



REGISTRAČNÍ LIST OŠETŘOVACÍHO DNE

registrační list (RL) je podkladem k vydání příslušné vyhlášky

Název OD

OŠETŘOVACÍ DEN OCHRANNÉHO LÉČENÍ se střední mírou zabezpečení

Číslo OD¹

00091

I. TENTO REGISTRAČNÍ LIST JE PŘEDLOŽEN JAKO (ODPOVÍDAJÍCÍ ZAŠKRTNOUT)

- ☒ Návrh nového OD do seznamu zdravotních výkonů
- ☐ Návrh změny údajů u OD číslo
- ☐ Doplnění údajů u OD číslo
- ☐ Návrh na vyřazení OD číslo

Zdůvodnění návrhu na zařazení nového OD

Lidé, kteří se v důsledku psychické poruchy dostali do konfliktu se zákonem a jsou v důsledku této poruchy pro společnost nebezpeční, mohou mít za účelem léčby soudem nařízený výkon ústavního ochranného léčení. V současné době je péče pro nemocné s nařízeným ochranným léčením vykazována v rámci lůžkovně následné psychiatrické péče 0021 (00421), kdy zvýšená náročnost péče o tuto podskupinu nemocných je dána zařazením do kategorie 5 ošetrovatelské náročnosti. Toto je dáno i tím, že v některých zařízeních je tato podskupina nemocných léčena na běžně vybavených odděleních společně s nemocnými bez nařízeného ochranného léčení. Tento stav nereflexuje rozdíly v léčbě pacientů, kteří se přicházejí léčit dobrovolně a pacientů, kdy je léčba nařízena soudem. V některých nemocnicích jsou však již zřízena oddělení specializovaná na léčbu těchto nemocných. Toto je situace, která je běžná ve vyspělých zemích (1,2), protože tato podskupina nemocných se od běžné populace v mnoha aspektech liší (3–5). Jde zejména o soudní nařízení i ukončení léčby (2,6). **Hlavním cílem léčby je omezení nebezpečnosti pro další osoby díky zlepšení zdravotního stavu pacienta**, kterým je podmíněna jeho nebezpečnost. Toto si vyžaduje technické, léčebně-organizační i administrativní opatření, která běžná psychiatrická populace nevyžaduje (7). Současný stav, kdy jsou všichni nemocní zařazení do jediné kategorie také neumožňuje vnitřně tuto podskupinu diferencovat, což je v rozporu se skutečností, kdy část nemocných vyžaduje velmi vysoký stupeň dohledu a intenzity léčby k zajištění specifických potřeb (8,9). Jiná část hospitalizovaných však mírou svého rizika toto nevyžaduje. Ve zdravotnických systémech jiných zemí je toto odlišeno např. definicí „středně“ a „nízko“ zabezpečených oddělení (10). S ohledem na obtíže se zajištěním bezpečného terapeutického prostředí zejména pro rizikovější podskupinu nemocných v současné době probíhá budování systému „středně“ zabezpečených oddělení (pozn. vysoká míra zabezpečení odpovídá zabezpečovací detenci). Vyčlenění hrazení lůžkové části ochranného léčení z lůžkovně následné psychiatrické péče a zavedení lůžkovně ochranného léčení tedy umožní vnitřní diferenciaci této skupiny a také diferenciaci vybavení a provozu těchto oddělení, zejména umožnění zajištění vyššího počtu personálu, který je nezbytný k zajištění potřeb nemocných a jejich bezpečí u této rizikovější podskupiny nemocných. Také materiálně-technické vybavení oddělení musí odrážet jednak dlouhodobost pobytu (v současné době je průměrná celková délka pobytu cca 3 roky) (11–13), ale i

¹ v případě, že se jedná o nový OD, uveďte návrh čísla výkonu



nezbytnost zajištění bezpečného prostředí. Podporu tomuto dává i právní regulace, kdy postupy v léčbě u nemocných s ochranným léčením jsou dány ustanoveními zákona č. 373/2011Sb., o specifických zdravotních službách, kdy v některých aspektech týkajících se omezení práv a svobod, dohledových charakteristik pobytu a zajištění bezpečí je situace odlišná od běžné populace hospitalizovaných na následných odděleních, kteří jsou léčeni v rámci ustanovení zákona o č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ochranné léčení je díky svému právnímu zakotvení zatíženo specifickými administrativními a dokumentačními postupy, komunikací se soudy a povinností pracovníků nemocnic účastnit se soudních přelíčení (není součástí úhrady z v.z.p., tyto činnosti nejsou obsahem tohoto OD, očekává se v budoucnu meziresortní financování).

Zdůvodnění návrhu na vyřazení OD, včetně uvedení, zda má být vyřazen bez náhrady, či zda bude nahrazen jiným nově navrhovaným výkonem a kterým

Zdravotnický subjekt, který navrhuje změnu údajů, odborná společnost adresa

Psychiatrická společnost ČLS JEP, Ke Karlovu 460/11,120 00 Praha 2 - Nové Město

Autorská odbornost, která garantuje správnost údajů v RL a na jejímž pracovišti je výkon nejčastěji prováděn

(3U5)

Další odbornosti, které jsou oprávněny OD vykazovat

3U6, 3U7, 3U8,3U9

II. ÚDAJE O OD

Stručný popis ošetřovacího dne

Péče je indikovaná u všech nemocných s nařízeným ochranným léčením (toto je tradičně soudy nařizováno jako léčení psychiatrické, závislostní a sexuologické) bez ohledu na jejich diagnostické zařazení. **Lůžkoden středně zabezpečeného oddělení je vstupní epizodou léčení poskytovaného v rámci plánu dlouhodobé péče**, případně je poskytováno těm nemocným, kteří mají vysoký stupeň nenaplnění léčebných potřeb a jsou nositeli takových rizik, které neumožňují poskytování v prostředí s nižší mírou zabezpečení, **odpovídá stupni IV. nebo V. v Pětistupňovém modelu hodnocení rizika a léčebných potřeb.**

Ošetřovací den ochranného léčení se střední mírou zabezpečení ve věcné rovině v sobě spojuje **některé aspekty péče akutní, a dále i některá specifika péče následné.**

Pacient je hospitalizován nedobrovolně, často s absencí náhledu. Vzhledem k duševnímu onemocnění, pod vlivem kterého spáchal čin trestný či jinak trestný, je v této fázi léčby společensky nebezpečný. Ošetřovací den v sobě tedy zohledňuje jak personální, tak materiálně technické standardy **akutní péče** nezbytné k zvládnutí akutního stavu pacienta, včetně nutnosti vyvíjení nepřetržitého dohledu. Jde o pacienty v těžkém stavu, který je u některých akutní dlouhodobě, v řádu měsíců a u některých i let. OD dále zohledňuje **terapeutickou náročnost** - práce na náhledu, změna kognitivních schémat a další

specifické techniky. Psychiatr nebo psycholog s psychoterapeutickou kvalifikací provádí u indikovaných pacientů skupinovou nebo individuální psychoterapii, pracují s rodinou a blízkými pacienta. Na péči se dále podílí sestra pro péči v psychiatrii, která poskytuje jednak individuálně psychiatrickou rehabilitaci a edukaci, dále skupinové podpůrné terapeutické aktivity (např. trénink kognitivních funkcí, intervence v oblasti správného životního stylu včetně relaxačních technik a přiměřených pohybových aktivit aj.). Zdravotní sestry provádějí kontroly dodržování režimových opatření, kontroly nad jednáním nemocných a dohled nad užíváním léků v rámci zákona č. 373/2011Sb., o specifických zdravotních službách.

Dále jsou nutná i specifická **léčebná režimová opatření**. V neposlední řadě je třeba zohlednit **hodnocení míry rizika pomocí specializovaných nástrojů**. Také **farmakoterapie** pacientů umístěných na oddělení se střední mírou zabezpečení je ve většině případů **nákladná**. Pokud je to možné, jsou preferovány dlouhodobě působící injekční preparáty (LAI preparáty). Každý pacient s nařízeným ochranným léčením v ústavní formě by měl být přijatý na oddělení tohoto typu, jde tedy o „**příjmové oddělení**“ v rámci **systému ochranného léčení**.

Vstupní diagnostika

Ústavní ochranné léčení probíhá na základě komplexní, multimodální a multiprofesní vstupní diagnostiky. Tato by kromě fyzického a neurologického vyšetření měla obsahovat také **kompletní anamnézu včetně soudní lékařské anamnézy, záznam psychopatologických nálezů a další technická a psychologická vyšetření**, a také **počáteční posouzení rizika**. Zjištěné diagnózy jsou opatřeny kódem podle mezinárodně platných diagnostických klasifikačních systémů (aktuálně ICD-10 [ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems]). Záznam a hodnocení rizik je založeno na všech dostupných informacích a zahrnuje vyhodnocení situace ve spisu včetně předchozích soudně-znaleckých vyšetření a lékařské dokumentace (14). Posouzení rizika se opírá o strukturované nástroje pro posouzení rizika. I když je vyžádání předchozích spisů a komplexní zhodnocení často časově náročné a zčásti vyžaduje souhlasu pacienta, měla by být vstupní diagnostika uzavřena zpravidla po třech měsících (15–17).

Do léčby jsou přijímáni nemocní v akutních stavech (analogicky akutní psychiatrické péči) s dekompenzacemi vážných duševních onemocnění např. schizofrenní onemocnění, bipolární afektivní porucha, stavy vyvolané návykovými látkami, nemocní s dekompenzacemi poruch osobnosti apod. Zajištění péče o ty to nemocné si vyžaduje vyvíjení **nepřetržitého dohledu, zajištění diagnostiky** uváděné výše, **nastavení farmakoterapie** a v případech, kdy to jejich stav vyžaduje, i **aplikaci omezovacích prostředků**. Zásadním aspektem je zajištění bezpečí pro nemocné i personál, protože se léčba nezdírá týká osob, které se dopustily vážných násilných trestných činů či činů jinak trestných.

Plán léčby

S ohledem na úvodní epizodu forenzní péče, kdy jde často o **pacienta nespolupracujícího z důvodu duševního onemocnění**, který není schopen dodržovat terapeutický plán a dohodnutý postup léčby. Je nutné ovlivnit ty léčebné potřeby, které podkládají jejich rizikovost, která by měla na této úrovni odpovídat nadprůměrné úrovni „kriminogenních“ potřeb (18). Na základě komplexního zhodnocení základních statických a dynamických (= proměnlivých) rizikových faktorů u daného případu plán léčby stanoví, které metody (s přihlédnutím k individuálním charakteristikám nemocného) a v jakém pořadí mají tyto rizikové faktory snížit, kompenzovat nebo neutralizovat. **Již na začátku by měl být navržen scénář (terapeutický, intervenční a dohledový plán), který bude ukazovat, za jakých rámcových podmínek, jakým vedením léčby a jakým jejím zacílením by bylo možno dosáhnout překlady na oddělení s nižší mírou zabezpečení, případně propuštění do léčby ambulantní.**

V krátkodobých plánech léčby musí být definovány ověřitelné dílčí cíle. Lze použít i individualizované terapeutické smlouvy, které specifikují konkrétní léčebná opatření k dosažení cíle a případně podmínky



pro další kroky vedoucí k uvolnění režimu.

Léčba

Léčba je zaměřena na pomoc se získáním kontroly nad svým jednáním, zaléčení akutních příznaků onemocnění, ovlivnění těch faktorů rizika, které se mohou manifestovat jako akutní násilí. Důležitý je aspekt získání náhledu a toho, jak souvisí diagnostikované onemocnění s násilnými projevy či tím, co soud konstatoval jako „společenskou nebezpečnost“ v případě daného nemocného. Pokud lze, je vždy preferována léčba dlouhodobě působící (LAI preparáty) (19).

Ukončení pobytu na středně zabezpečeném oddělení

Ukončení pobytu na středně zabezpečeném oddělení je možné při posunu v hodnocení v rámci Pětistupňového systému rizika a léčebných potřeb (viz. Doplnující informace). Při stabilizaci stavu je možný **překlad na oddělení s nižší úrovní zabezpečení**. Pokud je léčba neúspěšná u pacientů s extrémní rizikovostí a zároveň není léčebně za hospitalizace ve zdravotnickém zařízení ovlivnitelná, je nutné podání návrhu soudu na umístění do zařízení vězeňského typu (zabezpečovací detence). V některých případech rychlé a výrazné stabilizace připadá v úvahu i propuštění do komunitní či ambulantní péče.

Veškeré činnosti zdravotního personálu týkající se pacienta jsou zapsány do jeho zdravotnické dokumentace.

Kategorie ošetrovatelské náročnosti odpovídající péči o pacienty s nařízeným OL na oddělení se střední mírou zabezpečení:

Kategorie 5 - trvalý dohled (vysoké riziko)

Kategorie 4 - kontaktní dohled

Kategorie 3 - zvýšený dohled

Odbornosti, na jejichž lůžkách se OD vykazuje

Pozn.: nutno používat odbornosti dle SZV, případně je vhodným způsobem konkretizovat

III. OSOBNÍ NÁKLADY dle vyhl. 99/2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb²

Velikost stanice – počet lůžek

20 pacientů

Obloženost (v procentech)

80-90 %

Obvyklé trvání činnosti nositele zdravotního výkonu a minimální požadovaná kvalifikace pro úhradu výkonu z veřejného zdravotního pojištění.

² Evropský soud pro lidská práva (ESLP) považuje za vhodné pro preventivní zadržování osob ve vazbě či ve forenzních zařízeních, které trpících duševními poruchami následující personální zajištění: 1 psychiatr, 4 psychologové, 5 sociálních pracovníků, 25 pracovníků obecné vězeňské služby či jiných pracovníků u 30 zadržených (Bergmann v. Německo, rozsudek ze dne 7. 1. 2016 - 23279/14)



1. Lékaři (Symbol L1, L2, L3)

funkce (vyšetřující)	minimální požadovaná kvalifikace				nezbytný čas v minutách
	symbol	úvazek	mzdový index	další požadavky	
Psychiatr, gerontopsychiatr, sexuolog	L3	0,5			240' (12 min./pac.)
Psychiatr s odbornou způsobilostí s certifikátem	L2	1,0			480' (24 min./pac.)
Lékař s odbornou způsobilostí	L1	1,0			480' (24 min./pac.)
Adiktolog	919	1,0			480' (24 min./pac.)

2. Jiní zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci s vysokoškolským vzděláním:

- VNP (nelékařský zdravotnický pracovník s vysokoškolským vzděláním) - klinický psycholog, klinický logoped, zrakový terapeut a v případě fyzioterapeuta i bez vysokoškolského vzdělání, popř. s vyšším odborným vzděláním - Symbol K1, K2, K3

funkce	minimální požadovaná kvalifikace				nezbytný čas v minutách
	symbol	úvazek	mzdový index	další požadavky	
Klinický psycholog	K3	0,5		Funkční specializace v systematické psychoterapii	240' (12 min./pac.)
Psycholog ve zdravotnictví	K1	1,0			480' (24 min./pac.)

- JOP (jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník ve zdravotnictví) - Symbol J1, J2

funkce	minimální požadovaná kvalifikace				nezbytný čas v minutách
	symbol	úvazek	mzdový index	další požadavky	
Fyzioterapeut. ergoterapeut		0,5			240' (12 min./pac.)
Sociálně-zdravotní pracovník		1,0			480' (24 min./pac.)

3. Ostatní zdravotničtí pracovníci - NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník) - Symbol S1, S2, S3, S4

funkce	minimální požadovaná kvalifikace				nezbytný čas v minutách
	symbol	úvazek	mzdový index	další požadavky	
Sestra pro péči v	S3	1			480'



psychiatrii					(24 min./pac.)
Všeobecná sestra	S2	6		V režii	2880' (144 min./pac.)
sanitář	S	7,0		V režii	3360' (168 min./pac.)

Osobní náklady činí celkem:

IV. STRAVA

- ☒ v OD je kalkulována strava
☐ v OD není kalkulována strava

Cena stravní jednotky

Stravování: je součástí výkonu, cena pacient/den: 217 Kč

Odůvodnění ceny stravní jednotky, případně odůvodnění nezahrnutí stravy do OD

V. LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY

Výše navrhovaného lékového paušálu na jeden OD

Lékový paušál je stanoven 125 Kč/pacient/den.

Odůvodnění lékového paušálu, případně odůvodnění nezahrnutí lékového paušálu

V případě schizofrenní nebo afektivní poruchy je z odborného hlediska nezbytná psychofarmakologická léčba, u některých nemocných v ústavní léčbě i formou dlouhodobě působících preparátů (19). U parafilních sexuálních delikventů lze zvážit léčbu selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a/nebo léky snižujícími hladinu testosteronu (20). U agresivity způsobené organickou poruchou mozku může být smysluplná léčba betablokátory nebo antipsychotiky (21). U pacientů s poruchou osobnosti lze uvažovat o psychofarmakologické léčbě zaměřené na symptomy a syndromy užitím antidepresiv, atypických antipsychotik, stabilizátorů nálady (22).

Léky (kódy se čerpají z číselníků SÚKL ev. VZP)

sk. léčiv	kód	název	měrná jednotka	počet spotřeb. jednotek	cena za jednotku	cena celkem	ZULP (ANO/NE)

VI. MATERIÁL

Cena materiálu v rámci OD

Odůvodnění

Materiál (kódy se čerpají z číselníků SÚKL ev. VZP)



sk. PZT	kód	název	měrná jednotka	počet spotřeb. jednotek	cena za jednotku	cena celkem	ZUM (ANO/NE)

VII. POUŽITÉ PŘÍSTROJE

Celková kalkulovaná cena za specifické přístroje

Některé přístroje sdílí v rámci psychiatrické nemocnice (ECT, rTMS), ostatní běžné přístroje 15,-Kč/den.

Specifické přístroje používané v daném výkonu – dle vyhl. 92/2012

kód	název přístroje	Pořizovací hodnota (bez DPH)	životnost v letech	počet dle vyhl. č.92/2012	náklady na údržbu v % poř. ceny	počet použití
M0077	Přístroj pro elektrokonvulzivní terapii	877 250, Kč	8	4	3 %	

VIII. ČÁST ÚHRADY NEPŘÍMÝCH NÁKLADŮ

Režie přiřazená k OD

211,27 bodu

Odůvodnění přiřazení režie (smí být zahrnuta pouze režie nezahrnuta jinde)

IX. SESTUPNOST

- ☐ OD podléhá sestupné sazbě
☒ OD nepodléhá sestupné sazbě

Hodnoty OD se sestupnou sazbou

OD	Body A	Body B	Body C	Body D	Body E

X. PRŮMĚRNÁ DÉLKA HOSPITALIZACE

Obor	SDH	O-	O+

Forenzní psychiatrie

1250 dní

XI. PRAVIDLA VYKAZOVÁNÍ

Obligatorní obsah OD nutný pro možnost jeho vykázání

Jedná se o OD 00091. Péče je poskytována na základě indikace soudu (soudem nařízené ochranné léčení) a pacientům, kteří jsou nositeli rizik a u kterých se vede řízení o nařízení ochranného léčení, případně vysoce rizikovým pacientům. Bezodkladně po shromáždění všech nezbytných podkladů a informací je nutné provedení strukturovaného hodnocení rizika násilného jednání. Stav pacienta odpovídá stupni IV. nebo V. v pětistupňovém systému hodnocení rizika.

Obligatorním obsahem jsou činnosti personálu při péči o pacienty s duševním onemocněním:

1. Organizační činnost vedoucích pracovníků.
2. Dohledová činnost, kontrola nad jednáním, restrikce komunikace, prohledávání pacientů a jejich osobních věcí za účelem zjištění přítomnosti návykových látek.
3. Administrativní činnosti - povinnost informovat nemocného o jeho právech a povinnostech, vytvořit písemný léčebný plán a seznámit s ním pacienta, oznamovat různým institucím, pokud pacient tento plán neplní (nedostaví se, vzdálí se z léčby), písemné řešení žádostí o propustky, písemná komunikace se soudy a dalšími institucemi. Povinnost vypracování písemných zpráv pro soudy hodnotících průběh ochranného léčení. Administrativní činnosti v návaznosti na komunikaci se soudy nejsou součástí OD 00091.
4. Vykazování - vstupní, výstupní a průběžný dotazník ochranného léčení obsahující i hodnocení rizikovosti u daného nemocného.
5. Komunita - v pracovních dnech 30 minut (obdoba výkonu psychoterapie skupinová, typ III - komunita, kdy dojde k setkání všech pacientů i personálu denního stacionáře, zmapování průběhu předešlého dne, nastavení individuálních i skupinových aktivit podle stavu pacienta).
6. Psychiatrická vizita, podle potřeby individuální pohovor s psychiatrem anebo také úprava medicíny - každý den provede lékař psychiatr (L1, L2 nebo L3) podle stavu pacienta.

Aktivity směřující k stabilizaci stavu, udržení či znovunastavení denního režimu:

1. Skupinová psychoterapie (frekvence alespoň 4krát v měsíci) – pod dohledem nebo dozorem psychiatra nebo klinického psychologa s psychoterapeutickou kvalifikací, odpovídá výkonu č. 35610, zahrnuje různé psychoterapeutické přístupy. Nejčastěji kognitivně - behaviorální terapii, prvky dynamické psychoterapie, imaginativní psychoterapii, relaxační aktivity, komunikační terapii, edukaci, dále pak psychodrama, arteterapii, muzikoterapii, psychogymnastiku.
2. Individuální psychoterapie - frekvence je nastavená u každého pacienta individuálně podle jeho zdravotního stavu a potřeb, pod vedením psychiatra nebo klinického psychologa s psychoterapeutickou kvalifikací, odpovídá výkonu č. 35520, zahrnuje různé psychoterapeutické přístupy, nejčastěji jde o eklektický přístup s využitím různých terapeutických přístupů (kognitivně - behaviorální terapii, prvky dynamické psychoterapie, imaginativní psychoterapii, a další). V případě potřeby probíhá také psychoterapeutická práce s rodinou (rodinná terapie).
3. Podpůrné terapeutické aktivity (frekvence alespoň 10krát v měsíci) - zahrnuje skupinový trénink kognitivních funkcí, nácvik v oblasti správného životního stylu, plánování režimu dne, trénink

komunikačních dovedností, nácvik zvládání hněvu a jeho deeskalace, expoziční terapii, nácvik relaxačních technik - pod dohledem nebo dozorem sestry pro péči v psychiatrii, odpovídá výkonu č. 35817.

4. Psychiatrická rehabilitace - individuální nácvik psychickou poruchou narušených funkcí například v oblasti komunikačních dovedností, techniky zaměřené na zvládání běžných situací, stres management, podpora v péči o vlastní somatický stav, v začleňování do běžného života, podpora v užívání medikace, v rámci psychiatrické rehabilitace může být vytvořen krizový plán pro případ zhoršení psychického stavu. Provádí sestra pro péči v psychiatrii, odpovídá výkonu č. 35815.
5. Edukace (frekvence 2krát týdně) - pod dohledem nebo dozorem sestry pro péči v psychiatrii, odpovídá výkonu č. 35823.

Program je uzpůsoben aktuálnímu složení pacientů na oddělení, jejich zdravotnímu stavu a individuálním potřebám.

Vizita lékaře je každodenně v pracovních dnech, další program je variabilní v průběhu týdne, obsahuje výše uvedené prvky tak, aby péče byla poskytována v průběhu celého dne a odpovídala zdravotnímu stavu a možnostem pacienta.

Kategorie ošetrovatelské náročnosti odpovídá péči o pacienty s nařízeným ochranným léčením na oddělení se střední mírou zabezpečení:

- Kategorie 3 Pacient vyžadující zvýšený dohled
- Kategorie 4 Pacient imobilní
- Kategorie 5 Pacient v bezvědomí.

XII. ZAKÁZANÉ KOMBINACE S VÝKONY

V souvislosti s OD není možné vykázat následující výkony:

Nelze vykázat s žádnými jinými OD současně.

XIII. DALŠÍ INFORMACE

Prostor pro doplnění dalších informací

Úhrada OD:

úhrada bude stanovena formou paušální úhrady za OD.

Další informace k OD:

Hodnocení, zajištění a řízení rizika jako odlišující prvek ochranného léčení od běžné psychiatrické následné péče

Forenzně-psychiatrická péče se pohybuje mezi hlavními dimenzemi - léčbou a zajištěním bezpečí. Klíčovým bodem je aktuální hodnocení rizik a aktualizované řízení tohoto rizika. Řízení rizika zahrnuje kromě podpurných intervencí také stanovení hranic, asertivní zásahy, v případě potřeby prostřednictvím zapojení soudu tam, kde zdravotnické intervence jsou neúčinné. Nejširší empirický základ poskytování péče u forenzních nemocných (v našich podmínkách ochranné léčení) má princip Risk-Need-Responsivity (princip RNR) (23). Tvoří rámec, podle kterého se volí intervence použité v jednotlivém případě. „Risk principl“ (princip rizika) uvádí, že by se riziko recidivy násilného jednání mělo zjišťovat pomocí validních

metod („Posouzení rizika“). Intenzita intervence (např. zvýšená časová náročnost, více terapeutických opatření, medikamentózní léčba, zajištění atd.) by měla odpovídat tomuto riziku. Zpravidla se rozlišuje mezi nízkým, středním a vysokým rizikem. „Need principle“ (princip potřeby) uvádí, že léčebné a jiné preventivní intervence musí zaměřit na charakteristiky související s kriminálním chováním („kriminogenní potřeby“ nebo „criminogenic needs“). „Responsivity principle“ (princip odezvy na léčbu) uvádí, že volba metod léčby by měla odpovídat stylu učení a schopnostem pacientů a být založena na důkazech „evidence based“.

To, zda a který z mnoha nástrojů hodnocení rizika násilí bude v jednotlivých případech vybrán, závisí na tom, která rizika mají být posouzena, u koho má být toto riziko posouzeno, v jakém kontextu a za jakým účelem. Nejlépe prozkoumaným nástrojem za účelem mapování násilných činů u pacientů v detenčních zařízeních je HCR-20 (HCR: Historical Clinical Risk Scheme) ve své verzi 3

(24,25). Nejdůležitější kroky při posouzení rizika násilného činu ve smyslu SPJ lze popsat následovně: Shromažďování informací pro konkrétní případ, vyhodnocení jednotlivých rizikových faktorů, posouzení relevance identifikovaných rizikových faktorů, konceptualizace případu, formulace rizikových scénářů, vývoj strategií řízení rizik se zaměřením na klinicky dynamické rizikové faktory nebo kriminogenní potřeby a nakonec posouzení nízké nebo střední a vysoké riziko pro obecné budoucí násilí, pro těžké fyzické násilí a pro konkrétní hrozby násilí (26–28). Pro posuzování u pachatelů sexuálních trestných činů jsou k dispozici např. SVR 20 (SVR: Sexual Violence Risk Scheme (24), Static 99, STABLE 2007 nebo ACUTE 2007 (29,30). Široce rozšířený nástroj pro mapování rizik v ústavní léčbě představuje START (Short Term Assessment of Risk and Treatability (31,32)). Tento nástroj používaný v multiprofesním týmu se zaměřuje zejména na dynamické a ochranné faktory a umožňuje řízení opatření v průběhu léčby. V ústavním ochranném léčení je hodnocení rizik nezbytné v různých časových bodech: při přijetí k posouzení potřeby bezpečnosti, v dalším průběhu plánování léčby, pro uvolnění režimu a v krizích, jakož i pro otázku pokračování umístění. Úzké propojení hodnocení rizik a léčby je předpokladem pro výběr léčebných opatření, zamezení incidentů v zařízení i mimo něj a pro upuštění od nadměrně restriktivní opatření a opožděné aplikace terapeutických opatření. Musí být úzce propojeno s rozhodovacími, komunikačními a dokumentačními postupy. Při posuzování rizik jsou identifikovány a hodnoceny statické (neměnné) a dynamické (v zásadě proměnlivé) rizikové faktory přítomné v individuálním případě, ale také ochranné faktory včetně sociálního prostředí.

Pětistupňový systém hodnocení rizika a potřeb

V současné době jsou dostupné stovky nástrojů hodnocení rizika násilí, každý s vlastními stupni a kategoriemi rizika (33,34). Výstupy hodnocení rizika u nástrojů uváděných výše jsou vzájemně obtížně srovnatelné, přestože často měří stejný konstrukt, tedy riziko násilí. Pětistupňový systém slouží jako jednotný jmenovatel, na který lze výstupy z jednotlivých hodnocení či výstupy hodnocení rizika získaných pomocí různých nástrojů převést, či přepočítat. Slouží tedy k návrhu stejné úrovně opatření či intervencí u osob, které jsou hodnoceny stejnou úrovní rizika a terapeutických potřeb k ovlivnění tohoto rizika. V případě zavedení napříč systémem péče tento rámec umožní jednotné doporučení úrovně opatření i při použití různých nástrojů, například hodnocení pomocí STATIC-99 s výstupem 1-3 body řadí danou osobu do úrovně III. stupně v rámci Pětistupňového modelu a 4-5 bodů do úrovně IV. Stupně (35). Stejně tak není nijak problematické formulovat výstupy hodnocení získané v rámci SOP modelu použitím SVR-20V2 (nízké, střední, vysoké riziko které jsou doplněny o kategorii I. v případě hodnocení osob na úrovni populačního rizika a výjimečnou kategorii rizika v úrovni V., tedy s rizikem vysoce nad průměrem) v těchto kategoriích a dosáhnout sjednocení doporučení dávaných soudům, policii či kolegům v případě přehodnocení efektu léčby.

Pětistupňový systém hodnocení rizika a léčebných potřeb

Stupeň rizika	Kriminogenní potřeby	Opatření	Efekt opatření	Prognóza
I stupeň Velmi nízké riziko	Žádné či téměř žádné	Nejsou třeba, pokud snad, potom ambulantní či poskytované v komunitě	Riziko je natolik nízké, že jen nejde dále snižovat, je na populační úrovni	Výborná, recidivita je na úrovni populace bez záznamu v rejstříku trestů.
II. stupeň Riziko pod průměrem	Mírná, přechodná či akutní	Nerestriktivní- ambulantní léčení, kontrola compliance, intervence při změnách stavu	Nízké riziko, intervence jej udržuje ve stávající úrovni	Velmi dobrá, většina se přesunuje do úrovně I. Zranitelnost v psychosociálním profilu.
III. stupeň Riziko v průměru	Vícečetné, některé těžké	CDZ-OL, může vyžadovat hospitalizaci s určitými omezeními (např. běžné lůžkové oddělení, nízká zabezpečené oddělení pro ochranné léčení)	Intervence (léčba či dohled) mohou mít významná pozitivní efekt na snížení rizika recidivy	Dobrá, většina se přesunuje do úrovně II. Průměrná úroveň a potřeb u dané populace delikventů.
IV. stupeň Riziko nad průměrem	Vícečetné, některé chronické a těžké	Intenzivní-vyžaduje dohled, monitoraci a léčbu, např. uzavřené oddělení, oddělení pro ochranné léčení středně zabezpečené	Intervence mohou mít pozitivní efekt, tento však nelze očekávat rychle ve smyslu snížení úrovně rizika	Změna je možná, ale v delších časových rámcích s ohledem na perzistentní profil deliktivního jednání
V. stupeň Riziko vysoce nad průměrem	Vícečetné, těžké, zakořeněné potřeby napříč více doménami (zdravotní, psychologická vztahová, životního stylu)	Velmi intenzivní potřeba zabezpečení a dohledu- na úrovni přesahující zdravotnickou úroveň dohledu a supervize- vězeňský systém, Zabezpečovací detence	Intervence mohou mít pozitivní efekt ale riziko je natolik vysoké, že důraz musí být kladen na otevřenost změně a získání kontroly nad jednáním	Iniciální riziko podkládá dlouhodobou nadprůměrnou rizikovitost, s pokračujícím věkem může klesat do nižších úrovní. V době hodnocení je recidiva téměř jistá.

V léčbě pacientů s ochranným léčením má poskytovatel oproti pacientům bez ochranného léčení řadu zákonných povinností podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a podle trestního řádu, popř. dalších právních předpisů:

- Administrativa po obdržení nařízení ochranného léčení: Poskytovatel zaeviduje pacienta do informačního systému (IS) nemocnice, pokud některé dokumenty chybí, požádá poskytovatel chybějící dokumenty.
- Poskytovatel je povinen sdělit soudu, že odsouzený (jak jej označují soudy) může nastoupit kdykoli v termínu určeném soudem.
- Poskytovatelé musejí přijímat všechny pacienty, kteří do spádové psychiatrické nemocnice mají pravomocně nařízeno ochranné léčení ústavní. Jediný zákonný důvod, proč takového pacienta nepřijmout, by byl dle § 84 odst. 2 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, „překročení únosného pracovního zatížení“ – v takovém případě má poskytovatel povinnost oznámit tuto skutečnost soudu, který ochranné léčení nařídil, a zároveň uvést předpokládaný termín přijetí (§ 87 odst. 2 písm. a zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách).
- Poskytovatelé musejí odpovídat na další dotazy soudů, věznic, odsouzených a jejich rodin, kteří žádají např. o podmíněné propuštění z VTOS a potřebují potvrzení, že poskytovatel je přijme.
- Poskytovatel je povinen oznámit soudu, který ochranné léčení nařídil, započetí ochranného léčení podle § 351 odst. 4 tr. řádu.
- Poskytovatel je povinen dle § 85 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, prokazatelně při přijetí seznámit pacienta se svými právy a povinnostmi, s předpokládanou dobou léčení a možností změny formy, s individuálním léčebným postupem a s vnitřním řádem.
- § 85 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách: 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, již je ČR vázána, je příslušná k projednávání podnětů týkajících se ochrany lidských práv.

- § 86 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách: Poskytovatel propustku povolí, je-li zdravotní stav pacienta stabilizovaný a není-li to v rozporu s účelem ochranného léčení 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) zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách: Poskytovatel je povinen oznámit do 24 hodin soudu, který ochranné léčení nařídil, že
 - pacient byl z důvodu zdravotního stavu přeložen do jiného zdravotnického zařízení;
 - v rozporu s podmínkami ochranného léčení se ze zdravotnického zařízení vzdálil;
 - § 88 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách: Pacient v ochranném léčení je povinen:
 - a) podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro ochranné léčení, ale zdravotní výkony nesouvisející s ochranným léčením probíhají se souhlasem pacienta,
 - 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.
 - § 89 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách: U osob, které nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění v ČR, účtuje poskytovatel ministerstvu zdravotnictví poskytnuté zdravotní služby každé čtvrtletí.
- Nebude-li ústavní ochranné léčení do 2 let od jeho započetí soudem ukončeno, a léčení dosud nesplnilo svůj účel, podá poskytovatel nejméně 2 měsíce před uplynutím 2leté lhůty návrh na jeho prodloužení dle § 353 odst. 1 tr. řádu. V návrhu popíše průběh a výsledky ochranného léčení a uvede důvody navrhovaného prodloužení. Místně příslušný soud (kde zástupce poskytovatele musí být osobně jako svědek) ve veřejném zasedání může rozhodnout dle § 351a a § 353 tr. řádu o ukončení ochranného léčení, změně ochranného léčení ústavního na ambulantní (i naopak), změně ústavního ochranného léčení na zabezpečovací detenci; a to na návrh zdravotnického zařízení, státního zástupce, pacienta, nebo i bez takového návrhu.
- Dle § 353 odst. 1 tr. řádu zdrav. zařízení podá návrh soudu na ukončení ochranného léčení, jakmile bylo dosaženo účelu ochranného léčení (popř. jakmile zjistí, že účelu ochranného léčení nelze dosáhnout podle § 99 odst. 6 tr. zákoníku). Nebo podá návrh na přeměnu ochranného léčení na ambulantní formu, jakmile bylo dosaženo účelu ústavního ochranného léčení (ambulantní ochranné léčení dostatečně eliminuje nebezpečnost pacienta na svobodě). V návrhu popíše průběh a výsledky ochranného léčení a uvede důvody navrhovaného postupu. Také o takovém návrhu rozhoduje místně příslušný soud ve veřejném zasedání, kde zástupce poskytovatele musí být osobně jako svědek).

Literatura:

1. ARBOLEDA-FLÓREZ J. Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry* [Internet]. 2006 Jun [cited 2023 Jul 4];5(2):87. Available from: [/pmc/articles/PMC1525122/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1525122/)
2. Salize JH. Placement and treatment of mentally ill offenders - Basic concepts and service provision in European Union Member States [Internet]. Vol. 34, *Psychiatrische Praxis*. 2007. p. 388–94. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=350144733>
3. Edworthy R, Sampson S, Völlm B. Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2016 Jul [cited 2018 Sep 13];47:18–27. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160252716300401>
4. Sampson S, Edworthy R, Völlm B, Bulten E. Long-Term Forensic Mental Health Services: An Exploratory Comparison of 18 European Countries. *Int J Forensic Ment Health*. 2016 Oct 1;15(4):333–51.
5. Edworthy R, Völlm B. Long-stay in high and medium secure forensic psychiatric care – Prevalence, patient characteristics and pathways in England. *European Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 13];33(S1):S180–S180. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/longstay-in-high-and-medium-secure-forensic-psychiatric-care-prevalence-patient-characteristics-and-pathways-in-england/451433CF7E56CDEAE6695926A505FF5E>
6. Páv M, Skřivánková P, Wiseman C, Vňuková M, Blatníková Š, Hollý M. Forensic Treatment Services in the Czech Republic: Current State and Future Challenges. *Int J Forensic Ment Health* [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2021 Jul 7];19(3):269–82. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14999013.2020.1732505>
7. Seppänen A, Törmänen I, Shaw C, Kennedy H. Modern forensic psychiatric hospital design: Clinical, legal and structural aspects [Internet]. Vol. 12, *International Journal of Mental Health Systems*. BioMed Central Ltd.; 2018 [cited 2021 May 17]. p. 1–12. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s13033-018-0238-7>
8. Kennedy HG. Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Adv* [Internet]. 2021 May 25 [cited 2021 Jun 16];1–14. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056467821000347/type/journal_article
9. Habets P, Jeandarme I, Kennedy HG. Determining security level in forensic psychiatry: a tug of war between the DUNDRUM toolkit and the HoNOS-Secure. <https://doi.org/10.1080/1068316X20201742338> [Internet]. 2020 Oct 20 [cited 2023 Jun 29];26(9):868–86. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1068316X.2020.1742338>
10. Salize HJ, Dreßing H. Placement and treatment of mentally ill offenders- Legislation and practice in EU Members. *Manheim*; 2005.
11. Páv M, Vňuková M, Sebalo I. Factors Affecting Length of Inpatient Forensic Stay: Retrospective Study From Czechia. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 May 4 [cited 2022 Jun 26];13. Available from: [/pmc/articles/PMC9114463/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39114463/)
12. Páv M, Švarc J. Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení. Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitutionalizace. Praha; 2018.
13. Páv M, Vňuková M, Papežová S, Toman J. ÚSTAVNÍ OCHRANNÁ LÉČENÍ V ČR 2018-2020 INPATIENT FORENSIC TREATMENT IN THE CZECH REPUBLIC 2018-2020. *Čes a slov Psychiatr*. 2022;118(1):9–16.
14. Völlm BA, Clarke M, Herrando VT, Seppänen AO, Gosek P, Heitzman J, et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of

- mentally disordered offenders. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2023 Jul 7];51:58–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29571072/>
15. Vňuková M, Ptáček R, Páv M, Vevera J. HCR-20v3 : hodnocení rizika násilí / Martina Vňuková, Radek Ptáček, Marek Páv, Jan Vevera. Česká adaptace: Boer, Douglas P., HCR 20 - assessing for risk violence version 3. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky; 2020. 152 p.
16. Douglas K, Guy L, Reeves K, Weir J. HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. 2005 [cited 2019 Oct 13]; Available from: https://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=psych_cmhsr
17. Guy LS, Douglas KS, Hart SD. Risk assessment and communication. In: *APA handbook of forensic psychology, Vol 1: Individual and situational influences in criminal and civil contexts* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2015 [cited 2019 Oct 6]. p. 35–86. Available from: <http://content.apa.org/books/14461-003>
18. Andrews DA, Bonta J. *Psychology of Criminal Conduct, Second Edition*. Psychology of Criminal Conduct, Second Edition. 1998.
19. Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 2009 14:4 [Internet]. 2008 Jan 8 [cited 2023 Jul 12];14(4):429–47. Available from: <https://www.nature.com/articles/4002136>
20. Thibaut F, Barra FD La, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. <http://dx.doi.org/10.3109/15622971003671628> [Internet]. 2010 [cited 2022 Jul 19];11(4):604–55. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/15622971003671628>
21. Felthous AR, Stanford MS. The Pharmacotherapy of Impulsive Aggression in Psychopathic Disorders. *The Wiley International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law* [Internet]. 2020 Aug 17 [cited 2023 Jul 12];805–34. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781119159322.ch34>
22. Maher AR, Maglione M, Bagley S, Suttrop M, Hu JH, Ewing B, et al. Efficacy and Comparative Effectiveness of Atypical Antipsychotic Medications for Off-Label Uses in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2011 Sep 28 [cited 2023 Jul 12];306(12):1359–69. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1104423>
23. Bonta J, Andrews D. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*. 2007;
24. Halouzková L, Sejblová P, Páv M, Vňuková M, Ptáček R. SVR-20, Česká adaptace: Boer, Douglas P., SVR 20 V2 manual for version 2 of the sexual violence risk-20. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2020. 96 p.
25. de Vries Robbé M, de Vogel V. A European Perspective on Risk Assessment Tools. In: Goethals K, editor. *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cited 2019 Jul 14]. p. 249–66. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-74664-7_16
26. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H. HCR-20v3: Assessing risk for violence: User guide. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 2013.
27. Neil C, O'Rourke S, Ferreira N, Flynn L. Protective Factors in Violence Risk Assessment: Predictive Validity of the SAPROF and HCR-20V3. *Int J Forensic Ment Health* [Internet]. 2020 Jan 2 [cited 2020 Oct 12];19(1):84–102. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14999013.2019.1643811>

28. Páv M, Skřivánková P, Vňuková M, Ptáček R VJ. Hodnocení rizika násilného jednání. *Ceska Slov Psychiatr* [Internet]. 2020;116(2):66–73. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=144311546&site=eds-live>
29. Ramesh T, Igoumenou A, Vazquez Montes M, Fazel S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2022 Oct 3];52:47–53. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/use-of-risk-assessment-instruments-to-predict-violence-in-forensic-psychiatric-hospitals-a-systematic-review-and-metaanalysis/9D936C97254048C55BF0B057D4123026>
30. Abidin Z, Davoren M, Naughton L, Gibbons O, Nulty A, Kennedy HG. Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: Prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 Jul 27 [cited 2020 Oct 12];13(1):1–18. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/1471-244X-13-197>
31. Viljoen JL, Beneteau JL, Gulbransen E, Brodersen E, Desmarais SL, Nicholls TL, et al. Assessment of Multiple Risk Outcomes, Strengths, and Change with the START:AV: A Short-Term Prospective Study with Adolescent Offenders. *Int J Forensic Ment Health* [Internet]. 2012 Jul [cited 2019 Jul 14];11(3):165–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23436983>
32. O'Shea LE, Dickens GL. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): systematic review and meta-analysis. *Psychol Assess*. 2014 Sep 1;26(3):990–1002.
33. Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2019 Jul 14];31(3):499–513. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735810001947>
34. Singh JP, Desmarais SL, Hurducas C, Arbach-Lucioni K, Condemarin C, Dean K, et al. International Perspectives on the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries. *Int J Forensic Ment Health* [Internet]. 2014 Jul 3 [cited 2019 Oct 11];13(3):193–206. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14999013.2014.922141>
35. Hanson RK, Bourgon G, Safety P, Robert C, Mcgrath J, Kroner D, et al. A five-level risk and needs system: Maximizing assessment results in corrections through the development of a common language. 2017 [cited 2023 Oct 30]; Available from: https://saratso.org/pdf/A_Five_Level_Risk_and_Needs_System_Report.pdf