



Zranitelné skupiny lidí v ochranném léčení

Výzkumná zpráva 2024



Obsah

Poslání ochránce.....	3
Slovník užitých pojmů.....	4
Úvodní slovo	5
Shrnutí	7
Právní úprava.....	8
1. Pachatelé (budoucí pacienti) a činy, za něž soudy mohou ochranné léčení uložit.....	9
2. Dostupnost ústavního ochranného léčení a pravidla pro jeho náplň.....	11
3. Rozhodnutí, kterými je ochranné léčení ukládáno	12
Charakteristika pacientů ze zranitelných skupin v ochranném léčení	15
4. Statistické údaje o pacientech	15
5. Diagnózy, charakter trestných činů a trestů pacientů v ochranném léčení	19
6. Specifika rozhodnutí.....	24
7. Vzdálenost místa hospitalizace od místa bydliště.....	26



Poslání ochránce

Již od roku 2001 ochránce chrání osoby před nezákonným či jinak nesprávným jednáním nebo nečinností správních úřadů a dalších institucí. Tehdy má právo nahlížet do úředních či soudních spisů, žádat úřady o vysvětlení a může bez ohlášení provádět místní šetření. Shledá-li pochybení úřadu a nepodaří se mu dosáhnout nápravy, může informovat nadřízený úřad či veřejnost.

Od roku 2006 ochránce plní úkoly národního preventivního mechanismu podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Systematicky navštěvuje zařízení, v nichž se nacházejí osoby omezené na svobodu, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením. Svá zjištění a doporučení ochránce zobecňuje v souhrnných zprávách z návštěv a na jejich základě formuluje standardy zacházení. Návrhy na zlepšení zjištěného stavu a odstranění případného špatného zacházení ochránce směřuje jak k samotným zařízením a jejich zřizovatelům, tak k ústředním orgánům státní správy.

V roce 2009 byl ochránce pověřen rolí národního orgánu pro rovné zacházení a ochrany před diskriminací (*equality body*). Přispívá tedy k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Za tím účelem poskytuje pomoc obětem diskriminace, provádí výzkum, zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám souvisejícím s diskriminací

a zajišťuje výměnu dostupných informací s příslušnými evropskými subjekty.

Od roku 2011 ochránce rovněž sleduje zajištění cizinců a výkon správního vyhoštění.

Počínaje lednem 2018 zastává ochránce také funkci monitorovacího orgánu pro naplňování práv zakotvených Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a pomáhá také cizincům-občanům Evropské unie, kteří žijí nebo pracují v České republice. Poskytuje jim informace o jejich právech a pomoc při podezření na diskriminaci z důvodu státní příslušnosti.

Ke zvláštním oprávněním ochránce patří právo podávat Ústavnímu soudu návrhy na zrušení podzákonných právních předpisů, právo vedlejšího účastenství před Ústavním soudem v řízení o zrušení zákona či jeho části, právo podat správní žalobu k ochraně veřejného zájmu či návrh na zahájení kárného řízení s předsedou či místopředsedou soudu. Ochránce také může příslušnému úřadu doporučit vydání, změnu či zrušení právního nebo vnitřního předpisu. Doporučení ke změně zákona podává vládě.

Ochránce je nezávislý a nestranný, z výkonu své funkce je odpovědný Poslanecké sněmovně, která ho zvolila. Má jednoho voleného zástupce, kterého může pověřit výkonem části své působnosti. Se svými poznatky ochránce průběžně seznamuje veřejnost prostřednictvím médií, internetu, sociálních sítí, odborných seminářů, kulatých stolů a konferencí. Nejdůležitější zjištění a doporučení shrnuje zpráva o činnosti veřejného ochránce práv předkládaná každoročně Poslanecké sněmovně.



Slovník užitých pojmů

Ochranné léčení – je jedním z druhů ochranných opatření,¹ což jsou nástroje, které trestní soudy spolu s tresty využívají k tomu, aby přispěly k ochraně společnosti. OL může soud uložit buďto v ústavní nebo ambulantní formě, přičemž volba typu ochranného léčení má odpovídat nebezpečnosti pobytu pacienta na svobodě.² Ačkoliv OL není trestem, tak může mít na pachatele závažnější dopady než trest,³ a to zejména z důvodu neurčitosti svého trvání.

Zranitelné skupiny pacientů v ochranném léčení – zranitelnost pro účely výzkumu definujeme jako ve srovnání s ostatními ztíženou možnost hájit svá práva a zvýšenou možnost utrpení újmy. Ve výzkumu jsme si jako zranitelné i oproti jiným pacientům v ústavním ochranném léčení stanovili mladistvé, ženy a cizince (mimo Slováký).

1 Viz § 96 a násl. trestního zákoníku.

2 Viz usnesení Nejvyššího soudu ze dne 19. 7.2017, sp. zn. 8 Tdo 823/2017, odst. 25 a 26.

3 Viz náleží Ústavního soudu ze dne 11. 4. 2017, sp. zn. III. ÚS 3675/16, odst. 21.



Úvodní slovo

V ochranné léčbě v ústavní formě je v České republice v psychiatrických nemocnicích přibližně 1 000 osob.⁴ Chybí data o tom, kolik z nich jsou mladiství, ženy nebo cizinci. Tyto pacienty považujeme za zvláště zranitelné. Dosud jsme se jejich postavením nezabývali systémově. Naše poznatky vycházejí z několika individuálních stížností nebo ze systematických návštěv. Řešili jsme například případ cizince, kterému soud uložil ochranné léčení, ale kvůli jazykové bariéře nemohl vykonávat léčbu spočívající ve skupinové psychoterapii, nebo jsme se setkali při návštěvě s chlapcem (16 let), který byl umístěn na oddělení mezi dospělými muži. V roce 2019 jsme vydali k ochrannému léčení souhrnnou zprávu.⁵

Mladiství, ženy a cizinci dle naší zkušenosti představují pouze malé procento pacientů ve výkonu ochranného léčení.

Za důležité považujeme zjistit důvody (skutky), pro které soud ústavní ochrannou léčbu uložil. Zejména u zranitelných pacientů by měl soud pečlivě zvažovat, zda je negativní dopad, který na pacienta má omezení jeho osobní svobody, přiměřený přínosu, který léčba přináší jemu a společnosti.

Za zranitelné lze považovat všechny pacienty v ústavním ochranném léčení, protože jsou to lidé s duševním onemocněním a jsou omezeni na osobní svobodě. Náš výzkum se však zaměřuje na pacienty, kteří jsou mezi pacienty v ochranném léčení zvláště zranitelní – mladistvé, kteří jsou obecně zranitelní kvůli nižší úrovni životních zkušeností, ženy, protože pro ně zpravidla nemocnice nemají specializovaná oddělení, a cizince (mimo Slováky), kterým výkon ochranného léčení může komplikovat jazyková bariéra. **Cílem výzkumu je:**

1. získat dosud chybějící informace o struktuře a profilu těchto zranitelných skupin a
2. zjistit důvody pro uložení ochranného léčení.

Výzkum má dvě části:

První část výzkumu (prezentovaná v [kapitole 4](#)) přináší ucelenou statistiku pacientů v ochranném léčení; takový přehled totiž dosud neexistuje. Získali jsme od všech psychiatrických nemocnic v ČR **statistické údaje o pacientech v ochranném léčení**. Především nás zajímaly následující údaje:

- celkový počet pacientů v ústavní péči,
- kolik z toho je žen,

4 PÁV, Marek, ŠVARC, Jiří. *Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. 2018.

5 Souhrnná zpráva veřejného ochránce práv ze dne 12. září 2019. *Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata, zpráva ze systematických návštěv*. Sp. zn. 21/2016/NZ, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz).



- kolik z toho je pacientů, kteří byli při nástupu do nemocnice nezletilí,
- kolik z toho je cizinců (pacientů s cizí státní příslušností nebo osob bez státní příslušnosti).

U cizinců jsme navíc zjišťovali jejich národnost a jazykovou úroveň češtiny.

U pacientů, kteří spadají do námi vymezených zranitelných skupin, jsme si od psychiatrických nemocnic vyžádali rozhodnutí, na jejichž základě se dotyční ocitli v ochranné léčbě.

Druhá část výzkumu sestává z obsahové analýzy rozhodnutí o uložení ochranného léčení (kapitoly 5–7). Jejím cílem bylo přiblížit důvody (skutky), pro něž bylo mladistvým, ženám a cizincům ochranné léčení uloženo. Zajímaly nás také další okolnosti trestných činů a podrobnosti o následné hospitalizaci pacientů z uvedených zranitelných skupin.

Výzkum popisuje stav ke dni 20. dubna 2023.

Jak při čtení této výzkumné zprávy seznáte, zejména její druhá část je poznamenána nedostatkem informací o přičetnosti pachatelů a tom, za jakých okolností byly spáchány skutky, pro něž bylo ochranné léčení uloženo. Často se nedozvíme, jak soud dospěl k tomu, že dotyční skutek spáchali (pokud soud rozhoduje mimo trestní stíhání, někdy tuto skutečnost ani nedokazuje), jak a k čemu se vyjadřovali znalci či samotní pachatelé nebo zda a jak soud posuzoval vztah přiměřenosti mezi nebezpečností pachatele a omezením jeho osobní svobody. Kvalitní odůvodnění přitom představuje zadání pro nemocnice stran toho, v čem soud spatřuje nebezpečnost pachatele a na co se má ochranné léčení zaměřit.

Proto se obrátím na Ministerstvo spravedlnosti, aby zvážilo novelu trestního řádu, podle níž by soudy měly povinnost rozhodnutí o uložení ochranného léčení (případně přeměny ambulantní léčby v ústavní) odůvodnit vždy, tedy i v případech, kdy to podle současné právní úpravy dělat nemusí.



Shrnutí

1. K 20. dubnu 2023 ústavní ochranné léčení vykonávalo v psychiatrických nemocnicích celkem 867 pacientů, z toho 115 pacientů ze zranitelných skupin. Největší podíl mezi posledně jmenovanými tvoří ženy (více než čtyři pětiny, přesně 84 %), více než desetinu pacientů (13 %) představují cizinci (z toho dvě ženy) a pouze asi dvacetinu (4 %) tvoří pacienti, kteří jsou (nebo byli při zahájení ochranného léčení) nezletilí.
2. V ochranném léčení se nacházejí i cizinci s **velmi nízkou znalostí českého jazyka**. Domníváme se, že především u cizinců, kteří nemluví slovanskými jazyky a současně neumí dobře česky, nemusí mít léčba požadovaný efekt (týká se to například Brita a Itala s češtinou na úrovni A1 nebo Mongolky s češtinou na úrovni A2).
3. V průměru jsou pacienti ze zranitelných skupin hospitalizováni **68 km od místa svého bydliště** (netýká se cizinců), což se nejeví jako nepřiměřené. Za nepříznivý považujeme fakt, že mezi pacienty **hospitalizovanými nejdále (285,8 km a 297,9 km) od místa bydliště jsou dva pacienti přijatí do ochranného léčení jako nezletilí**.
4. Nejčastější diagnózy, s nimiž jsou pacienti ze zranitelných skupin léčení, jsou **schizofrenie, schizotypální poruchy či poruchy s bludy a duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním návykových či psychoaktivních látek**.
5. **V žádném rozhodnutí jsme nezjistili, že by se soud zabýval zvláštní zranitelností pacienta** a tím, zda na něj uložení ochranného léčení v ústavní formě nebude mít nepřiměřené dopady.
6. Nejčastější trestné činy, v jejichž důsledku bylo pacientům ze zranitelných skupin nařízeno ochranné léčení, jsou: **krádež, výtržnictví, nebezpečné vyhrožování a poškozování cizí věci**. Řada pacientů spáchala relativně méně nebezpečnou trestnou činnost (krádež 17 % a výtržnictví 12 %). Vystávají tak pochybnosti, zda je omezení osobní svobody přiměřené nebezpečnosti pacienta.
7. **Více než třetina rozhodnutí o uložení ochranného léčení (35 %) neobsahovala odůvodnění, proč soud vydal právě takové rozhodnutí**. Ta, která ho obsahovala, často postrádala informace, které považujeme za podstatné pro posouzení pacientovi nebezpečnosti, zejména zachycení jeho postoje k trestné činnosti (46 % z rozhodnutí obsahujících odůvodnění).
8. **V původní verzi zprávy jsme chybně uvedli, že ženy pobývaly v ochranném léčení v průměru výrazně déle**, než je průměrná celostátní ošetrovací doba pacienta v ochranném léčení. Ve skutečnosti ženy nepobývaly v nemocnici výrazně déle než muži.



Právní úprava

Ochranné léčení je specifické tím, že chybí zákon, který by podrobně upravoval jeho výkon. Věnuje se mu jen několik ustanovení zákona o specifických zdravotních službách.⁶ Nedostatečnost právní úpravy je zřejmá, když se její rozsah srovná s právní úpravou výkonu trestu odnětí svobody⁷ nebo zabezpečovací detence.⁸ Chybí jasné nastavení povinností pacientů v ochranném léčení a nástroje pro jejich pozitivní motivaci. Psychiatrické nemocnice jsou nuceny improvizovat, což může vést až k nezákonnému postupu. **Značná část pacientů ochranné léčení vykonává, protože z důvodu duševního onemocnění nebyli schopni dodržovat společenská pravidla. Ocitají se v ochranném léčení, pro které stát paradoxně nastavil jen minimum pravidel.** Vítáme proto, že vzniká národní koncepce ochranného léčení,⁹ která by mohla vést ke zvýšení kvality právní úpravy.

Tento výzkum se však nezaměřuje na podmínky, v nichž pacienti ochranné léčení vykonávají. Zjišťovali jsme, jak často soudy ochranné léčení nařizují mladistvým, ženám, nebo cizincům, za jaké činy a jakým způsobem je jim ochranné léčení ukládáno.

Dále se proto věnujeme právní úpravě:

- toho, jakým pachatelům (budoucím pacientům) a za jaké činy soudy ochranné léčení mohou uložit,
- toho, jak je zajištěna dostupnost ústavního ochranného léčení a pravidel pro jeho náplň,
- požadavků na soudní rozhodnutí, kterými je ochranné léčení ukládáno.

6 Viz § 83 až 89 zákona o specifických zdravotních službách.

7 Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody.

8 Zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence.

9 Viz zprávu z jednání Národní rady pro duševní zdraví ze dne 20. března 2024, dostupnou online [zde](#).



1. Pachatelé (budoucí pacienti) a činy, za něž soudy mohou ochranné léčení uložit

Ochranné léčení soudy ukládají pachatelům, jejichž příčetnost byla v době spáchání trestného činu zmenšená, nebo nebyli vůbec schopni rozpoznat protiprávnost svého jednání nebo ho ovládnout (byli zcela nepřičetní) a jejichž pobyt na svobodě je nebezpečný.¹⁰ Ochranné léčení však lze uložit i pachatelům, kteří byli v době spáchání trestného činu plně přičetní, pokud spáchali trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou, nebo pokud čin spáchali pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním.¹¹ Některým pachatelům se ukládá místo trestu odnětí svobody a jiným vedle něj.¹² **Ačkoliv zákon stanoví, že se ochranné léčení má zpravidla vykonávat při výkonu trestu odnětí svobody, a umožňuje jeho výkon i před jeho nástupem, v praxi se ochranné léčení vykonává nejčastěji až po výkonu trestu.** Třebaže to zákon umožňuje, může to být neefektivní.

Trestní předpisy nestanoví, že ochranné léčení v ústavní formě by bylo možné uložit až od určité závažnosti spáchaného trestného činu (či činu jinak trestného), stejně tak pro trvání ochranného léčení není ze zákona podstatné, jak závažného činu se pacient původně dopustil.¹³ Ochranné léčení v ústavní formě tak lze uložit i za majetkovou trestnou činnost s relativně nízkou způsobenou škodou.¹⁴ Právní předpisy usměřňuje judikatura. Plyne z ní, že s ohledem na zásah do základních práv a svobod, jenž je s uložením ochranného léčení, ať už v ambulantní, či v ústavní formě, spojen, musí být předpisy vykládány restriktivně.¹⁵

Spektrum pacientů, kteří ochranné léčení v nemocnicích vykonávají, je tak velmi široké.

Na jedné straně se může jednat o pachatele s mentálním postižením, kteří se opakovaně dopouštějí majetkové trestné činnosti, protože nechápou koncept osobního vlastnictví, a na druhé straně o vysoce inteligentní pachatele s poruchou osobnosti projevující se výraznou bezohledností k druhým, kterým brutálně ubližují.

Ve výzkumu se zabýváme zranitelnými skupinami pacientů. Ze zákona plyne,¹⁶ že ochranné léčení **nelze uložit, není-li přiměřené** povaze a závažnosti pachatelem spáchaného činu a nebezpečí, které od pachatele v budoucnu hrozí pro zájmy chráněné trestním zákoníkem,

10 Viz § 99 odst. 1 trestního zákoníku.

11 Viz § 99 odst. 2 trestního zákoníku.

12 Viz § 97 odst. 1 trestního zákoníku.

13 Některé členské státy EU takovou proporcionalitu mezi činem a délkou ochranného léčení předpokládají, viz Hans Salize, Joachim a Harald Dreßing. *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States*. Central Institute of Mental Health. 2005. s. 59–60. Online dostupné [zde](#).

14 Ani u relativně bagatelních deliktů však není vyloučeno uložení ochranného léčení v ústavní formě. Mělo by se však jednat o výjimečné případy. Viz náleží Ústavního soudu ze dne 3. 11. 2004, sp. zn. IV. ÚS 502/02, v němž se řešilo uložení ochranného léčení v ústavní formě za trestný čin neoprávněného zásahu do práva k domu, bytu nebo nebytovému prostoru.

15 Náleží Ústavního soudu, sp. zn. II. ÚS 2843/18 dne 30. 4. 2019, odst. 40.

16 Viz § 96 odst. 1 trestního zákoníku.



jakož i **osobě pachatele a jeho poměrům**. Je zřejmé, že dopady uloženého ochranného léčení budou odlišné, pokud jeho uložení pro pacienta znamená znemožnění dalšího vzdělávání (mladiství), pokud žena bude vykonávat ochranné léčení násobně déle než běžní pacienti nebo pokud jeho uložení pro pacienta znamená izolaci v prostředí, kde kvůli jazykové bariéře nemá s kým hovořit (cizinci). **Jsme přesvědčeni, že soud se při ukládání ochranného léčení musí zranitelností pacientů zabývat, protože zranitelnost je projevem osoby pachatele.**

Ochranné léčení může být uloženo i nezletilým, a to dokonce i před dosažením 15. roku života.¹⁷ Zatím jsme se nesetkali s tím, že by v psychiatrické nemocnici vykonávalo ochranné léčení dítě mladší 15 let. Nesetkali jsme se ani s tím, že by nezletilý pacient v ochranném léčení pobýval na dětském oddělení. Nezletilí pacienti se dle našich zkušeností léčí spolu s dospělými; zákon to umožňuje.¹⁸ Z judikatury Evropského soudu pro lidská práva (ESLP) však plyne, že umístění dítěte na oddělení spolu s dospělými musí být odůvodněno prospěchem pro dítě, nebo aspoň musí být nejlepší zájem dítěte zhodnocen.¹⁹

Závažným zjištěním z našeho výzkumu je, že pacienti přijatí k ochrannému léčení jako nezletilí se často léčí daleko od svého bydliště (viz [kapitolu 7](#)). **Stávající systém pedopsychiatrické péče není na nezletilé pacienty s ochranným léčením připraven.** Ve školských zařízeních pro ústavní a ochranou výchovu se setkáváme s dětmi s výraznými poruchami chování, kterým zařízení nejsou schopna poskytnout léčbu, kterou by potřebovaly. Opakovaně upozorňujeme na to, že situaci těchto dětí je potřeba řešit.²⁰ Vhodným řešením není umístit tyto děti do psychiatrické nemocnice, ale zajistit dostupnost zařízení poskytujících výchovně léčebnou péči.

Ochranné léčení se ukládá i ženám. Pro ženy je v psychiatrických nemocnicích zřízeno specializované oddělení pouze jedno, a to v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovic. Pacientky jsou tak většinou rozmístěny na „běžných“ psychiatrických odděleních.

Právní úprava se specificky nevěnuje tomu, za jakých podmínek může být ochranné léčení uloženo pacientům, kteří jsou cizinci a nerozumí dobře česky. Terapeutické působení na pacienta, což je účel ochranného léčení,²¹ je přitom do značné míry závislé na komunikaci, a to zejména pokud je léčba založená na skupinové psychoterapii. **Déle**

17 Viz § 93 zákona o soudnictví ve věcech mládeže.

18 Viz § 47 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

19 Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 26. března 2024, *V. I. proti Moldavsku*, č. 38963/18, bod 149. Rozsudek je dostupný [zde](#).

20 Viz Souhrnnou zprávu veřejného ochránce práv ze dne 22. prosince 2021. Školská zařízení pro výkon ústavní výchovy. Sp. zn. 33/2021/NZ, [eso.ochrance.cz](#), s. 20–25, a Souhrnnou zprávu veřejného ochránce práv ze dne 19. července 2024, Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy pro děti se závislostmi, sp. zn. 35/2021/NZ, [eso.ochrance.cz](#), s. 17–19.

21 Šámal, Pavel a kol. *Trestní zákoník*. 3. vydání. C. H. Beck, 2023, s. 1495.



trvající zadržování člověka z důvodu nebezpečnosti, pro jejíž zvládnutí potřebuje léčbu, která mu není poskytována, je nepřipustné.²²

2. Dostupnost ústavního ochranného léčení a pravidla pro jeho náplň

Ochranné léčení v ústavní formě se v České republice vykonává v psychiatrických nemocnicích a ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby ČR, kde probíhá formou stacionární péče.²³ Ochranné léčení se však vykonává pouze v šesti věznicích²⁴ z 25, z toho v pěti jsou oddíly zaměřené na léčbu závislostí (v jedné pro ženy i muže, ve zbytku jen pro muže) a v jedné na sexuologickou léčbu (pouze pro muže). Ochranné léčení psychiatrické (typicky určené pacientům s psychózou)²⁵ nelze ve věznici za stávajících podmínek vykonat vůbec.²⁶ Od vězeňské služby jsme však zjistili, že pacient s takovým typem uloženého léčení aktuálně trest odnětí svobody nevykonává. Soudy nemohou věznici, na rozdíl od psychiatrické nemocnice, léčení nařídit, musí nejdříve zjistit, zda je v průběhu výkonu trestu odnětí svobody u konkrétního vězně v dané věznici možné.²⁷

Ochranné léčení v ústavní formě se tak stále vykonává převážně v psychiatrických nemocnicích, kde jsou jeho náklady plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Psychiatrických nemocnic, v nichž se ochranné léčení vykonává, je 15.²⁸ Počet lůžek, která mají nemocnice vyčlenit pro jeho výkon, právní řád neuvádí. Právní řád nestanoví ani to, že by se mělo vykonávat na specializovaných odděleních.

22 Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 31. ledna 2019, *Rooman proti Belgii*, č. 18052/11, body 197 a 208. Rozsudek je dostupný [zde](#). Nejvyšší soud však v nedávném rozsudku rozhodl odlišně a uvedl, že jazyková bariéra nemůže být důvodem pro rezignaci na uložení ochranného léčení. Rozhodující je naplnění účelu ochranného léčení. Viz rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 31. července 2024, sp. zn. 4 Tz 34/2024, Online dostupný [zde](#).

23 Aktuálně je ve výkonu trestu odnětí svobody 211 vězňů s uloženým ochranným léčením v ústavní formě (ochranné léčení pro nealkoholové látkové závislosti – 97; sexuologické – 56; psychiatrické – 0; ochranné léčení pro alkoholové závislosti – 90; ochranné léčení pro patologické hráčství 2) – součet dle jednotlivých druhů neodpovídá počtu osob s nařízeným léčením, neboť v některých případech je nařízen výkon více druhů léčení. Přibližně 90 % z vězňů s uloženým ochranným léčením v průběhu výkonu trestu ochranné léčení podstoupí.

24 Kapacita oddílů pro výkon ochranného léčení ve věznicích je celkově 178 vězňů. Z toho ve Věznici a Ústavu pro výkon zabezpečovací detence v Opavě je oddíl pro 16 žen a další oddíl 18 mužů. V dalších věznicích jsou oddíly jen pro muže, a to ve Znojmě pro 23, v Heřmanicích pro 30, v Kuřimi pro 37, v Rýnovicích pro 26 a v Ostrově pro 28.

25 Lze předpokládat, že značné části pachatelů, kterým soud uložil ochrannou léčbu psychiatrickou, nebude z důvodu nepřičetnosti uložen trest. Absence programu pro ně ve věznici tak může dopadat na relativně málo vězňů. Nemáme však data o tom, kolik pacientů a s jakým typem OL ve vězení pobývá.

26 Sdělení Ministerstva spravedlnosti není veřejné, poskytlo nám ho na vyžádání.

27 Viz § 88 odst. 1 instrukce Ministerstva spravedlnosti ze dne 3. prosince 2001, č. j. 505/2001–Org, kterou se vydává vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy. (Vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy).

28 Jako poslední přibyla Léčebna návykových nemocí v Nechanicích (při Psychiatrické klinice FN Hradec Králové), vykonává se zde však pouze protialkoholní léčení u žen. V době zahájení výzkumu se v tomto zařízení ochranné léčení ještě nevykonávalo, nebylo proto zahrnuto do výzkumu.



Ministerstvo spravedlnosti stanoví sdělením²⁹ seznam psychiatrických nemocnic, kde se ochranné léčení v ústavní formě vykonává. Rozhodující pro určení nemocnice je to, kde má pachatel (budoucí pacient) bydliště nebo pobyt.³⁰ V minulosti panovala nejistota v tom, jak a zda vůbec lze změnit psychiatrickou nemocnici, v níž pacient léčení vykonává.³¹ Novela trestního řádu od roku 2022 stanovila postup, který to umožňuje. Může o tom rozhodnout předseda senátu okresního soudu, v jehož obvodu se léčení vykonává.³²

Trestní předpisy nestanoví, jaká by měla být náplň ochranného léčení. Předpokládají jeho různé typy,³³ jejich náplň však nekonkretizují. Pro účely tohoto výzkumu je podstatné, že neexistuje standardizovaný program pro nezletilé, ženy ani cizince. Mezi psychiatrickými nemocnicemi se tak přístup k léčbě pacientů liší. Výrazně (až dvojnásobně) se liší i průměrná délka trvání ochranného léčení.³⁴ To však nemusí být způsobeno rozdílností přístupů nemocnic, může se lišit i přístup soudů. Pozitivně proto vnímáme navrhovanou novelizaci zákona o specifických zdravotních službách, která požaduje individuální stanovení a pravidelné hodnocení rizikovosti pacientů.³⁵ Pokud taková práce s rizikem bude provedena standardizovaně,³⁶ bude možné srovnat přístup nemocnic a soudů k obdobně rizikovým pacientům. **Zavedení standardizovaných nástrojů v psychiatrických nemocnicích může zajistit Ministerstvo zdravotnictví, které většinu z nich zřizuje. Podstatné však bude přesvědčit o využitelnosti těchto nástrojů i soudce.**

3. Rozhodnutí, kterými je ochranné léčení ukládáno

Ochranné léčení může být pacientovi uloženo rozsudkem, pokud soud zároveň rozhoduje o vině a trestu, nebo usnesením, pokud trestní stíhání vůbec nebylo zahájeno,³⁷ případně

29 Sdělení Ministerstva spravedlnosti není veřejné, poskytlo nám ho na vyžádání.

30 Viz § 88 odst. 2 vnitřního a kancelářského řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy.

31 Souhrnná zpráva veřejného ochránce práv ze dne 12. září 2019. Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata, zpráva ze systematických návštěv. Sp. zn. 21/2016/NZ, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz), s. 27.

32 Viz § 351 odst. 6 trestního řádu.

33 Trestní řád v § 36 odst. 4 zmiňuje ochranné léčení protialkoholní. Zmiňované sdělení Ministerstva spravedlnosti předpokládá psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické, a zaměřené na patologické hráčství, takové členění odpovídá i praxi v nemocnicích.

34 Páv, Marek, Vňuková, Martina, Papežová, Simona a Jiří Toman. ÚSTAVNÍ OCHRANNÁ LÉČENÍ V ČR 2018--2020. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, roč. 118, číslo 1., online dostupné [zde](#). „Celostátní průměrná ošetřovací doba ústavních OL je 2,6 roku. Mezi nemocnicemi jsou značné rozdíly; od několika měsíců (PN Lnáře) po 6 let (PN Jihlava).“

35 Ministerstvo zdravotnictví. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách ..., ve znění pozdějších předpisů, č. j. předkladatele: MZDR 7926/2024/LEG. Verze do připomínkového řízení. Online. Úřad vlády České republiky, 14. března 2024, dostupné [zde](#) [cit. 17. července 2024].

36 Nástroje v zahraničí pro standardizované hodnocení existují a jsou běžně používány, plánuje se jejich zavedení i v našem prostředí. Páv, Marek., Skřivánková, Petra., Vňuková, Martina., Ptáček, Radek a Jan Vevera. Hodnocení rizika násilného jednání. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, roč. 116, číslo 2., online dostupné [zde](#).

37 Viz 159a odst. 3 trestního řádu. Otázce, zda lze ochranné léčení uložit i bez zahájení trestního stíhání, se věnovalo trestní kolegium Nejvyššího soudu, dospělo k závěru, že takový postup možný je. Viz Stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu, ze dne 25. září 2014, sp. zn. Tpjn 302/2014. Stanovisko však neobsahuje úvahu o tom, zda je takovým postupem dostatečně zajištěna ochrana procesních práv domnělého pachatele.



pokud bylo zastaveno pro nepřičetnost pachatele.³⁸ Ve vyžádaných usneseních proto není obsaženo rozhodnutí o vině, soudy jimi rozhodují pouze o uložení ochranného léčení. O samotném skutku se tak často z usnesení dozvíme jen minimum informací. Téměř ve čtvrtině (23 %) analyzovaných rozhodnutí zcela chyběla právní kvalifikace (viz [kapitulu 6](#)) a téměř v polovině (48 %) rozhodnutí chyběla informace o přičetnosti pacienta (viz [kapitulu 6](#)). **Absence přesného zjištění skutku představuje problém pro správné stanovení nebezpečnosti pachatele.**

Minimum informací o skutku je typické zejména pro usnesení, kterými soud ochranné léčení mění z ambulantní formy na formu ústavní. V těchto rozhodnutích se soud zabývá zejména tím, proč není ambulantní forma léčení dostatečná pro zajištění léčby pacienta a ochrany společnosti. **Soud by tak nemocnici spolu s nařízením výkonu ochranného léčení měl zaslat jak rozhodnutí o změně jeho formy, tak původní rozhodnutí.** Nevíme, zda se tak děje vždy.

Pokud rozhodnutí o uložení ochranného léčení není vydáno v rámci trestního stíhání, neuplatní se požadavek o nezbytném rozsahu dokazování.³⁹ Ze studovaných rozhodnutí ve výzkumu tak nebylo často zřejmé, jak soud dospěl k tomu, že skutek spáchal pachatel. Nebyly tak ani zkoumány pohnutky pachatele. Např. vyjádření pachatele (budoucího pacienta) zcela chybělo téměř v polovině rozhodnutí (46 %), která obsahovala alespoň nějaké odůvodnění. Chybějící **podrobné dokazování opět ztěžuje posouzení nebezpečnosti pachatele.**

Lze namítnout, že obavy o nedostatečném zjištění skutku a dokazování jsou neopodstatněné, protože pachatel bude v řízení o uložení ústavního ochranného léčení zastoupen v rámci nutné obhajoby (pokud nejde o uložení ochranného léčení protialkoholního).⁴⁰

Problém pro zdárný průběh ochranného léčení představuje i to, že více než třetina (35 %) vyžádaných rozhodnutí o jeho uložení vůbec neobsahovala odůvodnění. Tento postup umožňuje trestní řád.⁴¹ Je pro něj potřeba, aby se po vyhlášení rozhodnutí státní zástupce a pachatel vzdali práva odvolání či stížnosti a prohlásili, že netrvají na vyhotovení odůvodnění. **Úvahy soudu, které vedly k uložení ochranného léčení v ústavní formě, však představují důležitý zdroj informací pro nemocnici o tom, v čem je sledována nebezpečnost pacienta a na co se má léčba zaměřit.** Setkali jsme se i s tím, že s rozhodnutím o uložení ochranného léčení pracoval terapeutický tým.⁴² **Jsme přesvědčeni, že odůvodnění může přispět k efektivitě léčby, a proto by ho rozhodnutí měla obsahovat.**

38 Viz § 172 odst. 1 písm. e) trestního řádu.

39 Viz § 89 odst. 1 trestního řádu.

40 Viz § 36 odst. 4 trestního řádu.

41 Viz § 129 odst. 2 trestního řádu.

42 Zpráva o systematické návštěvě veřejného ochránce práv v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice ze dne 15. ledna 2023, sp. zn. 19/2023/NZ/MSŘ, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz).



Častou součástí rozhodnutí o uložení ochranného léčení je znalecký posudek, ačkoliv jej zákon nutně nevyžaduje. Znalecký posudek soud zasílá psychiatrické nemocnici spolu s nařízením výkonu léčení.⁴³ Nemocnice tak může vycházet ze zjištění znalce, i když rozhodnutí neobsahuje odůvodnění. Problém však představuje to, že znalecký posudek je pouze jedním z důkazů,⁴⁴ z nichž má soud vycházet. **Při absenci odůvodnění nemusí být zřejmé, co ze znaleckého posudku považuje soud za podstatné pro posouzení nebezpečnosti pachatele. Takto nejasně formulované zadání pro nemocnici může opět představovat překážku pro zdárný a rychlý průběh ochranného léčení.**

43 Viz § 351 odst. 1 trestního řádu.

44 Viz náález Ústavního soudu, ze dne 30. dubna 2007, sp. zn. III. ÚS 299/06.



Charakteristika pacientů ze zranitelných skupin v ochranném léčení

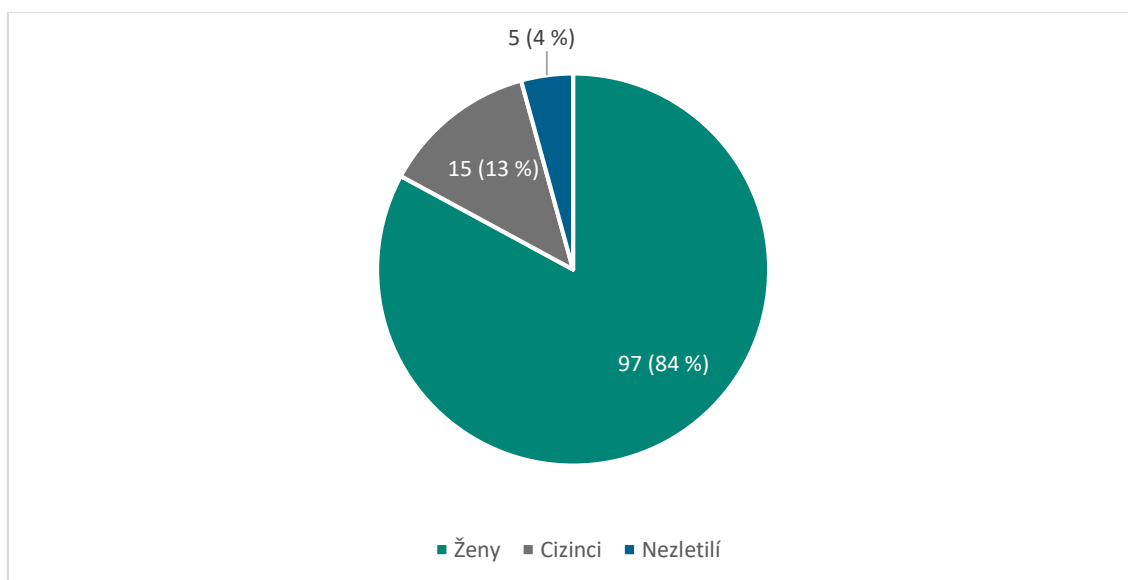
V této kapitole přinášíme charakteristiku pacientů, jejich trestných činů a okolností jejich léčby. Vycházíme z dat, která nám dodaly všechny psychiatrické nemocnice poskytující ochranné léčení, a také z rozsudků a usnesení, které ho nařizují. Výzkum zrcadlí stav k datu 20. dubna 2023.

4. Statistické údaje o pacientech

Níže přinášíme základní data o skladbě pacientů ze zranitelných skupin (poměr žen / cizinců / nezletilých, národnost, věk, pohlaví a úroveň češtiny u cizinců).

Ke dni, kdy jsme vznesli dotaz na psychiatrické nemocnice (20. dubna 2023), bylo v ochranném léčení **celkem 867 pacientů**, z toho **115 lidí, které považujeme za představitele zranitelných skupin (ženy, cizinci a nezletilí)** (graf 1). Tyto kategorie tvoří přibližně 13 % všech pacientů v ochranném léčení. Největší podíl zranitelných skupin lidí tvoří ženy (více než čtyři pětiny, přesně 84 %), přes desetinu pacientů (13 %) tvoří cizinci (z toho jsou dvě ženy) a pouze asi dvacetinu (4 %) tvoří pacienti, kteří jsou (nebo při zahájení léčení byli) nezletilí. Nezletilých (při nástupu do léčení) bylo pouze pět pacientů.

Graf 1 – Skladba pacientů v ochranném léčení z řad zranitelných skupin (N=115)



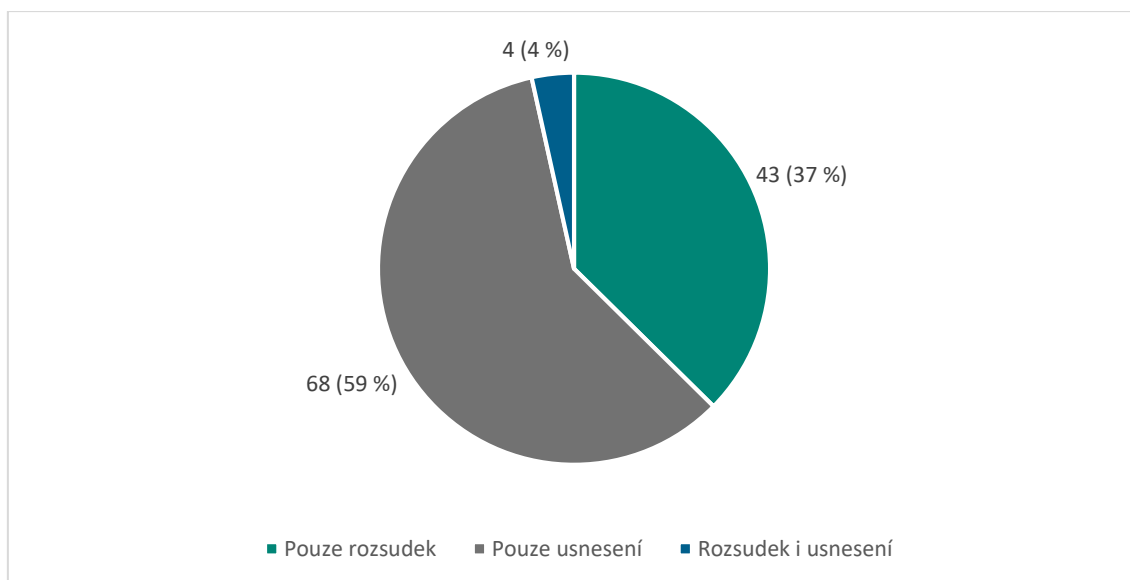
Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, dvě pacientky spadají jak do kategorie „Ženy“, tak do kategorie „Cizinci“.

Kromě informací poskytnutých psychiatrickými nemocnicemi jsme při výzkumu vycházeli i z **vybraných dokumentů** (graf 2). Některé z nich byly částečně či plně anonymizovány, asi u třetiny pacientů (59 %) jsme měli k dispozici pouze usnesení a přibližně u třetiny (37 %)



pouze rozsudky.⁴⁵ U čtyř pacientů (4 %) jsme měli jak rozsudky, tak usnesení – těmto pacientům bylo nejdříve rozsudkem uloženo ochranné léčení v ambulantní formě a ta byla následně usnesením změněna na formu ústavní. Ačkoliv se nám nepodařilo shromáždit všechna potřebná data, získali jsme alespoň základní vhled do situace zranitelných skupin lidí v ochranném léčení a jejich charakteristiku.

Graf 2 – Charakteristika dostupných dokumentů o pacientech v ochranném léčení (N=115)



Sledovali jsme také **průměrný věk** jednotlivých skupin pacientů. V době provádění výzkumu byl průměrný věk pacientů, kteří zahájili ochranné léčení jako nezletilí, **18,6 let** (narození byli v letech: 2000, 2002, 2005, 2006 a 2007). Průměrný věk cizinců (včetně dvou žen-cizinek) byl **32,4 let** (v důsledku anonymizace dat jsme však měli k dispozici pouze data narození od devíti z 15 cizinců). Průměrný věk žen (kromě cizinek) byl **40,4 let** (data jsme měli od 68 žen z 95 žen, nepočítáme-li v to cizinky).

V kategorii nezletilých jsme zjistili, že pouze jeden pacient spáchal čin, za který mu bylo uloženo ochranné léčení před 15 rokem života (v 14,5 letech). V ochranném léčení aktuálně nejsou děti mladší 15 let, třebaže takovým dětem lze uložit ochranné léčení, i když jim nelze uložit trest odnětí svobody (blíže viz [kapitulu 1](#)). To, že psychiatrické nemocnice neslouží jako věznice pro děti, považujeme za pozitivní.

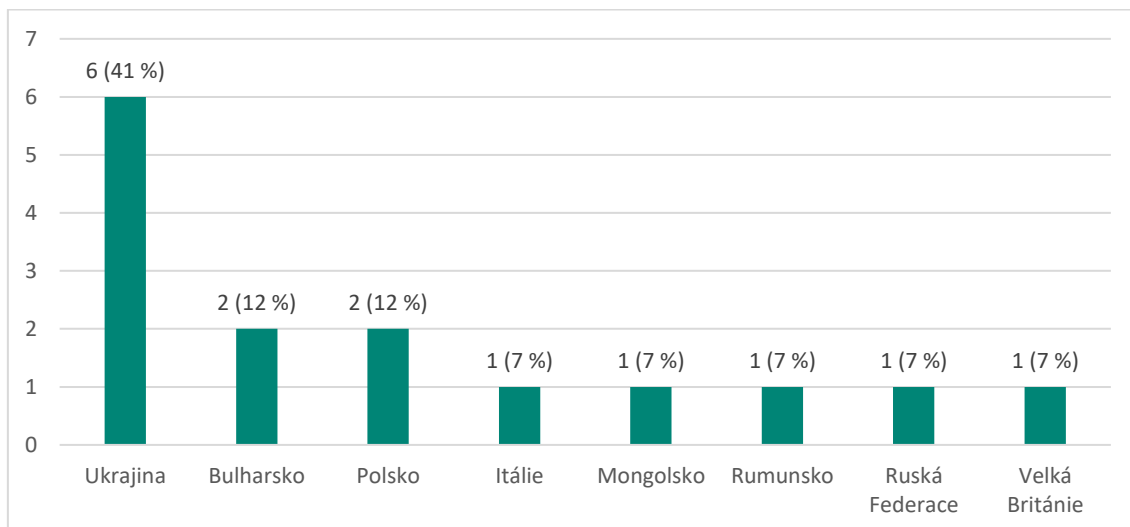
V kategorii cizinců nás zajímaly další specifické charakteristiky, jako je **národnost a úroveň češtiny**.

Jak z následujícího grafu (graf 3) vyplývá, dvě pětiny cizinců jsou ukrajinské národnosti (40 %), přes desetinu tvoří lidé z Bulharska (12,5 %) a stejný podíl lidí z Polska (12,5 %). Ostatní národnosti (italská, mongolská, ruská a britská) jsou zastoupeny ojediněle.

⁴⁵ K tomu, kdy je pacientovi ukládáno ochranné léčení rozsudkem a kdy usnesením viz [kapitola 3](#).

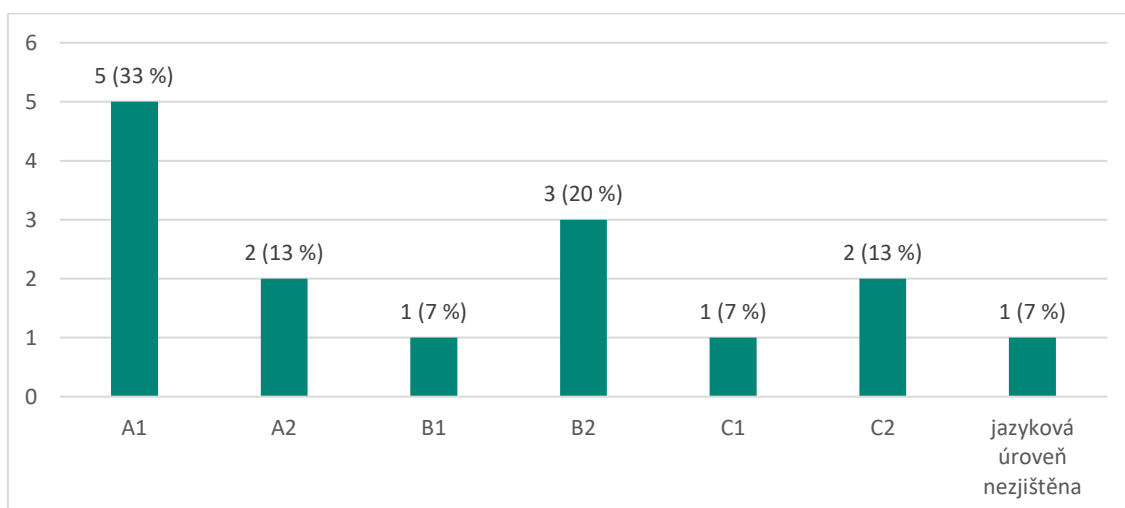


Graf 3 – Národnosti zastoupené mezi pacienty v ochranném léčení – cizinci (N=15)



U všech cizinců jsme zjišťovali také **úroveň jejich znalosti českého jazyka dle Evropského referenčního rámce⁴⁶** (graf 4 a Tabulka 1). Vedlo nás k tomu přesvědčení, že pro úspěšnou léčbu je určitá znalost českého jazyka nezbytná. Zároveň se domníváme, že cizinci, kteří ovládají nějaký slovanský jazyk (ukrajinštinu, polštinu), mohou mít jistý užitek z léčby, i když jejich znalost češtiny není příliš pokročilá. I u nich však bude velmi komplikovaná např. účast na skupinové psychoterapii. Faktorem zásadně ohrožujícím zdárný průběh léčby může být ale nízká úroveň češtiny u cizinců, jejichž mateřština nepatří mezi slovanské jazyky (týká se to například Brita a Itala s češtinou na nejnižší úrovni A1 nebo Mongolky s češtinou na úrovni A2). Nepříznivým zjištěním je i fakt, že nejčastější úroveň češtiny u cizinců hospitalizovaných v ochranném léčení je úroveň A1 (u 33 % pacientů). Tato znalost umožňuje porozumět pouze zcela základním slovům a jednoduchým větám.

Graf 4 – Úroveň znalosti češtiny mezi pacienty-cizinci v ochranném léčení (N=15)



46 Rada Evropy: *The CEFR levels*, Online. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/common-european-framework-reference-languages/level-descriptions> [cit. 2024-09-5].



Tabulka 1 – Přehled pacientů-cizinců v ochranném léčení: pohlaví a úroveň češtiny (N=15)

Státní příslušnost	Pohlaví	Úroveň češtiny
Ukrajina	muž	nezjištěna
Ukrajina	muž	C1
Ukrajina	muž	C2
Ukrajina	muž	B2
Ukrajina	muž	A1
Ukrajina	muž	B1
Bulharsko	muž	B2
Bulharsko	muž	A2
Polsko	muž	A1
Polsko	muž	A1
Itálie	muž	A1
Mongolsko	žena	A2
Rumunsko	muž	B2
Ruská federace	žena	C2
Spojené království	muž	A1

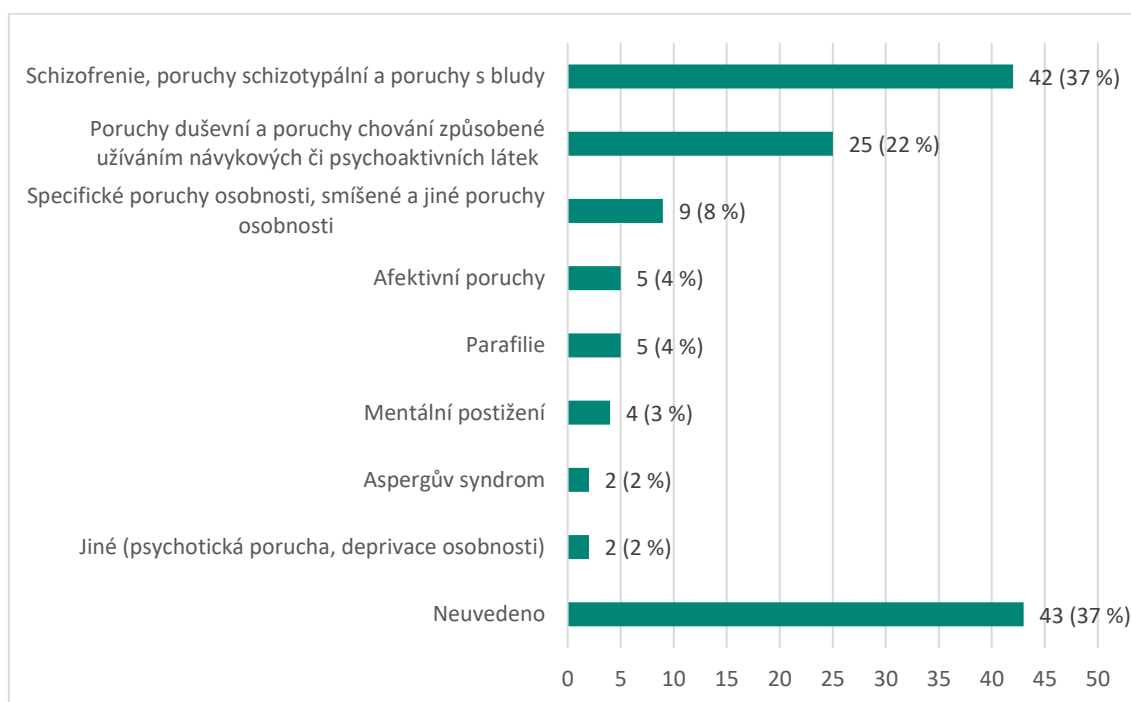


5. Diagnózy, charakter trestných činů a trestů pacientů v ochranném léčení

Níže se věnujeme diagnózám, s nimiž jsou pacienti nejčastěji hospitalizováni a v jejichž důsledku se dopustili trestného jednání. Podrobněji přiblížíme také trestné činy, které spáchali, jejich okolnosti a následky.

Spektrum diagnóz, se kterými se pacienti dostávají do ochranného léčení, je velice pestré (graf 4). Více než třetina (37 %) trpí schizofrenií, schizotypálními poruchami či poruchami s bludy. Necelé čtvrtině (22 %) byly diagnostikovány duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním návykových či psychoaktivních látek. Necelá desetina (8 %) projevuje specifické, smíšené či jiné poruchy osobnosti. Asi dvacetina (4 %) trpí afektivní poruchou a stejný podíl (4 %) parafilii. Jednotkám pacientů byla diagnostikována i jiná postižení: mentální postižení, Aspergerův syndrom, psychotická porucha či deprivace osobnosti. U více než třetiny pacientů (37 %) nebyla diagnóza v dostupných dokumentech uvedena.

Graf 4 – Přehled diagnóz pacientů v ochranném léčení (N=115)



Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, pacienti mohou mít více diagnóz.

Dále jsme zkoumali, **na základě jakých trestných činů bylo pacientům nařízeno ochranné léčení** (graf 5). Výzkum ukázal, že spáchané trestné činy jsou poměrně různorodé a často se pacienti dopustili i několika trestných činů. Necelá pětina pacientů (17 %) se dopustila krádeže (včetně pokusů o krádež), více než desetina výtržnictví (12 %), desetina (10 %) nebezpečného vyhrožování a srovnatelný podíl pokrývá poškozování cizí věci (10 %). Necelá desetina pacientů (8 %) se dopustila porušování domovní svobody a stejný podíl (8 %) připadá na těžké ublížení na zdraví (také ve stádiu pokusu). Přibližně dvacetině



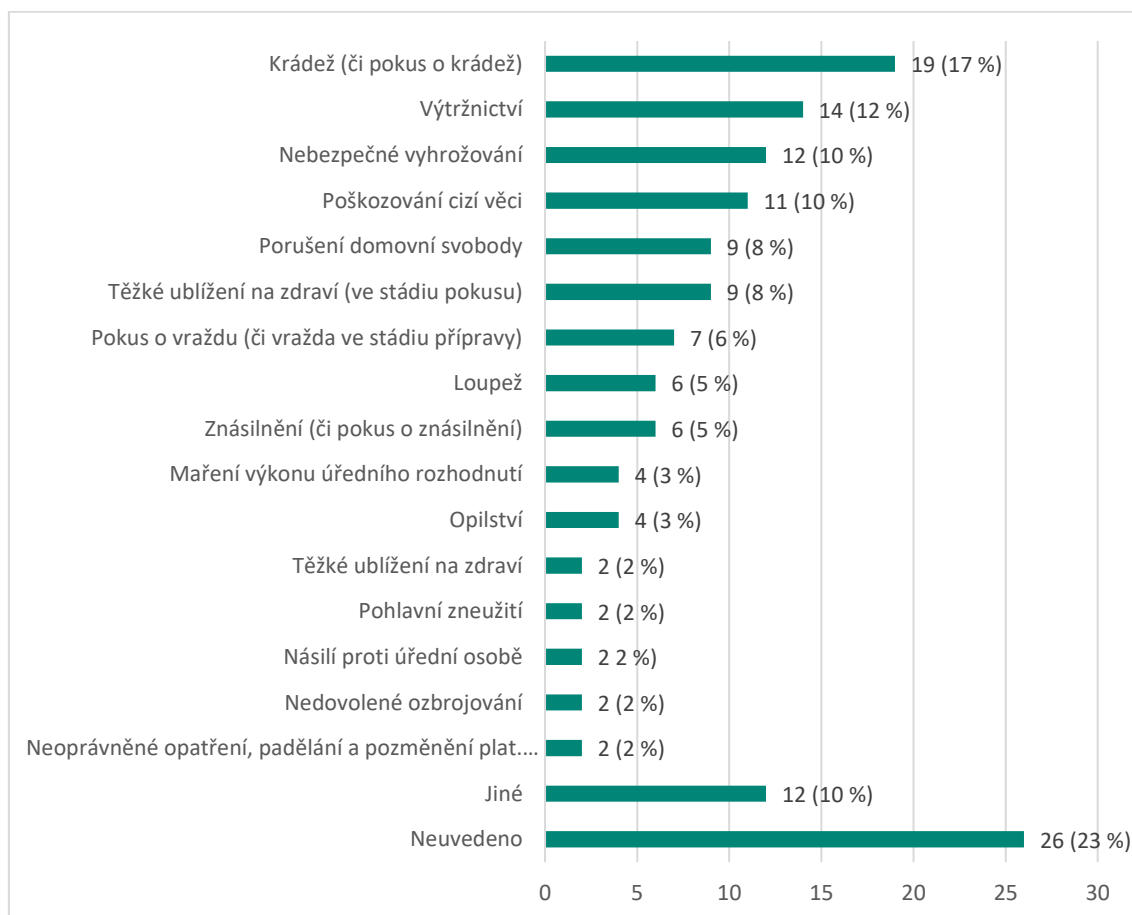
pacientů (6 %) bylo ochranné léčení uloženo v důsledku pokusu o vraždu (či přípravy vraždy), loupeže (5 %) a také znásilnění či pokusy o ně (5 %).

Řada pacientů spáchala relativně méně nebezpečnou trestnou činnost (krádež 17 % a výtržnictví 12 %). Vystávají tak pochybnosti, zda je omezení osobní svobody přiměřené nebezpečnosti pacienta. Blíže k požadavku na přiměřenost mezi nebezpečností pacienta a zásahu do jeho práv, který představuje omezení osobní svobody, se věnujeme v [kapitole 1](#).

V nižších jednotkách případů rozsudky uváděly i jiné trestné činy, jako je maření výkonu úředního rozhodnutí, opilství, těžké ublížení na zdraví, pohlavní zneužití, násilí proti úřední osobě, nedovolené ozbrojování, neoprávněné opatření, padělání a pozměnění platebního prostředku. Ojedinele soud v rozsudcích zmínil i jiné trestné činy (zabití, opuštění dítěte, nebo svěřené osoby, podvody, zanedbání povinné výživy, týrání osoby žijící ve společném obydlí, obecné ohrožení, vydírání a další).

V necelé čtvrtině případů (23 %) rozhodnutí druh trestného činu neobsahovala. Jedná se o důsledek toho, že tato rozhodnutí neobsahují odůvodnění. Ačkoliv zákon takový postup umožňuje, absenci informace o příčetnosti (kterou by odůvodnění se vší pravděpodobností obsahovalo) pacienta hodnotíme negativně. Blíže viz [kapitolu 3](#).

Graf 5 – Trestné činy, na jejichž základě bylo pacientům nařízeno ochranné léčení (N=115)

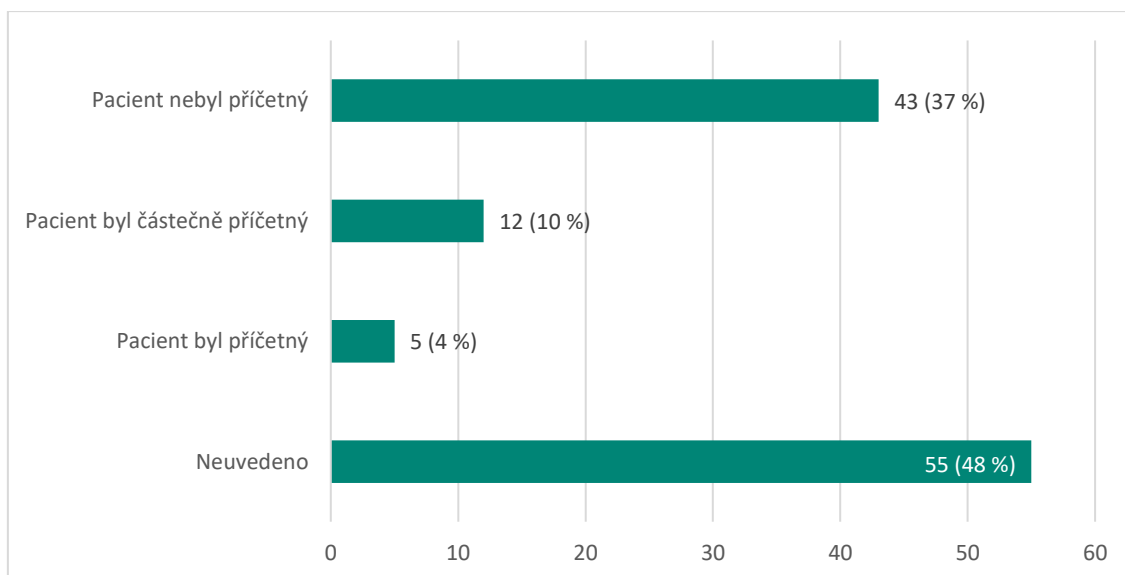


Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, pacienti mohou být pachatelé více trestných činů.



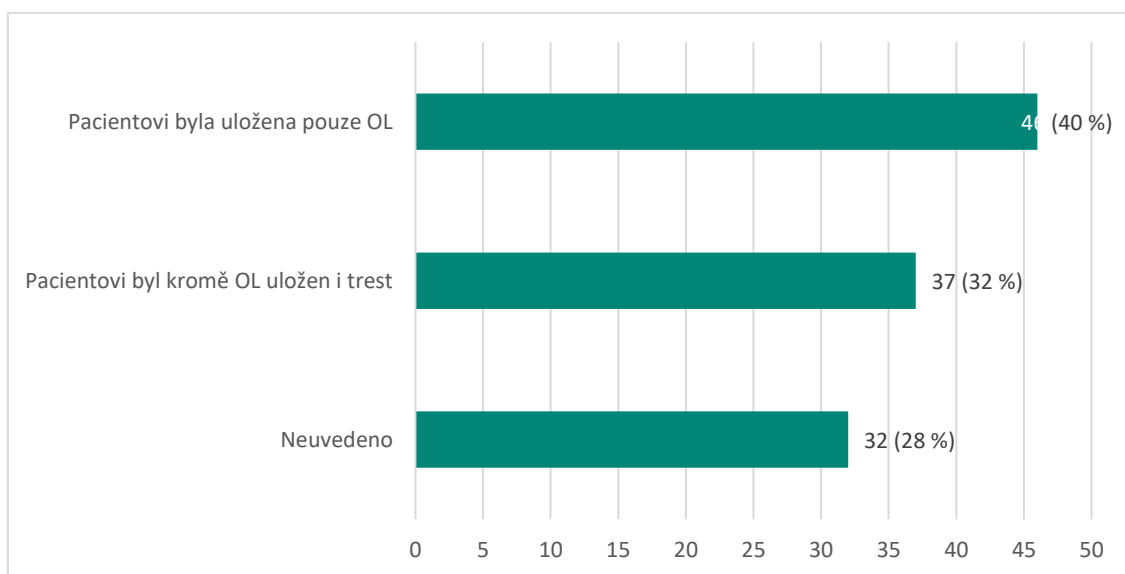
Zjišťovali jsme také, zda byli pacienti v době spáchání trestného činu (trestných činů) **příčetní** (graf 6). Ve více než třetině případů (37 %) tomu tak nebylo. V desetině případů (10 %) byl pacient částečně příčetný a pouze v jednotkách případů (4 %) byl pacient plně příčetný. Informace o příčetnosti však téměř v polovině případů (48 %) nebyly k dispozici, Opět je to nevhodný důsledek toho, že rozhodnutí v souladu se zákonem neobsahují odůvodnění.

Graf 6 – Příčetnost pacientů v době spáchání trestného činu (N=115)



Zajímalo nás také, zda byl pacientům kromě ochranného léčení uložen i **trest** (graf 7). Dvěma pětinaš pacientů (40 %) bylo nařízeno pouze ochranné léčení a žádný trest jim nebyl uložen. Naopak asi třetině pacientů byl kromě léčení uložen i trest a u necelé třetiny (28 %) nebyly potřebné informace k dispozici.

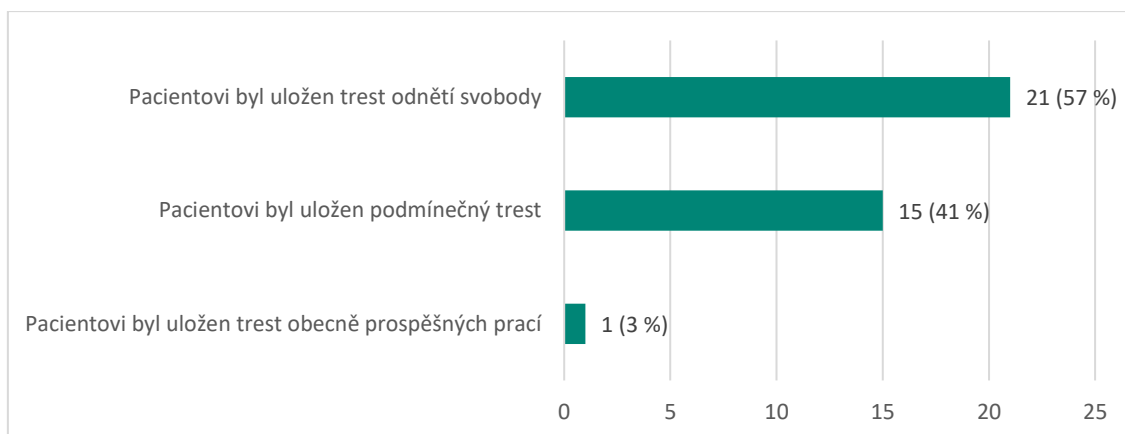
Graf 7 – Pacienti v ochranném léčení (OL) s uloženým trestem (N=115)





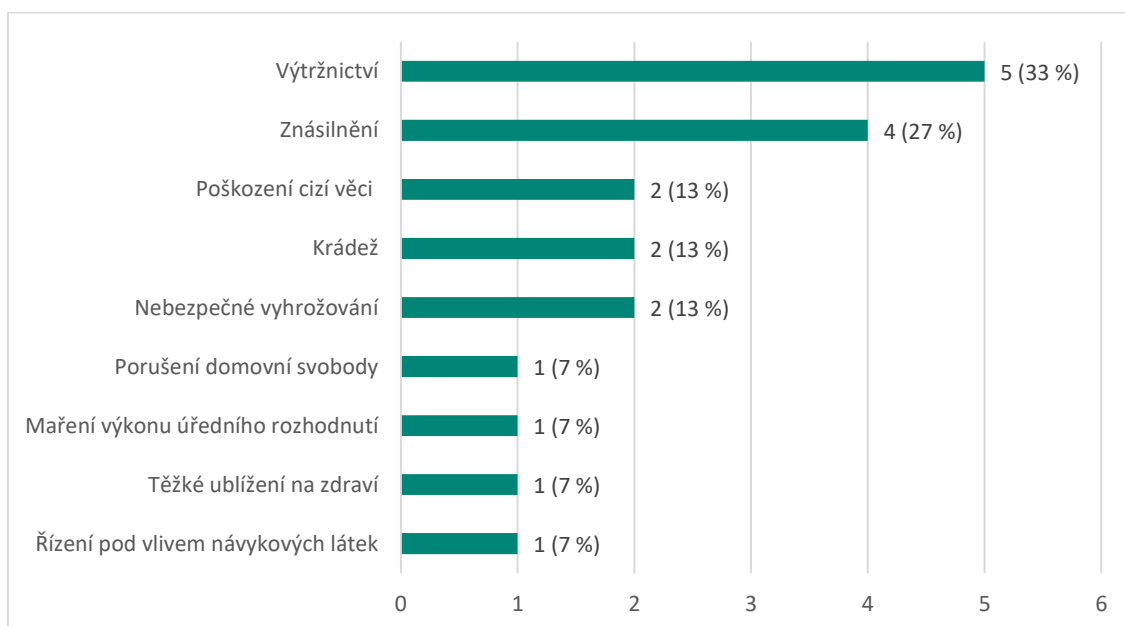
Pokud byl pacientům uložen mimo ochranného léčení i trest, zjišťovali jsme jeho charakter (graf 8). Ve více než polovině případů (57 %) byl pacientovi uložen i trest odnětí svobody. Asi ve dvou pětinach případů (41 %) byl uložen pouze podmíněčný trest a v jednom případě byl udělen trest obecně prospěšných prací. Nezanedbatelná část pacientů tak do ochranného léčení přichází z výkonu trestu odnětí svobody. Je tedy namístě pracovat na zefektivnění výkonu ochranného léčení ve věznicích.

Graf 8 – Charakter trestů uložených pacientům v ochranném léčení (N=37)



Zaměřili jsme se i na to, zda pacienti **spáchali jeden trestný čin, nebo jim ochranné léčení bylo uloženo za více opakovaných činů stejné povahy.** Z celkového počtu 115 pacientů bylo 15 léčení uloženo za více opakovaných činů stejné povahy. Spektrum nejčastěji opakovaných trestných činů představuje graf 9. Asi ve třetině případů (33 %) se pacienti dopouštěli opakovaně výtržnictví, v méně než třetině případů (27 %) znásilnění a asi v desetině případů (13 %) poškození cizí věci, krádeží a nebezpečného vyhrožování.

Graf 9 – Nejčastěji opakované trestné činy pacientů v ochranném léčení (N=15)

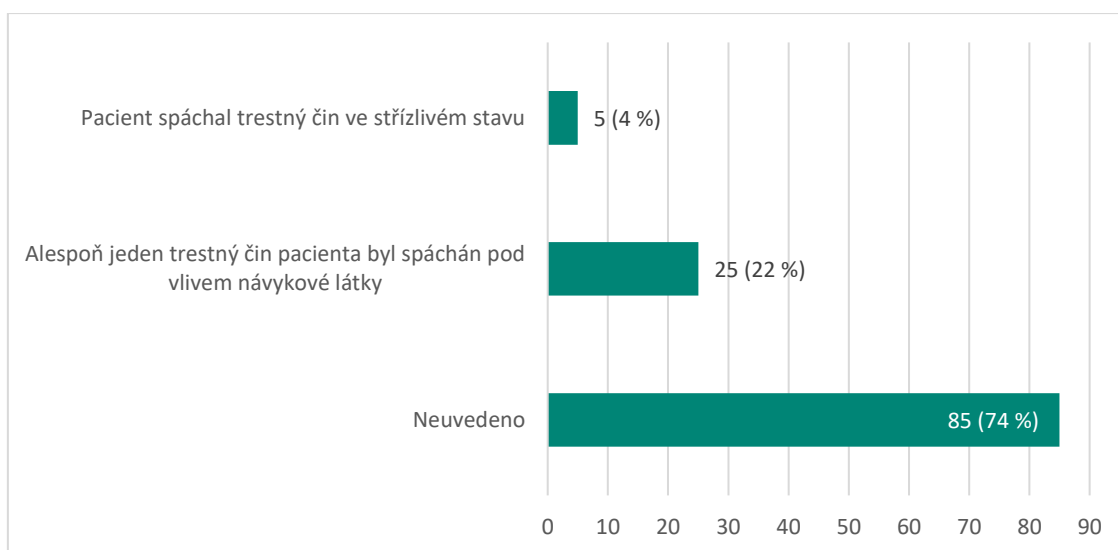


Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, pacienti mohli opakovat více druhů trestných činů.



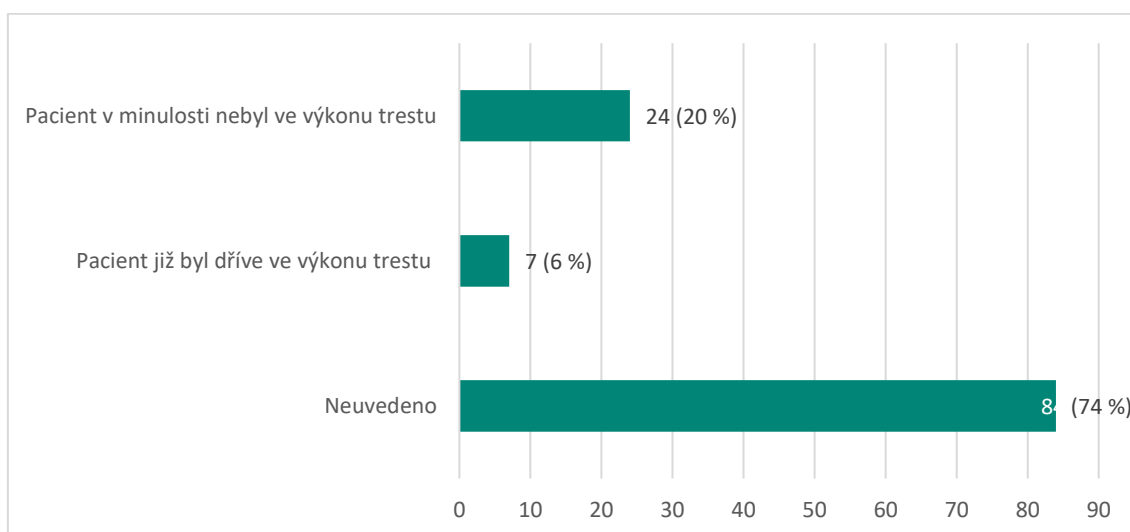
Pozornost jsme věnovali také okolnostem trestných činů, například tomu, zda pacient spáchal alespoň jeden trestný čin **pod vlivem návykové látky** (graf 10). Pouze méně než dvacetina trestných činů (4 %) byla spáchána prokazatelně ve střízlivém stavu. Téměř čtvrtina pacientů (22 %) spáchala alespoň jeden trestný čin pod vlivem návykové látky. Téměř ve třech čtvrtinách případů (74 %) nemáme o těchto okolnostech informace. Nedostatek informací znemožňuje data v této oblasti interpretovat. Lze však předpokládat, že zneužívání návykových látek bude mezi pacienty časté a programy ochranného léčení by se na něj měly zaměřovat.

Graf 10 – Role návykových látek při páčání trestné činnosti pacientů v ochranném léčení (N=115)



Dále jsme zjišťovali, **zda byl už někdy dříve pacient ve výkonu trestu** (graf 11). Pětina z nich (20 %) nebyla nikdy dříve ve výkonu trestu, naopak přibližně dvacetina (6 %) ve výkonu trestu již dříve byla. Přibližně u tří čtvrtin (74 %) nebylo možné tuto informaci dohledat.

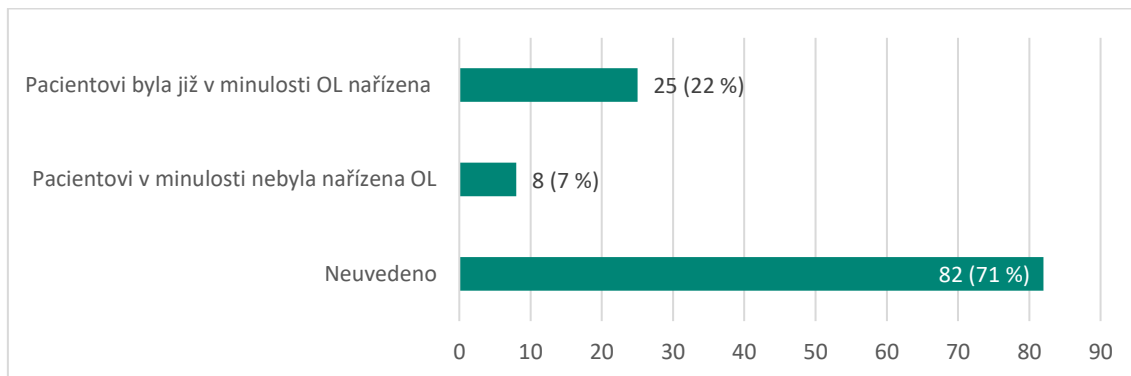
Graf 11 – Trestní minulost pacientů v ochranném léčení (N=115)





Také nás zajímalo, **zda bylo pacientům již dříve nařízeno ochranné léčení** (graf 12). Bylo tomu tak přibližně u čtvrtiny pacientů (22 %), zatímco necelá desetina (7 %) byla v ochranném léčení poprvé. V téměř třech čtvrtinách případů (71 %) nebyla potřebná data dostupná.

Graf 12 – Předchozí ochranné léčení pacienta (N=115)



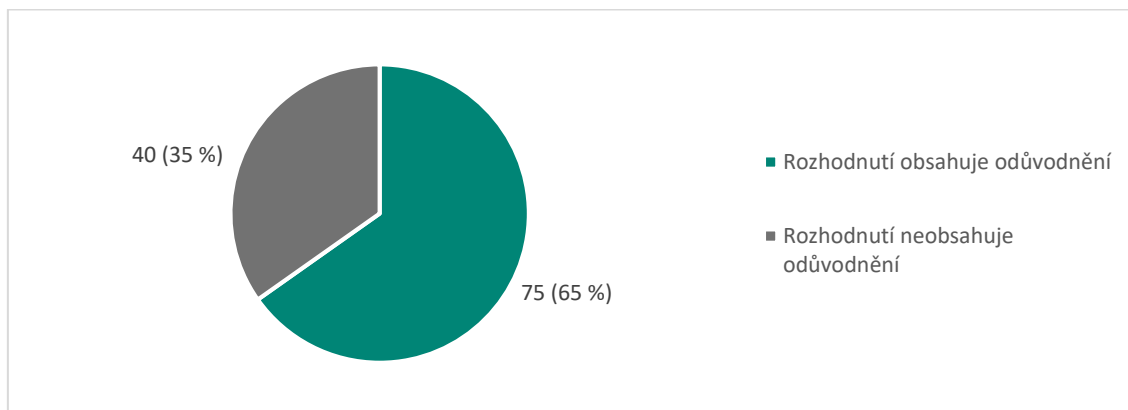
Pokud bylo pacientům již dříve nařízeno ochranné léčení, šlo kromě jednoho případu o ambulantní léčbu (v 24 případech z 25). Pouze v jednom případě bylo pacientovi opakovaně nařízeno ústavní ochranné léčení.

6. Specifika rozhodnutí

Věnovali jsme pozornost i **skladbě rozhodnutí**, jaké části obsahovalo a co v něm naopak chybělo.

V prvé řadě nás zajímalo, zda rozhodnutí obsahuje **odůvodnění** (graf 13), které považujeme za důležité pro správné posouzení rizikovosti pachatele (viz [kapitolu 3](#)). Bylo tomu tak asi ve dvou třetinách případů (65 %), naopak zhruba třetina rozhodnutí (35 %) odůvodnění neobsahovala.

Graf 13 – Přítomnost odůvodnění v rozhodnutí (N=115)

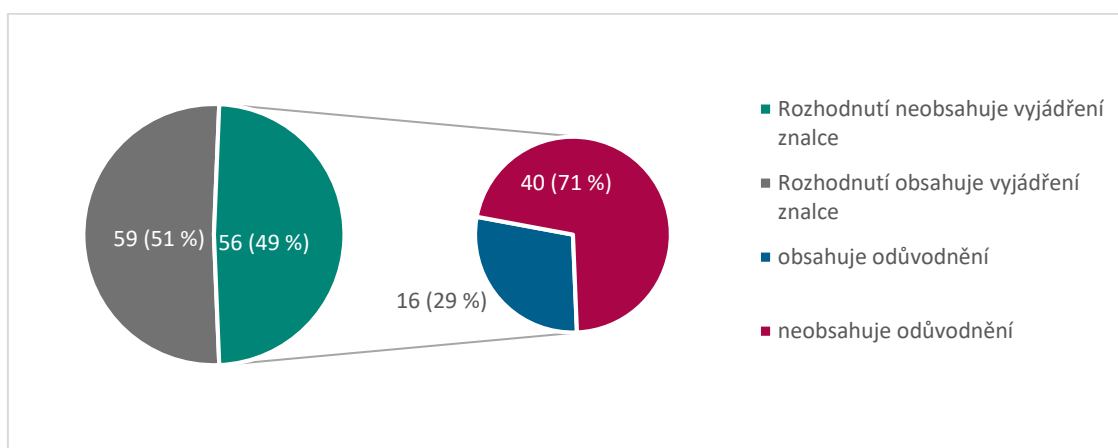


V těch rozhodnutích, která odůvodnění obsahovala, jsme ani v jednom případě nezjistili, že by se soud zabýval tím, že pachatel je specificky zranitelný a že pro něj uložení ochranného léčení může mít výraznější negativní dopad.



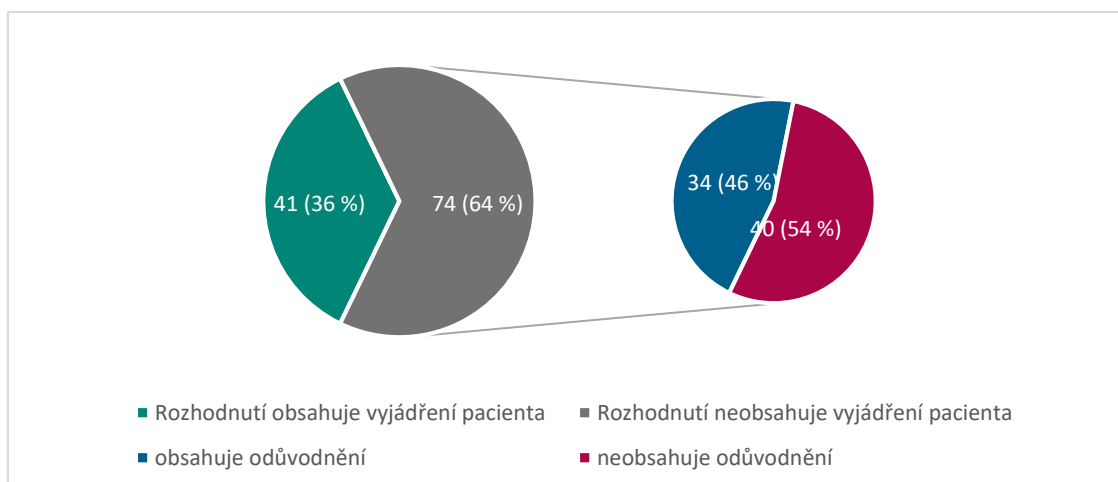
Dále jsme zkoumali, zda rozhodnutí obsahuje **vyjádření znalce** (graf 14). Zahrnutí vyjádření znalce a jeho zhodnocení soudem považujeme za podstatné pro zdárný průběh ochranného léčení (viz [kapitolu 3](#)). Jak je z grafu patrné, vyjádření obsahuje jen přibližně polovina rozhodnutí (51 %). Téměř polovina rozhodnutí (49 %) vyjádření znalce naopak neobsahuje. Z tohoto množství asi tři čtvrtiny (71 %) rozhodnutí neobsahuje odůvodnění. U rozhodnutí, která neobsahují odůvodnění, nemůžeme konstatovat, zda byl znalecký posudek zpracován. U 16 rozhodnutí, která obsahují odůvodnění, avšak postrádají vyjádření znalce, lze důvodně předpokládat, že znalecký posudek zpracován nebyl.

Graf 14 – Přítomnost vyjádření znalce v rozhodnutí (N=115)



Ještě menší podíl rozhodnutí obsahuje také **vyjádření pacientů** (graf 15). I vyjádření pacienta zachycené v rozhodnutí přitom může hrát důležitou roli v průběhu ochranného léčení (viz [kapitolu 3](#)), může např. přispět k získání náhledu na skutek, který vedl k uložení ochranného léčení. Najdeme je přibližně u třetiny (36 %) rozhodnutí. Asi dvě třetiny rozhodnutí (64 %) naopak vyjádření pacienta neobsahuje. Z tohoto množství neobsahuje odůvodnění mírně nadpoloviční podíl rozhodnutí. U rozhodnutí, která neobsahují odůvodnění, opět nemůžeme konstatovat, zda soud vyjádření pacienta zjišťoval a hodnotil spolu s dalšími důkazy. U 34 rozhodnutí, která obsahují odůvodnění, avšak postrádají vyjádření pacienta, lze důvodně předpokládat, že soud s vyjádřením pacienta nepracoval.

Graf 15 – Přítomnost vyjádření pacienta v rozhodnutí (N=115)





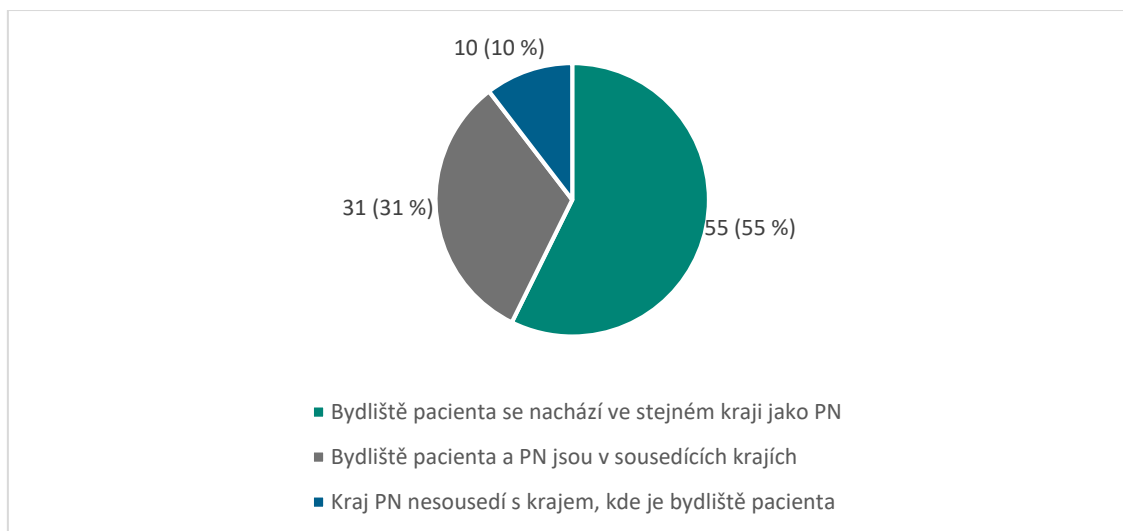
Zaměřili jsme se také na to, kdy bylo ochranné léčení nařízeno. Z těchto dat jsme dovodili, jak dlouho již pacient setrval v léčení v době výzkumu.⁴⁷ Průměrně byly v době výzkumu (tj. k datu 20. dubna 2023) hospitalizováni cizinci (včetně žen-cizinek) 745 dnů, zatímco ženy (bez žen-cizinek) 1 090 dnů (3,0 roky) a nezletilí 608 dnů (1,6 roku). S ohledem na to, že průměrná ošetrovací doba pacienta v OL je 2,6 roku (949 dnů).⁴⁸ **V původní verzi zprávy jsme chybně uvedli, že ženy pobývaly v ochranném léčení v průměru výrazně déle, než je průměrná celostátní ošetrovací doba pacienta v ochranném léčení. Tento závěr vycházel z chyby při zpracování dat.**

7. Vzdálenost místa hospitalizace od místa bydliště

Domníváme se, že pro zdárný průběh ochranného léčení je důležité i to, aby byl pacient, pokud je to možné, **hospitalizován co nejbliže svému bydlišti** a prostředí, které je mu známé. Zjišťovali jsme proto, jak jsou psychiatrické nemocnice vzdálené od bydlišť pacientů. (Nebrali jsme v úvahu pacienty z řad cizinců.)

Graf 16 ukazuje **vzdálenost bydliště a psychiatrické nemocnice** relativně, tedy zda je pacient hospitalizován v kraji, kde má bydliště, nebo v sousedním, případně nesousedícím kraji. Jak je zřejmé, více než polovina pacientů (55 %) je hospitalizována v kraji, kde se nachází také jejich bydliště. Necelá třetina potom v kraji sousedícím s krajem, kde pacient bydlí, a pouze desetina (10 %) je hospitalizována v kraji, který ani nesousedí s krajem bydliště.

Graf 16 – Vzdálenost psychiatrické nemocnice (PN) a bydliště pacienta v ochranném léčení z hlediska blízkosti krajů (N=100)



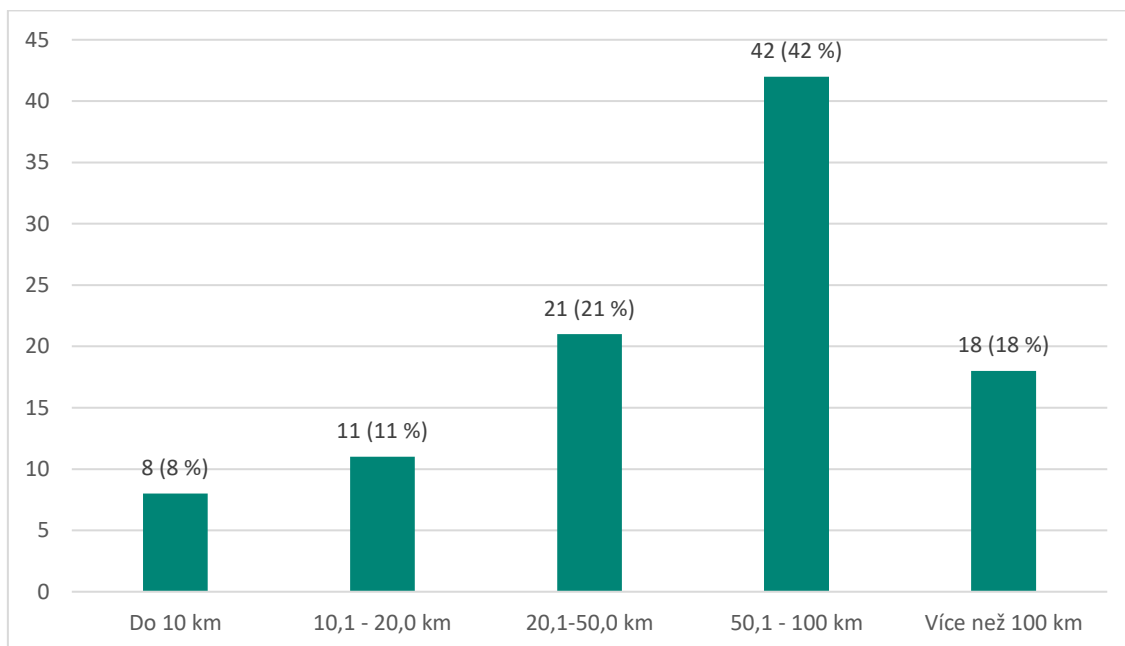
47 Tyto informace je nutné chápat pouze jako ilustrační. Neměli jsme k dispozici údaje o celkové délce hospitalizace jednotlivých pacientů, což by nám umožňovalo např. srovnat, zda se liší průměrná délka hospitalizace cizinců od jiných skupin pacientů apod.

48 Páv, Marek, Vňuková, Martina, Papežová, Simona a Jiří Toman. ÚSTAVNÍ OCHRANNÁ LÉČENÍ V ČR 2018–2020. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, roč. 118, číslo 1, online dostupné [zde](#). „Celostátní průměrná ošetrovací doba ústavních ochranných léčení je 2,6 roku. Mezi nemocnicemi jsou značné rozdíly; od několika měsíců (PN Lnáře) po 6 let (PN Jihlava).“



Pokud se zaměříme na **absolutní vzdálenost** mezi adresami nemocnic a bydliště pacientů, dostaneme přesnější data (graf 17). Méně než desetina pacientů (8 %) je hospitalizována ve vzdálenosti do 10 km od místa bydliště. Přibližně desetina (11 %) ve vzdálenosti větší než 10 km (ale menší než 20 km) od místa bydliště, asi pětina (21 %) je hospitalizována více než 20 km, ale méně než 50 km od místa bydliště. Největší podíl (42 %) představují pacienti hospitalizovaní více než 50 a méně než 100 km od svého bydliště a pouze necelá pětina (18 %) je hospitalizována v nemocnici vzdálené více než 100 km od místa jejich bydliště.

Graf 17 – Vzdálenost PN a bydliště pacienta v ochranném léčení (v km) (N=100)



V průměru jsou pacienti hospitalizováni 68 km od místa svého bydliště, medián odpovídá 56,4 km.

Za nepříznivý považujeme fakt, že mezi pacienty hospitalizovanými nejdále od místa bydliště (285,8 km a 297,9 km) jsou dva pacienti přijatí do OL jako nezletilí.