



Podkladový materiál k používání nástrojů na posuzování rizika v kontextu OL

Autoři: Mgr. Marek Navrátil, MUDr. Marek Páv, MBA, Ph.D.

Připraveno v květnu 2025, aktualizace v červenci 2025

1.1 Úvod

Tento materiál slouží ke shrnutí podkladů k použitelnosti standardizovaných nástrojů na posuzování rizikovosti recidivy a plánování léčby u pacientů v kontextu ochranného léčení (tzv. risk management neboli řízení rizik). Popisuje koncept „risk assessmentu“ a jeho typologii z hlediska skupin pacientů a způsobu vyhodnocení. Dále představuje dosavadní zkušenosti s používáním těchto nástrojů v českém prostředí a shrnuje dostupnou vědeckou evidenci ze zahraničí.

Materiál vznikl v rámci projektu „Změna jako strategický nástroj zlepšení systému ochranného léčení v ČR, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_031/0004590“.

1.2 Co je to „risk assessment“

Risk assessment neboli hodnocení rizika představuje systematický proces odhadu pravděpodobnosti, že posuzovaná osoba spáchá určité nebezpečné nebo nežádoucí jednání (např. násilný sexuální či nesexuálně motivovaný trestný čin, opětovnou trestnou činnost, sebepoškození). V oblasti ochranného léčení je tento proces úzce propojen s plánováním péče a řízením rizika – cílem není jen určit, *zda* je riziko přítomné, ale také *jak* s ním efektivně pracovat v léčbě. V kontextu ochranného léčení to lze tedy vnímat jako hodnocení a řízení rizik, která souvisí s duševním onemocněním či poruchou. „Risk assessment“ tedy především slouží k tomu, abychom na základě individuálních rizik stanovili plán managementu/řízení rizik, který zahrnuje jak terapeutický plán, tak další rozhodnutí relevantní pro situaci daného pachatele (např. zahrnutí stakeholderů – rodinných příslušníků, Probační a mediační služby, neziskových organizací; zohlednění opatření, která stanovil soud, včetně omezení a dalších podmínek; nastavení plánu ochrany obětí apod.).

Rozlišují se tři základní přístupy:

- **Nestrukturované posouzení:** založené na klinickém úsudku bez opory o standardizovaný nástroj – dnes považováno za málo spolehlivé. Zkušenosti kliničtí pracovníci sice mohou posuzování rizika opírat o své vlastní vědomosti, může však docházet ke značným kognitivním zkreslením, které snižují agregátní validitu nestrukturovaných přístupů (Grove & Meehl, 1996; Viljoen a kol., 2024). Máme-li ambici naše rozhodování podkládat přístupy založenými na důkazech, tento přístup se nedoporučuje.
- **Aktuální (technicko-statistické) nástroje:** např. Static-99R, VRAG, DASA či LSI-R. Jsou založené na algoritmech vytvořených z velkých databází pachatelů a poskytují standardizovaný odhad rizika na základě statických (historických) a proměnných faktorů (Doyle & Dolan, 2002). Jejich hlavní výhodou je vysoká prediktivní přesnost (viz níže), nízká subjektivita a jednoduchost použití. Pokud se informace z těchto nástrojů (např. zařazení do vysokého rizika dle Static-99R) kombinují s nástroji zaměřenými na dynamické rizikové faktory (např. STABLE-2007, ACUTE-2007, LSI-R), lze na jejich



základě dobře zacílit léčbu¹. Statický nástroj stanoví „úroveň rizika“ (např. nízká, střední, vysoká), zatímco dynamické nástroje určí konkrétní oblasti, které lze změnit (např. impulsivita, zvládání stresu, prokriminální postoje). Tato kombinace tvoří základ přístupu „risk-need-responsivity“ (Bonta & Andrews, 2007), který je dnes jedním z klíčových přístupů v ochraně zdraví a prevence recidivy v evropském i světovém kontextu.

- **Strukturované odborné posouzení (SOP/SPJ):** nástroje jako HCR-20, SAPROF nebo START kombinují empiricky podložené faktory s klinickou expertizou. Umožňují přizpůsobit hodnocení konkrétnímu případu a tvoří jádro léčebného plánování (Doyle & Dolan, 2002). Tzv. „scénářové plánování“ založené na těchto nástrojích umožňuje dále formulovat hypotézy o možných vývojích rizik a pružně na ně reagovat. SOP nástroje tak umožňují nejen monitorovat riziko, ale zároveň efektivně řídit intervenci, zejm. pomocí plánování scénářů, a hodnotit její účinnost (Gatner a kol., 2021).

Vhodná kombinace technicko-statistických (T-S) nástrojů a SOP může v budoucnosti v systému ochranného léčení hrát několik klíčových rolí:

1. **Individualizace léčby:** Na základě výsledků hodnocení rizik je možné přizpůsobit léčebný plán konkrétním potřebám a rizikovým faktorům každého pacienta.
2. **Rozhodování o propuštění:** Hodnocení rizik je zásadní při rozhodování o možném propuštění pacienta z ústavní léčby či při jeho překladi na oddělení s nižším stupněm dohledu.
3. **Průběžné monitorování:** Nástroje SOP se používají k pravidelnému přehodnocování rizik během léčby, což umožňuje sledovat pokrok a upravovat léčebný plán podle potřeby.
4. **Prevence a predikce recidivy:** Důkladné hodnocení rizik pomáhá identifikovat specifické oblasti, na které je třeba se zaměřit, aby se snížilo riziko opakování trestné činnosti po propuštění. Díky psychometrickým vlastnostem nástrojů je také možné poskytnout odhad pravděpodobnosti této recidivy.

Vyhláška o Vedení zdravotnické dokumentace 444/2024 v § 2 poskytovatelům lůžkové péče ukládá v písmeni s) u pacienta ve výkonu ochranného léčení v ústavní formě vést záznam o individuálně stanovených rizikových a protektivních faktorech podkládajících jeho společenskou nebezpečnost a záznam o jejich pravidelném přehodnocování, a to alespoň jednou každých 6 měsíců. Toto je zakotveno i v novelizovaném znění zákona 372/2011Sb *“Při výkonu ochranného léčení jsou poskytovatelem zdravotní služeb individuálně u pacienta stanovena rizika, pro která je jeho pobyt na svobodě nebezpečný; léčebné intervence jsou zacíleny na ovlivnění těchto rizik. Stanovená rizika podle odstavce 4 jsou v rámci hodnocení postupu pacienta v léčbě pravidelně vyhodnocována, a to po zahájení, v průběhu výkonu, při změně a ukončení ochranného léčení”*. Není zde tedy uložena povinnost použití specifického nástroje, ale pro transparentnost dokumentace, možnost argumentace vůči soudům a právním zástupcům pacientů je vysoce doporučeníhodné použití nástrojů podložených důkazy. Prosté klinické hodnocení v současné době již není možné pokládat za dostatečný, *lege artis* podklad odborného zhodnocení rizikových a protektivních faktorů, která podkládají společenskou nebezpečnost dané osoby a odůvodňují její další zadržení v ústavním ochranném léčení.

¹ Jak upozorňuje Mossman (2015), často zmiňovaný argument o nepoužitelnosti aktuálních nástrojů kvůli širokým intervalům spolehlivosti (Hart, Cooke, Michie) vychází z chybného pochopení účelu predikce. Hlavním smyslem není přesně předpovědět, co se stane u konkrétního jednotlivce, ale učinit informované rozhodnutí v podmínkách nejistoty – tedy řídit riziko, nikoliv „věštit“ budoucnost. Autor demonstruje, že i když intervaly spolehlivosti jsou široké, bodové odhady mohou být stále prakticky užitečné pro rozhodování.



Zároveň je pomocí systému „vyváděcích balíčků“ (možnosti vyúčtování návštěv pacientů za jejich hospitalizace členy multidisciplinárních komunitních týmů²) podpořeno předávání klíčových informací pracovníkům terénních týmů na osobní úrovni týmem oddělení; tyto informace by samozřejmě primárně měly obsahovat klíčové oblasti, na které se ústavní léčba zaměřila a kolaborativní vypracování plánu prevence delikventního chování – v SOP jde o „scénář stabilizace“. Jde tedy také o podporu strukturovaného předávání klíčových informací relevantních pro řízení rizik a jejich monitoraci, které použití nástrojů SOP přináší do naší klinické praxe (Páv, 2025).

1.2.1 Interpretace výsledků RA

Při posuzování rizika je důležité ujasnit si, jaké mají jednotlivé typy nástrojů schopnost predikovat budoucí chování klienta. T-S nástroje vycházejí z rozsáhlých databází a umožňují kvantifikovat pravděpodobnost recidivy na základě dynamických a statických údajů – například pomocí skóre Static-99R lze, dle empirických tabulek, přiřadit pravděpodobnost sexuální recidivy během následujících 5 let. Naopak SOP se primárně nezakládá na výpočtu pravděpodobnosti, ale poskytuje rámec pro informovaný klinický úsudek a formulaci scénářů budoucího vývoje. Jeho přidanou hodnotou je schopnost zachytit interakce mezi faktory v konkrétním případě, posoudit možnou dynamiku vývoje rizika a navrhnout individualizovaný plán řízení. I přesto, že SOP nástroje nebyly primárně vyvinuty jako statistické, u některých z nich (např. HCR-20) se ukazuje velmi solidní validita z hlediska pravděpodobnostního odhadu recidivy. **Vždy je nutné dbát na to, že výsledek hodnocení konkrétního pachatele je pouze odhadem úrovně rizikovitosti na základě historických empirických dat o pachatelích stejného rizikového profilu. Výsledek tedy nemusí ve 100 % případech reflektovat reálnou trajektorii jedince³.** Procento „správně trefených“ rizikových hladin lze však použitím strukturovaného RA účinně zvýšit (viz psychometrické vlastnosti nástrojů níže). K tomuto je v naší praxi (např. V metodice Lůžkodne ochranného léčení) zaváděn Pětistupňový systém hodnocení rizik a léčebných potřeb, který stanovuje pět úrovní rizik).

Použití obou typů nástrojů zároveň zvyšuje transparentnost rozhodovacího procesu a může poskytnout personálu odborné krytí – rozhodnutí o stavu a riziku pacienta není izolovaným subjektivním dojmem, ale opírá se o validovaný *lege artis* postup. V kontextu ochranného léčení, které má zásadní právní i etické důsledky pro pacienta i společnost, je tento standard obzvláště důležitý.

1.3 České zkušenosti a validační plány

V posledních letech dochází v České republice k rozšíření používání standardizovaných nástrojů pro hodnocení rizika v oblasti nejen ochranného léčení, a to zejména díky projektům v rámci OP Zaměstnanost či reformy psychiatrické péče.

V rámci projektu *Podpora nových služeb* byly pilotně implementovány a přeloženy nástroje HCR-20V3, SVR-20V2, SAPROF a SAVRY, které odpovídají moderním přístupům SOP a umožňují nejen predikci rizika násilí, ale i plánování intervence a monitorování průběhu léčby. Na vzorku celé populace v ČR je prokázáno, že klinická podškála nástroje HCR-20 je citlivá na změnu a v současnosti je *de facto* dle jejích kotev postupováno při rozhodování o dalším

2 https://www.acdz.cz/images/METODIKA_priloha_3_krycl_list_vykonu_VYVADECI_BALICEK.pdf

3 Jinými slovy, poměry rizika se používají ke sdělení, nakolik je hodnocená osoba podobná průměrnému jedinci odsouzenému za sexuálně motivovaný trestný čin (tj. stupeň III).



postupu v ochranné léčbě (Sebalo et al., 2024). Tyto nástroje ve své úplnosti jsou používány v několika zdravotnických zařízeních, např. PN Bohnice či FN Brno.

Dále byly v rámci projektu Parafilik pilotně testovány technicko-statistické (T-S) nástroje Static-99R, STABLE-2007 a ACUTE-2007 u klientů dlouhodobého terapeutického programu (Navrátil a kol., 2023). Po skončení projektu se nástroje integrovaly do klinické práce v rámci Psychosexuologické ambulance Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kde slouží jako podklad pro individuální plánování léčby a sledování pokroku klientů. V současné době je také pilotováno použití T-S nástrojů v kontextu terapeutického programu GLM+ ve Vězeňské službě zaměřeného na pachatele SMTČ na dospělé oběti.

Na tyto aktivity navazuje validace uvedených nástrojů v rámci výzkumné části projektu Změna OL, který realizuje Ministerstvo zdravotnictví. Studie má tři fáze:

1. **Aplikace nástrojů v klinické praxi** – u nově příchozích pacientů v ochranném léčení jsou systematicky administrovány nástroje START, HCR-20 a SAPROF (v psychiatrickém OL), a dále STABLE-2007, ACUTE-2007 a Static-99R (v sexuologickém OL).
2. **Validace nástrojů SSA (Static, Stable, Acute)** – cílem je posoudit jejich prediktivní validitu vzhledem k recidivě a ověřit psychometrické vlastnosti v českém kontextu. Probíhá sběr retrospektivních i prospektivních dat, včetně plánovaného sledování po dobu až 5 let.
3. **Posouzení dopadu na personál** – zaměří se na schopnost pracovníků využívat výsledky hodnocení v každodenní práci s pacienty a v plánování léčby podle modelu „risk-need-responsivity“.

Kromě toho bude v projektu studie doplněna o tyto analýzy, které byly zahájeny již v předchozích projektech:

4. **Validace nástrojů HCR-20V3, SVR-20V2 a SAPROF** v běžném uplatnění v práci CDZ-OL. Cílem je posoudit prediktivní validitu v období od zahájení činnosti do současnosti v provozu CDZ-OL. Sběr dat ukončen 30. 5. 2025.
5. **Ověření cost-efektivity CDZ-OL** – měřeny jsou rehospitalizační náklady ve srovnání s kohortou nemocných v „běžné péči“ a typ recidivy násilného jednání. Sběr dat ukončen 30. 5. 2025.

Díky těmto aktivitám bude možné posoudit předpoklad, že psychometrické vlastnosti nástrojů získané v zahraničních studiích platí i pro českou populaci a že tyto nástroje zvyšují prediktivní přesnost a účelnost plánování péče v systému ochranného léčení. Z konzultací s kanadskými experty a autory nástrojů vyplývá, že reliabilita a validita jsou stabilní napříč různými zeměmi a kontexty, ale přesto je důležité tuto hypotézu ověřit.

1.4 Krátký přehled nástrojů

Níže je uvedena shrnující tabulka nástrojů, jejichž zavedení je součástí projektu Změna OL. Z tabulky je patrné, o jaký typ nástroje se jedná (strukturované odborné posouzení – SOP, potažmo T-S – technicko-statistický), pro kterou populaci je vhodný a kteří pracovníci OL mohou provádět jeho administraci. Konkrétní model zavedení nástrojů do praxe bude vycházet ze zjištění získaných z výzkumných rozhovorů realizovaných na jaře 2025, z konzultací se stakeholdery a ze syntézy dobré zahraniční praxe.



Nástroj	Typ	Klinická populace	Potřebná odbornost	Predikční validita	Úroveň zavedení v ČR	Typ zkoumaných faktorů
HCR-20	SOP	Všeobecná	Klinický pracovník	Střední až vysoká (AUC ~0.70)	Používáno v několika zařízeních	Statické, dynamické
SAPROF	SOP	Všeobecná	Klinický pracovník	Střední (zejména negativní predikce)	Zavedeno v několika zařízeních	Protektivní
START	SOP	Všeobecná	Proškolený odborník	Střední až vysoká pro krátkodobé riziko násilí	Zaváděno v rámci projektu Změna OL	Dynamické
SVR-20	SOP	Sexuologická OL	Klinický pracovník	Střední	Zavedeno v několika zařízeních	Statické, dynamické
Static-99R	T-S	Sexuologická OL	Proškolený odborník	Vysoká (AUC ~0.70–0.75)	Používán v klinické praxi, validace v rámci projektu Změna OL	Statické
STABLE-2007	T-S	Sexuologická OL	Proškolený odborník	Střední (AUC ~0.67)	Používán v klinické praxi, validace v rámci projektu Změna OL	Stabilní dynamické
ACUTE-2007	T-S	Sexuologická OL	Proškolený odborník	Nízká až střední, doplňková (AUC ~0.64)	Používán v klinické praxi, validace v rámci projektu Změna OL	Akutní

1.5 Zahraniční vědecká evidence

V kontextu ochranného léčení (forenzní psychiatrie a terapie násilných či sexuálních delikventů) se používá několik strukturovaných nástrojů pro posuzování rizika recidivy. Níže



jsou shrnuty vybrané, v českém kontextu používané nástroje – **HCR-20**, **SAPROF**, **SVR-20**, **START**, **Static-99R**, **STABLE-2007** a **ACUTE-2007** – spolu s poznatky ze systematických přehledů a validačních studií. Důraz je kladen na psychometrické vlastnosti (reliabilitu, validitu, prediktivní účinnost), schopnost predikovat recidivu (sexuální, násilnou i obecnou) a využití těchto nástrojů při plánování léčby. U každého nástroje je uveden typ a rozsah studií (např. meta-analýzy, systematické přehledy), hlavní zjištění a kvalita důkazů.

1.5.1 HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management-20)

- **Popis a účel:** HCR-20 je SOP nástroj určený k hodnocení rizika násilí. Skládá se z historických, klinických a manažerských položek a je široce používán ve forenzní psychiatrii jako „zlatý standard“ pro predikci násilné recidivy a plánování řízení rizik. Nejnovější verze HCR-20V3 (2013) navazuje na původní verzi z 90. let a upřesňuje definice položek.
- **Psychometrické vlastnosti:** Výzkum ukazuje, že HCR-20 má obecně vysokou spolehlivost hodnocení při dobrém zaškolení hodnotitelů – např. velká švédská ukázala excelentní mezihodnotitelské ICC často mezi 0,80–0,90 (Douglas & Belfrage, 2014). HCR-20 také vykazuje konvergentní validitu – skóry korelují s výsledky jiných rizikových nástrojů. Celkově lze kvalitu psychometrických vlastností označit za dobrou, a to na základě mnoha mezinárodních validačních studií. Není však doposud dostatek studií, které by prokazovaly účinnost nástrojů z hlediska plánování intervencí ve forenzním prostředí (Challinor a kol., 2021).
- **Prediktivní validita:** Empirické studie naznačují, že HCR-20 má středně silnou prediktivní účinnost pro násilné chování. Z meta-analýzy Ogonah a kol. (2023) vyplývá, že validita HCR-20 z hlediska predikce násilné recidivy je přinejmenším srovnatelná s jinými nástroji pro hodnocení rizika násilí v prostředí forenzní psychiatrie. Je efektivní zejména při oddělení skupiny s nízkým rizikem – jedna systematická review zjistila, že 91 % osob hodnocených jako nízké rizikových skutečně nespáchalo násilný čin v budoucnu (Fazel a kol., 2012). Naopak pozitivní prediktivní hodnota (jaké procento vysoce rizikových opravdu recidivuje) je omezená – jen asi **41 % osob označených za středně/vysoce rizikové spáchalo násilný delikt** během sledování. To ukazuje na poměrně vysoký podíl falešně „pozitivních nálezů“, což potvrzují i další přehledy (rizikové nástroje spíše „hrubě třídí“ na úrovni skupin, než spolehlivě předpovídají individuální osud). Predikce obecné kriminality je u HCR-20 taktéž pouze středně přesná (podobně jako u jiných nástrojů).
- **Specifika u žen:** Meta-analýza zaměřená na predikci násilí u žen (68 studií, 25 980 žen) ukázala, že HCR-20 je užitečný i u forenzních pacientek, ale prediktivní validita u žen v psychiatrických léčebnách je jen nízká až střední (Lieser & Rosedale, 2023). To naznačuje možnou potřebu zohlednit u žen odlišné rizikové faktory či využít doplňkové škály (např. speciální ženský modul).
- **Využití při plánování léčby:** HCR-20 je navržen tak, aby nejen odhadl riziko, ale také pomohl strukturovat management a léčbu rizikového jedince. Část R (Risk Management) usměrňuje tvorbu plánu opatření ke snížení rizika (např. dohled, terapie zaměřené na identifikované rizikové faktory). V praxi je HCR-20 často využíván k formulaci individuálních bezpečnostních a léčebných plánů v ústavním léčení i při rozhodování o podmíněném propuštění. Nicméně, efekt samotného použití HCR-20 na snížení násilí není zatím prokázán – obdobně jako u jiných nástrojů SOP. Např. studie se START (viz níže) ukázala, že strukturované hodnocení rizik samo o sobě nemusí snížit výskyt násilí ve srovnání se standardní péčí. HCR-20 však poskytuje systematický rámec, který klinikům pomáhá nezapomenout na důležité rizikové a ochranné faktory a nastavit intervenci cíleně. Kvalita důkazů ohledně zlepšení výsledků léčby je zatím omezená (chybí kontrolované studie), nicméně expertní shoda i široké



rozšíření nástroje svědčí o jeho praktické užitečnosti. Nálezy na české populaci ukazují, že již v současné době kliničtí pracovníci položky klinického subškály ve svém hodnocení léčby *de facto* využívají a pokles v klinické podškále souvisí s klinickým rozhodováním stran propuštění z ústavního ochranného léčení (Sebalo et al., 2024).

1.5.2 SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors)

- **Popis a účel:** SAPROF je nástroj zaměřený na ochranné faktory snižující riziko násilí. Byl vyvinut jako doplněk k rizikově orientovaným škálám typu HCR-20, aby vyvážil hodnocení rizika zdůrazněním klientových silných stránek, zdrojů a pozitivních faktorů. Existují verze pro dospělé (SAPROF), adolescenty (SAPROF-YV) a sexuální delikventy (SAPROF-SO). SAPROF se vždy používá v kombinaci s nástrojem hodnotícím rizikové faktory, přičemž jeho ochranné skóre má pomoci při komplexním posouzení rizika a plánování intervencí.
- **Psychometrické vlastnosti: Meta-analýza 39 studií** (5 434 osob z 16 zemí) publikovaná v roce 2023 prokázala, že SAPROF a jeho varianty mají **dobrou mezhodnotitelskou spolehlivost** a konzistentní strukturu (Burghart a kol., 2023). Hodnotitelé se tedy ve skórování ochranných faktorů obvykle dobře shodují. Tato meta-analýza zároveň poukázala na nedostatky ve výzkumu – mnoho studií bylo retrospektivních, většina z nich zkoumala pouze muže a často chyběly údaje o kalibraci předpovědí. Celkově je však reliabilita SAPROFu považována za vysokou, což podporuje jeho věrohodnost v klinické praxi.
- **Prediktivní validita:** SAPROF se osvědčil jako středně až dobře prediktivní – ovšem predikuje spíše absence násilných incidentů či úspěšné zvládnutí než výskyt násilí. Zmíněná meta-analýza zjistila, že **celkové skóre SAPROF má středně až dobře silnou schopnost předpovědět, kdo se vyhne recidivě násilí nebo vážnému porušení režimu**. Jinými slovy, **vysoké ochranné skóre souvisejí s nižší pravděpodobností násilné recidivy**, a to jak v institucích, tak po propuštění. Kromě toho všechny tři verze (dospělí, mládež, sexuální) ukazují **významnou inkrementální validitu – přidání SAPROF k rizikovým škálám zlepšuje přesnost predikce** oproti samotnému hodnocení rizikových faktorů. To potvrzuje, že ochranné faktory poskytují doplnění informace nad rámec rizik. Důležitým zjištěním je také dynamická platnost: meta-analýza prokázala, že změny skóre SAPROF v čase jsou spojeny s poklesem násilné a obecné recidivy při kontrolování počátečního rizika.
- **Využití při plánování léčby:** SAPROF je explicitně navržen jako nástroj pro plánování léčby a managementu rizik. Identifikací ochranných faktorů (např. pozitivní vztahy, zaměstnání, vnitřní motivace, zdrženlivost) pomáhá terapeutům zaměřit se nejen na rizika, ale i na posilování klientových silných stránek, které mohou snižovat pravděpodobnost recidivy (de Vries Robbé a kol., 2020). V praxi se SAPROF často používá společně s HCR-20: zatímco HCR-20 upozorní na to, co zvyšuje riziko, SAPROF poukáže na to, co riziko snižuje a co by mělo být podporováno. Tím poskytuje vyváženější podklad pro sestavení léčebného plánu. Dosavadní poznatky podporují význam ochranných faktorů v posuzování rizika, a vybízí k dalšímu zkoumání jejich role v léčbě a řízení rizik. Kvalitu důkazů o praktickém přínosu lze označit za střední – existují četná pozorování z praxe a korelační studie, ale chybí kontrolované studie, které by prokázaly, že začlenění SAPROF vede ke snížení recidivy. Přesto odborný konsenzus naznačuje, že SAPROF je užitečnou pomůckou pro formulaci pozitivně laděných intervencí a je hojně využíván v řadě zemí (Nizozemí, Německo aj.).

1.5.3 SVR-20 (Sexual Violence Risk-20)

- **Popis a účel:** SVR-20 je strukturovaný klinický odhad rizika sexuálního násilí. Obsahuje 20 položek pokrývajících psychosociální a kriminální faktory, které mají vztah k sexuálně násilnému chování (např. předešlé delikty, parafilie, mezilidské vztahy, postoj k ženám apod.). Nástroj umožňuje klinikovi učinit odborný úsudek o riziku sexuální recidivy (vysoké, střední, nízké riziko) podobně jako HCR-20 pro násilí obecně (Hart a Boer, 2020).
- **Psychometrické vlastnosti:** SVR-20 byl přeložen a používán v mnoha zemích, ovšem **systematických přehledů a validačních studií je prozatím málo**. Některé studie nicméně naznačují **dobrou mezihodnotitelskou spolehlivost SVR-20** – např. na vzorku nizozemských pachatelů byla ICC mezi subškálami a celkovým skóre na úrovni 0,74–0,78 (De Vogel a kol., 2004). Struktura položek vychází z teoretických předpokladů a SVR-20 má částečně překryv s HCR-20 (sdílí některé obecné rizikové faktory, avšak zaměřuje se na sexuálně specifické aspekty).
- **Prediktivní validita: Prediktivní schopnost SVR-20 je přibližně střední**, podobně jako u dalších **SOP** nástrojů, a záleží na způsobu interpretace. Pokud se vezme číselné součtové skóre SVR-20, jeho **vztah k sexuální recidivě** bývá statisticky významný, ale relativně mírný (AUC často kolem 0,65). Nicméně SVR-20 umožňuje i celkový klinický úsudek (tzv. finální odhad rizika), který hodnotitel stanoví integrací všech informací. Zajímavé je zjištění z výše zmíněné nizozemské studie, že **finální odhad rizika podle SVR-20 byl lepším prediktorem sexuální recidivy než kategorizace rizika podle Static-99**. To naznačuje, že zkušení posuzovatelé mohou pomocí SVR-20 zachytit individuální rizikové profily, jež se neodrážejí plně v samotném skóre technicko-statistického nástroje. Obecně platí, že **T-S nástroje (jako novější verze Static-99R) mívají u sexuálních delikventů o něco vyšší diskriminační schopnost** než SPJ nástroje jako SVR-20, zatímco **strukturované klinické odhady jsou přesnější než zcela nestrukturované** hodnocení (např. meta-analýza Hanson a Morton-Bourgon (2009)).
- **Využití při plánování léčby:** Stejně jako HCR-20, i SVR-20 je **nástroj strukturovaného klinického úsudku**, a je tedy využíván nejen k odhadu rizika, ale také k **řízení rizik u sexuálních delikventů**. Položky SVR-20 pokrývají dynamické rizikové faktory (např. zneužívání návykových látek, duševní poruchy, zvládání stresu), které mohou být cílem intervence. **Kombinací informací** získaných pomocí SVR-20 s dalšími nástroji (jako Static-99R a Stable/Acute-2007) lze vytvořit komplexní **plán léčby a dohledu** – Static-99R určí základní úroveň rizika, zatímco SVR-20 rozebere individuální okolnosti a potřeby. Například, zjistí-li SVR-20 jako rizikové faktory špatnou impulzivní kontrolu a chybějící porozumění následkům, může léčba cílit na nácvik seberegulace a zvýšení empatie. **Doklady o účinnosti takto cílených intervencí** jsou však zatím nepřímé.

1.5.4 START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability)

- **Popis a účel:** START je nástroj určený ke krátkodobému hodnocení rizik a plánování léčby u pacientů s duševní poruchou (typicky v ústavní nebo komunitní forenzní péči). Na rozdíl od výše zmíněných škál, které se soustředí hlavně na násilí či sexuální delikvenci, START hodnotí širší okruh **7 typů rizikových výsledků**: násilí vůči druhým, sebepoškození, sebevražednost, zneužití návykových látek, útěk (neautorizované opuštění), viktimizace a zanedbávání sebe sama. Unikátní je, že START hodnotí **20 dynamických faktorů** vždy dvojím způsobem – jako **zranitelnosti/slabých stránek** a **odolnosti/silných stránek**. Výsledkem jsou jednak dílčí skóre (součet zranitelností a součet silných stránek) a jednak Specifické odhady rizika (SRE) pro každý z 7 typů

nežádoucích událostí v horizontu např. 1–3 měsíců. START je tedy komplexní nástroj integrující ochranné i rizikové faktory s cílem informovat léčbu v reálném čase.

- **Psychometrické vlastnosti:** Systematický přehled a meta-analýza (O'Shea & Dickens, 2014) zahrnula 23 studií START. Výsledky ukázaly, že START má **vysokou interní konzistenci**, výbornou **mezihodnotitelskou spolehlivost** a **konvergentní validitu** vzhledem k jiným rizikovým škálám. Kvalita těchto psychometrických nálezů je vysoká (většina zahrnutých studií shledala spolehlivost jako vynikající). Přehled však upozornil, že informace o variabilitě START skóre v čase jsou omezené – málo studií sledovalo, jak rychle se mění hodnocení během léčby. Obecně však důkazy podporují, že START poskytuje **spolehlivé a validní měření krátkodobého rizika**.
- **Prediktivní validita: Meta-analýza 9 studií** (543 pacientů) z téže publikace ukázala, že START má **výraznou predikční validitu pro násilné chování v krátkodobém horizontu**. Konkrétně souhrnné klinické odhady rizika (SRE) podle START **silně predikují výskyt agresivních incidentů** (fyzické napadení, hrozby apod.) v následujících týdnech až měsících. Predikce sebepoškození byla hodnocena jako dobrá. Naopak u některých jiných domén byla predikce slabší nebo nejistá – riziko sebezanedbávání a viktimizace STARTem nešlo předpovědět lépe než náhodně (AUC ~0,50). Pro další výsledky (užívání návykových látek, nedovolené opuštění) byly důkazy omezené (pouze jednotlivé studie s malými vzorky). Celkově se dá říci, že **START výborně funguje pro předpověď bezprostředního násilí**, obstojně pro sebepoškození, ale u jiných rizik je zapotřebí využít jiných nástrojů či doplnit klinickým posouzením. *Kvalita důkazů:* Přestože meta-analýza prokázala významnou schopnost predikovat, pouze 3 z 9 studií v analýze měly nízké riziko zkreslení. V roce 2021 vyšla japonská validační studie v komunitní forenzní péči, která potvrdila platnost START v predikci násilí, sebepoškození i dalších výsledků během 6 měsíců. Tato studie uzavírá, že START je realizovatelný a validní nástroj, který umožňuje klinikům plánovat léčbu a podporovat zotavení forenzních pacientů (Kikuchi a kol., 2021).
- **Využití při plánování léčby:** START byl již svým názvem zamýšlen k propojení hodnocení rizika s plánováním péče. Proto hodnotí nejen rizika, ale i síly klienta, čímž podporuje pojetí léčby zaměřené na zotavení a posilování pozitivních schopností. V klinické praxi se START často používá iterativně – například personál lůžkového oddělení hodnotí pacienta STARTem každý měsíc a podle výsledků upravuje individuální plán (např. zvýší dohled, když stoupne riziko násilí, nebo naopak poskytne více odpovědnosti pacientovi, pokud roste počet ochranných faktorů). START může velmi usnadnit multidisciplinární komunikaci – poskytuje jednotný jazyk pro diskutování rizik a pokroků pacienta. Kvalita důkazů pro zlepšení výsledků (recidivy) díky START je zatím nízká (málo studií, smíšené výsledky), ale praktická užitečnost při case managementu je odborníky hodnocena vysoce (Nicholls a kol., 2020).

1.5.5 Static-99R

- **Popis a účel:** Static-99R je **technicko-statistickým nástrojem** pro odhad rizika sexuální recidivy u dospělých mužů, kteří se dopustili sexuálně motivovaného trestného činu. Skládá se z 10 statických položek (např. počet předchozích deliktů, věk pachatele, počet obětí), které sečteny dávají výsledné skóre. Static-99R je revidovanou verzí původního Static-99 – změnou oproti původní verzi je zejména úprava pro věk **pachatele** (tzv. R – Revised), která lépe zohledňuje nižší riziko u starších mužů. Static-99R patří mezi nejrozsáhleji validované nástroje v oblasti posuzování rizika a je mezinárodně standardem pro stanovení úrovně rizika u sexuálních delikventů (nízké, střední, vysoké riziko na základě empirických hranic; Hanson a Morton-Bourgon, 2009).

- **Psychometrické vlastnosti:** Static-99R je jednoduše a jednotně skórovatelný, takže spolehlivost mezi hodnotiteli bývá vysoká (při správném zaškolení často shoda >90 % případů, viz např. Helmus a kol., 2022). Vzhledem k objektivním položkám (záznamy z trestního rejstříku, demografie) je nástroj konzistentní. V literatuře jsou popsány drobné problémy spolehlivosti u položek vyžadujících interpretaci (např. definice *indexového deliktu*), ale celkové skóre je stabilní. Kvalita důkazů pro reliabilitu je vysoká – řada studií z různých zemí zahrnutých do meta-analýzy (Kanada, USA, Německo aj.) potvrdila reprodukovatelnost výsledků. Static-99R má navíc validované normy (referenční tabulky recidivy) pro různé úrovně skóre, které byly aktualizovány na základě velkých souborů dat. Tím se zvyšuje praktická užitečnost – uživatel může skóre interpretovat ve smyslu procentní pravděpodobnosti recidivy do 5 nebo 10 let podle mezinárodních dat. Podobná data budou dostupná v následujících letech také pro českou populaci po provedení první validační studie svého druhu v tuzemsku.
- **Prediktivní validita:** Meta-analýzy soustavně potvrzují středně silnou až silnou prediktivní validitu Static-99R pro sexuální recidivu. Meta-analýza Hanson a Morton-Bourgon (2009) zahrnující 118 studií (45 398 pachatelů) zjistila, že technicko-statistické nástroje (jako Static-99) jsou výrazně přesnější než nestrukturovaný odhad a o něco lepší než SPJ škály. Konkrétně, efektové velikosti pro predikci sexuální recidivy u těchto nástrojů byly **střední až velké** (průměrné Cohenovo $d = 0,67–0,97$), což odpovídá **AUC přibližně v rozmezí 0,70–0,75**. Novější analýzy zaměřené přímo na Static-99R (revizi) uvádějí **AUC okolo 0,69–0,71 pro sexuální recidivu** v různých populacích. To znamená, že **přibližně v 70 % případů má recidivista vyšší skóre než nerecidivista**, vezmeme-li náhodnou dvojici. Kromě diskriminační schopnosti je důležitá i kalibrace: Static-99R byl aktualizován tak, aby lépe odpovídal současným nižším základním mírám recidivy. Meta-analýza napříč etnickými skupinami (18 studií) zjistila, že Static-99R má signifikantní prediktivní platnost napříč rasovými/etnickými skupinami (AUC středně až velké pro všechny zkoumané skupiny; Ahmed a kol., 2023). Celkově se Static-99R jeví jako robustní prediktor sexuální recidivy napříč populacemi, dokonce i u specifických podskupin (např. výzkum nepotvrdil velké problémy u mentálně znevýhodněných či psychiatricky léčených pachatelů). *Kvalita důkazů:* mimořádně vysoká. Static-99R byl ověřován na desítkách tisíc případů v mnoha zemích a existuje několik meta-analýz a souhrnných studií. Důkazy tedy dosahují nejvyšší úrovně a výsledky jsou velmi konzistentní. Je ovšem třeba poznamenat, že predikce není dokonalá – i při AUC ~0,70 zůstává značné překrývání rozložení skóre recidivistů a nerecidivistů a nástroj má tendenci dávat poměrně vysoké procento falešně pozitivních (podobně jako jiné rizikové nástroje). To souvisí i s nízkou základní mírou sexuální recidivy v populaci, kvůli níž i dobrý nástroj generuje více falešných než pravých „poplachů“ v absolutních číslech (např. Fazel et al. uvádějí, že jen 23 % pachatelů označených jako vysoce riziková sexuálně recidivovalo, zbytek byly „plané poplachy“).
- **Využití při plánování léčby:** Static-99R jako čistě statický nástroj poskytuje celkovou kvantifikaci rizika, kterou lze využít pro rozhodování o intenzitě intervencí. Například pachatelé s vysokým skóre Static-99R mohou být zařazeni do intenzivních rehabilitačních programů nebo pod bedlivější dohled po propuštění, zatímco nízké rizikové do méně náročných režimů. Static-99R sám ale neurčuje konkrétní potřeby k léčbě, protože neobsahuje dynamické faktory. Proto se v praxi často kombinuje s dynamickými nástroji (viz STABLE-2007, ACUTE-2007) nebo s klinickým posouzením. Kombinovaný přístup riziko-potřeby-odpovědnost (RNR) využívá Static-99R k určení *úrovně rizika* a další nástroje k identifikaci *změnitelných potřeby*. Kvalita důkazů o tom, že samotná diferenciací dle Static-99R zlepšuje výsledky, je limitovaná (studie spíše sledují predikci než účinnost intervence). Přesto je Static-99R široce začleněn do politik – například pro určování dohledu v probačních programech nebo při doporučení



ochranné léčby (Helmus a kol., 2022). Nástroj byl použit na vzorku českých pacientů s parafilii při jejich dlouhodobém sledování a díky tomu je možné zasadit účinnost ústavního a návazného ambulantního ochranného léčení do kontextu jiných programů a stanovit “baserate” stanovenou na české populaci (Páv et al., 2023).

1.5.6 STABLE-2007

- **Popis a účel:** STABLE-2007 je nástroj zaměřený na střednědobé dynamické (stabilní) rizikové faktory sexuální recidivy. Byl vyvinut v rámci projektu Dynamic Supervision Project (Hanson a kol., 2007) současně s ACUTE-2007, aby doplnil statické hodnocení (Static-99) o změnitelné rizikové charakteristiky pachatele. Obsahuje 13 položek, například intimní vztahy, **emocionální** identifikace s dětmi, **spolupráce** s dohledem, sexuální nutkání/nadměrné zaujetí sexem, impulzivita aj. Tyto faktory jsou “*stabilní*” v řádu měsíců až let – dají se změnit cílenou intervencí, ale bez ní přetrvávají. Cílem je **sledovat změny rizikového profilu během léčby nebo dohledu a upozornit na potřeby intervence** (např. sociální dovednosti, zvládání emocí, přístup). STABLE-2007 se administruje periodicky (typicky každých 6–12 měsíců) u pachatelů v komunitě či léčbě.
- **Psychometrické vlastnosti:** Meta-analýza Brankley a kol. (2019) zahrnující 21 studií (12 nezávislých vzorků, $N = 6\,955$) potvrdila velmi dobré psychometrické parametry STABLE-2007. **Inter-rater reliabilita** byla v několika studiích excelentní – střední **hodnota ICC ~0,90**. I když v některých vzorcích byly shody nižší (min. ~0,38), medián naznačuje, že dobře zaškolení hodnotitelé dosahují vysoké konzistence. Vnitřní konzistence škály je solidní (byť jde o heterogenní soubor položek). Celkově lze reliabilitu označit za vysokou a nález je podpořen velkým souhrnem dat.
- **Prediktivní validita:** U STABLE-2007 bylo prokázáno, že celkové skóre významně predikuje sexuální recidivu. Zmíněná meta-analýza zjistila, že každé **zvýšení skóre o 1 bod zvyšuje relativní riziko sexuální recidivy o 12 %**. Celková diskriminační schopnost vyjádřená AUC byla **0,67** (95% CI ~0,65–0,70) při $k = 12$ studií ($N > 6\,800$). To odpovídá středně silnému predikčnímu účinku – zhruba 67% šance, že recidivista má vyšší skóre než non-recidivista. Navíc všech 13 položek STABLE-2007 jednotlivě signifikantně souvisí se sexuální recidivou (v meta-analýze měly všechny položky β od 1,34 do 1,83). To podporuje konstrukční validitu – každá oblast, kterou STABLE měří, skutečně přispívá k riziku. **Inkrementální validita:** Z praktického hlediska je klíčové, že STABLE-2007 přidává predikční hodnotu nad rámec Static-99R. Po kontrolování statického skóre znamenal každý bod STABLE **+7 % rizika** sexuální recidivy. Podobně STABLE zlepšuje predikci i pro *násilnou nesexuální a jakoukoliv* recidivu. To je zásadní důkaz, že dynamické faktory pomáhají upřesnit odhad rizika a neměly by být ignorovány. Kvalita důkazů o prediktivitě STABLE-2007 je vysoká – opírá se o meta-analýzu a řadu velkých studií (např. v Kanadě, Německu, USA).
- **Využití při plánování léčby:** STABLE-2007 se přímo zaměřuje na rizikové charakteristiky, které lze intervencí ovlivnit, takže je ideálním nástrojem pro plánování léčby. Autoři meta-analýzy výslovně uvádějí, že jejich nálezy podporují používání STABLE-2007 v praxi a interpretaci jeho položek jako ukazatelů pro léčebné a dozorové cíle. Např. pokud má pachatel vysoké skóre v položce „emocionální identifikace s dětmi“, je to signál pro terapeutický program zaměřený na porozumění následkům a vyvrácení kognitivních zkreslení. Vysoké skóre v „hostilitě“ či „odmítnutí společnosti“ vede k zařazení do tréninku zvládání hněvu nebo sociálních dovedností. STABLE-2007 umožňuje sledovat pokrok – pokles skóre v čase by měl indikovat snížení rizika, což podporují zjištění studií zmíněných výše. Z administrativního hlediska je STABLE také využíván pro rozhodování o ukončení léčby či dohledu – klient



by měl mít stabilizované dynamické faktory před propuštěním. Kvalita důkazů pro takové využití je slušná (existují data o prognostickém významu změn skóre), i když kauzální důkaz, že intervence zaměřené na položky STABLE vedou k jejich zlepšení a tím ke snížení recidivy, by vyžadoval kontrolované studie. Celkově je však STABLE-2007 považován za nezbytný nástroj v systémech, které chtějí jít nad rámec statického hodnocení rizika. Využití nástroje pro plánování léčby bude předmětem výzkumné studie v rámci projektu Změna OL.

1.5.7 ACUTE-2007

- **Popis a účel:** ACUTE-2007 je dynamický nástroj krátkodobého rizika pro sexuální delikventy, doplňující Static-99R a STABLE-2007. Zaměřuje se na akutní (prchavé) rizikové faktory, které mohou signalizovat bezprostřední zvýšení rizika recidivy v horizontu dní či týdnů. Příkladem akutních faktorů jsou aktuální přístup k oběti, akutní stres, recidiva užívání návykových látek, porušení dohledových podmínek apod. ACUTE-2007 obsahuje 7 položek a hodnotí se typicky při každém kontaktu s klientem (např. každý týden při probační schůzce). Umožňuje rychle odhalit eskalaci rizikového stavu a včas zakročit (např. zvýšit frekvenci kontaktů, změna opatření).
- **Psychometrické vlastnosti:** ACUTE-2007 nebyl zkoumán tak intenzivně jako STABLE. Původní studie (Hanson a kol., 2007) uváděla slibnou spolehlivost: **ICC u souhrnného skóre ~0,90**, což je překvapivě vysoké vzhledem k povaze akutních stavů. Jen málo dalších studií publikovalo reliability; obecně se má za to, že při častém tréninku a jasných definicích lze akutní faktory hodnotit konzistentně. Celkově je ale velikost vzorku důkazů malá a je třeba hypotézy ověřit na české populaci.
- **Prediktivní validita:** Zpočátku panovala nejistota ohledně toho, zda tak proměnlivé faktory lze validně využít. Následné analýzy však naznačily, že ACUTE-2007 má určitý prediktivní přínos. Hanson a kol. (2007) zjistili, že kombinace Static-99 + STABLE + ACUTE (tzv. tříúrovňový model rizika) lépe rozlišila recidivisty od ostatních než samotné Static a STABLE. Tedy **čtyřpoložkové skóre ACUTE-2007** (podle faktorové analýzy) **signifikantně zlepšilo predikci sexuální a násilné recidivy** nad rámec Static-99 samotného. Když se hodnotila jen sexuální recidiva, krátkodobé varovné signály (např. porušení podmínek, náhlá stresová situace) poskytly dodatečnou indikaci bezprostředního nebezpečí, kterou statické a stabilní faktory nezachytily. Na druhou stranu, **plné sedmipolozkové skóre ACUTE nepřineslo významné zlepšení predikce sexuální recidivy** nad rámec Static+Stable (bylo užitečné spíše pro obecnou recidivu). To může naznačovat, že ne všechny akutní faktory jsou stejně důležité – klíčová může být podskupina „akutních varovných signálů“ (jako porušování pravidel, zhoršení spolupráce). Síla ACUTE-2007 tkví v časové blízkosti – vysoké akutní skóre znamená, že **riziko recidivy v nejbližších týdnech je podstatně vyšší**, a proto vyžaduje akutní zásah. Většina dostupných studií, např. německá „field study“ Nitsche a kol., (2022) se shoduje na tom, že dynamické akutní faktory nejsou náhodné – opravdu souvisejí s recidivou, i když slaběji než dlouhodobé, zejm. statické rizikové faktory. Také se zjistilo, že **prediktivní síla akutních (i stabilních) faktorů rychle klesá s časem** – prognóza je nejpřesnější bezprostředně po hodnocení a za rok už výrazně ztrácí přesnost. To podporuje důležitost častého přehodnocování rizika pomocí ACUTE.
- **Využití při plánování léčby:** ACUTE-2007 se používá zejména při dohledu v komunitě (probační úředníci, ambulantní terapeuti) jako každé setkání se opakující check-list akutních rizik. V praxi má přímé operační využití: pokud ACUTE indikuje, že riziko prudce stoupl (např. klient ztratil bydlení, je v akutním stresu, užívá drogy), může orgán okamžitě reagovat – zvýšit frekvenci setkávání, kontaktovat policii, upravit

léčebný plán. ACUTE tedy funguje jako včasné varování, které doplňuje dlouhodobý obraz ze Static a STABLE. Pro samotné plánování terapie (např. co učit klienta) má ACUTE omezený význam – spíše slouží k okamžitému řízení rizika. Například, vysoké skóre v položce “přístup k obětem” by mohlo vést k dočasnému zákazu určité činnosti. Kvalita důkazů o vlivu na výsledky je omezená vzhledem k malému množství studií, ale klinická praxe naznačuje, že ACUTE pomohl odvrátit nejednu hrozící recidivu tím, že včas signalizoval potřebu zásahu. V kombinaci se Static-99R a STABLE-2007 se ACUTE stal součástí komplexního **trojstupňového modelu řízení rizik**, který v několika zemích (Kanada, některé státy USA, část Evropy) udává standard dohledu nad pachateli SMTČ.

1.6 Komparativní shrnutí a kvalita důkazů

Existuje několik systematických přehledů porovnávajících účinnost různých nástrojů. Obecně se ukazuje, že rozdíly v prediktivní přesnosti mezi běžně používanými nástroji nejsou nijak výrazné. Například systematická meta-regresní analýza 9 nástrojů nenalezla zásadní rozdíl mezi většinou z nich – všechny dosahovaly jen střední přesnosti. Zajímavou výjimkou byl nástroj pro děti a adolescenty SAVRY, který v daném přehledu vykázal nejvyšší prediktivitu, zatímco obecná škála kriminality LSI-R a psychopatie (PCL-R) patřily k nejslabším.

Technicko-statistické nástroje vs. SOP: Meta-analýza Hanson et al. (2009) ukázala, že technicko-statistické (T-S) modely (např. Static-99R) mají o něco lepší diskriminační schopnost než strukturované klinické odhady (HCR-20, SVR-20), které jsou zase lepší než nestrukturované odhady. Rozdíly však nejsou zásadní – SOP nástroje mají tu výhodu, že umožňují individuální přizpůsobení (klinik zohlední jedinečné okolnosti případu), což v některých případech může vést i k lepší predikci než rigidní skór (viz příklad SVR-20 vs Static-99R).

Kombinace nástrojů: Stále více důkazů podporuje víceúrovňové hodnocení – např. spojení statických a dynamických nástrojů (Static + Stable/Acute) zlepšuje jak dlouhodobou (základní) predikci, tak krátkodobé varování. Podobně integrace ochranných faktorů (SAPROF) s tradičními škálami mírně zvyšuje přesnost a poskytuje cenný pohled na možnosti snížení rizika. Vzhledem k výše uvedeným charakteristikám T-S nástrojů a SOP se také jeví jako vhodné tyto přístupy kombinovat pro zajištění přístupu, který snoubí dobrou predikci budoucího chování pacienta se schopností účinně intervenovat.

Kalibrace a praktické použití: Komparativní studie také zdůrazňují význam základní míry recidivy – nástroj může vykazovat slušnou AUC, ale pokud je recidiva vzácná, pozitivní prediktivní hodnota bude nízká. V praxi to znamená, že většina vysoce rizikových označení bude “falešný poplach”, což je u forezních pacientů časté vzhledem k nízké base rate násilných a zejména sexuálních recidiv. Proto se doporučuje, aby nástroje nebyly používány izolovaně pro zásadní rozhodnutí (detence, propuštění), ale spíše jako jedna součást komplexního posouzení. U některých nástrojů (např. Static-99R a STABLE-2007) není nutná klinická odbornost pro jejich vypracování – nabízí se tedy možnost administrace ze strany nelékařských pracovníků OL či externích hodnotitelů, načež by se ošetřující lékař či psycholog pouze seznámil s výsledkem a zohlednil ho v plánování intervencí.

Kvalita evidence: Z hlediska kvality důkazů lze učinit závěr, že: Static-99R a jeho doprovodné nástroje (Stable/Acute) mají velmi silný empirický podklad (mnoho meta-analýz, tisíce případů, mezinárodní verifikace, použití v ČR). HCR-20 rovněž stojí na robustním základu (dlouhá historie výzkumu, včetně meta-analýz a validačních studií v různých populacích). SAPROF a



START mají středně silnou evidenci – existují solidní meta-analýzy podporující jejich spolehlivost a platnost, avšak jejich přímý dopad na výsledky léčby potřebuje další zkoumání a ověření v českém kontextu. SVR-20 a ACUTE-2007 mají relativně menší důkazní základnu, ale dostupné studie podporují jejich základní validitu; v hierarchii důkazů bychom je zařadili jako důkazy střední kvality (věrohodné, ale s menším počtem studií). Bude důležité tedy důkladně posoudit jejich použitelnost v českém kontextu a empiricky posoudit jejich schopnost predikce nežádoucích jevů v připravovaných validačních studiích.

Shrnutí: Využívání strukturovaných nástrojů pro hodnocení rizik v ochranném léčení je podloženo značným množstvím odborné literatury. Tyto nástroje vykazují přijatelné až dobré psychometrické vlastnosti a zlepšují schopnost predikce recidivy oproti klinickému odhadu bez empirické opory. Současně je však třeba vnímat jejich omezení – predikce na individuální úrovni je zatížena nejistotou a nástroje by měly být používány odpovědně a v kontextu. Nejlepší praxí se jeví kombinace více nástrojů (statických, dynamických, protektivních, SOP, T-S) a pravidelné přehodnocování rizika v průběhu léčby. **Při správné aplikaci mohou tyto nástroje významně pomoci při plánování léčby – umožňují zaměřit se na relevantní rizikové a ochranné faktory, nastavit přiměřenou intenzitu dohledu a léčby a sledovat progres.** Evidence naznačuje, že tímto způsobem lze optimalizovat řízení rizik; konečným cílem je snížení recidivy, mitigací násilných incidentů během výkonu OL a zvýšení ochrany společnosti, k čemuž strukturované hodnocení rizik vytváří nezbytný podklad. V neposlední řadě zavedení těchto nástrojů také umožní měření efektivity léčebných intervencí a srovnání výstupů léčby se zahraničními vzorky.



1.7 Použité zdroje

- Bonta, J., & Andrews, D. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*.
- Burghart, M., De Ruiter, C., Hynes, S. E., Krishnan, N., Levtova, Y., & Uyar, A. (2023). The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF): A meta-analysis of its predictive and incremental validity. *Psychological assessment*, 35(1), 56.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & Veldhuizen, A. (2020). The structured assessment of protective factors for violence risk (SAPROF). *Handbook of violence risk assessment*, 410-437.
- Douglas, K. S., Blanchard, A. J. E., & Hendry, M. C. (2013). Violence risk assessment and management: Putting structured professional judgment into practice. In *Managing clinical risk: A guide to effective practice* (pp. 46–72). Willan. <https://doi.org/10.4324/9780203106433-12>
- Douglas, K. S., & Belfrage, H. (2014). Interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 Version 3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 130-139.
- Doyle, M., & Dolan, M. (2002). Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(6), 649-657.
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 345.
- Gatner, D. T., Moulden, H. M., Mamak, M., & Chaimowitz, G. A. (2021). At risk of what? Understanding forensic psychiatric inpatient aggression through a violence risk scenario planning lens. *International Journal of Forensic Mental Health*, 20(4), 398-407.
- Lieser, K., & Rosedale, S. V. (2023). Predictive validity of the HCR-20v3 compared to the HCR-20v3 with the FAM in women. *International Journal of Forensic Mental Health*, 22(3), 187-198.
- Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2(2), 293–323.
- Nitsche, K., Etzler, S., Balas, J., Eher, R., & Rettenberger, M. (2022). A field study of acute dynamic risk assessment in individuals convicted of sexual offenses. *Psychological assessment*, 34(6), 583.
- O'Shea, L. E., & Dickens, G. L. (2014). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Systematic review and meta-analysis. *Psychological Assessment*, 26(3), 990.
- Kikuchi, A., Soshi, T., Kono, T., Koyama, M., & Fujii, C. (2021). Validity of short-term assessment of risk and treatability in the Japanese forensic probation service. *Frontiers in psychiatry*, 12, 645927.
- Hanson, R. K., Harris, A. J., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Vol. 5, No. 6). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological assessment*, 21(1), 1.
- Challinor, A., Ogundalu, A., McIntyre, J. C., Bramwell, V., & Nathan, R. (2021). The empirical evidence base for the use of the HCR-20: A narrative review of study designs



and transferability of results to clinical practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 78, 101729.

- Brankley, A. E., Babchishin, K. M., & Hanson, R. K. (2021). STABLE-2007 demonstrates predictive and incremental validity in assessing risk-relevant propensities for sexual offending: A meta-analysis. *Sexual Abuse*, 33(1), 34-62.
- Nicholls, T. L., Petersen, K., Almond, M., & Geddes, C. (2020). Short-term assessment of risk and treatability (START): Rationale, application, and empirical overview. *Handbook of violence risk assessment*, 359-388.
- Ogonah, M. G., Seyedsalehi, A., Whiting, D., & Fazel, S. (2023). Violence risk assessment instruments in forensic psychiatric populations: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 10(10), 780-789.
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical psychology review*, 31(3), 499-513.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing Protective Factors in Forensic Psychiatric Practice: Introducing the SAPROF. <http://Dx.Doi.Org/10.1080/14999013.2011.600230>, 10(3), 171-177. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.600230>
- De Vogel, V., De Ruiter, C., van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and human behavior*, 28, 235-251.
- Navrátil M., Kutálková P., Kučera M. (2023) Závěrečná evaluační zpráva projektu Parafilik. Dostupné z: <https://parafilik.nudz.cz/wp-content/uploads/2023/12/Zaverecna-evaluacni-zprava-projektu-Parafilik.pdf>
- Páv M., Skřivánková Petra, Vňuková Martina, Ptáček Radek, & Vevera Jan. (2020). Hodnocení rizika násilného jednání. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 116(2), 66-73.
- Páv, M. (2025). *Hodnocení a řízení rizika u pacientů v průběhu ochranného léčení*.
- Páv, M., Sebalo, I., Brichcín, S., & Perkins, D. (2023). Outcome Evaluation of a Treatment Program for Men with Paraphilic Disorders Convicted of Sexual Offenses: 10-Year Community Follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 69(10-11), 1370-1386. <https://doi.org/10.1177/0306624X231165416> (Original work published 2025)
- Hanson, R. & Babchishin, Kelly & Helmus, Leslie Maaïke & Thornton, David. (2012). Quantifying the Relative Risk of Sex Offenders: Risk Ratios for Static-99R. *Annals of Sex Research*. 25. 482.
- Mossman, D. (2015). From group data to useful probabilities: The relevance of actuarial risk assessment in individual instances. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*.
- Sebalo, I., Sebalo Vňuková, M., Anders, M., Ptáček, R., & Páv, M. (2024). Markers of predicting discharge from forensic psychiatric hospitals in Czechia. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(6), 1075-1082.
- Viljoen, J. L., Goossens, I., Monjazebe, S., Cochrane, D. M., Vargen, L. M., Jonnson, M. R., ... & Jackson, J. R. (2025). Are risk assessment tools more accurate than unstructured judgments in predicting violent, any, and sexual offending? A meta-analysis of direct comparison studies. *Behavioral Sciences & the Law*, 43(1), 75-113.