecký kraj), Děčín, Litoměřice, Most, Teplice, Ústí nad Labem (Ústecký kraj), Kladno, Mělník, Rakovník (Středočeský kraj)
6. Psychiatrická léčebna Petrohrad (Ústecký kraj)	- Okresy: Louny, Chomutov (Ústecký kraj)
7. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod (Kraj Vysočina)	- Okresy: Havlíčkův Brod (Kraj Vysočina), Hradec Králové, Náchod, Rychnov nad Kněžnou (Královohradecký kraj), Chrudim, Pardubice, Ústí nad Orlicí (Pardubický kraj) a z okresu Svitavy (Pardubický kraj) zdravotnické obvody 9-15 (spádové území nemocnice s poliklinikou v Litomyšli) a zdravotnické obvody 24-29 (spádové území nemocnice s poliklinikou v Poličce), Benešov, Kutná Hora (Středočeský kraj) a z okresu Kolín (Středočeský kraj) územní obvody Kolín I až VII, Kouřim I a II Zásmyky, Plaňany, Ratiboř, Červené Pečky, Velim, Velký Osek, Týnec nad Labem, Žiželice
8. Psychiatrická léčebna Brno - Černovice (Jihomoravský kraj)	- Okresy: Blansko, Brno - město, Brno - venkov, Znojmo (Jihomoravský kraj)
9. Psychiatrická léčebna Jihlava (Kraj Vysočina)	- Okresy: Jihlava, Žďár nad Sázavou, Třebíč, Pelhřimov (Kraj Vysočina), Jindřichův Hradec, Tábor (Jihočeský kraj)
10. Psychiatrická léčebna Kroměříž (Zlínský kraj)	- Okresy: Břeclav, Vyškov (Jihomoravský kraj), Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž, Vsetín zdravotnické obvody 1-5 (Zlínský kraj), Hodonín (Jihomoravský kraj), Prostějov (Olomoucký kraj)
11. Psychiatrická léčebna Opava (Severomoravský kraj)	- Okresy: Bruntál (mimo zdrav. obvodu 21) Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava, Ostrava-město (Severomoravský kraj)
12. Psychiatrická léčebna Šternberk (Olomoucký kraj)	- Okresy: Olomouc, Přerov (Olomoucký kraj) bez zdravotnických obvodů 1-5, z okresu Šumperk (Olomoucký kraj) zdravotnické obvody 11-41, z okresu Svitavy (Pardubický kraj) zdravotnické obvody 1-8

	(spádové území nemocnice s poliklinikou ve Svitavách) a zdravotnické obvody 16-23 (spádové území nemocnice s poliklinikou v Moravské Třebové)
13. Psychiatrická léčebna Bílá Voda (Olomoucký kraj)	- Z okresu Šumperk (Olomoucký kraj) zdravotnické obvody 1-10 a z okresu Bruntál (Moravskoslezský kraj) zdravotnický obvod 21 a okres Jeseník

Takto stanovená spádová území psychiatrických léčeben platí i pro přijímání dospělých nemocných k výkonu ochranného psychiatrického léčení a léčení sexuologického.

II.

Spádová území psychiatrických léčeben pro výkon ochranného protialkoholního léčení, léčení proti závislosti na látkách s psychotropními účinky a léčení pro patologické hráčství

1. Psychiatrická léčebna Praha 8 - Bohnice	- Pro území Magistrátního úřadu hl. města Prahy a okresu Praha-východ a Praha - západ (Středočeský kraj)
2. Psychiatrická léčebna Kosmonosy	- Pro Středočeský kraj (mimo okres Kladno, Mělník, Praha-východ, Praha-západ) a dále pro okresy Liberec a Jablonec
3. Psychiatrická léčebna Červený dvůr	- Pro Jihočeský kraj
4. Psychiatrická léčebna Dobřany	- Pro Západočeský kraj
5. Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice	- Pro Severočeský kraj (mimo okresů Liberec a Jablonec) a okresy Kladno a Mělník (Středočeský kraj)
6. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod (Želiv)	- Pro Východočeský kraj
7. Psychiatrická léčebna Jihlava	- Pro Jihomoravský kraj a kraj Vysočina
8. Psychiatrická léčebna Bílá Voda	- Pro Olomoucký kraj pro okresy Šumperk, Olomouc, Přerov, Jeseník a Vsetín pro Zlínský kraj
9. Psychiatrická léčebna Opava	- Pro Moravskoslezský kraj

III.

Spádová území psychiatrických léčeben pro léčení psychicky nemocných trpících aktivní TBC

1. Psychiatrická léčebna Dobřany	- přijímá nemocné ze spádových území psychiatrických léčeben: Praha 8 - Bohnice, Kosmonosy, Lnáře, Horní Beřkovice, Havlíčkův Brod, Petrohrad, Dobřany
2. Psychiatrická léčebna Kroměříž	- přijímá nemocné ze spádových území psychiatrických léčeben: Jihlava, Brno, Kroměříž, Bílá Voda, Štenberk, Opava

IV.

Spádová území psychiatrických léčeben pro léčení psychicky nemocných, kteří jsou bacilonosiči tyfu, paratyfu a dyzentérie

Psychiatrická léčebna - přijímá muže i ženy z celého území ČR

Kroměříž

Péči o duševně nemocné trpící jinou přenosnou nemocí zajistí každá psychiatrická léčebna podle svého spádového území. Stanovená spádová území platí pouze pro přijímání dospělých nemocných od 15 let a přijetí se řídí podle místa trvalého pobytu (bydliště) nemocného.

Jestliže však dojde k akutní exacerbaci psychického onemocnění u osob pobývajících mimo stálé bydliště (např. v lázních, na brigádách, na montážních pracích) a příslušná léčebna je značně vzdálená od místa jejich dočasného pobytu, je třeba, aby poskytla ústavní léčení těmto osobám nejbližší psychiatrická léčebna nebo psychiatrické oddělení nemocnice s poliklinikou. Teprve po zklidnění nemocného zařídí toto psychiatrické zařízení převoz do příslušné léčebny.

Stanovená spádová území se nevztahují na dětskou psychiatrickou péči.