Analýza násilného jednání na osobách se zdravotním postižením v rámci pobytových sociálních služeb

Výzkumná studie
Výzkumná studie je zpracována v rámci veřejné zakázky s názvem „Zpracování analýzy násilného jednání na osobách se zdravotním postižením v rámci pobytových sociálních služeb“ z projektu „Život jako každý jiný“, reg. č. projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0002766, který je financován z Evropské unie, Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost.

Objednatel:
Česká republika – Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV)
Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2, IČ: 00551023

Zpracovatel:
ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z. ú.
Moravská 758/95, 700 30 Ostrava – Hrabůvka, IČ: 28614950
tel.: +420 595 136 023, web: http://accendo.cz, e-mail: info@accendo.cz

Realizační tým:
PhDr. Andrea Hrušková – odborný garant, vedoucí realizačního týmu
Ing. Ivana Foldynová, Ph.D.
Mgr. Iveta Čípková
Mgr. Gabriela Mariánková
Doc. Ing. Lubor Hruška, Ph.D.
PhDr. Igor Hendrych, Ph.D.
Mgr. Bc. Ivana Kouřilová a kol.

Citační vzor:

Zpracováno ke dni: 30. června 2020
Obsah

Seznam zkratek .................................................................................................................. 5

1 Úvod .................................................................................................................................. 7
   1.1 Výzkumný design ........................................................................................................ 7
   1.1.1 Základní a výběrový soubor .................................................................................. 7
   1.2 Vymezení základních pojmů ........................................................................................ 11
       1.2.1 Osoby se zdravotním postižením ....................................................................... 11
       1.2.2 Definice pojmu násilného jednání ....................................................................... 15

2 Analytická část .................................................................................................................. 21
   2.1 Analýza výskytu násilného jednání ........................................................................... 21
       2.1.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením .................................................... 21
       2.1.2 Domov se zvláštním režimem ........................................................................... 32
       2.1.3 Chráněné bydlení ................................................................................................ 42
       2.1.4 Týdenní stacionář ................................................................................................ 53
       2.1.5 Sociální rehabilitace (pobytová forma) ................................................................. 64
       2.1.6 Kvantifikace výskytu násilí na základě kvalitativního výzkumu uživatelů ........... 75
       2.1.7 Identifikace obětí a agresorů ze strany klientů i personálu ................................... 76
   2.2 Analýza řešení případů násilného jednání ................................................................. 87
       2.2.1 Podněty a trestné činy ......................................................................................... 87
       2.2.2 Řešení případů, prevence a následná opatření ...................................................... 91
   2.3 Analýza vnitřních pravidel poskytovatelů sociálních služeb ................................... 108
       2.3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením .................................................... 109
       2.3.2 Domov se zvláštním režimem ........................................................................... 111
       2.3.3 Chráněné bydlení ................................................................................................ 114
       2.3.4 Týdenní stacionář ................................................................................................ 115
       2.3.5 Sociální rehabilitace (pobytová forma) ................................................................. 116

3 Návrhová část .................................................................................................................... 118
   3.1 Identifikované problémy a návrhy na řešení .............................................................. 118
   3.2 Věcné návrhy opatření ............................................................................................... 123
       3.2.1 Opatření č. 1 ........................................................................................................ 123
       3.2.2 Opatření č. 2 ........................................................................................................ 127
Seznam odborné literatury a informačních zdrojů ................................................................. 132

4 Přílohy .................................................................................................................................. 134

4.1 Příloha č. 1: Průběh sociologického šetření násilí na OZP v PZSS ................................. 134

4.2 Příloha č. 2: Anonymizované výsledky průzkumu klientů ............................................ 136

4.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením ......................................................... 136

4.2.2 Domov se zvláštním režimem .................................................................................. 143

4.2.3 Chráněné bydlení ........................................................................................................ 147

4.2.4 Týdenní stacionáře ...................................................................................................... 154

4.2.5 Sociální rehabilitace (pobytová forma) ..................................................................... 159
<table>
<thead>
<tr>
<th>Zkratka</th>
<th>Ostatní název</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AAK</td>
<td>Augmentativní a alternativní komunikace</td>
</tr>
<tr>
<td>ABA</td>
<td>Aplikovaná behaviorální analýza z anglického „Applied Behaviour Analysis“</td>
</tr>
<tr>
<td>ATK</td>
<td>Antikoncepce</td>
</tr>
<tr>
<td>APSS ČR</td>
<td>Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky</td>
</tr>
<tr>
<td>CRPD</td>
<td>Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (z anglického Convention on the Rights of Person with Disabilities)</td>
</tr>
<tr>
<td>ČR</td>
<td>Česká republika</td>
</tr>
<tr>
<td>ČSSZ</td>
<td>Česká správa sociálního zabezpečení</td>
</tr>
<tr>
<td>DOZP</td>
<td>Domov pro osoby se zdravotním postižením</td>
</tr>
<tr>
<td>DZR</td>
<td>Domov se zvláštním režimem</td>
</tr>
<tr>
<td>EAN</td>
<td>Elder Abuse and Neglect (syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka)</td>
</tr>
<tr>
<td>ETŘ</td>
<td>Evidence trestního řízení</td>
</tr>
<tr>
<td>FKSP</td>
<td>Fond kulturních a sociálních potřeb</td>
</tr>
<tr>
<td>HW</td>
<td>Hardware</td>
</tr>
<tr>
<td>CHB</td>
<td>Chráněné bydlení</td>
</tr>
<tr>
<td>CHD</td>
<td>Chráněné dílny</td>
</tr>
<tr>
<td>KÚ</td>
<td>Krajský úřad</td>
</tr>
<tr>
<td>KVOP</td>
<td>Kanceláře veřejného ochránců práv</td>
</tr>
<tr>
<td>MKN – 10</td>
<td>Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10</td>
</tr>
<tr>
<td>MPSV</td>
<td>Ministerstvo práce a sociálních věcí</td>
</tr>
<tr>
<td>MŠMT</td>
<td>Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy</td>
</tr>
<tr>
<td>MZ</td>
<td>Ministerstvo zdravotnictví</td>
</tr>
<tr>
<td>ORP</td>
<td>Obec s rozšířenou působností</td>
</tr>
<tr>
<td>OSN</td>
<td>Organizace spojených národů</td>
</tr>
<tr>
<td>OZP</td>
<td>Osoba se zdravotním postižením</td>
</tr>
<tr>
<td>PAS</td>
<td>Porucha autistického spektra</td>
</tr>
<tr>
<td>PČR</td>
<td>Policie České republiky</td>
</tr>
<tr>
<td>Abécédář</td>
<td>Význam</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>PN</td>
<td>Psychiatrická nemocnice</td>
</tr>
<tr>
<td>POÚ</td>
<td>Pověřený obecní úřad</td>
</tr>
<tr>
<td>PPP</td>
<td>Pracovník v přímé péči</td>
</tr>
<tr>
<td>PSS</td>
<td>Pracovník v sociálních službách</td>
</tr>
<tr>
<td>PZSS</td>
<td>Pobytové zařízení sociálních služeb</td>
</tr>
<tr>
<td>RZP</td>
<td>Rychlá zdravotnická pomoc</td>
</tr>
<tr>
<td>SK</td>
<td>Statistika kriminality</td>
</tr>
<tr>
<td>SQ</td>
<td>Standardy kvality</td>
</tr>
<tr>
<td>SR</td>
<td>Sociální rehabilitace (pobytové forma)</td>
</tr>
<tr>
<td>SW</td>
<td>Software</td>
</tr>
<tr>
<td>TP</td>
<td>Těžké postižení</td>
</tr>
<tr>
<td>TS</td>
<td>Týdenní stacionář</td>
</tr>
<tr>
<td>TSK</td>
<td>Takticko-statistická klasifikace</td>
</tr>
<tr>
<td>TZ</td>
<td>Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník v platném znění</td>
</tr>
<tr>
<td>ÚP ČR</td>
<td>Úřad práce České republiky</td>
</tr>
<tr>
<td>ÚZIS</td>
<td>Ústav zdravotnických informací a statistiky</td>
</tr>
<tr>
<td>VS</td>
<td>Výběrový soubor</td>
</tr>
<tr>
<td>WHO</td>
<td>Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZP</td>
<td>Zdravotní postižení</td>
</tr>
<tr>
<td>ZPD_OZP</td>
<td>Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění</td>
</tr>
<tr>
<td>ZS</td>
<td>Základní soubor</td>
</tr>
<tr>
<td>ZŠ</td>
<td>Základní škola</td>
</tr>
<tr>
<td>ZTP</td>
<td>Zvlášť těžké postižení</td>
</tr>
<tr>
<td>ZTP/P</td>
<td>Zvlášť těžké postižení s průvodcem</td>
</tr>
<tr>
<td>ZZam</td>
<td>Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v platném znění</td>
</tr>
</tbody>
</table>
1 Úvod

Potenciální riziko ohrožení násilím je jeden z faktorů významně ovlivňujících kvalitu života lidí využívajících pobytové sociální služby. Předmětem výzkumu je identifikace rizika násilí páchaného na ženách a mužích se zdravotním postižením v rámci pobytových sociálních služeb. U rizika násilí je vyhodnocena jeho závažnost, četnost, faktory ovlivňující jeho výskyt. Dále jsou změnovány způsoby, jak je s problematikou násilí ve vybraných zařízeních pobytových služeb nakládáno (tj. řešení případů násilného jednání a jejich prevence).

Výzkumná studie obsahuje výsledky kvalitativních analýz vybraných 5 druhů pobytových sociálních služeb. Výsledky jsou členěny pro porovnání pobytových služeb s kapacitou vyšší jak 18 lůžek a kapacitou 18 a méně lůžek a u otázek zaměřených na osoby se zdravotním postižením také na muže a ženy.

Na základě provedené analýzy jsou vytvořeny návrhy na opatření státu podporující eliminaci násilí na lidech se zdravotním postižením s přihlédnutím ke genderové dimenzi.

Cílem věcných návrhů opatření je účinně přispět ke snížení výskytu násilného jednání na lidech v pobytových sociálních službách, nebo podpořit vytvoření objektivního i subjektivního pocitu bezpečí pro uživatele služeb při sdělování podezření na násilné jednání. Navržená opatření obsahují identifikovaný problém, návrh jeho řešení, dopad na legislativu, předpokládanou finanční náročnost a očekávaný přínos navrženého opatření.

1.1 Výzkumný design

Vzhledem k tomu, že se jedná o komplikovanou problematiku, vychází navrhouvané výzkumné postupy z principů triangulace a participace. Je-li to možné (tj. existují-li takové zdroje), jsou závěry formulovány z více na sobě nezávislých zdrojů, případné data/informace jsou zpracovány/ověřeny prostřednictvím více metod. Princip participace pak poukazuje na potřebu zapojení poskytovatelů sociálních služeb formou polostrukturovaných, skupinových rozhovorů s využitím co nejvíce informací a dat z hodnoceného prostředí, včetně hodnocení interních předpisů. Tento postup byl základem pro navržení kvalitních a korektních systémových opatření.

1.1.1 Základní a výběrový soubor

Cílovou skupinou výzkumu jsou pobytové sociální služby zaměřené na osoby se zdravotním postižením, které jsou jejich uživateli, dle zadavatele se jedná o tyto druhy sociálních služeb:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále také DOZP)
- Domov se zvláštním režimem (dále také DZR)
- Chráněné bydlení (dále také CHB)
- Týdenní stacionář (dále také TS)
- Sociální rehabilitace – pobytová forma (dále také SR)

V rámci kvalitativního výzkumu je nutné rozlišit dva typy výběrových souborů, výběrový soubor 1 je tvořen vybranými zařízeními poskytovatelů sociálních služeb, které v součinnosti se zpracovatelem
vybralo a schválilo MPSV. U výběrového souboru 1 jsou rozlišována zařízení nad 18 lůžek a kontrolní podsoubor, tj. zařízení 18 a méně lůžek. Výběrový soubor 2 (respektive podsoubory 2a až 2c) je tvořen konkrétními respondenty ve vybraných zařízeních: a/ vedoucí, b/ uživatelé, c/ pracovníci v přímé péči, viz následující schéma.

Obrázek 1.1: Schéma tvorby výběrových souborů


Kvalitativní sociologický průzkum je proveden na výběrovém souboru (VS1), který tvoří 20 registrovaných pobytcích sluzeb. Od každého výše uvedeného druhu sociální služby jsou 3 zařízení, která mají na jednom místě 1 poskytování kapacitu více než 18 lůžek. Kontrolní podsoubor je tvořen 5 zařízeními, které mají 18 lůžek a méně, tj. z každého druhu služby jedno zařízení.

Níže je uvedeno vymezení základního souboru (ZS1) na základě dat z Registru poskytovatelů sociálních služeb2 k 27. 12. 2019 dle vybraných druhů sociálních služeb v ČR:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením – celkem 204 registrovaných služeb. Obecně je tato služba poskytována ve větších objekttech s větším počtem lůžek.

---

1 Jedním místem poskytování se myslí jeden dům, více objektů stojících v jedné ulici, areálu či na sousedících pozemcích.
2 http://registr.mpsv.cz/
• **Domov se zvláštním režimem** – celkem 359 registrovaných služeb. Obecně je tato služba poskytována ve větších objektech s větším počtem lůžek.

• **Chráněné bydlení** – celkem 219 registrovaných služeb, u některých služeb je uvedeno více než 18 lůžek, ale často se jedná o více objektů. Obecně je tato služba poskytována v jednotlivých bytech s menším počtem lůžek.

• **Týdenní stacionář** – celkem 49 registrováných služeb, z toho jen 12 zařízení má více než 18 lůžek.

• **Sociální rehabilitace (pobytová forma)** – celkem 304 registrovaných služeb sociální rehabilitace, avšak většinou se jedná o formu ambulantní nebo terénní. Pobytovou formu má 19 zařízení.

Výběrový soubor byl vytvořen záměrným výběrem dle požadavků MPSV na velikost kapacit jednotlivých zařízení a na zastoupení všech krajů, ve kterých jsou zařízení umístěna. Z původního výběru byla pouze jedna organizace vyměněna, proto prvek náhodnosti u tvorby výběrového souboru při dodržení výše uvedených požadavků byl zajistěn. Daný výběrový soubor organizací lze tedy považovat za reprezentativní především dle druhu pobytových sociálních služeb.

Rozdíly v poměru kapacity kontrolních organizací k průměrné hodnotě kapacit organizací nad 18 lůžek odrážejí rozdílnou velikost zařízení v základním souboru dle druhu poskytovaných pobytových služeb. Průměrná kapacita kontrolní organizace je 24 % průměrné kapacit organizací nad 18 lůžek, ale u domovů pro osoby se zdravotním postižením je to jen 12 % kapacity (viz tabulka níže).

Tabulka 1.1: Lůžkové kapacity organizací ve výběrovém souboru 1 (počet lůžek)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Charakteristiky kapacity výběrového souboru 1</th>
<th>Druh sociální služby</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Domov pro osoby se zdravotním postižením</td>
<td>Domov se zvláštním režimem</td>
</tr>
<tr>
<td>Průměrná kapacita zařízení s více než 18 lůžky</td>
<td>111</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Poměr průměrné velikosti k velikosti kontrolní organizace</td>
<td>12%</td>
<td>37%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zdroj: ACCENDO, 2020

Zkoumaná zařízení jsou rozložena ve všech krajích včetně hl. města Prahy. Ověření výzkumného designu formou předvýzkumu proběhlo v zařízeních v Moravskoslezském a Jihomoravském kraji z důvodu lepší dopravní dostupnosti pro opakované návštěvy řešitelského týmu, proto byla v těchto krajích vybrána tři zařízení. V ostatních krajích je vždy jedno zařízení s výjimkou Prahy a Zlínského kraje, kde byla vybrána 2 zařízení. Zastoupení krajů je ovlivněno rozložením požadovaných zařízení dle velikosti kapacit v ČR (viz tabulka níže).
Tabulka 1.2: Rozložení výběrového souboru 1 dle krajů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vyšší územně samosprávný celek</th>
<th>Počet vybraných zařízení</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hlavní město Praha</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Středočeský kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Jihočeský kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Plzeňský kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Karlovarský kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ústecký kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Liberecký kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Královéhradecký kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Pardubický kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kraj Vysočina</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Jihočeský kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Olomoucký kraj</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Zlínský kraj</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Moravskoslezský kraj</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Výběrové soubory respondentů:

2a/ Vedoucí – polostrukturované rozhovory proběhly s vybranými osobami zastupující management zařízení, obvykle se jednalo o ředitele/ředitelku, vedoucí sociálního úseku, personálního manažera, vedoucího útvaru sociální a přímé péče, vedoucího týdenního stacionáře, vedoucího služby, vedoucího chráněného bydlení, zástupce vedoucího útvaru sociálních věcí a přímé péče.

2b/ Osoby se zdravotním postižením – s uživateli vybraných pobytových sociálních služeb proběhly hloubkové rozhovory. Do výběrového souboru zkoumaných osob byli zahrnuti z 50 % ženy a z 50 % muži. Minimální počet uživatelů u každé zkoumané sociální služby je 5 uživatelů. Celková velikost výběrového souboru 2b je 106 osob.

Tabulka 1.3: Rozložení výběrového souboru uživatelů (2b) dle druhu sociální služby a pohlaví

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druh sociální služby</th>
<th>Počet</th>
<th>Procento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Muži</td>
<td>Ženy</td>
</tr>
<tr>
<td>Domov pro osoby se zdravotním postižením</td>
<td>11</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Domov se zvláštním režimem</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Chráněné bydlení</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Týdenní stacionál</td>
<td>11</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>53</td>
<td>53</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 1.4: Rozložení výběrového souboru uživatelů (2b) dle druhu sociální služby a věku

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druh sociální služby</th>
<th>Věkové skupiny</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>&lt; 35</td>
<td>35 – 49</td>
</tr>
<tr>
<td>Domov pro osoby se zdravotním postižením</td>
<td>19,2 %</td>
<td>26,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Domov se zvláštním režimem</td>
<td>5,0 %</td>
<td>5,0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Chráněné bydlení</td>
<td>30,0 %</td>
<td>30,0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Týdenní stacionář</td>
<td>40,0 %</td>
<td>30,0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</td>
<td>45,0 %</td>
<td>30,0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>27,4 %</td>
<td>24,5 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabulka 1.5: Rozložení výběrového souboru pracovníků v přímé péči (2c) dle druhu sociální služby

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druh sociální služby</th>
<th>Počet</th>
<th>Průměr*</th>
<th>Procento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Domov pro osoby se zdravotním postižením</td>
<td>24</td>
<td>6,0</td>
<td>24,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Domov se zvláštním režimem</td>
<td>18</td>
<td>4,5</td>
<td>18,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Chráněné bydlení</td>
<td>17</td>
<td>4,3</td>
<td>17,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Týdenní stacionář</td>
<td>18</td>
<td>4,5</td>
<td>18,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</td>
<td>21</td>
<td>5,3</td>
<td>21,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>98</td>
<td>4,9</td>
<td>100,0 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Pozn.: * Průměrný počet pracovníků v přímé péči v zařízení, se kterými byl proveden rozhovor.

Sociologický kvalitativní průzkum byl anonymizován, a to jak v případě poskytovatelů sociálních služeb a jejich zaměstnanců, tak i v případě uživatelů sociálních služeb.

Průběh sociologického šetření v zařízení je uveden v příloze č. 1.

1.2 Vymezení základních pojmů

1.2.1 Osoby se zdravotním postižením

Zdravotní postižení je odchylna ve zdravotním stavu člověka, která ho omezuje v určité činnosti (pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti). Podle druhu postižení lze zdravotně postižené dělit do několika skupin3, viz následující tabulka.

---

**Tabulka 1.6: Orientační členění zdravotního postižení**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>PODLE DRUHU</strong></th>
<th><strong>Smyslové postižení</strong></th>
<th><strong>Tělesné postižení</strong></th>
<th><strong>Postižení mentálních funkcí</strong></th>
<th><strong>Kombinované postižení</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>zrakové, sluchové, dušní</td>
<td>postižení hybnosti, mobility, vnitřní nemoci</td>
<td>mentální postižení, duševní znemocnění</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>PODLE DOBY VZNIKU</strong></th>
<th>vrozené</th>
<th>získané</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>PODLE INTENZITY (stupeň, houbka)</strong></th>
<th>lehké</th>
<th>středně těžké</th>
<th>těžké</th>
<th>velmi těžké</th>
</tr>
</thead>
</table>

Zdroj: 


Nejčastějšími příčinami zdravotních postižení jsou: dědičnost, nehoda, úraz, nemoc, přičiny vzniklé v prenatálním období (způsobené léky, drogami, alkoholem) nebo způsobené komplikovaným porodem.

Cílovou skupinou 2b jsou osoby se zdravotním postižením, tj. uživatelé vybraných pobytových sociálních služeb. Níže je provedeno základní legislativní vymezení této cílové skupiny.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění v § 3 odstavec g) definiuje zdravotní postižení: „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“.

Dle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v platném znění § 67 odstavec 2: „osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány:

a/ invalidními ve třetím stupni (dále jen "osoba s těžším zdravotním postižením"),

b/ invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo

c/ zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoba zdravotně znevýhodněná").“

odstavec 3: „Osobou zdravotně znevýhodněnou je fyzická osoba, která má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

---

4 § 39 odst. 2 písm. c) zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

5 § 39 odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
odstavec 4: „Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, a tím i schopnost pracovního uplatnění.“

Dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění § 39:

(1) Pojišťence je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

(2) Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

(3) Pracovní schopnost se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Pokles pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

(5) Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisí.

Dle zákona č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění (dále jen ZPD_OZP) § 34: odstavec 1: Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezují její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

odstavec 2: Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem "TP" (průkaz TP) má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí,
v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na
nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při
dlouhodobě nepřiznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí
a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

odstavec 3: Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem "ZTP" (průkaz ZTP)
má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s porouč
autistického spektra. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při
dlouhodobě nepřiznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí
a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním
postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepřiznivém zdravotním stavu
schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značná obtíže.

odstavec 4: Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem "ZTP/P" (průkaz
ZTP/P) má osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo
orientace a potřebu průvodce, včetně osob s porouč autistického spektra. Zvlášť těžkým funkčním
postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě
nepřiznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě
není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný jen na
invalidním vozíku. Zvlášť těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se
rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepřiznivém zdravotním stavu není schopna samostatné
orientace v exteriéru.

Práva osob se zdravotním postižením

V rámci Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením je v rámci obecného komentáře č. 1 (2014)
vymezeno v článkách 15, 16 a 17: Respektování osobní integrity, právo nebýt mučen nebo podroben
násilí, vykořistiťvání a zneužívání.

Dne 28. října 2011 předložila ČR Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením (ZP) „Úvodní
zprávu České republiky o opatřeních přijatých k plnění závazků podle ÚMLUVY O PRÁVECH OSOB
SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM“, kde v článku 16 – Ochrana před vykořistiťváním, násilím a
zneužíváním, jsou popsány postupy, které je možné využít v případech, kdy je osoba se zdravotním
postižením obětí domácího násilí. Tato práva a postupy je možné aplikovat i na osoby se zdravotním
postižením v pobytových sociálních službách.

Závěrečná doporučení k „Úvodní zprávě České republiky“ z roku 2015 doporučují k článku 16 „Ochrana
před vykořistiťváním, násilím a zneužíváním“: „Výbor naléhavě vyzývá smluvní stranu, aby hledisko
zdravotního postižení začlenila do stávajících politik a aby posílila opatření na ochranu osob se
zdravotním postižením, zejména pak řeč, a dívka se zdravotním postižením, před vykořistiťváním,
násilím a zneužíváním, včetně bezpečných a podpůrných komunitních služeb, tím, že bude
shromažďovat údaje o násili páchaném na osobách se zdravotním postižením a bude provádět výzkum této problematiky."\(^6\)


1.2.2 Definice pojmu násilného jednání

Osoby se zdravotním postižením patří v naší společnosti mezi nejvíce znevýhodněné skupiny s vysokým rizikem domácího a institucionálního násilí, a to zejména pro jejich častou závislost na rodinných příslušnících a pečovatelích, ošetřovatelích. Tato často vysoká míra závislosti může být půdou pro zneužívání, velmi nepřehlednou pro pomoc v obtížné situaci a nebezpečně skrývající rizika násilného jednání.\(^7\)

WHO definovala násilí v obecné podobě jako „úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či proti komunitě, a to síly (moci), která má nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či deprivaci.“\(^8\)

Pojmem „moc“ je myšleno působení jinými prostředky než fyzickou silou, takže definice pokrývá všechny druhy tělesného, duševního a sexuálního týrání, akty zanedbání i sebevraždy a jiné formy sebepoškozování.

Formy násilí dle WHO

- Fyzické
- Sexualní
- Psychické
- Zahraňující deprivaci nebo zanedbávání

---


\(^8\) WHO (2002). World report on violence and health. str. 5.
Další druhy násilí dle Kalvacha a kol.9:

1. Systémové násilí (druhotné zneužívání):
Tato forma násilí je nečastější zejména v případě dětí umístěných v sociálních zařízeních. Objevuje se ale také v případě seniorů umístěných v institucích, kdy:
- mohou být ohrožení nadměrným společenským tlakem spočívajícím v nucení k odchodu do domova pro seniory či jiného ústavního zařízení,
- jsou jim upírána práva v rozhodování o vlastní osobě, obvykle v dlouhodobé ústavní péči.

V současné době v ČR patří k nejzávažnějším projevům systémového týrání nadměrné a dálkové přemísťování seniorů v ústavní péči.

2. Zanedbání péče
Proháží zejména v rámci opatrovnictví, stejně tak i v ústavní péči jako nemocniční, tak u dlouhodobé pobytové sociální služby nebo při poskytování domácí péče. Patří mezi velmi závažnou formu týrání, neboť nejvážnější případy zanedbání péče mohou končit až smrtí týraného.

WHO charakterizuje případy zanedbání péče jako „odpirání či selhání plnit péčovatelské závazky bez ohledu na to, zda jde o úmyslný nebo vědomý pokus způsobit starému člověku tělesné či duševní potíže a ohrožení“.

3. Zanedbání péče o sebe sama
V tomto případě se jedná o asociální způsob života s nedodržováním základních hygienických a sociálních norem s neupraveností a s malhygienou, tělesnou i v bydlení. Senioři vedou bezdomovecký, tulácký či žebrácký způsob života, který se nesnaží změnit nebo změnu dokonce aktivně odmitají. U těchto osob je zvýšený výskyt deprese a demence.

4. Násilí v rámci institucí
Ústavní péče je z hlediska nevhodného zacházení, týrání a dalších forem zneužívání zdravotně postiženého člověka považována za vysoce rizikovou instituci. Je to dáno především nepochopením povahy tělesné křehkosti a také režimovými potřebami ze strany personálu. Důvodem může být např.: vysoká míra zranitelnosti pacientů ( klientů) včetně výskytu demence, a prakticky trvalého upoutání na lůžko, vysoká osamělost klientů či syndrom vyhoření u personálu (burn out).

5. Pracovníci v institucích jako pachatelé násilí
Toto je záležitost, která byla donedávna tabuizována v České republice. Většina zdravotníků nebo pracovníků v sociálních službách bude popírat, že se něco takového může dít právě u nich. Faktem ovšem je, že i u nás dochází běžně k celé řadě chyb, omylů, jež pacienti i jejich rodinní příslušníci těžce snášejí. Jedná se o nevhodně volená slova z řad ošetřujících, nedostatek taktu při manipulaci s klienty

__________________________

zařízení. Nejedná se přímo o týrání jako takové, avšak lze to označit jako formu určitého zanedbávání. Lze identifikovat i další následující formy nevhodného chování personálu:

1. **zneschopňování** – bránění uživateli v činnostech, kterých je schopen např. oblékání, přeprání drobného prádla či chystání jídla personálem, protože je to rychlejší;
2. **infantilizace** – dětinské chování personálu u vůči klientům, zdrobňování, neustálé hlazení;
3. **zastrašování** – vyvolávání strachu v klientovi s cílem přimět jej k nějaké činnosti;
4. **nálepkování** – označování uživatele dle chování např. “ta dementní”, „ten ležák“;
5. **stigmatizace** – izolace určité skupiny klientů jen ve vymezených prostorech;
6. **nerespektování tempa** – nejčastěji při denních činnostech např. při oblékání, stravování;
7. **zneplatňování** – neuznávání názorů, přání klientů;
8. **odhánění** – odmítání klienta např. při klubových sezeních;
9. **zvěčňování** – manipulace s klientem bez předchozího upozornění, slovní doprovodu např. polohování;
10. **ignorování** – vcházení do pokoje klienta bez upozornění, klepání;
11. **vnučování** – nerespektování klientova práva na svobodnou volbu;
12. **vyrušování** – přerušování klienta v jeho činnostech;
13. **ponižování** – takové chování pracovníka, jež snižuje klientovu sebedůvěru. 

Další pojmy související s problematikou násilí:

**Agrese** je chování, které záměrně poškozuje druhou osobu, omezuje její svobodu, způsobuje utrpení či jí násilně brání v pohybu. Její podoba je ovlivněna kulturními vlivy a také individuálním učením. Můžeme tedy říci, že agrese je vrozená, avšak konkrétní způsoby agresivního chování si člověk osvojuje. Agrese zahrnuje určité emoční stavy, jako např. vztek, zuřivost, pohrdání.

**Zanedbávání** znamená odmítnutí či selhání v uspokojování některých potřeb u osoby se závazky či úkoly, mající zodpovědnost za nutnou péči.

**Týrání** chápeme jako špatné nakládání s druhou osobou, jež se vyznačuje značným stupněm bezcitnosti a hrubosti, které u oběti vyvolává pocit hlubokého příkoří.

**EAN** – Elder Abuse and Neglect (syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka dále jen EAN). Zpráva WHO definuje EAN jako „Jednotlivé či opakované činy nebo nedostatek přiměřené činnosti, objevující se v jakékoli souvislosti a v jakémkoli osobním vztahu, pokud lze oprávněně očekávat, že povedou k poškození či k ohrožení starého člověka“.

---

11 PONĚŠÍCKÝ, J. Agrese, násilí a psychologie moci, 2004, s. 22.
12 LIPNER, M. Viktimologie v sociální péči. Sociální péče. 2001, č.3, s. 15.
13 GJURIČOVÁ, Š. Podoby násilí v rodnině, 2000, s. 13,14.

Legislativní vymezení násilí v ČR


Za násilné jsou vyjmenovány trestné činy v trestním zákoníku (TZ), které zahrnují násilí proti druhé osobě nebo pohrůžku násilím\footnote{Kalvach, Z., Zadák, Z., a kol., Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 353.}. Jde například o tyto trestné činy:

- trestné činy proti životu a zdraví – např. ublížení a těžké ublížení na zdraví (§ 145 a § 146 TZ),
- některé trestné činy proti rodičině dětem – např. týrání svěřené osoby (§ 198 TZ) a týrání osoby žijící ve společném bydli (§ 199),
- trestné činy narušující soužití lidí – např. nebezpečné vyhrožování (§ 353) a nebezpečné pronásledování (§ 354 TZ).

Český právní řád neposkytuje zvláštní ochranu proti nevhodnému zacházení dospělým osobám, které jsou způsobilé k právním úkonům (svéprávně), i když jsou z důvodů zdravotního stavu či jinak znevýhodněné a nemohou se účinně bránit. Není zde zakotvena ani alimentační povinnost dětí vůči rodičům\footnote{Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H., Suchardta, P. a kol. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 353.}.

Za násilí se považuje použití fyzické síly (PČR 2019) k překonání nebo zamezení kladeného či očekávaného odporu. Za násilí se považuje i uvedení jiné osoby lstí do stavu bezbrannosti (např. do stavu opilosti), v důsledku které oběť není schopna se účinně bránit.\footnote{Kalvach, Z., Zadák, Z., a kol., Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, 2008, s. 249 – 250.}
Pohružka násilím znamená psychické působení na vůli jiného. Nemusí jít jen o pohružku bezprostředního násilí, ale i takového násilí, kterého má být užito v budoucnosti. Násilí, kterým je vyhrožováno, může směřovat proti napadenému i třetí osobě. Pohružka může být vyjádřena přímo či nepřímo (v dvojsmyslném významu), verbálně či gestem.

V současné době je problematika násilí diskutována jak v obecné rovině, tak i v kontextu osob se zdravotním postižením. Některé státy provádějí rozsáhlé kvantitativní průzkumy v této oblasti, viz Dánsko19 nebo Anglie20. Ve výzkumném designu byl využit sociologický přístup, který na základě polostrukturovaných rozhovorů identifikoval znaky násilného jednání dle níže uvedených seznamů, jež byly součástí zadávací dokumentace. Tento přístup byl ověřen v rámci předvýzkumu, který byl realizován v zařízeních na území Moravskoslezského a Jihomoravského kraje.

Vybrané znaky násilného jednání

<table>
<thead>
<tr>
<th>A/ Znaky zanedbávání</th>
<th>B/ Znaky fyzického násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A1/ chybějící osobní péče, zanedbanost, známky podvýživy (např. zapadlé oči, ztráta hmotností)</td>
<td>B1/ zjevné známky fyzického traumatu (např. škrabance, modřiny, řezné rány, popáleniny, popálení, známky po uvazování roubíku apod.),</td>
</tr>
<tr>
<td>A2/ chronické zdravotní problémy (jak fyzické, tak psychické)</td>
<td>B2/ poranění – zejména opakovaná (např. výrony, zlomeniny, poranění oka, hematomy),</td>
</tr>
<tr>
<td>A3/ dehydratace – o čemž svědčí nízká produkce moči, suchá, křehká kůže, sucho v ústech, bolest, apatie, nedostatek energie a zmatenost,</td>
<td>B3/ další fyzické ukazatele (podchladění, abnormální hodnoty chemie, bolest při dotyku),</td>
</tr>
<tr>
<td>A4/ proleženiny,</td>
<td>B4/ opakovaná “nevysvětlitelná” zranění,</td>
</tr>
<tr>
<td>A5/ nedostatečná osobní hygiena, včetně špinavého obléčení, špinavé nehybné kůže, vši, přítomnost výkalů nebo moči,</td>
<td>B5/ nejednotně vysvětlitelná zranění,</td>
</tr>
<tr>
<td>A6/ absence potřebných náhrad, bryle, naslouchátka, chodítka, invalidní vozíky.</td>
<td>B6/ historie častých návštěv pohotovostí a různých lékařů,</td>
</tr>
</tbody>
</table>

21 Následující typy modřin jsou jen zřídka náhodné:
- bilaterální modřiny na pažích (může znamenat, že s osobou bylo třeseno, byla silně uchopena),
- bilaterální modřiny vnitřních stehen (může znamenat sexuální zneužívání,
- kruhovité modřiny, vypovídající, že byla osoba držena, omezena a mačkána za ruce, nohy,
- vicebarevné modřiny (což naznačuje, že se násilí opakovalo a opakuje).
<table>
<thead>
<tr>
<th>C/ Znaky ekonomického násilí</th>
<th>D/ Znaky psychického násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>C1/ neobvyklá bankovní činnost (např. velké výběry během krátké doby, převádění účtů z jedné banky do druhé, vybírání z bankomatů doma upoutané starší osoby),</td>
<td>D1/ ambivalence, pasivita, stud, zmatenost, potíže se spánkem,</td>
</tr>
<tr>
<td>C2/ nechodící bankovní výpisy,</td>
<td>D2/ úzkost (mírná až těžká),</td>
</tr>
<tr>
<td>C3/ nucení podepsat dokumenty, kterým starší osoba nerozumí a nechápe jejich účel,</td>
<td>D3/ deprese, beznaděj, bezmoc, myšlenky na sebevraždu,</td>
</tr>
<tr>
<td>C4/ životní situace seniora není přiměřená velikosti jeho majetku (např. nedostatečné oblečení nebo vybavení, nezaplacené účty),</td>
<td>D4/ zmatenost, dezorientace,</td>
</tr>
<tr>
<td>C5/ chyby osobní věci, šperky, umělecká díla,</td>
<td>D5/ třes, krčení, nedostatek kontaktu s očima,</td>
</tr>
<tr>
<td>C6/ podpisy na dokumentech neodpovídají podpisu starší osoby,</td>
<td>D6/ vyhýbavost, agitace, hypervigilance,</td>
</tr>
<tr>
<td>C7/ „láska“ nové pečující osoby a související snaha izolovat seniora od přátel a rodiny, doživotní péče přislibená za odkázání majetku,</td>
<td>D7/ výrazný úbytek hmotnosti, nebo nárůst, který není způsoben jinými vlivy,</td>
</tr>
<tr>
<td>C8/ užívání peněz a majetku seniora.</td>
<td>D8/ projevy související se stresem včetně zvýšeného krevního tlaku,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>D9/ neobvyklé projevy, které jsou obvykle přičítány k demenci (např. sání, kousání, houpání).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**E/ Znaky sexuálního týrání**

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>E1/ trauma v oblasti genitálií (např. modřiny na vnějších pohlavních orgánech nebo vnitřní straně stehn),</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E2/ sexuálně přenosné nemoci, infekce,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E3/ genitální nebo anální bolest, podráždění, nebo krvácení,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E4/ obtížnost při chůzi nebo sezení,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E5/ krvavé spodní prádlo,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E6/ nevhodné, neobvyklé nebo agresivní sexuální chování.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2 Analytická část

2.1 Analýza výskytu násilného jednání

2.1.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

U tohoto druhu služby jsou v ČR (z minulosti vybudované) především zařízení s větší kapacitou lůžek. Z celkem 204 registrovaných služeb byla vybrána 3 zařízení, která mají nad 50 lůžek. Jedno zařízení bylo zaměřené především na tělesně postižené osoby, které využívají kompenzační pomůcky. U ostatních zařízení se jednalo o osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením. V kontrolním podsouboru byla organizace zaměřena především na osoby s mentálním postižením. Diferenciace cílových skupin klientů ovlivňuje jednotlivá zjištění v zařízeních.

Tabulka 2.1: Základní charakteristika vybraných DOZP

<table>
<thead>
<tr>
<th>Domov pro osoby se zdravotním postižením</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DOZP1</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Cílová skupina klientů: osoby ve věku 19 a více let s mentálním nebo kombinovaným postižením, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu tohoto postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kapacita: 75 – 99 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOZP2</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Cílová skupina klientů: osoby ve věku 19 a více let s tělesným postižením, které využívají kompenzační pomůcky, jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, a to ve stupni středně těžké, těžké a úplně závislosti. Kapacita: nad 100 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOZP3</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Cílová skupina klientů: osoby od 18 let s mentálním nebo kombinovaným postižením. Kapacita: 50 – 74 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOZP4k</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Kontrolní organizace, cílová skupina klientů: osoby od 3 let s mentálním postižením. Kapacita: 10 – 18 lůžek</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Na základě obecného vymezení násilí dle WHO (viz oddíl 1.2.2) byl zde proveden souhrn nejdůležitějších zjištění v oblastech psychického, fyzického, sexuálního, ekonomického násilí a zanedbávání ve zkoumaných zařízeních.

Na základě principu triangulace informačních zdrojů dat je v následujících tabulkách (uvedených v jednotlivých pododdílech dle zkoumaného zařízení) uveden souhrn výpovědí/názorů/pohledů získaných kvalitativním průzkumem formou individuálních i skupinových rozhovorů a to jak ze strany vedení zařízení, tak ze strany pracovníků v přímé péči a také samotných klientů zařízení.

2.1.1.1 Zařízení DOZP1

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DOZP1/Psychické násilí</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mezi klienty se vyskytují urážky, ponížování, zseměšňování. Vzniká pocit strachu, frustrace, deprivace. Zkušenost je nenutit klienty k aktivizaci, ať si klient dělá, co zvládá sám, ať si udělá radost z činností, do kterých se sám zapojuje, nesmí mít špatný pocit, musí se cítit užitečně. Někteří pracovníci klientům odepřou poskytnutí některých věcí, které má klient rád.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Klienti

Ve zkoumaném vzorku 6 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DOZP1/Fyzické násilí

**Vedoucí**

Je podchycen agresivnější přístup personálu, například při nepřiměřeně dlouhých vykonávání méně přijemných úkonů (např. při osobní hygieně u méně schopných klientů, méně pohyblivých). Vzniká bolest kloubů, bolest z namáhavých pozic při toaletě.

**Pracovníci v přímé péči**

Dochází k fyzickému napadání mezi klienty s psychiatrickou diagnózou. U některých klientů je patrný neklid, který může vyústit v agresi. Fyzické násilí je zažíváno často u klientů neschopných se verbálně vyjadřovat, a u kterých vážné komunikace. Vyvolává to jejich agresi.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 6 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

## DOZP1/Sexuální násilí

**Vedoucí**

U klientů dochází k sebepoškozování na intimních místech. Klienti zde mají zvýšený sexuální pud, není u nich nastavena sexuologická léčba, nejsou podávány léky na zklidnění.

**Pracovníci v přímé péči**

Klienti se obnažují před ostatními klienty nebo masturbuji v přítomnosti ostatních klientů i personálu. Nepříjemné, nežádoucí dotyky od určitých klientů jakoby náhodou nebo i cíleně k jiným klientům a personálu na jejich intimních oblastech.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 6 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

## DOZP1/Ekonomické násilí

**Vedoucí**

Nedochází k zapojení schopnějších klientů do pracovních činností, omezování možnosti jejich výdělku, čímž se snižuje jejich osobní společenský status. Rodina (opatrovníci) hospodaří s financemi klientů
v jejich neprospěch. Veřejný opatrovník z města přichází 2x týdně za klienty, není však nijak motivován, aby klientům pomohl zajistit více pomůcek nebo zajistit finance na jejich kulturní vyžití. Opatrovníci z řad rodinných příslušníků si přichází za svým opatrovancem pro finance, rodinní příslušníci jsou opakovaně žádáni, aby úspory uvolnili k zajištění osobního komfortu klienta (zakoupení polohovacího křesla, vybavení pokoje apod.). Často nastává situace, že opatrovník spíše nespolupracuje, hradí pouze základní péči, odmítá přispívat k zajištění komfortu svého opatrovance.

### Pracovníci v přímé péči

U klientů, kteří nejsou schopni sami hospodařit se svými penězí, jsou závislí na péči a pomoci druhých, dochází k jejich ekonomickému ohrožování. Rodina (opatrovník) za ně často hospodaří v jejich neprospěch. Dochází k různým rozdílným názorům na potřeby klientů ze strany personálu a rodiny klienta. Vznikají zde střety.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 6 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

**DOZP1/Zanedbávání**

**Vedoucí**

Personálem je aplikován nejednotný přístup ke klientům, někomu něco dovolí a druhého omezí. Při poskytování osobní podpory a dopomoci, hygieny, péče o intimní partie nejsou ze strany personálu dotaženy požadované linie v nastavení kvality péče. Nedostatek pozornosti ze strany personálu, neohlášené násilné změny v zařízení nebo na pokoji, neposkytnutí klientům psychické podpory vyvolává např. častější epileptické záchvaty.

**Pracovníci v přímé péči**

U klientů zde dochází často k citovému strádání. Zanedbávání je zachyceno u sociálně slabších klientů, kteří přichází se známkami, zneužívání, týrání již z domu. Rodina neplnila svou roli, nestarala se o ně, jejich příjmy používali k pokrytí jiných potřeb.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 6 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
2.1.1.2 Zařízení DOZP2

**DOZP2/Psychické násilí**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klienti se zde cítí odstrčení od rodin, které pracují a nemají na ně čas. Běžně jsou mezi klienty slovní urážky, vulgarismy např. u výtahu, kde pečlivě hlídají, kdo pojede první, druhý atd. Klienti dokážou urážet personál, hodnotí, jakým způsobem pracuje a ke kterému klientovi se věnují lépe a k jinému hůře, jsou na to velmi citliví a vnímají. Konflikty bývají ohledně sledování TV na pokoji, pokud se nedohodnou, pak některý z klientů musí mířit třeba i sluchátka. Dalším tématem je otevřené nebo zavřené okno, světlo zhasnuté nebo rozsvícené, obsazení WC (kdo první půjde), přetlak u výtahu, boj o místa v jídelně.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pracovníci v přímé péči**


**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 10 klientů bylo identifikováno 8 klientů, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 10 klientů byli identifikováni 3 klienti, kteří se setkali s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DOZP2/Sexuální násilí

#### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Klienti mohou být sami nebo spolu na pokojích, tuto možnost využívají.

#### Pracovníci v přímé péči


### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 10 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DOZP2/Ekonomické násilí

#### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Stává se, že rodina klientovi hlídá finance, to se zjistí při požadavku na zajištění klientova většího komfortu, ze strany pomůcek a jiných potřeb. U některých klientů si přijde rodina vybrat peníze v čase vyplácení důchodů. Klienti, pokud chtějí, nemusí mít peníze u sebe, ale mohou je mít na účtu v zařízení a to jim jejich peníze vyplácí, je to způsob ochrany před zneužíváním ze strany rodiny. Klient určuje,
jakým způsobem se bude disponovat s jeho penězi. Rodiny manipulují s penězi klienta v jeho neprospěch s jeho vědomím. Ten jim je přesto vděčný za to, že ho navštěvují.

Pracovníci v přímé péči

Mezi klienty se objevuje vyžadování úplatků, také finančních za poskytnuté služby jinými klienty. Mají vůči sobě řeči, např.: „Ty na to nemáš…, Je mi líto, že na to nemáte peníze….., Je to pro tebe moc drahé….“. Žebrají mezi sebou, od personálu, okrádají se, kradou v nedalekém obchodě. Bez příspěvku rodiny klienti žebrají, strádají. Berou si osobní věci druhých, přivlastňují si je. Rodiny se objevují v čase vyplácení důchodů, které jim vezmou. Rodiny své opatrovance okrádají a nemají zájem přispět jim na věci osobní potřeby. Vyskytly se rovněž pracovnice, které klienty okrádaly.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 10 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s násilím ekonomickým v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

DOZP2/Zanedbávání

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Občas se objeví názor, kdy si rodiny myslí, že by mohla být v zařízení poskytována péče ve větším rozsahu. Různorodé požadavky rodin a klientů však nejsou schopni v zařízení pokrýt.

Pracovníci v přímé péči


Klienti

Ve zkoumaném vzorku 10 klientů byli identifikováni 2 klienti, kteří se setkali se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
### 2.1.1.3 Zařízení DOZP3

#### DOZP3/Psychické násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nadávky, urážky, slovní útoky, vulgarismy, křik mezi sebou.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### DOZP3/Fyzické násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Štípou se, dají si herdu do zad. Kopání do věcí, hází do věcí/koše.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 4 klienti, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**DOZP3/Sexuální násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


V zařízení pracují s rodinami, které jsou jiného názoru než klienti, musí situaci kolem sexuality umět přijmout. Klientům je umožněna i tzv. svatba v zařízení pro jejich možnost prožít takový zážitek bez právních dopadů.

**Pracovníci v přímé péči**

Klienti neumí skrývat své pudy, neznají stud, obnažují se před ostatními, vyrůstaly v zařízeních, kde byli jen muži nebo ženy. Klienti si vcházejí do koupelen a narušují tím své soukromí. Dotýkají se sebe na intimních místech, masturbují na pokoje i v přítomnosti dalšího klienta bez ohledu na jeho nevoli. Ze svého pokoje vydávají výjevy. Klienti se dotýkají na intimních místech žen z řad klientů i PPP. „Mentálně postižená mladá žena, vyšla ze zařízení do města a inklinovala sexuálně k bezdomovcům a mužům nevalného charakteru, hrozilo nebezpečí.“ Klientka běhala svléčená po zahradě, byla odvezena do PN.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

**DOZP3/Ekonomincké násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti mají samostatné účty.

**Pracovníci v přímé péči**

Klienti mají své peníze, se kterými disponuje klíčový pracovník a nakupuje potřebné věci. O peníze se může starat také opatrovník.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
**DOZP3/Zanedbávání**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti musí být ze strany personálu vedeni k hygieně. Vyskytla se zde pracovnice sociálních služeb (PSS), která nerespektovala nastavené úkony u klientů (po jídle vždy posadit na WC, klientka se znečistila výkaly). Nerespektovala potřeby klientů, vyhrozovala jim slovně i fyzicky napadením za prozrazení okolnosti své práce, za nevykonanou práci. Nerespektovala nařízení ústavu, nerespektovala nácviky s klienty. Poté, co na tuto skutečnost upozornili klienti, byla situačej prošetřena a s pracovnicí byl rozvázán pracovní poměr. Někteří pracovníci jsou s klienty kongruentní, jiní to jen říkají a je to potom z nich cítit, uvádí vedoucí.

**Pracovníci v přímé péči**

Stává se, že klienti se vracíjí zaradnaní z nemocnice do zařízení, mají proleženiny, opruzeniny. Někteří klienti nemají rodinu, nebo o ně nemá rodina zájem, což klienti těžce nesou. Z domácího prostředí se vrací neoholení, mají neostřihané nehty, jsou neokoupaní. U klientů jde zveřejná neochota k vlastní hygieně.

Nadměrná péče o klienty, v jejich rodině vede k lenosti a ztrátě schopností nastavených v zařízení. Z rodiny přijedou klienti s tím, že zapomněli všechny nácviky a celá práce s nimi začíná nanovo.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.1.4 Zařízení DOZP4k

**DOZP4k/Psychické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

### Pracovníci v přímé péči

Nadávky, urážky, slovní útoky, vulgarismy, vůči sobě i personálu. Šikana silnějších vůči slabším. Schválnosti.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

#### DOZP4k/Fyzické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Někteří se poperou mezi sebou. Štípou se, mohou mít i modřiny. Škrábou se, koušou se, klient polil klienta horkou vodou z konve. Házení věcmi. Nikdy nemuseli volat policii nebo rychlou zdravotnickou pomoc (RZP).

**Pracovníci v přímé péči**


**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

#### DOZP4k/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti spolu nemohou být sami. Klienti se sexuálně obtěžují ohmatáváním na intimních místech, obnažováním na různých místech a to před ostatními. Rodina platí dávkám antikoncepci (ATK). Klienti mají důvěrníka v oblasti sexuality. Zařízení má protokol o sexualitě, všichni zaměstnanci jsou proškoleni. Rodiny na vztahy mezi klienty reagují různě, musí se s nimi pracovat, komunikovat o situaci, obtížně chápou uskutečnění této potřeby mezi klienty. Podle toho s jejich vztahy souhlasí, a nebo ne, což na klienty může mít velice depresivní dopad.

**Pracovníci v přímé péči**

Nepozorují, nesetkávají se s tím.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

#### DOZP4k/Ekonomické násilí
Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)


Pracovníci v přímé péči

Krádeže mezi klienty: káva, cukr, kapesné.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

DOZP4k/Zanedbávání

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Občas se stane, že si rodiny myslí, že by mohla být v zařízení poskytována péče ve větším rozsahu. Různorodé požadavky rodin a klientů však zařízení není schopno pokrýt.

Pracovníci v přímé péči

Nepozorují, nesetkávají se s ním.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se zanedbáním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

2.1.1.5 Objektivizace z DOZP

Níže je provedená objektivizace závěrů ze šetření dle jednotlivých zařízení včetně výskytů násilného jednání. Je zde zhodnocena situace z objektivního názoru experta s využitím subjektivních pohledů klientů a personálu dle potřeby interpretace dané situace.

Tabulka 2.2: Objektivizace zjištěných zkušeností z DOZP

<table>
<thead>
<tr>
<th>Domov pro osoby se zdravotním postižením</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DOZP1</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>V zařízení byl identifikován výskyt násilného jednání PPP, které vychází především z rozhovoru s vedoucí. Vedoucí není spokojen s prací pracovníků v přímé péči, popisuje agresivnější přístup personálu, neprofesionalitu. U klientů identifikuje následně špatné psychické stavky a strádání v návaznosti na nedostatečnou péči ze strany PPP. Pracovníci v přímé péči mimo jiné také popisují strádání klientů, které odvozují od špatných vztahů mezi klienty, od klientů, kteří nejsou schopni se verbálně vyjádřovat a mají poruchu řeči. V minulosti v zařízení bylo identifikováno a následně ošetřeno napadání a sexuální znuzování ve vazbě klient x klient. Psychické a fyzické násilí v současnosti potvrdili jeden</td>
</tr>
</tbody>
</table>
klient/muž, především při konfliktech mezi klienty, které personál velmi obtížně řeší. Klienti uvedli, že mají důvěru k vedoucí a své situace s ní chtějí řešit.

DOZP2

2.1.2 Domov se zvláštním režimem
Tabulka 2.3: Základní charakteristika vybraných DZR

<table>
<thead>
<tr>
<th>DZR</th>
<th>Cílová skupina klientů: osoby ve věku od 55 let s chronickým duševním onemocněním nebo senioři. Kapacita: 50 – 74 lůžek</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DZR2</td>
<td>Cílová skupina klientů: osoby od 18 let s chronickým duševním onemocněním. Kapacita: 30 – 49 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td>DZR3</td>
<td>Cílová skupina klientů: osoby od 55 let s chronickým duševním onemocněním (osoby se staročku, Alzheimarovou demencí a ostatními typy demencí). Kapacita: 19 – 29 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td>DZR4</td>
<td>Kontrolní organizace, cílová skupina klientů: osoby od 60 let s chronickým duševním onemocněním, osoby s Alzheimarovou chorobou a ostatními typy demencí. Kapacita: 10 – 18 lůžek</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Na základě obecného vymezení násilí dle WHO (viz oddíl 1.2.2) je zde proveden souhrn nejdůležitějších zjištění v oblastech psychického, fyzického, sexuálního, ekonomického násilí a zanedbávání ve zkoumaných zařízeních.

2.1.2.1 Zařízení DZR1

DZR1/Psychické násili

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Za psychicky traumatizující považuje vedoucí hovor pracovníků v PPP s klienty o jejich osobních věcech před druhými klienty, hrubě řečené povely, dehonestující způsob oslovování, nepříjemný tón hlasu. Při vstupování do intimní zóny klienta nechce, ale musí sdílet pohledy a přítomnost kolektivu jeho vrstevníků, což mu není příjemné. Jednotliví pracovníci v přímé péči poukázali na nevhodné chování jednoho pracovníka ke klientům. Klienti si jim stěžovali, ale báli se a nechtěli, aby to ošetřující personál řešil s vedením domova. Informace se dostala k sociálním pracovníkům a v závěru to vedlo k ukončení pracovního poměru tohoto pracovníka v přímé péči.

Pracovníci v přímé péči

Urážky, ponižování, zasměšňování, a to jak ze strany personálu, tak i rodiny. Pocit strachu. Nenutit k aktivizaci, ať klient dělá, co zvládá sám, ať si udrží radost s činností, do kterých se zapojuje, nesmí mít špatný pocit, musí se cítit užitečně.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

DZR1/Fyzické násili

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Agresivnější přístup personálu při manipulací u méně pohyblivých klientů, dlouhé vykonávání méně příjemných úkonů.
### Pracovníci v přímé péči

Fyzické napadání u klientů s psychiatrickou diagnózou. U některých klientů je zjevný neklid, který může vyústit v agresi, často fyzické násilí je zažíváno u klientů neschopných se verbálně vyjadřovat, u kterých vázne komunikace, což vyvolává jeho agresi.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR1/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Slovní upozorňování na některé více vyvinuté intimní partie, používání zdrobnělin při zajišťování intimní hygieny.

**Pracovníci v přímé péči**

Obnažování se před ostatními klienty, masturbace v přítomnosti ostatních klientů i personálu. Nepříjemné, nežádoucí dotyky od určitých klientů jakoby náhodou nebo i cíleně k jiným klientům a personálu na jejich intimních oblastech.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR1/Ekonomické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti si dávají najevo, že někdo dělal podřadnější práci, neměli tak významný společenský status. Rodina si přichází pro finance, dává najevo, že i návštěvy ji něco stojí a že to nemusí dělat.

**Pracovníci v přímé péči**

U klientů, kteří se stávají závislí na péči a pomoci druhých, dochází ze strany rodin i k ekonomickému ohrožování. Jsou považováni za neschopné sami hospodařit a v domovech se zvláštním režimem se velice často stává, že jsou omezeni ve svéprávnosti a nezvládají si tuto finanční oblast zajišťovat. Rodina (opatrovník) za ně hospodaří často v neprospěch klienta. Dochází i k různým sporům mezi klienty a opatrovníkem/rodinou.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
### DZR1/Zanedbávání

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

O některé klienty projevuje personál menší zájem než o ostatní klienty. Neúcta personálu při poskytování hygieny, péče o intimní partie, nedotažení ošetřovatelské péče. Personál nejedná upřímně, lidsky, neřeší situace klidně, klienti nejsou v pohodě, je vytvářeno nepříjemné, nepřátelské prostředí, personál se často střídá. Rodina personálu ve vztahu ke klientovi něco slibuje, ale svoje sliby/domluvy neplní, nejedná na rovinu. Klient je vnitřně nejistý s pocitem „nikdo mi nepomůže“. Pro klienty je potřeba neustále vytvářet pocit bezpečí a zajistit jim požadovanou pomoc.

**Pracovníci v přímé péči**

V zařízení dochází nejčastěji k citovému strádání. Zanedbávání je v některých případech zachyceno u sociálně slabší případů, kteří přichází se známkami zanedbávání z rodin. Rodina neplnila roli, nestarala se o ně, jejich příjmy nevyužívali k pokrytí jejich potřeb, ale zajišťovali ostatní členy rodiny.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.2.2 Zařízení DZR2

**DZR2/Psychické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Slovní útoky mezi klienty, vulgární hovor ovlivněn psychickou náladovostí v důsledku primární diagnózy, je veden od klientů vůči druhým klientům i personálu. Klienti nemají objektivní náhled z důvodu narušené psychiky.

**Pracovníci v přímé péči**


**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 2 klienti, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DZR2/Fyzické násilí</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Řešíme facky mezi klienty, tak 2x do roka. U psychotického relapsu klienti projevují agresi vůči věcem, více než vůči lidem, musí si vybit vztek.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Facky mezi klienty, kopance do věcí/koše, poperou se, úder holí do pracovníka, rozbijení věcí, házení věcmí.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DZR2/Sexuální násilí</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Zaměstnanci jsou proškoleni. Mají protokol o sexuálním chování klientů a klienti jsou poučeni, kde mohou být v soukromí a vykonávat svou sexuální potřebu. Situace řeší individuálně s psychologem, psychiatrem. Zde to řeší vedoucí pracovník.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>V zařízení se vyskytl požadavek klienta na klientku, aby ohmatávala penis klientovi, obnažování před ostatními na chodbě, uživala si do vagíny vpravila listí ze stromu, potom WC papír.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DZR2/Ekonomické násilí</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Klienti mají tak málo peněz, že jim pracovníci nosí z domu základní hygienické potřeby. Rodiny nemají pochopení, nebo některé rodiny nemají peníze. V této nouzi funguje mezi klienty směnný obchod, nebo se platí drobnými službami mezi uživateli.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR2/Zanedbávání

#### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Nepozoruje.

#### Pracovníci v přímé péči

Syn si vzal matku na víkend domů autem, ale zpátky ji poslal vlakem, klientka zabloudila, kolemjdoucí ji pomohl a našel u ní kartičku zařízení, do zařízení zavolal a pracovník si ji šel vyzvednout. Rodina často vysadí klientům léky a ti se pak vrátili do zařízení v dekompenzovaném psychickém stavu, který je doprovázen několik dnů nekliadem.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.2.3 Zařízení DZR3

#### DZR3/Psychické násilí

#### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Hrubé povely personálu, neosobní oslovování klientů, nevhodný tón hlasu.

#### Pracovníci v přímé péči

Klient se dožaduje neustálé pozornosti na úkor ostatních uživatelů. Ze strany personálu odmítání provádět aktivizaci - ať klient dělá, co zvládá sám.

Za jednou klientkou chodil každý den manžel, který za ni rozhodoval a mluvil, např. že nechce nějaké jídlo, protože ho nemá ráda, ale personál pozoroval, že klientka by si ho dát chtěla. Personál se snažil promluvit s manželem, ale bez úspěchu. Situaci musela řešit vedoucí zařízení několika pohovory s manželem, aby přestal rozhodovat za klientku.

V zařízení se nachází hlučný klient s hlasitými projevy – výkřiky, opakování slov nahlas. Dochází k jeho okřiknutí ze strany jiných klientů.

Jedna z rodin nerespektuje potřeby klienta a nereaguje na personál, jen diktuje své představy o tom, jaká má být poskytována péče.
### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR3/Fyzické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Agresivnější chování některých klientů k personálu či ke kocouroví, který je chován v zařízení k felinoterapii (chtěli ho zbit, aby šel ven chytat myši). Necitlivý přístup personálu při manipulaci u méně pohyblivých klientů. Ničení majetku ze strany klientů. Okřikování klienta s hlasitými projevy (např. vykřikuje stále stejné slovo a tím ruší ostatní) jinými klienty.

**Pracovníci v přímé péči**

U některých klientů je zjevný neklid, který např. u jedné uživatelky přešel v agresivní projevy, které se stupňovaly. Klientka začala rozbíjet věci okolo, plakala, proto ji pečující personál odvedl na pokoj, aby chránil ji i ostatní klienty a snažil se ji uklidnit. Zároveň informovali nadřízené i zdravotní personál, byla přivolána RZP a PČR, ale ani poté se klientka nezklidnila. Byla odvezena na psychiatrii.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR3/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Obnažování klientů, především mužů, ve společných prostorách, např. ve společenské místnosti. Někteří klienti měli tendenci osahávat personál na intimních místech.

**Pracovníci v přímé péči**

Personál nerespektuje intimitu uživatele. Sexuální slovní narážky od personálu ke klientovi nebo i opačně.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
### DZR3/Ekonomické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Někteří opatrovníci či rodiny omezuji klienty na jejich potřebách, nechtějí např. zaslat potřebnou měsíční částku na depozitní účet (např. na nákup hygienických potřeb, pedikúru apod.), nebo nechtějí klientovi koupit nové oblečení, když se staré užívání již zničilo.

**Pracovníci v přímé péči**

Rodina nedovolí koupit klientovi něco, co potřebuje. Případně vyčítá každý menší nákup pro klienta, např. hygienické pomůcky nebo kosmetiku.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR3/Zanedbávání

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Neúcta personálu při poskytování péče, nedostatečné zakrývání intimních partií, používání zdrobnělin ze strany personálu.

**Pracovníci v přímé péči**

Personál v přímé péči si nevšimne stavu uživatele, kdy např. zapáchá a potřebuje umýt, převléct (klient není ve stavu, kdy by toto byl schopen posoudit). Občas se projeví názor, kdy si rodiny myslí, že by mohla být v zařízení poskytována lepší péče. Různorodé požadavky rodin a klientů však nejsou schopni v zařízení pokrýt.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.2.4 Zařízení DZR4k

**DZR4k/Psychické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Rodina nechodi na návštěvu, nestará se o to, jak se klient má, klient se pak cítí osamělý. Problémy vznikají mezi 2 klienty s direktivním chováním, kteří nejsou zvyklí někoho poslouchat, může dojít až k agresivní reakci.
### Pracovníci v přímé péči

Klient se dožaduje neustálé pozornosti na úkor ostatních uživatelů. Za klientkou chodí na návštěvu člen rodiny, který nechápe, že klientka má demenci a z toho důvodu tvrdí různé věci. Člen rodiny jí vše vyvrací a pře se s ní, čímž na ni vytváří psychický tlak. Klienti dokáží vnímat nálady personálu, pokud nemá osobně dobry, přijemný stav, jsou pak klienti nervózní. Klienti nemají rádi, když personál nedodrží to, co jim slíbil. Buduje to nedůvěru u klientů, kteří jsou ještě schopní tuto situaci rozpoznat.

#### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR4k/Fyzické násilí

#### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Klienti trpí demencí a jeden z projevů je, že se nejsou schopní vyhnout s druhým klientem, jdou přímo a neposuzují, že jde někdo naproti ním, srazí kohokoliv, kdo stojí v cestě. Personál se jim vyhne, ale jiný klient ne, vzhledem k tomu, že používají např. chodítko, tak může dojít až ke zranění jiného klienta. Personál musí hlídat, aby k této situaci nedošlo. Projevy agresivních výpadů na dwoulůžkových pokojích, jelikož klienti si někdy nerozumí a nechtějí spolu být, vadí jim některé projevy spolubydličí osoby.

#### Pracovníci v přímé péči

Vyskytly se případy nátlaku rodiny na klienta, kterého přesvědčovali, že musí chodit, i když byl rodinný příslušník informován, že se klient necítí dobře.

#### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### DZR4k/Sexuální násilí

#### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Někdy u mužů dochází k uspokojování ve veřejných prostorech nebo si sahají na intimní místa před ostatními klienty.

#### Pracovníci v přímé péči

Nesetkali se s ním.

#### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
DZR4k/Ekonomické násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klienti mají často opatrovníka, což je chrání.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nesetkali se s ním.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

DZR4k/Zanedbávání

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Při vstupování do intimní zóny klienta chybí dostatek empatie, ohleduplnosti.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personál v přímé péči si nevšimne stavu uživatele, kdy např. zapáchá a potřebuje umýt, převléct (klient není ve stavu, kdy by toto byl schopen posoudit).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.1.2.5 Objetivizace z DZR

Níže je provedená objektivizace závěrů ze šetření dle jednotlivých zařízení včetně výskytů násilného jednání. Je zde zhodnocena situace z objektivního názoru experta s využitím subjektivních pohledů klientů a personálu dle potřeby interpretace dané situace.

Tabulka 2.4: Objetivizace zjištěných zkušeností z DZR

<table>
<thead>
<tr>
<th>Domov se zvláštním režimem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DZR1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
U zkoumaných klientů nebylo identifikováno násilné jednání. Násilné jednání psychické, fyzické i sexuální popisoval vedoucí a PPP. Ekonomické násilí bylo identifikováno u klientů předešvším ze strany rodin, případně opatrovníků.

**DZR2**

V tomto zařízení se nacházejí klienti předešvším s duševním onemocněním. Násilní psychické a fyzické zde bylo identifikováno pouze mezi klienty. Bylo zde popisováno sexuální násilí ze strany klientů k PPP. Zaměstnanci jsou proškoleni v oblasti sexuálního chování klientů.

Někteří klienti, kteří ztratí během léčby své psychické poruchy kontrolu nad vlastním jednáním, nejsou vhodní do typu zařízení s volnějším režimem. Vyžadují větší režimová opatření a větší počet personálu. Jsou přeloženi do PN.

Klienti mohou mít obavu před duševním vlivem ze strany klientů, vídí možnost ohrožení cizím člověkem, mají i strach z konkrétního pracovníka (je zde možný blud – on nebo někdo mě zmlátil), pak je nutná spolupráce s psychiatrem. Strach zde také vychází z primárních psychiatrických diagnóz jako důsledek stavu a také z anamnézy před umístěním do ústavu (děsivé ohrožení zážitky – někdo je bil, ohrožoval, vydíral).

Přijetí klienta posuzuje odborná komise: vedoucí zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník. Při alkoholismu je nutná abstinence/přeléčení od alkoholu, a pak nastavení léčby, kterou je nutno dodržovat. Vhodné je zde nastavit omezení svéprávnosti, za účelem znemožnění klienta k přístupu k financím a tím vyřádnání alkoholu. Pro aplikaci moderních přístupů v péči o duševně nemocné, si vedoucí doplnila vzdělávání v psychiatrii pomocí speciálních kurzů.

**DZR3**

V zařízení nikdy neřešili situaci ohledně násilí. Klienti jsou k sobě přátelští a ze strany personálu nebyla nikdy řešena situace, že by zaměstnanec použil hrubé, agresivní jednání vůči klientovi. Agresivně se klienti chovali pouze k fyzickému zařízení, např. vybavení pokojů, nebo ke kocourům, který je využíván k felinoterapii. Vedoucí domova považuje za ohrožující střídání zaměstnanců, nereagování na potřeby klientů, nevhodné chování klienta k přístupu do ústavu, zákaz návštěv, omezení podpůrných kontaktů s rodinami.

**DZR4k**

Klienti reagují na stálý personál vstřícně, pokud se osoby na daném oddělení střídají, jsou klienti nesvě. Klienti trpí různými stádii demence, ze strany klienti nevyhledávají přítomnost dalších klientů, spíše se venují své nemoci, mají od 19 do 49 lůžek. Začínají mít obavu především ze strany rodin, případně opatrovní domova a PPP. Zaměstnanci jsou proškoleni v psychiatrii a kombinovanou spoluprazi s psychiatrem. Strach zde také vychází z domova klienta k sobě přátelští, omezení svéprávnosti, za účelem znemožnění klienta k přístupu k financím a tím vyřádnání alkoholu. V kontrolní organizaci, cílová skupina klientů: osobu ve věku od 18 do 64 let s mentálním nebo kombinovaným postižením. Kapacita: 1 – 9 lůžek.

### 2.1.3 Chráněné bydlení


**Tabulka 2.5: Základní charakteristika vybraných CHB**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Chráněné bydlení</th>
<th>CHB1</th>
<th>Cílová skupina klientů: osoby ve věku 16 a více let s chronickým duševním onemocněním, s kombinovaným postižením, s mentálním postižením, se zdravotním postižením. Kapacita: 19 – 29 lůžek.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CHB2</td>
<td>Cílová skupina klientů: osoby s chronickým duševním onemocněním, s mentálním postižením, služba není určena imobilním osobám. Kapacita: 30 – 49 lůžek.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHB3</td>
<td>Cílová skupina klientů: osoby ve věku 65 a více let s chronickým onemocněním, s tělesným postižením. Kapacita: 19 – 29 lůžek.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHB4k</td>
<td>Kontrolní organizace, cílová skupina klientů: osoby ve věku od 18 do 64 let s mentálním nebo kombinovaným postižením. Kapacita: 1 – 9 lůžek.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Na základě obecného vymezení násilí dle WHO (viz oddíl 1.2.2) je zde proveden souhrn nejdůležitějších zjištění v oblastech psychického, fyzického, sexuálního, ekonomického násilí a zanedbávání ve zkoumaných zařízeních.

2.1.3.1 Zařízení CHB1

<table>
<thead>
<tr>
<th>CHB1/Psychické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Manipulativní jednání se slabšími klienty, jeden vůdce ovládá druhé, projevuje direktivní chování. Klienti se dokážou napadat slovními vulgarismy, potom je jim to líto. Ve společné obytné buňce vzniká syndrom ponorkové nemoci. Klienti závidí těm, kteří mají rodinu a jezdí k nim na pobyt. Závidí si vše, co ostatní nemohou mít a umí si tím psychicky ublížovat. Pomlouvání. Běžné hádky, konflikty, vyčítají si, co kdo má dělat a nedělá, poučují se navzájem. Jedna z klientek se stále dozadovala péče personálu, neustále k ní jezdila RZP a bezdůvodně zaměstnávala všechny různé úkoly. Byla přeřazena do DZR, kde má větší pozornost a kde je spokojená. Jednalo se o Münchhausenův syndrom, ve kterém pacienti smýšlejí svá anamnestická data a předstírají tělesné nebo duševní příznaky za účelem hospitalizace.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neuvedli.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 2 klienti, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### CHB1/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Páry mohou žít pohromadě. Všichni mají své soukromí. Dívky si vydělávají sexem např. s řidiči kamionu. Mají silné sexuální pudy. Střídají vztahy a musí brát ATK.

**Pracovníci v přímé péči**

Sledují, že lidé s mentálním postižením mají vyšší sexuální potřeby, ovládá je pudovost.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### CHB1/Ekonomické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


**Pracovníci v přímé péči**

Neuvěděli.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
## CHB1/Zanedbávání

### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Kleni musí být ze strany personálu vedení k hygieně. Rodiny neudržují kontakt s klienty, mají z toho špatnou psychiku. Klienti přijedou z domu špinaví i s parazity. Klienti chodí ve starém poškozeném oblečení.

### Pracovníci v přímé péči

Neuvedli.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.3.2 Zařízení CHB2

## CHB2/Psychické násilí

### Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)


Klienti se obávají střetu s okolními obyvateli venku, kteří mají závadné jednání. Klienti nevědí, jak na ně reagovat.

Mezi klienty je vlastní hierarchie hodnot, přinesli si zvyklosti z jiných zařízení, které potom mezi sebou uplatňují, např. platidlo za drobné pomoci. Klienti často řeší zanedbatelné malíčkosti jako zásadní problémy, kterým v důsledku své diagonózy přikládají mimořádný význam.

### Pracovníci v přímé péči

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory ve shodném znění s vedoucí zařízení.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
### CHB2/Fyzické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


**Pracovníci v přímé péči**

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### CHB2/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Sexuální projevy probíhají v soukromí. Klienti intenzivně prožívají své vztahy. Objevují se žálivé scény mezi klienty, následují útěky z bydlení. Jelikož většina z nich nenajde cestu zpátky, klienty občas hledají věc pokud někdo všimne, nebo požádají o pomoc.

**Pracovníci v přímé péči**

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### CHB2/Ekonomické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti se potýkají s exekucemi, berou si spotřebitelské úvěry, které mají problém splácet; sociální pracovnice pak domlovuji s bankami způsob splácení. Klienti si dokážou půjčit 20 000 Kč a projist je na večeřích v restauracích, pozvou i ostatní bez přemýšlení, co bude dál a jak budou částku splácet. K dlouhům přišli většinou před příchodem do zařízení, nebo je stihla vyrobí sami, než u nich dojde k omezení své právního vztahu. Dochází k vydirání klientů rodinami, rodinným opatrovníkem, berou si na ně úvěry. Následně zde klienti nemají z čeho žít. Boji se vymahačů. Chodí si půjčecou i mezi sebou, a pak si to nemají z čeho vrátit. Platidlo je zde káva a cigarety. Ekonomické dopady řeší sociální pracovnice, např. platba za odpady za 10 let je 30 000 Kč. Vezmou si půjčku a vedou hedonistický způsob života, než dojdou na konec, který je neřešitelný. Klienti jsou snadno manipulovatelní mobilními operátory,
nabízenými službami přes internet, nabízenými výrobky, jímž se stěží odvolává. Exekuce jsou nevyvahatelné, nemají jim co vzt, maximálně se jim sníží kapesné.

Klienti zde mají vyšší sklon k závislostem. Mezi klienty probíhá výměnný neférový obchod: „Já ti teď dáš 1 kafe, ale ty mi potom vrátíš 2.“

### Pracovníci v přímé péči

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### CHB2/Zanedbávání

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti musí být ze strany personálu vedeni k hygieně. Jsou zde soběstační a nezávislí na službách personálu. Je zde pouze dohled.

Rodiny klienty navštěvují málo, nebo mezi sebou málo udržují kontakt. Je běžné, že než se u klientů přišlo na duševní poruchu, stihli si poškodit vztahy v rodině. Členové rodiny pak nemají zájem se s nimi kontaktovat.

### Pracovníci v přímé péči

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.3.3 Zařízení CHB3

**CHB3/Psychické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Pracovníci v přímé péči


Klienti někdy nejsou spokojeni s péčí a přejejí si nadstandardní úkony, které nebyly ve smlouvě a nejsou v možnostech zařízení. Pokud se klientům ihned nevyhoví, jsou podrážděni, mají za to, že se jim vyhovět nechce.

CHB3/Fyzické násilí

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Kopání do věcí, házení věcmi. Údery, podrážení nohou, strkání do sebe

Pracovníci v přímé péči

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

CHB3/Sexuální násilí

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Pracovníci v přímé péči

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

CHB3/Ekonomické násilí

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)


Pracovníci v přímé péči

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

CHB3/Zanedbávání

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Klienti musí být ze strany personálu vedeni k hygieně. Klienti však nechtějí na svém způsobu života nic měnit, tvrdí, že tak žili vždycky. Pokud si sjednají službu mimo smlouvu, nechtějí slyšet o splnění povinností z toho plynoucí. Ihned se urážejí, nafukují problém, nekomunikují, nespolupracují. Rodiny neudržují kontakt s klienty, mají z toho špatnou psychiku.

Pracovníci v přímé péči

Pracovníci v přímé péči formulovali své názory totožně s vedoucí zařízení.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
## 2.1.3.4 Zařízení CHB4k

<table>
<thead>
<tr>
<th>CHB4k/Psychické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dochází ke slovním útokům mezi klienty, vulgární hovor je ovlivněn psychickou náladovostí, je veden vůči klientům i personálu. Stalo se, že pracovník v kritický situaci nezvládl klienta a vyčinil mu. Klienti si pro poruchu komunikace a duševní poruchy navzájem nerozumí.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psychická pohoda mezi klienty je velice proměnlivá. Někdy se nesnesou, nadávají si a musí být od sebe odděleni. PPP musí korigovat vztahy mezi klienty vzhledem k jejich psychiatrickým diagnózám.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Klienti

| Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 3 klienti, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2). |

<table>
<thead>
<tr>
<th>CHB4k/Fyzické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mezi klienty dochází ke škrábání, tahání za vlasy, štípání, plivání, fackování. Při jízdě autem na nákup klient napadl řidiče a škrtil ho, klient odvezen do PN pro psychotickou ataku.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pokud klienti cítí, že nemají pozornost, vzniká problém, všichni v sobě mají potenciální agresi, např. házet věcmi. Tichý psychický přetlak se neočekávaně přeleje v agresivní výbuch.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Klienti

| Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2). |

<table>
<thead>
<tr>
<th>CHB4k/Sexuální násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pracovníci v přímé péči</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuvědli.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CHB4k/Ekonomické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Někteří opatrovníci omezují klienty na jejich potřebách. Někteří klienti jsou omezeni na svéprávnosti. Učí se nakládat s penězi, jelikož nerozumí jejich hodnotě. S rodinami se také musí pracovat, aby rozuměli situaci klienta a neomezovali je na životních potřebách.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neuvědli.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CHB4k/Zanedbávání</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Když ředitelka nastoupila do zařízení, musela výrazně obměnit kolektiv, pokud chtěla dosáhnout humanizace zařízení. Byla nastavena nová pravidla. Ředitelka změnila kulturu organizace za cenu podání trestních oznámení pro zanedbávání péče a následným rozvázáním pracovních poměrů. Pracovníci v minulosti uráželi klienty, fyzicky je napadali, porušovali lidská práva klientů, podněty od ředitelky přijímal s nevolí.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovníci v přímé péči</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neuvědli.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.1.3.5 Objektivizace z CHB

Níže je provedená objektivizace závěrů ze šetření dle jednotlivých zařízení včetně výskytu násilného jednání. Je zde zhodnocena situace z objektivního náhledu experta s využitím subjektivních pohledů klientů a personálu dle pořádky interpretace dané situace.

Tabulka 2.6: Objektivizace zjištěných zkušeností CHB

<table>
<thead>
<tr>
<th>C/ Chráněné bydlení</th>
<th>CHB1</th>
<th>Klienti, kteří o víkendu nejezdí za rodinou, mívají pocit osamění v bytě, ve kterém zůstanou sami. Pracovníci proto některé klienty umísťují na víkend do hlavní budovy do pohotovostní místnosti. V zařízení se stalo, že měli klienta, který z psychiatričkých důvodů zuřil, proto měli nastavená bezpečnostní opatření: když se začal zuřivě projevovat, zavírali dveře pokojů ostatních klientů. Následovalo převoz daného klienta do PN, posléze do DZR. Další kritická situace vznikla, když se za klientkou opakovaně v noci dobýval její opilý přítel. Klienti se o víkendu rostoucí negativní zkušenosti s fyzickým, psychickým, sexuálním násilím mimo a před vstupem do zařízení, které nyní považují za bezpečný domov.</th>
</tr>
</thead>
</table>

2.1.4 Týdenní stacionáře

U tohoto druhu služby jsou v ČR především zařízení s menší kapacitou lůžek, z celkem 49 registrovaných služeb jen 12 zařízení má více než 18 lůžek. Byla vybrána 2 zařízení, která mají od 19 do 29 lůžek, a jedno zařízení které je větší. V kontrolním podsouboru bylo zařízení s kapacitou objektu 10 až 18 lůžek.

Tabulka 2.7: Základní charakteristika vybraných TS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Týdenní stacionáře</th>
<th>Cílová skupina klientů: osoby ve věku 15 do 50 let s mentálním postižením, s chronickým duševním onemocněním nebo kombinovaným postižením, které dodržují pravidla společného soužití a neohrožují svým chováním sebe ani okolí. Kapacita: 19 – 29 lůžek</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TS1/Psychické násilí</td>
<td>Cílová skupina klientů: osoby ve věku 16 až 64 s mentálním postižením nebo s kombinovaným postižením. Kapacita: 19 – 29 lůžek.</td>
</tr>
<tr>
<td>TS2</td>
<td>Cílová skupina klientů: osoby od 6 do 40 let s tělesným postižením, s kombinováným postižením, s mentálním postižením bez poruch chování. Dále pak osoby s jiným zdravotním postižením, např. osoby s poruchou autistického spektra bez projevů dlouhodobě nezvladatelné agrese. Kapacita: nad 30 lůžek.</td>
</tr>
<tr>
<td>TS3</td>
<td>Kontrolní organizace, cílová skupina klientů: osoby ve věku 50 a více let s demencí nebo zdravotním postižením a se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc a podporu 24 hod denně. Kapacita: 10 – 18 lůžek.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Na základě obecného vymezení násilí dle WHO (viz oddíl 1.2.2) je zde proveden souhrn nejdůležitějších zjišťení v oblastech psychického, fyzického, sexuálního, ekonomického násilí a zanedbávání ve zkoumaných zařízeních.

2.1.4.1 Zařízení TS1

<table>
<thead>
<tr>
<th>TS1/Psychické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</td>
</tr>
<tr>
<td>Slovní útoky mezi klienty, vulgární hovor ovlivněn psychickou náladovostí klientů je veden vůči dalším klientům i personálů.</td>
</tr>
<tr>
<td>Pracovníci v přímé péči</td>
</tr>
<tr>
<td>Nadávky, urážky, slovní útoku, vulgární slovní útoky, vyhrožování, pomlouvání některých osob z personálu.</td>
</tr>
<tr>
<td>Klienti</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů bylo identifikováno 5 klientů, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>TS1/Fyzické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mezi klienty dochází ke škrábání, tahání za vlasy, štipání, kousání, plivání, fackování.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Dochází ke kousání, škrábání, fackování, kopancům, úderům do zad, klienti se poperou, strkají jeden do druhého. Týká se to také napadení zaměstnanců.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů bylo identifikováno 4 klienti, kteří se setkali s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>TS1/Sexuální násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ze strany klientů dochází k plácání žen (klientů i PPP) po zadku. Zaměstnanci jsou proškoleni a mají protokol o sexuálním chování klientů. Klienti jsou poučeni o tom, kde mohou být v soukromí a vykonávat svou sexuální potřebu. Došlo k situaci, kdy si jeden klient ve veřejných prostorách v zařízení stáhl kalhoty – byl pak pracovníkem poučen. Další klient má nařízenou sexuologickou léčbou, v domácím prostředí obtěžoval malé děti. Rodina uvedla klientův sexuální problém a klient je pravidelně dopravován k léčbě.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**TS1/Ekonomické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


**Pracovníci v přímé péči**

Stává se, že rodina či známý uzavře půjčku na klienta; rodina se nechává hostit na úkor klienta, klient dostává velmi malé kapesné od opatrovníka, klient okrádá jiného klienta, rodiče žijí z peněz klienta.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

**TS1/Zanedbávání**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Neuvádí.

**Pracovníci v přímé péči**


**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
2.1.4.2 Zařízení TS2

<table>
<thead>
<tr>
<th>TS2/Psychické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Slovní útoky mezi klienty, vulgární hovor ovlivněn psychickou náladovostí, je veden vůči klientům i personálu. Klienti s lehčím postižením využívají ty s těžším postižením. Takové chování je vůči postiženějšímu až hrubě manipulativní, doslovně si někteří diktují naplňování svých potřeb.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Nadávky, urážky, slovní útoky, vulgarismy, vyhrožování, pomlouvání personálu nebo klientů navzájem. Psychická manipulace méně postižených s postiženějšími klienty, direktní jednání k slabším. Provokativní vystupování vůči okolí, snaží se projevovat svůj dominantní vliv a nastavovat pravidla ve prospěch vlastní osoby.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Klienti |
| Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 2 klienti, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2). |

<table>
<thead>
<tr>
<th>TS2/Fyzické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mezi klienty dochází ke škrábání, kousání, plivání, fackování. Ojediněle je insultován také personál při řešení sporů klientů, když se je snaží držet od sebe. Po napadení personálu se klienti jdou sami omluvit.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mezi klienty padají facky, kopance, poperou se, strajší jeden do druhého; týká se to i agrese vůči zaměstnancům. Po napadení personálu svého činu litují a chodí se omluvit. Někteří klienti se bojí jezdit domů pro násilí v rodině vedené proti jejich osobě. Jeden klient uvádí, že je doma škrcen matkou.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Klienti |
| Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 3 klienti, kteří se setkali s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2). |

<table>
<thead>
<tr>
<th>TS2/Sexuální násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>V případě sexuální frustrace se může vyskytnout mezi klienty agresivita. Zaměstnanci jsou proškoleni pro tento účel. Mají protokol o sexuálním chování klientů a klienti jsou poučení, kde mohou být v soukromí a vykonávat svou sexuální potřebu. V zařízení je možné, aby klienti měli spolu vztah. Stalo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
se, že klientka navázala v zařízení partnerský vztah, ale rodina s tím nesouhlasila a nedovolila ji používat antikoncepci.

**Pracovníci v přímé péči**

Dochází k ohmatávání, plácání všech žen v zařízení po zadku, obnažování se mezi ostatními klienty, hlazení druhých klientů nebo personálu se sexuálním podtextem, provedení masturbace uprostřed místnosti s ostatními.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### TS2/Ekonomické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Zařízení poskytuje svým klientům kávu i čaj, v tomto směru se nevyskytují žádné problémy v podobě krádeže nebo v obchodování s těmito artikly. V některých případech rodiny klientů/opatrovníci poskytují svým dětem velmi nízké kapesné, tj. 20 Kč na týden, které nestačí na úhradu společných aktivit (divadlo, kino, koncert apod.). Tito klienti se společné akce nemohou účastnit a musí zůstat ve stacionáři, rodiny na tuto situaci nereflektují. V některých případech stacionář hradí vstupné z poskytnutých sponzorských darů, aby se akce mohli zúčastnit všechni klienti.

**Pracovníci v přímé péči**

Téma kapesné bylo pro některé rodiny nepochopitelné, protože se domněvali, že klient v zařízení má vše dostupné a proto nic více nepotřebuje. Osvětou se situace zlepšila. Rodiny nebyly ochotny přispět na zvýšení životní úrovně svých dětí ani dospělých klientů. Stávalo se také, že rodina uzavírala půjčku na klienta. Někteří mají velmi malé kapesné, sociálně slabší rodiče žijí i z peněz klientů s jejich vědomím.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### TS2/Zanedbávání

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti s lepším sociálním statutem bývají nespokojeni v tom, že nedostávají vše stejně tak, jak to mají doma. Je pro ně náročné se s tím srovnat.

Rodiny se chovají ohrožujícím způsobem vůči klientovi, až v polovině případů navštěvují lékaře svého dítěte sami, proto se stává, že lékař dítě nevidí i několik měsíců, mezitím se jeho především mentální

**Pracovníci v přímé péči**

Nedostatek financí od opatrovníků. Problematická domluva s rodinami ohledně zdravotní péče (nechtějí platit antikoncepci dívákům, nevoudí klienty k pravidelným kontrolám u lékaře, jen mu zavolají, dodají léky, ale klient by potřeboval například konzultaci a změnu léků). Klienti mají nedostatek obléčení, chodí otrhaní v nevyhovujícím prádle. Nepochopení sexuálních potřeb klientů ze strany rodiny, neakceptování partnerských dvojic, odmítání diskuze na toto téma.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

**2.1.4.3 Zařízení TS3**

**TS3/Psychické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Dochází ke slovním útokům mezi klienty, k personálu, k rodičům. Vulgární hovor, vyhořování mezi sebou, rodičům. Někteří klienti mají natolik sobecké projevy, že jsou stále v konfliktu s ostatními klienty.

**Pracovníci v přímé péči**

Zaměstnanci v přímé péči zde korigují vtahy mezi mládeží, ale také ve vztahu ke klientům s psychiatrickými diagnózami. V rámci dospívající komunity zde převládají přátelské vazby a problémy se týkají především osobních vztahů, někteří klienti si říkají bratře a sestra, jsou zde i partnerské vztahy.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
**TS3/Fyzické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


**Pracovníci v přímé péči**

Klienti s psychiatrickou diagnózou jsou snášení touto komunitou špatně. Někteří klienti, kteří ztratí během léčby své psychické poruchy kontrolu nad vlastním jednáním, nejsou vhodní do typu zařízení s volným režimem (zde se jednalo o klienty s PAS). Vyžadují větší režimová opatření a větší počet personálu. Tato situace ohrožuje ostatní klenty na bezpečí, kteří se bojí nepředvídatelných agresivních reakcí. Uživatelé chtějí po personálu, aby je ukryli před agresivním klientem.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byl identifikován 1 klient, který se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

**TS3/Sexuální násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Nemožnost najít si partnera a nenaplněná touha po někom se odráží ve výkyvech nálad a podrážděném chování. Školením o sexualitě prošli všichni pracovníci, nelze podceňovat sexuální výchovu u mládeže, jelikož mezí intimního prostoru pro naplnění této potřeby vede u některých klientů ke svlékání se před ostatními, nechtěné doteky na intimních místech vůči ostatním. Stres ze vznikajícího tabu, strach z reakcí ostatních a rodiny při neřešení této situace způsobuje zhoršování psychického stavu, depresi, agresivitu. V zařízení mají protokol o sexuálním chování klientů a klienti jsou poučeni, kde mohou být v soukromí a vykonávat svou sexuální potřebu. V zařízení je možné, aby klienti měli spolu vztah a mohli být intimně v určeném prostoru nebo po domluvě na pokoji, od kterého mají také klíče.

**Pracovníci v přímé péči**

Pracovníci uváděli stejné informace v souladu s vedoucím.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
**TS3/Ekonomické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

V některých případech rodiny klientů/opatrovníci poskytují svým dětem velmi nízké kapesné, které nestačí na úhradu hygienických prostředků, oblečení, osobních potřeb. Rodiny jsou vůči dětem skupé a finance si nechávají. Klienti si půjčují peníze, které si obtížně vracejí, vznikají z toho spory, někdy je totiž vrátit nemají z čeho. Občas se řeší i krádež mezi klienty.

**Pracovníci v přímé péči**

Pracovníci uváděli stejné informace v souladu s vedoucím.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

**TS3/Zanedbávání**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti bojují s personálem a nedodržují osobní hygienu, dokážou odmítat vše spojené s osobní hygienou. Po víkendu také přijedou špinaví, neumytí. Rodiče si na tuto situaci stěžují jako nedostatek péče, řešení je v náročné komunikaci s klientem a působení na jeho psychický stav. Nedostatečná péče bývá také důsledkem nedostatečné empatie u pracovníků v přímé péči, kteří mají jen odborný kurz pro svou práci, tento stav se snaží zařízení řešit a to větší vzdělaností a širším náhledem na situaci u těchto pracovníků. Praxe ukazuje, že jen kurzy pro tuto práci nestačí.

Rodiny nedodržují nařízenou léčbu, nepodávají nastavenou medikaci svým dětem pravidelně, či svévolně snižují dávky ve snaze ochránit své dítě před případnými vedlejšími účinky léků. Rodiče doma vysadí klientům léky a ti se vrátí po víkendech do zařízení v dekompenzovaném psychickém stavu, který přetrvává několik dnů. Poté odjedou opět na víkend ke své rodině.

**Pracovníci v přímé péči**

Pracovníci uváděli stejné informace v souladu s vedoucím.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
### 2.1.4.4 Zařízení TS4k

#### TS4k/Psychické násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Popis situace v zařízení ze strany vedoucího je zcela v souladu pracovníců v přímé péči.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klienti mají výkyvy nálad a paťří k tomu i hrubé vulgární projevy, strhávají na sebe pozornost. Problémoví jsou bývalí alkoholici. Vyskytly se zde i rasistické projevy k jedné klientce, byla to Indka. Klienti, kteří jsou v lepší zdravotní kondici než ostatní, využívají své pozice a urážejí ty postiženější, např. „ty krávo, smrdiš“.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

#### TS4k/Fyzické násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Popis situace v zařízení ze strany vedoucího je zcela v souladu pracovníců v přímé péči.</th>
</tr>
</thead>
</table>

#### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

#### TS4k/Sexuální násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Popis situace v zařízení ze strany vedoucího je zcela v souladu pracovníců v přímé péči.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>V současnosti tato cílová skupina nemá vůči sobě sexuální projevy. V minulosti měli klientku, která nabízela svou přítulnost, a muži s tím souhlasili; v zařízení měli k tomuto projevu lidský přístup. Setkali se také s klienty, kteří obtěžovali druhé doteky; vše se vyřešilo domluvou.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
TS4k/Ekonomické násilí

**Popis situace v zařízení ze strany vedoucí je zcela v souladu pracovnicí v přímé péči.**


**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

TS4k/Zanedbávání

**Popis situace v zařízení ze strany vedoucí je zcela v souladu pracovnicí v přímé péči.**

Klientům se nechce nic dělat, ani provádět hygienu. Je nutná klidná domluva a pobízení.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

2.1.4.5 Objektivizace z TS

Níže je provedená objektivizace závěrů ze šetření dle jednotlivých zařízení včetně výskytu násilného jednání. Je zde zhodnocena situace z objektivního názoru experta s využitím subjektivních pohledů klientů a personálu dle potřeby interpretace dané situace.

**Tabulka 2.8: Objektivizace zjištěných zkušeností z TS**

| Týdenní stacionáře | TS1 | Dům je bariérový, pro klienty je obtížná dostupnost rehabilitačního centra, které je v horním patře domu, kde není výtah. Organizace má sepsaný velký investiční záměr o nové výstavbě s cílem přesunout rehabilitační centrum do přízemí a vybudovat nové byty, které budou vždy pro jednoho klienta. Problém v zařízení je také stísněnost prostoru, nedostatek soukromí, nedostatek hygieny. Na směnách je dostatečná obsazenost personálem, při výměnách služeb je zde vstřícnost nadřízených, finančních příjmů je slíben, pracují zde rádi i za těchto podmínek. Na pokojích mezi klienty se střídají nálady, které jsou ovlivněny také psychickým onemocněním některých klientů. Vztahy mezi klienty a personálem jsou však zjevně nadstandardní a rodinné. Za jednoznačně nejproblématické se jeví klienti s PAS a těžkými duševními poruchami. Jsou huční, konfliktní, vulgární, všeho se tičí s nimi jít v rozporu. PPP odsoudili, že někteří z těchto klientů nevzdávají svůj stav po konzumaci kávy či kolových nápojů, musejí mít úpravu stravy, jinak jsou agitovaní (psychomotorický neklid), nevzdávají svého činu. U agitovaných klientů je nastaven vhodný denní režim pro potlačení agrese.
např. nepoužívat IT tablet, nesledovat TV - mohou zde být nebezpečné podněty, ze kterých jsou klienti rozrušení a vyloží si situaci nesprávně, nepřílíšavě k interpretovánímu ději. Někteří klienti, jenž ztratí během léčby své psychické poruchy kontrolu nad vlastním jednáním, nejsou vhodni do typu zařízení s volnějším režimem. Vyžadují větší režimová opatření a větší počet personálu, následuje přeložení do psychiatrické nemocnice, nová diagnostika a následné umístění do DZR. Z 5 zkoumaných klientů se všichni setkali s psychickým násilím a 4 s fyzickým násilím v zařízení. V okolí zařízení byli ohrožování krádežemi, psychickým násilím, vyhrůžováním. Rovněž dle klientů samostatná cesta domů vystavuje klienty riziku ohrožení ekonomickým a psychickým násilím. 

**TS2**

Pracovníci tohoto zařízení chrání své klienty proti agresivitě jiného klienta v zařízení, s čímž se občas setkávají. Případnou agresivitu, která se mezi klienty objeví, řeší klienti nejdříve s kterýmkoli pracovníkem, kterého potkají jako prvního. O incidentu je následně informován celý stacionář. Kontaktní osobou je vždy pracovník směny jednotlivých skupin. V zařízení je nízký počet pracovníků na vysoký počet klientů, potřeba je 1 pracovník na 3 klienty. Klienti bojují o přízeň pracovníků, vníkají tak třetí plochy a přetlak, zvláště u pacientů s PAS ve spojitosti s mentálním postižením.

**TS3**

V rámci dospívající komunity zde převládají přátelské vazby a problémy se týkají především osobních vztahů v kolektivu. Mladí lidé nemají potřebu sdělovat své problémy pracovníkům v přímé péči, jen k některým mají důvěru do svých rodičů, ke svým přátelům, ale také k třetí ploše. Rovněž u dospívajících komunit zde převažují přátelské vazby a problémy se týkají především přátelství a vztahů mezi příbuznými, mezi rodiči a dětmi. Klienti se setkávají s fyzickým násilím v zařízení. Klienti rovněž popisovali závažné psychické i fyzické násilí v rodině. Vedení zařízení bylo o této zjištěné situaci informováno experty.
souvisí také se situací, která se odehrává u klientů doma například ve vztahu k rodičům. Nepodchycená situace se může vyhrotit ve osobní psychické a fyzické stránce. Někteří mladí klienti obvykle řádně reagují na direktivní nátlak některých vychovatelů, kteří požadují zvyšit námahu při úklidu pokoje, vstát včas do školy (klienti na vozíku potřebují ráno více času na hygienu), důraz na plnění povinností klienta. Zanedbávání osobní hygieny a neochota plnit povinnosti může vést ke zhoršení celkového stavu klienta po psychické i fyzické stránce. Ve stacionáři bývají umístěni i klienti s lehčí formou PAS, v tomto případě bývá obtížně soužití s ostatními klienty pro časté konflikty vznikající náhle, nepředvídatelně. Mohou ohrožovat fyzickými útoky ostatní, nejhůře reagují na jakékoliv změny oproti běžnému režimu či zvyklostem. Mezi zkoumanými klienty byl pouze 1 klient, který se setkal s psychickým i fyzickým násilím v zařízení. Násilí v zařízení nebylo podchyceno, mimo klienta s PAS. Jedna klientka během výzkumného rozhovoru uvedla, že prochází v náhradní rodinné péči sexuálním násilím za strany pěstouna. Podnět byl se souhlasem klientky předán vedení zařízení k dalšímu řešení.

2.1.5 Sociální rehabilitace (pobytová forma)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Table 2.9: Základní charakteristika vybraných SR</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SR1</strong> Cílová skupina klientů: dospělé osoby s různými druhy postižení. Kapacita: 19 – 29 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SR2</strong> Cílová skupina klientů: dospělé osoby s různými druhy postižení. Kapacita: 19 – 29 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SR3</strong> Cílová skupina klientů: dospělé osoby s různými druhy postižení. Kapacita: 19 – 29 lůžek</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SR4k</strong> Kontrolní organizace, cílová skupina klientů: dospělé osoby s různými druhy postižení. Kapacita: méně než 18 lůžek</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Na základě obecného vymezení násilí dle WHO (viz oddíl 1.2.2) je zde proveden souhrn nejdůležitějších zjišťení v oblastech psychického, fyzického, sexuálního, ekonomického násilí a zanedbávání ve zkoumaných zařízeních.
2.1.5.1 Zařízení SR1

### SR1/Psychické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


### Pracovníci v přímé péči


### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### SR1/Fyzické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Objevily se i situace, kdy klient s kombinovaným postižením spojeným s autismem (duševní porucha) napadl občas ostatní klienty i personal. V důsledku toho byla po dohodě s matkou rozvázaná smlouva. Důvodem agresivního chování klienta byly problémy v rodině, rozvod rodičů, otec nechtěl platit výživné. Klient byl částečně zbaven své právní svobody v některých úkonech. Za těchto okolností se cítili ohrožení klienti i zaměstnanci, řešení odchodem požadovali všichni v zařízení.

### Pracovníci v přímé péči

Klienti si uštědří fačky, poperou se, strkají jeden do druhého, házejí po sobě věci. V minulosti se stalo, že klient s PAS a zároveň s duševní poruchou dokonce převracel stoly, byl nepředviditelný. Nikdo nepřišel na to, co spouštělo jeho agresivní reakce. Jiní klienti s PAS jsou ale v pohodě, často záleží na rodinném zázemí klientů, podporování jejich nastaveného režimu.
### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### SR1/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klient ve věku 25 až 30 let měl potřebu dotýkat se ostatních nevhodným způsobem, jelikož nerozuměl svým tělesným sexuálním potřebám. Po konzultaci s psycholožkou a matkou se situace řešila a došlo ke zklidnění celého stavu.

**Pracovníci v přímé péči**

Objevují se případy jakoby náhodného ohmatávání žen, vztahy mladých dívek je nutno řešit antikoncepcí.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### SR1/Ekonomické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Klienti tvrdí, že se stává, že v některých rodinách je vyvíjen na klienty finanční nátlak, rodina po nich chce peníze. Co se zařízení týče, případné ztracené věci jsou donášeny do kanceláře ředitelky, klientům někdy vyprodány z kapsy peníze nebo mobil. Nikdy se nestalo, že by někdo něco ztratil a nikdy se to nenašlo. Spory jsou někdy jen kvůli jídlu, které někdo někomu sní z lednice (většinou omylem) ve cvičné kuchyni. Na pokojích mají klienti svou vlastní lednici. Instruktor okamžitě uvědomí ředitelku (viz situace v minulosti s autistickým klientem). Vyskytla se 1 klientka, která ze zařízení pravidelně odnášela ručníky. Byla s ní okamžitě vypovězena smlouva.

**Pracovníci v přímé péči**

Kradou si věci ze společné ledničky, nakupují levně věci ze společné dílny a přeprodávají je dráž – je to neetické, ale mají velmi malé kapesné, klient okrádá jiného klienta, rodiny žijí z peněz klienta.

### Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
### SR1/Zanedbávání

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

V zařízení žádné stížnosti nejsou. Personál je vstřícný. Pouze mimo areál se setkávají s apatií spoluobčanů, kteří postiženým nepomohou.

**Pracovníci v přímé péči**

Zanedbávání ze strany klientů k sobě samým, nemají ochotu pečovat o vlastní osobu ani po neustálém připomínání, některé je nutné přemlouvat ke koupeli. Klienti kolem sebe vytvářejí stále nepořádek, který nejsou ochotni uklidit. Ze strany rodiny se stalo, že klient přijížděl z domu hladový, bez peněz s nedostatkem prádla a léta to nikdo neřešil, až po smrti matky.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.5.2 Zařízení SR2

**SR2/Psychické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


**Pracovníci v přímé péči**

Občasné jedovaté poznámky klientů vůči sobě, občasné vulgarismy nadávky, urážky, slovní útoky, nevyrovnaní klienti mají potřebu se zviditelnit. Klienti někdy mají rodinné spory (s matkou, partnerkou). Výskyt ve velmi malé míře.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
<table>
<thead>
<tr>
<th>SR2/Fyzické násilí</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
<td><strong>Žádné neuvádí.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
<td><strong>Někdy mezi klienty dojde ke kousání, tahání za vlasy nebo postrkování. Chtěli dát najevo, kdo je silnější.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
<td><strong>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>SR2/Sexuální násilí</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
<td><strong>V zařízení jsou respektovány vztahy, které mezi klienty vzniknou. Někdy však mají opatrovníci ke vztahům svých klientů/opatrovanců negativní postoj, který je pak pro klienty nepříjemnou zátěží.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
<td><strong>Objevují se případy jakoby náhodných intimních doteků, ojediněle nevhodné řeči se sexuálním podtextem.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
<td><strong>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>SR2/Ekonomické násilí</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
<td><strong>Před 2 lety byla řešena krádež na pokojích.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
<td><strong>Objevují se krádeže věcí, mezi klienty jsou patrné finanční rozdíly, někteří nemají stejné možnosti nákupu osobních potřeb navíc jako ostatní, jsou z toho rozmrzeli.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
<td><strong>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SR2/Zanedbávání

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

V zařízení žádné stížnosti nejsou. Personál je vstřícný. Klienti musí především dodržovat vlastní hygienu pro pobyt ve fyzioterapii.

**Pracovníci v přímé péči**

Zanedbávání ze strany klientů k sobě samým, nejsou ochotni pečovat o vlastní osobu ani po neustáleém připomínání, nechtějí to slyšet.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### 2.1.5.3 Zařízení SR3

**SR3/Psychické násilí**

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**


Ze strany zaměstnanců se občas objeví netaktní jednání 1–2x za rok.

**Pracovníci v přímé péči**


**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).
### SR3/Fyzické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Žádné neuvádí. Důraz je klidan na skupinovou terapii, rozvíjí to vztahy mezi klienty.

**Pracovníci v přímé péči**

Klient napadl zaměstnance. V jiném případě byl klient při neposlušnosti fyzicky udeřen personálem. Nevhodné, bolestivé zacházení s klientem při polohování, při přesunu v rámci fyzioterapie.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

### SR3/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Žádné neuvádí.

**Pracovníci v přímé péči**

Vyskytují se jakoby náhodná ohmatávání intimních míst, ojediněle nevhodné řeči, sexuální návrhy při hygienické péči. Slovní nebo fyzické sexuální obtěžování personálu, dožadovali se naplnění této potřeby, sexuální dvojsmyslné narážky, vtipky.

Došlo také k případu, kdy si klient přivezl do zařízení manželku, ke svému povyražení si objednali striptýz. Do smlouvy je tedy nadále zařazeno téma o společenským slušném a přijatelném chování.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

---

### SR3/Ekonомické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Stává se, že rodina hospodaří s financemi klienta, což se zjistí při požadavku na zajištění klientova většího komfortu, např. nákup pomůcek a jiných potřeb. Zařízení jinak do klientovy finanční situace nevidí, klienti zde pobývají krátké.

**Pracovníci v přímé péči**

Vyžadování úplatků za poskytnuté služby ze strany personálu. Vyžadování financí za neplacenou službu ze strany personálu.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>SR3/Zanedbávání</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Občas se stane, že personál nedotahuje linky ve své péči a v úkonech, nějakou službu vynechá.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Zanedbávání ze strany klientů k sobě samým, nemají ochotu pečovat o vlastní osobu ani po neustálém připomínání, nechtějí to slyšet, neošetřují si ani bérové vředy, zatěžují tím personál a znesnadňují rehabilitaci. Přehlížení problémů, které mohou být pro klienta rizikové a neaktivita je předběžně řešit, než mohou klienta poškodit.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klienti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 2.1.5.4 Zařízení SR4k

<table>
<thead>
<tr>
<th>SR4k/Psychické násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mezi klienty se objevují slovní útoky, vulgarismy, zasmušťování, pomluvy, urážky. Občas se mezi klienty vyskytne diktátor, který má nacvičené stereotypy chování (např. z dětského domova). Mají schopnost být úžasně do chvíle, než je po nich něco požadováno, zde nastává zlom a nastanou konflikty, problémy. Tyto typy osob dokážou odhadnout, kdo má kde slabou stránku a na ni zaútočit.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pracovníci v přímé péči</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mezi klienty dochází k hrubému chování, verbálním útokům, vyhrožování, manipulaci, nadávkám, vymýšlení si problémů a následné manipulaci s ostatními, pomluvání a konstrukce konfliktů, zasmušťování (posměch „umřel ti táta“), zapírání skutečností, kdy rodina klientovi lže („to mu nemůžeme říci“). Objeví se kápo a uplatní princip nadřazenosti a podřazenosti (ostatní se pak boji).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Klienti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 4 klienti, kteří se setkali s psychickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SR4k/Fyzické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Při psychotické atace u klientů dojde k házení věcmi. Udeř do zad druhého klienta, často náhle.

**Pracovníci v přímé péči**

Dochází k napadení mezi klienty, fackování, poperou se, strkání, házení věcmi po klientech. Klientky se popraly. Na druhé straně se s však klienti dokázou zastát jeden druhého. Stává se, že při pobyttech doma dojde na fyzické útoky na klienta a ti se následně domáhají telefonicky opory a kontaktu s centrem, a to i pokud jsou v nemocnici.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů byli identifikováni 2 klienti, kteří se setkali s fyzickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### SR4k/Sexuální násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

V zařízení mají klienti možnost být spolu intimně. Tvoří spolu lásky a často na sebe žádají. Intimní soužití je řešeno nastavením ATK. V zařízení mají sexuální směrnice. Seznámení jsou s touto situací rodiče, nebo opatrovníků. Sexualita klientů je zde respektována, vyžaduje se od nich, aby si v párech pomáhali. Jsou k tomu v zařízení vedení (společný nákup, společný úklid, vzájemně se poděkuji, pomáhají si i jinak, obslouží se u obědu).

**Pracovníci v přímé péči**

Vyskytují se jakoby náhodné nežádoucí doteky, vulgární komunikace se sexuálním podtextem, popleskování žen, soužití na rameno, dotyky na tělo druhého se sexuálním kontextem. Dotyky i mezi muži, které nejsou v druhé strany žádoucí. U klientek je nutné řešit antikoncepci.

**Klienti**

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se sexuálním násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

### SR4k/Ekonomické násilí

**Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)**

Vyskyto se okrádání klientů opatrovníky nebo rodinami. Zařízení na základě tohoto podezření může podat podnět k soudu k prošetření situace a může nastat i odebrání opatrovnictví.
Pracovníci v přímé péči

V jednom případě klientovi bratři dokázali klientovi sebrat veškeré finance, včetně jeho vydělaných peněz. Dokázali si to vynutit i násilím. Pracovníci zařízení klientovi pomohli a zajistili, že se bratři k penězům klienta nedostanou.

Je běžné, že si klienti půjčují kávu, cigarety a nevracejí si je. Vyzývání kolegy k nákupu bez ohledu na jejich finanční možnosti. Rodiny utrácejí klientovy peníze a zapírají to.

Dokázali si to vynutit i násilím.

Klientovi pomohli a zajistili, že se bratři k penězům klienta nedostanou.


Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal s ekonomickým násilím v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

SR4k/Zanedbávání

Vedoucí (osoba zastupující vedení za poskytovatele)

Žádné neuvádí.

Pracovníci v přímé péči

Je běžné, že rodina klienty emocionálně zanedbává a ti v zařízení psychicky strádají. Mají nedostatek ošacení i kapesného, nedostává se jim dostatek zdravotní a sociální péče. Klienti přijíždějí z domu špinaví, v nevhodném oblečení, nemají s sebou ani svoji věci. Chybí citová odezva a reakce od rodičů. V důsledku citového strádání upouštějí i od koníčků, jsou smutní, mají deprese. V jednom případě matka neposkytla doma klientce zdravotní péči, klientka zůstávala doma bez dozoru, matka tvrdila, že klientka doma nemá epileptické záchvaty, nechtěla je řešit a věnovat jí čas, řešení vždy nechávala na zařízení.

Klienti

Ve zkoumaném vzorku 5 klientů nebyl identifikován žádný klient, který by se setkal se zanedbáváním v zařízení (blíže viz příloha č. 2).

2.1.5.5 Objektivizace z SR

Níže je provedena objektivizace závěrů ze šetření dle jednotlivých zařízení včetně výskytů násilného jednání. Je zde zhodnocena situace z objektivního názoru experta s využitím subjektivních pohledů klientů a personálu dle potřeby interpretace dané situace.

Tabulka 2.10: Objektivizace zjištěných zkušeností ze SR

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</th>
<th>SR1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klienti jsou zde soběstační, nejsou závislí na personálu, kterými jsou sociální pracovnice (1 osoba) a pracovníci v sociálních službách (všichni ostatní). Nejsou zde pozorovány konflikty mezi klienty, personálem a rodinou. Klienti si volí disciplíny, kterých se rádi účastní. Na místě pomoci personálu závisí další uplatnění klienta v praxi. Existují samozřejmě</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
oblíbenější a méně oblíbení pracovníci z řad personálu, ale k žádným konfliktům nedochází. Do zařízení se vrací klienti, kteří zde našli důvěru k řediteři, soukromé záležitosti.


PPP se domnívají, že veškerá pozornost je zaměřena na klienty, která je sice v souladu s cítěním pracovníků, ale mají pocit, že ochrana zaměstnanců je minimální (proti nebezpečnému klientovi), požadavky na zodpovědnost jsou enormní. Bylo by dle PPP vhodné klást větší důraz na úvodní selekci přijímaných klientů. Existuje diagnostický týden pro budoucí klienty, během kterého se seznamují s jednotlivými dílnami a s chodem zařízení. Pracovníci navrhují, aby tato zkušební doba byla delší, aby pracovníci dokázali odhalit případné agresivní chování budoucího klienta a navrhnout jeho nepřijetí do programu.

Nikdo ze zkoumaných klientů se nesetkal s násilím v zařízení. V minulosti nedávné zde měli klienta s PAS, který se stal nezvladatelným agresorem, musela mu být vypověděna smlouva, za motiv selhání klienta vedoucí považuje nedodržování denního režimu klienta ze strany matky.

SR3

Nejsou pozorovány konflikty mezi klienty a rodinou při návštěvách v prostorách zařízení. Klienti si volí disciplíny, kterých se účastní. Existují oblíbenější a méně oblíbení pracovníci z řad personálu, ale k žádným konfliktům nedochází. Do zařízení se vrací klienti, kteří zde našli důvěru k řediteři, soukromé záležitosti.


Tito lidé mají strach z bariér. Také lidé mimo zařízení nemusí být na klienty přijemní, tj., obyvatelé okolí. Celý prostor je propojen a ubytovací část není oddělena, zatímco klienti nikdy nestěhovávali.

Nikdo ze zkoumaných klientů se nesetkal s násilím v zařízení.
Personál permanentně působí na klienty tak, aby předcházeli nevhodnému chování. Klientům zestránu rodiče, kteří už nejsou schopni se o ně postarat, sami jsou už třeba v domově pro seniory a klient už se domů nikdy nedostane, pokud ho nevezme někdo jiný z rodiny, to je velká psychicky zátěžová situace a nepříjemná trvalá změna pro klienta. Nedostatek individuální činnosti v zařízení dle vedoucí skutečně způsobuje napětí a tenzi mezi klienty. Jde z pohledu ředitele/lky o režimové nastavení, stejně jako v běžném životě.

Nedostatek individuální činnosti v zařízení dle vedoucí skutečně způsobuje napětí a tenzi mezi klienty. Jde z pohledu ředitele/lky o režimové nastavení, stejně jako v běžném životě.

Za nejdůležitější považuje nastavení individuální péče o klienta. Po klientech je nutné vyžadovat nějakou/jakoukoliv činnost. Den musí mít pro klienty nastavený režim, i když ho nebudou chtít, nelze nechat klienta bez podnětů. Vychází z přesvědčení, že nadměrné nasazení tlumících léků pro klienty se vyskytuje v zařízeních všude tam, kde klienti mají málo činnosti.

Vyskytne-li se diktátor, svým manipulativním jednáním vůči ostatním rozeštavat celý kollektiv. Často jsou to klienti s psychiatrickou diagnózou. Klienti mají rozdělený den na organizovaný čas do 14.00 hod, kdy dodržují režim, dále mají volnočasové aktivity. Zkušenost zde je, že přílišné respektování přání klienta nevede k jeho spokojenosti, ale k umíněným přáním, jenž vedou ke konfliktům. Klienti se zde cítí velmi spokojeni, mají zde rodinnou atmosféru, PPP spolupracují s rodinami klientů. Respektovat pravidla je důležité pro všechny zúčastněné strany a všichni musí ve spolupráci naskočit, trénovat, snažit se.

Ze zkoumaného vzorku se setkali 4 klienti s psychickým násilím a 2 i s fyzickým násilím.

2.1.6 Kvantifikace výskytu násilí na základě kvalitativního výzkumu uživatelů

Výsledky kvalitativního průzkumu lze do určité míry kvantifikovat s velkým omezením, proto pro pochopení níže uvedených tabulek je nutné vycházet ze zjištění uvedených v příloze č. 2. Kvantitativní výsledky jsou ovlivněny ochotou klientům sdělit tyto zkušenosti a někdy i jejich duševní nebo mentální schopností si násilí uvědomit a zaznamenat. Klienti měli často zkušenosti s násilím před vstupem do zařízení, které na nich bylo pácháno především z důvodu duševního či tělesného postižení, a to na ubytovnách nebo i v rámci rodin, opatrovníků, či při pobytu v jiných zařízeních. Dále se klienti setkávají s násilím i při cestách mimo zařízení, a to především při výletech do okolí, při cestě za rodinou, ale i přímo při pobytu u rodiny. Přímo v zařízení, dle výpovědi klientů, se setkalo 31 % klientů s psychickým násilím a 17 % klientů s fyzickým především ze strany ostatních klientů. Ostatní formy násilí jsou řadově nižší (viz následující tabulka).

Tabulka 2.11: Setkání se s násilím na základě rozhovorů s klienty dle jejich subjektivního vnímání.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlaví</th>
<th>Násilí psychické</th>
<th>Násilí fyzické</th>
<th>Násilí sexuální</th>
<th>Násilí ekonomické</th>
<th>Zanedbávání</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Setkal se s násilím, včetně života před vstupem do tohoto zařízení</td>
<td>Celkem</td>
<td>54%</td>
<td>38%</td>
<td>3%</td>
<td>6%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>51%</td>
<td>34%</td>
<td>4%</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muži</td>
<td>57%</td>
<td>42%</td>
<td>2%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Setkal se s násilím během pobytu v zařízení i při pohybu mimo něj</td>
<td>Celkem</td>
<td>34%</td>
<td>19%</td>
<td>2%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>34%</td>
<td>19%</td>
<td>2%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muži</td>
<td>34%</td>
<td>23%</td>
<td>2%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Setkal se s násilím přímo v zařízení</td>
<td>Celkem</td>
<td>31%</td>
<td>17%</td>
<td>1%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>32%</td>
<td>13%</td>
<td>0%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muži</td>
<td>30%</td>
<td>21%</td>
<td>2%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Ženy oproti mužům se častěji setkaly s psychickým násilím případně ekonomickým, naopak u mužů převažuje fyzické násilí, ale i sexuální násilí. U zanedbávání bylo často uváděno, že zanedbávání je především z důvodu vlastní neochoty k osobní hygieně, ke které jsou nuceni PPP (u této formy je patrná vyšší převaha mužů). Rovněž níže uvedené rozdělení výskytu násilí dle druhu sociální služby je možno brát jen jako orientační vodítko, jelikož jsou zde výrazné rozdíly mezi klienty dle typu postižení v zařízení.
u stejného druhu služby, a rovněž situace u jednoho většího zařízení ovlivňuje výsledky za druh sociálních služeb.

Tabulka 2.12: Setkání se s násilím přímo v zařízení dle druhu sociální služby

<table>
<thead>
<tr>
<th>Typ</th>
<th>Typ násilí</th>
<th>Násilí fyzické</th>
<th>Násilí psychické</th>
<th>Násilí sexuální</th>
<th>Násilí ekonomické</th>
<th>Zanedbávání</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Domov pro osoby se zdravotním postižením</td>
<td>50%</td>
<td>23%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>12%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Domov se zvláštním režimem</td>
<td>10%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chráněné bydlení</td>
<td>30%</td>
<td>10%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Týdenní stacionář</td>
<td>40%</td>
<td>40%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</td>
<td>20%</td>
<td>10%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>31%</td>
<td>17%</td>
<td>1%</td>
<td>1%</td>
<td>3%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Dle subjektivního vyjádření klientů, se většina klientů v zařízení nesetkalo s žádnou formou násilí (67,9%). Pokud se klient setkal s násilím v zařízení, tak u 47,1 % se jednalo o jednu formu násilí, u 44,1 % to byly dvě formy, většinou se jednalo o kombinaci psychického a fyzického násilí, což ukazuje na jejich propojenost.

Tabulka 2.13: Setkání se klientů s formami násilí přímo v zařízení

<table>
<thead>
<tr>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
<th>Podíl klientů, kteří setkali s násilím v zařízení</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>106</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Klient se nesetkal násilím</td>
<td>72</td>
<td>67,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Klient se setkal s násilím</td>
<td>34</td>
<td>32,1</td>
</tr>
<tr>
<td>z toho</td>
<td></td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>s 1 formou násilí</td>
<td>16</td>
<td>15,1</td>
</tr>
<tr>
<td>s 2 formami násilí</td>
<td>15</td>
<td>14,2</td>
</tr>
<tr>
<td>s 3 formami násilí</td>
<td>2</td>
<td>1,9</td>
</tr>
<tr>
<td>s 4 formami násilí</td>
<td>1</td>
<td>0,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>


2.1.7 Identifikace obětí a agresorů ze strany klientů i personálu

Níže je uveden krátký souhrn identifikace obětí a agresorů jak ze strany klientů, tak ze strany pracovníků za všechna zkoumaná zařízení sociálních služeb. Specifika identifikace obětí a výskyt agresorů u jednotlivých družstev poskytovatelů sociálních služeb s příklady, jsou uvedeny v následujících pododdílech.

Pro rozpoznání obětí a agresorů za strany klientů v zařízení je nutno vyjít z poznání projevu spokojeného uživatele a od jeho stavu odvodit v chování klientů odchyly. V zařízeních bylo pro tento účel identifikováno chování klienta těmito způsoby:

- bezproblémové komunikuje s klienty i personálem,
- vyjadřuje poděkování za péči a pobyt ústně, písemně, úsměvem, pochválí za drobné radosti, které si všichni prokazují,
- dochází na aktivizace, do dílen, účastní se společenského života v komunitě zařízení,
- vyjadřuje slověně spokojenost, pohladí, je veselý, sám se zapojuje do aktivizací,
- nedochází u něho k sebeoškofování,
- nedochází k hádkám a osobním konfliktům s jinými klienty a personálem, případně rodinou.
Pokud je klient nespokojený, projevuje to navenek agresí, bouchá do okolních předmětů, slovně napadá klienty i personál, uráží se rychle na drobné pobídky ze strany personálu, opakovaně se sebepoškozuje, křičí bez odůvodnění nebo i se zástupným důvodem, kdy se snaží upoutat pozornost.

Dle zjištěných skutečností v zařízení jsou agresivní klienti nejprve typicky nervózní, neklidní, konfliktní. Mají zvyšenou vigilitu (vnimavost) vůči jakékoliv změně. Klienti mohou obtěžovat druhé klienty i dožadováním se jejich věcí a úporným naléháním na splnění svých požadavků (dej mi kafe, cigaretu ap.) Dle PPP se agresi projevují boucháním, nadáváním, křičem, pobíháním, vulgarismy i fyzickým útokem (facky, kopání ap.), házením věcní, rozbijením zařízení, válením se po zemi. V některých zařízeních bylo identifikováno manipulativní jednání silnějších, zdravějších klientů nad slabšími, více postiženými klienty, jeden vůdce ovládá druhé, projevuje direktivní chování, vyžaduje služby po ostatních klientech.

Oběť má strach, uteče, ujede na vozíku, nejí, nechá si odložit oběd, klienti dávají zvýšený pozor na typické a známé agresory a vyhýbají se jim ve společné místnosti, nechtějí s nimi komunikovat. Některá oběť má strach, aby se ostatní klienti nedozvěděli o jejím napadení, jelikož se za to stydí. Někteří se bojí o situaci mluvit, aby nebyli označeni jako žalobníci.

Stává se, že někteří klienti, kteří ztratí během léčby své psychické poruchy kontrolu nad vlastním jednáním, přestanou být vhodni do typu zařízení s volnějším režimem. Vyžadují větší režimové opatření a větší počet personálu. U agitovaných klientů je nastaven vhodný denní režim pro potlačení negace, bez tablety, i bez sledování TV, mohou zde být nebezpečné podněty.

Motivy agresivního chování jsou:

- Zhoršení stavu po změně léků v důsledku psychiatrické diagnózy, zhoršení jiné diagnózy.
  - Rodiny nedodržují nařízenou léčbu, nepodávají např. medikaci svým dětem pravidelně, svévolně snižují dávky ve snaze ochránit své dítě před případnými vedlejšími účinky léků. Rodiče doma vysadí klientům léky a ti se vrátí po víkendu do zařízení v dekompenzovaném psychickém stavu.
- U osob s PAS změna oslovení např. z Pája na Pavel nebo, se stavá, že u služeb, kde není trvalý pobyt, např. týdní stacionář, nebo sociální rehabilitace rodiče nerespektují nastavený režim u klientů s PAS, a mění jim denní harmonogram podle sebe, což je příčinou projevů agrese.
- Klient zuří, protože si ho rodina nechce vzít domů.
- Neshody mezi klienty, personálem, rodiči.
- Trápení s rodiči, v rodných vztazích, osamělost, neúspěch v osobních vztazích.
- Neporozumění životním podnětům vlivem mentálního postižení, duševní poruchy, osobní nedozrálosti, dospívání.
- Stačí změna něčeho, na co je klient zvyklý, oběd, který nesnáší, rodiče, kteří nepřijeli a měli přijet.
- Přechod do jiného zařízení, obtížná adaptace.
Níže je uveden krátký souhrn identifikace obětí a agresorů ze strany personálu za všechna zkoumaná zařízení sociálních služeb. Specifika identifikace obětí a výskyt agresorů u personálu u jednotlivých druhů poskytovatelů sociálních služeb s příklady je uvedeno v předchozích oddílech 2.1.1 až 2.1.5.

**Identifkované motivy zanedbávání a projevů násilného jednání personálu na klientech:**

- neznalost povahy tělesné křehkosti klienta, jeho zdravotního stavu a z toho vyplývajících potřeb a omezení,
- nepochopení nutnosti dodržovat režimové potřeby klienta, pravidelné nácviky aktivizací z důvodu neznalosti teorie a praxe ošetřovatelské péče,
- nedostatečná praxe v oboru sociální práce a ošetřovatelská péče,
- bagatelizace potřeb klienta z důvodu neznalosti jeho zdravotního stavu a z toho vyplývajících potřeb a omezení,
- nedostatečná empatie personálu z důvodu nedostačených osobnostních předpokladů pro tuto práci,
- nedostatečné teoretické vzdělání v pracovníku v přímé péči (dle ZSS to je 150 hodin), nerozumí potřebám cínové skupiny,
- dlouhodobé přetěžování pracovníků v přímé péči prací přesčas, časté přesouvání pracovníků na odděleních z důvodu pokrytí nedostatku personálu (zařízení nemá personální rezervy – především DZR, DOZP). Ohrožení syndromem vyhoření (*Burn Out*),
- nedostačné finanční ohodnocení vede k tomu, že v některých zařízeních personál s vyšší kapacitou i vzděláním odchází na jiná, lépe placená místa, (často to bylo u zařízení v zázemí velkých měst, kde je lepší nabídka práce),
- nedostatečný zájem vedení ohodnotit práci personálu (neumí pochválit, poděkovat, odměnit),
- vysoká zátěž personálu u klientů s mentálním postižením, duševním onemocněním, u imobilních klientů s vysokou závislostí na ošetřovatelské péči,
- málo pracovníků na směnách, nezvládají ošetřovatelskou péči.

**Identifikované projevy agrese ze strany personálu** (konkrétní případy viz oddíly 2.1.1 až 2.1.5):

- **nevhodná komunikace s klienty**, např. nevhodně volená slova, které mohou urazit, „Personál občas křičí na klienty, zdůrazňuje jejich nedostatky před druhými spolubydlícími, je schopen udělovat hrubé povely, hanlivě je oslovovat“;
- **nedostatečné dodržování intimity klienta** („personál při toaletě nechá odhaleného klienta a odejde si např. pro pomůcku“), při poskytování osobní podpory a dopomoci, hygieny, péče o intimní partie ze strany personálu nejsou dotaženy požadované linie v nastavení kvality péče („klient si stěžuje, že není dostatečně umytý dle vlastní potřeby, např. byla vynechána zubní hygiena“);
- agresivnější přístup personálu, například při nepřiměřeně dlouhých vykonávání méně přijemných úkonů (např. při osobní hygieně u méně schopných klientů, méně pohyblivých). Vzniká bolest kloubů, bolest z namáhavých pozic při toaletě;
- nejednotný přístup ke klientům, někomu něco dovolí a druhého omezí bez zjevného důvodu, dle osobních preferencí PPP;
- nedostatek pozornosti ze strany personálu, neohlášené násilné změny v zařízení nebo na pokoji, neposkytnutí klientům psychické podpory vyvolává např. častější epileptické záchvaty;
- zanedbání péče – „imobilní klient s ochrnutými horními částmi nohu, poškrabáni, např. – musí stát ve dvěřích svého pokojí a čekat až půjde kolem pracovník nebo jiný klient“;
- zneschopňování – bránění uživateli v činnostech, kterých je schopen např. oblečení, přeprání drobného prádla či chystání potravin personálem, protože to rychleji;
- infantilizace – chování PPP vůči klientům, zdrobňování, např. „dědečku, bábinko, ukáže ručíčku, nožičku“, „papejte, budete mít plné bříško“;
- zastrašování – vyvolávání strachu v klientovi s cílem přimět jej k nějaké činnosti, např. „jestli si neuklidíš pokoj, o víkendu nepojedeš domů“, „sezer to konečně“;
- nálepkování – označování uživatele dle chování např. „ta blbá“, „pomatená“, „dědek protivný“;
- ponížování – nevhodné urážlivé komentáře k osobě, „ty smrdíš“, „ty to dneska slízneš“;
- ekonomické násilí – pracovníci vyžadují neoprávněnou úplatu za služby, které jsou smluvně zajištěny. Ofrkádání klientů o jídlo.

2.1.7.1 Specifika Domov pro osoby se zdravotním postižením

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn informací týkajících se identifikace obětí a agresorů za domovy pro osoby se zdravotním postižením s uvedením konkrétních příkladů.

Pro rozpoznání obětí a agresorů: Pro rozpoznání obětí a agresorů zařízení je nutno vyjít z poznání obětí a agresorů a od jeho stavu odvodit až k pomoci a pomoci. Oběti budou nově poznávat a agresorové budou nově poznávat a agresorové bouchá do okolí a současně provádějí agresivní činnosti. Oběti budou nově poznávat a agresorové bouchá do okolí a současně provádějí agresivní činnosti.

Příklad DOZP1: Před několika lety personál začal pozorovat u jednoho z klientů, že má po téle modřiny, straní se, bál se ostatních klientů. Neuměl vyjádřit svoje osobní pocit. Personál se zaměřil na jeho spolubydlícího, který nevykazoval mimo po tomto vzniku agresivního chování. Choval se
k ostatním mile, byl zcela bezkonfliktní, zdvořilý. Časem se však ukázalo, že svého spolubydlícího pohlavně zneužívá. Celý případ skončil u soudu. Tento klient v období, kdy se celá situace řešila, zemřel a řízení bylo zastaveno. Agrese a zvýšená sexuální potřeba se u něho projevila, pouze pokud zůstal na pokoji spolubydlící. Spolubydlící nebyl schopen se verbálně vyjádřit, na položené otázky nereagoval. Na pokoji moc nepobýval, nebylo zcela zřejmé, zda u něho nedochází spíše k sebepoškozování, než napadení a sexuálnímu zneužívání. Po prokázání násilného jednání spolubydlícího a sexuálního zneužívání, personál okamžitě našel řešení, které však s ohledem na smrt klienta nebylo realizováno. Agresora umístili na jednolůžkový pokoj a začali spolupracovat s psychologem a dalšími odborníky.

Projevy agresivního klienta jsou zaneseny do jeho individuálního profilu, jedná se o stavy, které vyplývají z proměnlivosti nálad a osobních povahových rysů, dále jako důsledek psychiatrické diagnózy. Zařízení potřebují mít možnost diagnostické hospitalizace pro psychotické ataky v PN, kde stále nejsou místa.

**Motivy agresivního chování jsou:**

- Zhoršení stavu po změně léků v důsledku psychiatrické diagnózy, zhoršení jiné diagnózy.
- Klient zuří, protože si ho rodina nechce vzít domů.
- Rodiče se rozvedou a tuto postiženou osobu už nechtějí.
- Neshody mezi klienty, personálem, rodinou.
- Klienti mívají problém s alkoholem.
- Trápení s rodiči, v rodinných vztazích, osamělost, neúspěch v osobních vztazích.
- Stačí změna něčeho, na co je klient zvyklý, oběd, který nesnáší, rodiče, kteří nepřijeli a měli přijet.
- Rodina klienta opustí, přestane jezdit a jinak se kontaktovat (dopis, email, telefon).
- Sociální odloučenost od předchozího života, nevyrovnání se stavem.

Z pohledu pracovníků v přímé péči není dostatečně řešeno chování některých klientů i pracovníků.

Uvedli, že docházelo k nevýhodnému chování zdravotní sestry, která se chovala nadřazeně jak ke klientům, tak i spolupracovníkům. U klientů to vyvolávalo agresi a odmítavý postoj. Zdravotní sestra po určité době z domova odešla. Vše se zklidnilo a začalo bezproblémově fungovat.

**Klienti projevují spokojenost/nespokojenost se svým životem/pobytem v zařízení:**

PPP komunikují o klientovi se všemi členy personálu. Nespokojenost klient sdělí PPP, rodinou, přijdou za klíčovým pracovníkem, sestrou, ředitelkou. Mají schránku stížností, využívají však nejvíce neformální rozhovor.

**Jak se pracovníci dozvěděli, že v zařízení se vyskytl agresor, nebo se stala krizová či násilná situace?** Situaci sdělili daný klient osobně někому z personálu, který také obvykle vidí i slyší křik. Přítomný personál zapisuje agresi či nevýhodné chování klienta do jeho dokumentace, do knihy/složky mimořádné události. Konfrontují informace od jiných klientů, kteří obvykle u situace byli, slyšeli. Někde, je ředitel/ka stále na telefonu, přijede hned. V zařízení A2 klient dostane výtuku, která se po ½ roce

**DOZP2/ Popis situace 1:** Na pokoji klient uhodil druhého klienta sklenicí do hlavy. Opatrovník byl tatínek a vzal si agresora domů.

**DOZP2/ Popis situace 2:** Klient vyvíjel nátlak na jiného klienta, aby mu dal peníze, žebral i před obchodem. Jiný klient to nahlásil. Daného klienta následovně umístili do domova se zvláštním režimem. Řešením byl společný rozhovor s klienty v zařízení.

**DOZP2/ Popis situace 3:** Klienti kradli v blízkém obchodě. Opatřením byl rozhovor s klienty.

**DOZP2/ Popis situace 4:** Opilécké excesy, které obtěžují klienty i personál. Pohovoří s klienty, napomenou je. V dalším případě dojede i na rozvázání vzájemné smlouvy. Psychiatr takového klienta může umístit do protialkoholní léčby.

**2.1.7.2 Specifika Domov se zvláštním režimem**

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn informací týkajících se identifikace obětí a agresorů za domovy se zvláštním režimem s uvedením konkrétních příkladů.

V rámci pododdílu identifikace obětí a agresorů, zde budou uvedeny pouze specifické odlišnosti.

**DZR1/ Domov vede o všem písemné záznamy, pečovatelé spolupracují se sociálními pracovníky a v domově je velmi dobrá spolupráce i se zdravotním úsekem, který vyhodnotí potřebu přivolání RZP.**

**DZR1/ Popis situace 1:** Jednotliví pracovníci v přímé péči poukázali na nevhodné chování jednoho pracovníka ke klientům. Klienti si jím stěžovali, ale báli se a nechtěli, aby to ošetřující personál řešil s vedením domova. Informace se dostala k sociálním pracovníkům a v závěru to vedlo k ukončení pracovního poměru tohoto pracovníka v přímé péči. Případ neřešila policie, zaměstnanec na základě všech důkazů sám požádal o rozvázání pracovního poměru dohodou. Personál se o agresivním chování zaměstnance dozvěděl od klientů. Rodina o problémech nevěděla, vše probíhalo skrytě.

**DZR1/Popis situace 2:** Manželský pár, který do zařízení přišel, byl z důvodu agrese ženy rozdělen. Agrese se projevila velice brzy. Došlo k rozdělení manželského páru. Společně se navštěvovali a navenek se k sobě vzorně chovali. Muž upozornil personál domova, že manželce rád pomáhá, ale nedokázel se bránit povělům, které poslouchal celý život. Všechno mu vyčítala a brala osobní

Na tento případ upozornili spolubydlící v domově, které považuje ošetřující personál za dobré pozorovateli, taktež lékař je ten, od kterého se o možné agresi mohou dozvědět, občas je kontraktován přímo ředitelem.

DZR2/ Změna psychického stavu: Klient převážně polehává, zadrhává se v řeči, plouží se ve zpomalšeném tempu, rozeběhne se bludy. Zamíř telling, nejí stravu, nebo naopak velké psychické tenze. Pracovníci vždy sledují individuální plán, zápis k rannímu hlášení. V zařízení se pracovníci radí s psychologem, psychiatrem k nastavení léčby a denní zátěže u pacientů. Vedoucí zařízení si doplnila psychiatrické vzdělání za účelem aplikace nových postupů v psychiatrické léčbě.

Subjektivní situace vyvolávající pocit ohrožení: Strach z druhých lidí/klientů, možnost ohrožení cizím člověkem, strach z konkrétního pracovníka (možný blud - on nebo někdo mě zmlátil), pak spolupráce s psychiatrem. Strach zde také vychází z psychiatrických diagnóz a anamnézy před umístěním do ústavu (děsivé ohrožující zážitky - někdo je bil, ohrožoval, vydíral).

DZR3/ V zařízení nikdy neřešili situaci ohledně agresora a oběti. Klienti jsou k sobě přátelští a ze strany personálu nebyla řešena situace, že by zaměstnanec použil hrubé, agresivní jednání vůči klientovi. Agresivně se klienti chovali pouze k zařízení, např. vybavení pokojů, nebo ke kocouroví, který je využíván k felinoterapii.

V zařízení 1x řešili, že vnuk jednoho z klientů přišel na návštěvu opilý a nechtěl odejít z návštěvy. Řešení: došlo k rozhovoru vedoucího pracovníka s vnukem klienta, kdy byl vnuk poučen, že do zařízení nesmí na návštěvu po požití alkoholických nápojů. Od té doby se již situace neopakovala.

Potenciální motivy: Zhoršení stavu po vysazení, změněléků, ze začátku klienti v zařízení neměli dobře nastavenou psychiatrickou léčbu, což se projevovalo předejším ničením zařízení, majetku (např. klient rozmontoval topeni). Poté, co dochází pravidelně do zařízení psychiatr, již k těmto situacím nedochází.

2.1.7.3 Specifika Chráněné bydlení

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn s uvedením konkrétních příkladů týkajících se identifikace obětí a agresorů za poskytovatele chráněného bydlení. V rámci pododdílu jsou uvedeny pouze specifické odlišnosti.
**CHB1**/ V akutním případě z důvodu mimořádné situace přijede do zařízení po telefonickém oznámení pracovník, který má službu. Klienti si nejčastěji stěžují tak, že chodí za sociální pracovníci a ta vše sepiše a vyřídí. Dokumentace je vedena v systému EQUIP. Klienty zde trápí nedostatek financí pro vlastní život, to bývá častý důvod agrese.


Další motivy agrese: Stářmutí s psychiatrickou diagnózou a rozvoj organického psychosyndromu. Dluhy, exekuce, nesplacené exekuce.

**Situace 1**: Klienti sepsali petici proti klientce, která byla velmi hlučná. Nebyla ochota svůj stav řešit s psychiatrem, proto s ní byla ukončena smlouva. Vrátila se k bývalému partnerovi. Velký problém je zde v komunikaci s psychiatrem, který není ochoten a není ani oprávněn situaci klienta řešit s pracovníky, a zde pak vzniká neřešitelná situace pro všechny. Je výhodou, pokud má zařízení svého psychiatra.

**Situace 2**: Klienti odmítají užívat předepsané léky, pracovníci je musí přesvědčovat, klienti si myslí, že jsou zdraví. Domluva je, aby klienti dodržovali návštěvy u psychiatra.

**Situace 3**: Klient pronásledoval PPP v noci po budově zařízení, byla přivolána RZP a policie, následoval odvoz do PN. Poté si klienta vzala matka domů, kde ji ubodal nožem. Pracovníci jsou nuceni volat RZP asi 10x ročně.

**Situace 4**: Klientka řeší problémy ostatních, čímž způsobuje konflictí situace, ostatním to nevyhovuje.

**CHB3**/ Dochází ke zvýšené agresivitě na základě změn psychického stavu, které nastávají mimo jiné také pozvolným stárnutím a nastupujícím úpadkem osobnosti vlivem demence a jiných vlivů.

Motivy: Zhoršení stavu v důsledku diagnózy, stárnutí, neshody v rodině, neshody mezi klienty, deprese, úmrtí klientů. Sociální odloučenost od rodiny. Rodina klienta opustí, přestane jezdit a jinak se kontaktovat (dopis, email, telefon).

2.1.7.4 Specifika Týdenní stacionář

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn s uvedením konkrétních příkladů týkajících se identifikace obětí a agresorů za poskytovatele týdenních stacionářů. V rámci pododdílu jsou uvedeny pouze specifické odlišnosti/příklady.
Pracovníci uvádějí, že pokud je některý klient nespokojen, anebo nastala změna jeho psychického stavu, pozorují, že často chodí více pit, bouchá dveřmi, chvěje se.

V zařízení se vyskytly také situace, kdy byl klient natolik agresivní, že byl odvezen do krizového centra, policii nebylo nutné volat. Pokud se agresivní situace opakují a klient nezvládá pobyt v zařízení, je s ním ukončena smlouva a převeden do zařízení jiného typu, případně se vrátí domů. V případě agresivního chování klientů pomáhá změna medikace. Klíčová je vzájemná komunikace mezi personálem. Předávání si podrobných informací přispívá k pocitu bezpečí jak mezi klienty, tak mezi zaměstnanci. Účinným opatřením je také výměna klientů na pokojích, pokud si nerozumí.


2.1.7.5 Specifika Sociální rehabilitace

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn s uvedením konkrétních příkladů týkajících se identifikace obětí a agresorů za poskytovatele pobytové formy sociální rehabilitace.

V rámci pododdílu jsou uvedeny pouze specifické odlíšnosti.


Matka klienta byla ráda, že svého syna mohla umístit do zařízení na delší dobu, než čekala, ale je nutno uvést, že matka nedodržovala režim při poruše s PAS a to tak, že náhle měnila své rozhodnutí s dopadem na pravidelný denní režim svého syna s PAS. Náhle změny denního režimu u tohoto typu klienta vedly k agresivním výpadům na všechny přítomné v zařízení. Přestože matka byla o této situaci poučena, nedokázala dodržovat režim.

Pokud nastane problém, rodiny volají nejdříve ředitelce a žádají vysvětlení. Následně je proveden zápis ze setkání rodiny s ředitelkou a sociálním pracovníkem. Rodiny reagují různě, často situace
bagatelizují, je potřeba je více edukovat, komunikovat s nimi a vysvětlit jim vše podstatné týkající se chování klienta.


**SR3**/ Informace o agresivním nebo nevhodném chování klienta jsou zaneseny do jejich individuálních profilů, jedná se o stavy, které vyplývají z proměnlivosti nálad a osobních povahových rysů, dají se řešit neformální domluvou. Klienti mívají problém s alkoholem. Stávalo se, že popijeli až do 3 hodin ráno. Situaci řešili pracovníci nastavením nočního režimu – asistent ukládá klienty do lůžka do 23.00 hod. V zařízení je rovněž nastavený postup, jak řešit situaci, kdy klient, který má nastavenou medikaci, se dozaduje alkoholu. Situaci označují jako klienta s nezdravým vztahem k tělu. Stížnosti řeší vedení a předávají ji k vyřešení case managerům.


**SR4**/ Popis situace 1: Agresor získal intimní fotografie oběti (při výměně telefonů) a tyto fotografie začal přes sociální sítě posílat personálu. Agresor tvrdil, že mu fotografie poslala sama oběť. Při šetření této situace vyšlo najevo, že si agresor vše vymyslel a chtěl účelně ublížit oběti.

Agresor: manipulativní, snaha udělat oběť ze sebe, obviňování všech ostatních, vyhrožování personálu. Vztah agresora k oběti – přátelství jen za účelem zisku (cigarety, káva, posluhování).

2.2 Analýza řešení případů násilného jednání

2.2.1 Podněty a trestné činy

2.2.1.1 Analýza podnětů násilí zaslaných ombudsmanovi

V rámci této studie byla provedena ve spolupráci s Kanceláří veřejného ochráncí práv analýza zaslaných podnětů23 z oblasti sociálních služeb týkajících se násilí. Podněty z let 2018 - 2019 dle vybraných druhů sociálních pobytových služeb byly na základě věcného vyhodnocení kategorizovány dle obecného vymezení násilí dle WHO (viz oddíl 1.2.2) a to v oblastech psychického, fyzického, sexuálního, ekonomického násilí a zanedbávání.

Tabulka 2.14: Struktura podnětů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rok</th>
<th>Pohlaví</th>
<th>Muž</th>
<th>Žena</th>
<th>Celkem</th>
<th>Pohlaví</th>
<th>Muž</th>
<th>Žena</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2018</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>17</td>
<td>47,1%</td>
<td>52,9%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2019</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>25</td>
<td>52,0%</td>
<td>48,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>42</td>
<td>50,0%</td>
<td>50,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabulka 2.15: Podíl podnětů dle charakteru násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlaví</th>
<th>Rok</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muž</td>
<td>Žena</td>
</tr>
<tr>
<td>2018</td>
<td>2019</td>
</tr>
<tr>
<td>Fyzické</td>
<td>9,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychické</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sexuální</td>
<td>4,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ekonomické</td>
<td>19,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Zanedbávání</td>
<td>81,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabulka 2.16: Podíl podnětů dle typu násilí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlaví</th>
<th>Rok</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muž</td>
<td>Žena</td>
</tr>
<tr>
<td>2018</td>
<td>2019</td>
</tr>
<tr>
<td>Klient – klient</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Rodina – klient</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Personál – klient</td>
<td>90,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>4,8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


---

23 Zpracováno na základě dat z Kanceláře veřejného ochráncí práv (JUDr. Ondřej Vala – vedoucí odboru dohledu nad omezováním osobní svobody). Údolní 39, 602 00 Brno; +420 542 542 328, mobil +420 702 205 045; andrej.vala@ochrance.cz
Tabulka 2.17: Podíl podnětů dle druhu sociálních služeb

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druh sociálních služeb</th>
<th>Pohlaví</th>
<th>Muž</th>
<th>Žena</th>
<th>Celkem</th>
<th>Rok 2018</th>
<th>Rok 2019</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Domov pro seniory</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muž</td>
<td>47,6%</td>
<td>51,1%</td>
<td>52,4%</td>
<td>52,9%</td>
<td>52,0%</td>
<td>52,4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Žena</td>
<td>57,1%</td>
<td>52,9%</td>
<td>52,4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>52,4%</td>
<td>52,4%</td>
<td>52,4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Domov pro osoby se zdravotním postižením</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muž</td>
<td>14,3%</td>
<td>0,0%</td>
<td>7,1%</td>
<td>11,8%</td>
<td>4,0%</td>
<td>7,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Žena</td>
<td>0,0%</td>
<td>7,1%</td>
<td>14,3%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>7,1%</td>
<td>7,1%</td>
<td>11,8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Domov se zvláštním režimem</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muž</td>
<td>19,0%</td>
<td>23,8%</td>
<td>21,4%</td>
<td>29,4%</td>
<td>16,0%</td>
<td>21,4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Žena</td>
<td>23,8%</td>
<td>19,0%</td>
<td>21,4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>21,4%</td>
<td>21,4%</td>
<td>21,4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chránné bydlení</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muž</td>
<td>4,8%</td>
<td>4,8%</td>
<td>4,8%</td>
<td>0,0%</td>
<td>8,0%</td>
<td>4,8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Žena</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td></td>
<td>0,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>4,8%</td>
<td>4,8%</td>
<td>4,8%</td>
<td>0,0%</td>
<td>8,0%</td>
<td>4,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Týdenní stacionář</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muž</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Žena</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muž</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Žena</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Muž</td>
<td>14,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td>5,9%</td>
<td>20,0%</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Žena</td>
<td>14,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>14,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td>5,9%</td>
<td>20,0%</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabulka 2.18: Podíl podnětů u osob se zdravotním postižením

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlaví</th>
<th>Ano</th>
<th>Ne</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muž</td>
<td>14,3%</td>
<td>85,7%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Žena</td>
<td>4,8%</td>
<td>95,2%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>9,5%</td>
<td>90,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Muž</th>
<th>Žena</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>17,6%</td>
<td>96,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


2.2.1.2 Statistiky trestných činů PČR

V rámci studie byl proveden rozbor trestných činů evidovaných Policií ČR, dle možností daných současným a minulým systémem evidence. Nebylo možné provést analýzu přestupků, jelikož současné informační systémy PČR to neumožňují.

Základní omezení v oblasti sledovaných dat PČR:

- Statistika kriminality (dále jen SK) eviduje pouze trestné činy, neeviduje přestupky, taktéž neeviduje oběti trestných činů.
- Zpracovatel spisu (tj. příslušník PČR) ne vždy uvádí do záznamů prováděných v systému Evidence trestního řízení (ETŘ) všechny skutečnosti, které jsou potřebné pro přesné statistické zaznamenání (neboť to pro jeho trestní řízení není určující). Zpracovatel spisu nemůže zpřístupnit potřebné materiály, ze kterých by statistik (tj. další příslušník PČR) tyto skutečnosti mohl čerpat, proto námi uváděný výčet skutků nemusí být zcela přesný ani konečný.
- SK PČR prochází od roku 2016 radikální rekonstrukcí, která se týká přechodu na jiný HW, ale i SW, jsou přehodnocovány algoritmy vkládání dat i počítání čísel, tyto změny jsou prováděny.

---

24 Zpracováno na základě informací z Policejního prezidia (plk. Ing. Mgr. Jaroslav Vild – náměstek policejního prezidenta pro SKPV tel. 974 834 651, mail: Jaroslav.Vild@pcr.cz)
průběžně, postupně a po částech, proto v letech 2016 až 2018 nejsou k dispozici žádná data k objektům napadení, neboť vkládání nebylo programově zabezpečeno.

- Od roku 2019 již nejsou evidovány skupiny osob, ale objekty napadení – osoby jednotlivě.

- Taktické hledisko, případně taktická hlediska mohou nabývat těchto hodnot u objektů napadení:
  - pro jednotlivé osoby:
    - epileptik, obdobná nemoc, invalida
    - duševní nemoc, tělesná vada
    - invalidní důchodce
    - pacient v nemocnici, v léčebně, v lázních apod.
  - u skupiny osob (pouze do roku 2016):
    - osoby tělesně nebo duševně postižené
    - pacienti v nemocnici, léčebně apod.

- Přičemž SK neeviduje – kromě uvedených hodnot – skutečnost, zda se jedná o "osoby se zdravotním postižením v pobytových zařízeních sociálních služeb", taktéž neeviduje žádné kategorie typů cit. "1/ domov pro osoby se zdravotním postižením", apod.

- Do roku 2018 vč. bylo možno jedné osobě (resp. do roku 2016 skupině) zaevidovat pouze jedno taktické hledisko, od roku 2019 je možno zaevidovat více hodnot současně.

- Aby byly počty trestných činů kontinuálně porovnávatelné, nejsou v sestavách uvedeny počty osob, ale jsou uvedeny počty skutků (trestných činů), kde existuje alespoň jedna osoba s touto vlastností.

- Pokud by vznikla v r. 2019 potřeba nějakého souhrnného čísla, nelze je získat prostým součtem, ale je potřeba jej vypočítat zvlášť právě s ohledem na možnost výskytu více hodnot v jednom skutku současně.

 Registrované skutky nelze jednoznačně rozdělit do vybrané typologie násilí, vždy je nutné přijmout určité zobecnění, např. loupež je definována v § 173 TZ následovně: "kdo proti jinému užije násilí nebo pohrůžky bezprostředního násilí v úmyslu zmocnit se cizí věci" a její skutková podstata má tedy obvykle charakter ekonomický, fyzický i psychický. Proto je zařazena do všech tří kategorií násilí a nedotýká se celkového součtu registrovaných skutků. Podobně týrání, tzn. týrání svěřené osoby (§ 198 TZ) a týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 199), může mít znaky násilí fyzického i psychického, případně i zanedbávání, proto je zařazeno do všech tří kategorií.

### Tabulka 2.19: Registrované skutky v ČR dle vybraných taktických hledisek objektu napadení za rok 2019

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hodnota</th>
<th>Taktická hlediska objektu</th>
<th>Celkom</th>
<th>z toho skutky se znaky násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fyzické</td>
<td>Psychické</td>
</tr>
<tr>
<td>Absolutně (počet)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Epileptik, obdobná nemoc, invalida</td>
<td>43</td>
<td>15</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Duševní nemoc, tělesná vada</td>
<td>83</td>
<td>24</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Invalidní důchodce</td>
<td>78</td>
<td>30</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Pacient v nemocnici, v léčebně, v lázních apod.</td>
<td>129</td>
<td>78</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Relativně (%)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Epileptik, obdobná nemoc, invalida</td>
<td>100,0%</td>
<td>34,9%</td>
<td>23,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Duševní nemoc, tělesná vada</td>
<td>100,0%</td>
<td>28,9%</td>
<td>28,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Invalidní důchodce</td>
<td>100,0%</td>
<td>38,5%</td>
<td>46,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pacient v nemocnici, v léčebně, v lázních apod.</td>
<td>100,0%</td>
<td>60,5%</td>
<td>3,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Pozn.: Procenta jsou vztázena k celkem registrovaným skutkům, ale součet jednotlivých znaků násilí nedává 100, jelikož např. loupež má obvykle znaky násilí ekonomického, fyzického i psychického, proto je zařazeno do všech tří kategorií násilí.
### Tabulka 2.20: Registrované skutky v ČR dle vybraných taktických hledisek objektu napadení kumulativně v letech 2010 až 2015

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hodnota</th>
<th>Taktická hlediska objektu</th>
<th>Celkem</th>
<th>z toho znaky násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Fyzické</td>
</tr>
<tr>
<td>Absolutně (počet)</td>
<td>Osoby – epileptik, obdobná nemoc, invalida</td>
<td>232</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osoby – duševní nemoc, tělesná vada</td>
<td>300</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osoby – invalidní důchodce</td>
<td>545</td>
<td>153</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osoby – pacient v nemocnici, v léčebně, v lázních apod.</td>
<td>490</td>
<td>292</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skupina osob – osoby tělesně nebo duševně postižené</td>
<td>17</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skupina osob – pacienti v nemocnici, v léčebně apod.</td>
<td>36</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Relativně (%)</td>
<td>Osoby – epileptik, obdobná nemoc, invalida</td>
<td>100,0%</td>
<td>23,7%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osoby – duševní nemoc, tělesná vada</td>
<td>100,0%</td>
<td>25,7%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osoby – invalidní důchodce</td>
<td>100,0%</td>
<td>28,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osoby – pacient v nemocnici, v léčebně, v lázních apod.</td>
<td>100,0%</td>
<td>59,6%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skupina osob – osoby tělesně nebo duševně postižené</td>
<td>100,0%</td>
<td>23,5%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skupina osob – pacienti v nemocnici, v léčebně apod.</td>
<td>100,0%</td>
<td>27,8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Pozn.: Procenta jsou vztažena k celkem registrovaným skutkům, ale součet jednotlivých znaků násilí nedává 100, jelikož např. loupež má obvykle znaky násilí ekonomického, fyzického i psychického, proto je zařazena do všech tří kategorií násilí.
2.2.2 Řešení případů, prevence a následná opatření

2.2.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn informací týkajících se řešení případů za DOZP s uvedením konkrétních příkladů.

V DOZP se vedou písemné záznamy o řešení mimořádné situace.Pokud zaměstnanci na službě vyhodnotí, že daná situace agresivní ataky u klienta přesáhla jejich kompetence a možnosti zklidnění v podmínkách zařízení, přivolají RZP a PČR. Většinou se jedná o situace, které nelze zvládnout neformálním pohovorem a uvedením klienta do klidu. Bez zásahu policie, která pomáhá zdravotníkům s fyzickým zvládnutím klientů, nelze některé agresivní ataky mezi klienty zvládnout tak, aby nedošlo k ohrožení jiných klientů, personálu, majetku. Pokud po příjezdu RZP a nasazení sedativ u klienta s agresivní atakou nedojde ke zklidnění, je klient převezen do PN. V případě, kdy se tyto ataky i po hospitalizaci v PN opakují, je klientovi vypovězena smlouva a je převeden do vhodnějšího typu zařízení, např. DZR nebo PN.

Personál ve všech DOZP preferuje humánní přístup a hledá cesty, jak klienty vhodně motivovat ke změnám tak, aby to nevyvolávalo agresi:

- Klienti jsou hned při přijetí informováni jasnou a jim přijatelnou formou. Jsou seznámeni, jak mají na mimořádné situace včas upozornit, včetně výskytu násilného jednání, co je považováno za agresivní projevy a jak a kam si mohou přijít stěžovat.
- Je jim přidělen jejich klíčový pracovník.
- V zařízení jsou informační nástěnky s vizualizací možných postupů.
- Na poradách jednotlivých úseků se včas všechny problémy řeší. Významně vedoucím pracovníkům pomáhá metoda pozorování a neformální rozhovory.
- Klienti i rodinní příslušníci vědí, na koho se mohou obrátit v případě stížnosti.
- Pomáhají i zápisy v denním programu klienta, kterým zařízení disponuje.

Při agresivním nebo nevhodném chování zaměstnanců klienti nebo jiní pracovníci upozorní vedoucí domova. Na základě pozorování pověřených pracovníků včetně shromáždění důkazů je pracovník opakovaně upozorněn na své nevhodné chování, případně napomenut, je uplatněn vůči němu kázeňský postih, v krajním případě je s ním rozvážána pracovní smlouva. V současnosti se vedení domova snaží být v širším kontaktu se všemi pracovníky, pomáhá i supervize. Problémy jsou okamžitě řešeny na místě, dále na poradách a projednávány s vedením.

**DOZP1/Klienti si mohou přijít kdykoliv za jakýmkoliv přítomným pracovníkem na neformální rozhovor.**


DOZP2/Mimořádná situace v tomto zařízení nastává často u klientů s psychiatrickou diagnózou, proto zde pracují vhodně s rozmístěním klientů do pokojů, jelikož klienti si občas povahově nesednou. Snaží se dát problémového klienta na jednolůžkový pokoj. Nastavení psychosociální služby podporuje klienty v jejich adaptaci v prostředí a smíření se s vlastním osudem. Řešením mimořádné situace je rozhovor s klientem, rodinou, změna medikace u psychiatra, neformální domluva, případné vyloučení ze zařízení. Klienti mohou přijít kdykoliv za vedoucí zařízení nebo za jakýmkoliv přítomným pracovníkem na neformální rozhovor. Je zde schránka stížností. Mohou využít email, dopis.


DOZP4/Mimořádná situace nastává často u klientů s psychiatrickou diagnózou. Řešením je rozhovor s klientem, klient se musí uklidnit, změna medikace, domluva. Je proveden zápis o situaci do denního hlášení/zápisu, kde je jedna podsložka „problémové chování“. Větší incidenty se volají rodině nebo opatrovníkovi u obou klientů oběti i agresora. Rodiny reagují různě, někdy nechtějí uvěřit ani připustit, že jejich člen rodiny spustil takovou situaci (politní horkou vodou z konvice). Jen některí jsou situaci schopni akceptovat, záleží na vhodném podání a komunikaci.
Dle ústních i písemných informací získaných v jednotlivých zařízeních lze hodnotit výše uvedené postupy za adekvátní, vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn žádný neadekvátní postup. Postupy jsou odpovídající a přiměřené jak situací, tak i individuálním potřebám klientů, včetně ochrany jejich bezpečí a zajištění subjektivního pocitu bezpečí. Důležitou součástí předpisů a postupů je ochrana, jak klientů, tak i zaměstnanců.

**Objektivní faktory** ohrožující pocit bezpečí klientů v DOZP:

- časté změny spojené:
  - s přemístováním klientů na pokojích z důvodu nedobrých vztahů nebo závažných psychických problémů,
  - s přerušením či ztrátou kontaktů s rodinou, blízkými.

Zjišťují se jejich dopady, zpětná vazba od klientů, změny hůře snáší personál poskytující přímou péči, nežli klienti.

- omezování běžného způsobu života klientů,
- přístup personálu,
- nedostatečná komunikace mezi jednotlivými úseky (zdravotním a sociálním),
- nedostatek personálu,
- nedostatečné vybavení pokojů, dílen, oplivňující pohodlí klientů,
- nerespektování soukromí klientů,
- dlouhá adaptační doba klienta,
- nenalezí svého domova v zařízení,
- narušování osobního i intimního prostoru (ve vztazích klient-klient, klient-personál),
- sebeošetřování u klientů,
- nevhodné nastavení kritérií, podle kterých jsou klientům přidělovány společné pokoje; velmi záleží na vhodné výběru spolubýdlícího,
- věk klientů (více nesoběstačných klientů na oddělení je větší zátěží pro personál, rozdílný věk mladý, starší vede ke vzájemnému neporozumění, nesouadu),
- sociální a ekonomické prostředí, odkud přichází klienti do zařízení.

**Subjektivní faktory** ohrožující pocit bezpečí klientů v DOZP:

- časté střídání zaměstnanců na směnách z jiných oddělení,
- rozdílný přístup personálu ke klientům vedený osobními preferencemi,
- zákaz návštěv,
- omezení jejich sociálních kontaktů s rodinou, komunitou (klienti rádi nakupují, chodí do cukrárny, na výlety, hrají společně hry).

Vyhodnocení využívaných forem prevence a následných opatření na eliminaci násilí v DOZP

<table>
<thead>
<tr>
<th>DOZP1/Nastavená opatření pro prevenci a zlepšení prostředí:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1/Podpora osobního přístupu zaměstnanců ke klientům za účelem snižování psychického napětí ve vzájemných vztazích klient-klient, klient-personál: péče s jasně nastavenými pravidly, klientům není</td>
</tr>
</tbody>
</table>
brána jejich osobní svobody, mohou si zakouřit, pracovat na zahradě, v dílnách, v kuchyni, dle jejich zájmu a finanční situace, jsou motivováni, mají své soukromí.

2/Pracovníci jsou vedeni a proškolování tak, aby uměli porozumět potřebám klientů a nestali se účastníky konfliktů, naopak jim předcházeli a minimalizovali napětí ve vzájemných vztazích.

3/Pracovníci pomáhají klientům „zvládnout postižení“. Vedle případných negativních jevů souvisejících s psychosociálním postižením se v individuálních rozhovorech vždy zaměřují na zjištění toho, co by klientům pomohlo zlepšit jejich současný stav. Pomáhají klientům hledat pozitivní aspekty v jejich životě.


K dobrému soužití přispívá dobré jídlo (káva), rituály (v neděli po obědě zákusek, předčítání z knížek), stabilně nastavený režim, na kterém se spolupodílí i samotní klienti (v 7:15 příprava snídaně, 11:45 oběd, 17:45 večeře) bez větších pobídek a výkyvů. Někteří z nich si vše kontrolují, jsou orientovaní v čase. Rédi a zcela spontánně zpívají. Sami se po domluvě schází, učí se písničky, které zachytíli z televize, rádia.

Mapování atmosféry prostředí a vztahů zaměřených na eliminaci dalšího násilí ve zkoumaných zařízeních DOZP:

- metoda pozorování,
- neformální rozhovory s klienty,
- rozhovory vedení se všemi pracovníky (případně dotazníkový průzkum pracovníků),
- dotazníkový průzkum klientů (osvědčilo se pouze v zařízeních s lehčím typem postižení, kde klienti pochopili, co je v dotazníku uvedeno),
- setkání s rodinami, případně dotazníkový průzkum rodin,
- schránky důvěry/kniha stížností,
- v zařízení jsou organizovány exkurze, praxe, dobrovolnictví pro studenty a žáky,
- supervize - skupinové nebo individuální, v některých zařízeních supervize neprobíhají a jsou považovány za nepotřebné (z důvodu neoblibenosti supervizora a nenavázání vztahu s ním), supervize se jeví potřebná především v zařízeních s klienty s těžším typem postižení,
- v DOZP se většinou minimálně 1x týdně koná porada oddělení/úseku.

Specifika nastavení preventivních opatření u zkoumaných zařízení:

DOZP1/ U klientů s obsedantně kompulsivní poruchou vedou kolonku stížností rovnou v individuálním plánu. Klienti hned sdělí, zda nebyli umytí. Pokud si klient přeje něco jinak, vše se sleduje a zaznamenává.

DOZP4/ Schránka důvěry se osvědčila, klienti zde odevzdali důležité informace o personálu, který klienty okrádal na jídle a rozprodávali ho – vedlo to k rozvázání pracovního poměru s několika zaměstnanci. Neformální rozhovory jsou účinné. Dotazníkový průzkum neprobíhá, klienti ho neumí vyplnit, probíhá tedy 1x ročně pouze u rodin, u zaměstnanců 1x za 2 roky. Pozorování klientů. Potřebné se ukázaly případové supervize, intervie jsou dle vyjádření nejúčinnější. Zaměstnanci mohou volat ředitelce i večer. Mají radu obyvatel 1x za 2 měsíce, zde mohou projevit svá přání a potřeby.

DOZP4/ Bylo už zde rozvázání pracovního poměru pro alkohol. Dále pracovník zneužíval klienta a ten za něho vykonával práci, klienti také nedostali jídlo. Při nástupu dělají všichni psychotesty a jsou proškolováni. Pro klienty poskytují auto, pokud akci pořádá zařízení, klient auto neplatí, pokud jedou soukromě, tak se peníze rozpočítávají a jde o fakultativní službu.

Zajištění prostředků pro zlepšování životního prostoru klientů v DOZP, které se reálně v praxi osvědčilo:

- Školení 24 h/rok povinné pro všechny PPP.
- Kontrola činnosti PPP vedoucím pracovníkem.
- Výběr zaměstnanců dle kladného vztahu k osobám s postižením, empatie, schopnost komunikovat.
- Finanční motivace: FKSP, odměny zaměstnanců, dle slov jednoho vedoucího pracovníka: „nelze motivovat do nekonečna, pracovník musí mit vztah k takové práci a to se i odráží na jeho výkonech“.
- Ve společné smlouvě o poskytování služby jsou definovány vzájemné vztahy v příloze, rodina je o tom poučena.
- Definované pracovní postupy, kontrola účinnosti nastaveného postupu.
- Získávání zpětné vazby od zaměstnanců/dotazníková šetření.
- Nastavení nástrojů prevence – vyšší míra spolupráce jednotlivých úseků i mezi úsekem zdravotním a sociálním.
- Předávání osobních zkušeností mezi zaměstnanci, model zastupování na jednotlivých úsecích.
- Přímá komunikace s pracovníky o jejich potřebách, co nejvíce potřebují.

---

95
2.2.2.2 Domov se zvláštním režimem

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn informací týkajících se řešení případů za DZR s uvedením konkrétních příkladů.

Ve všech zařízeních jsou zajištěny standardní postupy podávání stížností a řešení mimořádných událostí. Jednou z dalších forem, jak identifikovat projevy násilí v DZR, je příjem a vyhodnocení informací od spolubydlících klientů, které považuje ošetřující personál za dobré pozorovatele. Dalším zdrojem informací je ošetřující lékař, od kterého je možné se o agresi dozvědět. U tohoto druhu upozornění je kladen důraz na podíl na pozorování PPP nad agresorem (může se jednat o klienta nebo někoho z personálu), je zajišťován intenzivnější dohled, hledání důkazních materiálů. Nastávají i situace, kdy byl klient natolik agresivní, že volali RZP a Policii ČR. Pokud nedojde ke zklidnění klienta po zakročení RZP, je klient odvezen do PN. Pokud se situace opakují a klient nezvládá pobyt, je s ním ukončena smlouva a je převeden do zařízení jiného typu, a to PN. Další řešené případy jsou uvedeny (viz pododší 2.1.7.2).

**DZR1/** Pracovník v přímé péči provede zápis mimořádného chování do klientovy dokumentace. Situace je oznámena vedení, dalším kolegům ráno ihned při příchodu do práce, každý den si sděluje vše, co se odehrálo za 24 hodin. 1x týdně probírají situace na schůzce s vedoucím domova. PPP zjišťují od klientů jejich specifické potřeby a sledují odchylky od normálu. Chtějí/plánují individuální situace jednotlivých pozebrat a nastavit řešení s psychologem, psychiatrem, který by měl v zařízení stálý úvazek. Na základě zápisu mimořádné situace vedení vše rozebere s pracovníkem, který byl u situace. Všichni pracovníci jsou o postupu informováni. Nastávají i situace kdy byl klient natolik agresivní, že volali RZP a Policii ČR. Pokud nedojde ke zklidnění po zakročení RZP, je klient odvezen do PN. Pokud se situace opakují a klient nezvládá pobyt, je s ním ukončena smlouva a je převeden do zařízení jiného typu PN nebo na psychiatrickou pohotovost.

**DZR2/** Řešení mimořádné situace zde znamená, že pracovník v přímé péči provede zápis mimořádného chování do klientovy dokumentace. Situace je oznámena PPP ráno ihned kolegům a vedení při příchodu do práce, každý den si sděluji vše, co se odehrálo za 24 hodin. PPP se ptají klientů na jejich specifické potřeby a sledují odchylky chování a nálad od normálu. V zařízení je vrátnice s obsluhou, která upozornila i na zvláštní chování klienta – oběť muž chtěl z domova odejít, po vyřešení situace v zařízení zůstal.

**DZR3/** Vedoucí pracovníci sledují projevy klientů a pokud je projev klienta odlišný od běžného stavu, tak se snaží využít příznaky. V zařízení nikdy neřešili situaci ohledně agresora a oběti. V případě, že by se situace vyvinula, byl by proveden zápis mimořádné situace, vše by se rozebralo s pracovníkem, který byl u situace. V případě pochybení ze strany personálu by bylo jednání označeno za hrubé porušení pracovní kázně a řešilo by se i na provozních poradách.
V zařízení **DZR4** při šetření nebyla identifikována žádná specifická situace násilí mezi agresorem a obětí s výjimkou situací uvedených v poddodíle 2.1.7.2. Dle ústních i písemných informací získaných v zařízeních DZR1 a DZR2 lze hodnotit výše uvedené postupy za adekvátní, vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn žádný neadekvátní postup. Postupy jsou odpovídající a přiměřené jak situacím, tak i individuálním potřebám klientů, včetně ochrany jejich bezpečí a zajištění subjektivního pocitu bezpečí. Důležitou součástí předpisů a postupů je ochrana, jak klientů, tak i zaměstnanců.

**Objektivní faktory ohrožující pocit bezpečí klientů v DZR:**

- neosobní prostředí pro klienta, nevhodné uspořádání pokojů, bariérovost pokojů,
- neosobní přístup všech zaměstnanců,
- časté jakékoliv změny v denním režimu klientů, např. i střídání pomůcek, střídání personálu z jiných oddělení/úseků,
- nedostatečné kontroly v ošetřovatelské péči u PPP,
- nedostatek soukromí klientů, nemají svůj osobní intimní prostor.

**Subjektivní faktory ohrožující pocit bezpečí klientů v DZR:**

- někteří klienti obtížně snášejí časté střídání zaměstnanců na směnách z jiných oddělení,
- někteří klienti obtížně snášejí rozdílný přístup personálu ke klientům,
- zákaz návštěv, omezení podpůrných kontaktů s rodinami,
- klienti v zařízení nenasaží svůj domov.

**Vyhodnocení využívaných forem prevence a následných opatření na eliminaci násilí v DZR**

Ve všech zkoumaných DZR mají klienti možnost si stěžovat a jsou obeznámeni se způsoby, které mohou využít.

**DZR1/** V případě potřeby stížnosti mohou přijít kdykoliv za kýmkoliv. Zařízení má své dotazníkové šetření, s klienty dotazníky vyplňuje rodina/zákonný zástupce/opatrovník ve spolupráci s klíčovým pracovníkem. Pokud se jim něco nelíbí, vědí, že si mohou stěžovat. Většinou preferují ústní stížnost. Klienti s poruchou komunikace se vyjadřují neverbálně, pohybem končetiny, úsměvem, i jinou jim nabídnutou neverbální formou (tužka, papír,...).

**DZR2/** V případě potřeby stížnosti mohou přijít kdykoliv za vedením zařízení. Zařízení má své dotazníkové šetření, s klienty dotazníky vyplňuje rodina/zákonný zástupce/opatrovník ve spolupráci s klíčovým pracovníkem.

V DZR2 nastavují psychiatrickou terapii podle otevřených dialogů a přístupu Recovery (zotavení) – jedná se o metodické přístupy v péči o psychiatrické onemocnění. Psychiatr by měl sledovat nastavení intenzity sedace, předejde se tak rizikovým situacím. Budou použity klinické testy a psychiatrické vyhodnocení, nastaví se psychoterapie. V zařízení chtějí zaměstnat psychologa aspoň s 10letou praxí na minimálně 12 hod. týdně. Klinický psycholog by měl nastavit hranice podnětů, stanovit míru únavy – klienti musí také odpočívat. S individuálním plánem jsou tvořeny konkrétní krizové plány.

- Směrnice č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociální služby;
- Směrnice č. 2 – Ochrana práv uživatelů;
- Směrnice č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby;
- Směrnice č. 7 – Stížnosti;
- Směrnice č. 14 – Nouzové a havarijní situace.

Mapování atmosféry prostředí a vztahů zaměřených na eliminaci dalšího násilí ve zkoumaných zařízeních DZR:

- nastavení pracovních postupů k eliminaci násilí, kontrola účinnosti nastaveného postupu, vedoucí pracovníci musí kontrolovat, zda se v praxi dodržují nastavené postupy ve směrnicích – přímá kontrola vedoucí přímé péče na pracovišti,
- nastavení nástrojů prevence - vyšší míra spolupráce jednotlivých úseků/oddělení,
- předávání osobních zkušeností mezi zaměstnanci, výměna a model zastupování na jednotlivých úsecích/odděleních,
- metoda pozorování,
- supervize individuální nebo skupinová (např. DZR3),
- zpětná vazba od zaměstnanců (rozhovory vedení s pracovníky, dotazníkové šetření u zaměstnanců),
- schránky důvěry/kniha stížností,
- neformální rozhovory s klienty (v případě potřeby mohou klienti vést osobní rozhovor s vedením DZR1/DZR2), v rámci DZR3/ Rozhovory s klienty v rámci individuálního plánování,
- dotazníkový průzkum klientů (osvědčilo se pouze v zařízeních s lehčím typem postižení, kde klienti pochopili, co je v dotazníku uvedeno),
- zpětná vazba od rodin (např. dotazníkové šetření u rodinných příslušníků).

DZR3/ V péči o klienty jsou využívány infokartičky, které má personál k dispozici. Na infokartičce jsou uvedeny základní informace o klientovi a je tam i jeho fotografie, což je velmi užitečné pro pracovníky nové či zaskakující na daném oddělení, aby se rychle mohli seznámit s potřebnými informacemi o klientovi.
Zajištění prostředků pro zlepšování životního prostoru klientů v DZR, které se reálně v praxi osvědčilo:

- Školení 24 h/rok povinné pro všechny PPP.
- Kontrola činnosti PPP vedoucím pracovníkem.
- Výběr zaměstnanců dle kladného vztahu k osobám s postižením změna ve výběru zaměstnanců – více kladou důraz na vhodnost osoby pro výkon péče o klienty.
- Při výběru zaměstnanců je přihlíženo i k výtvarnému vzdělání (pro arteterapii); hudebnímu vzdělání (pro muzikoterapii).
- Finanční motivace.
- Ve společné smlouvě o poskytnutí služby jsou definovány vzájemné vztahy v příloze, rodina je o tom poučena.

DZR1/ Příklad na závěr hodnocení DZR

Jednotliví pracovníci v přímé péči poukázali na nevhodné chování jednoho pracovníka ke klientům. Klienti si jim stěžovali, ale báli se a nechtěli, aby to ošetřující personál řešil s vedením domova. Informace se dostala k sociálním pracovníkům a v závěru to vedlo k ukončení pracovního poměru tohoto pracovníka v přímé péči. Případ neřešila Policie ČR, zaměstnanec na základě všech důkazů sám požádal o rozvázání pracovního poměru dohodou. Personál se o agresivním chování zaměstnance dozvěděl od klientů. Upozornil na to vedení domova a na základě pozorování a důkazů byl pracovník upozorněn na nevhodné chování ke klientům. Rodina o problémech nevěděla, vše probíhalo skrytě. V současnosti je v domově kladen větší důraz na získávání zpětné vazby na chování zaměstnanců od klientů i rodinných příslušníků. Je kladen větší důraz na pozorování z různých stupňů řízení domova. Odpovědnost za kontrolu svých podřízených nesou i vedoucí dílčích úseků. Problemy jsou okamžitě řešeny na poradách a projednávány s vedením domova. Další případ se již nevyskytl.

Pro domov to znamenalo zkušenost a vypracování metodiky řešení mimořádné situace násilného jednání. Dále v zařízení byla přijata následující opatření:

- Klienti jsou hned při přijetí jasnou a jim přijatelnou formou informováni, jak mají na tyto situace včas upozornit.
- Jsou jim stanoveni klíčoví pracovníci, na které se mohou obrátit.
- V zařízení jsou informační nástěnky s vizualizací možných postupů.
- Na poradách jednotlivých úseků se včas všechny problémy řeší.
- Významně vedoucím pracovníkům pomáhá metoda pozorování.
- Klienti i rodinní příslušníci věděli, na koho se mohou obrátit v případě stížnosti.
- Funguje výbor obyvatel/klientů.
- Významně pomáhají i zápisy mimořádných situací v informačním systému zařízení, které lze průběžně sledovat a vyhodnocovat i zpětně.
2.2.2.3 Chráněné bydlení

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn informací týkajících se řešení případů za CHB s uvedením konkrétních příkladů.

Pokud se jedná o potenciálně ohrožující situaci, sdělí ji daný klient osobně někomu z personálu nebo personál okamžitě situaci vidí i slyší křik. Přítomný personál zapisuje agresi či nevhodné chování klienta do dokumentace, do knihy mimořádné udalostí, denní zápis. Konfrontují informace od jiných klientů, kteří obvykle u situace byli, slyšeli, viděli.

U většiny CHB je vedoucí zařízení stále na telefonu, přijede hned, nebo jiný jim pověřený pracovník, který je určen k mimořádné situaci. Nejčastěji si stěžují klienti tím, že chodí za vedoucí sociální pracovník a ta to sepíše i vyřídí dle potřeby. Situace vznikají kdykoliv během dne, v noci klienti spí.

K řešení mimořádných nebo bezpečí klienta ohrožujících situací je využit neformální rozhovor s klientem, klient se musí především uklidnit, případně je vhodná změna medikace lékařem, domluva, výtka, v krajním případě vypovězení smlouvy. Při vzniku mimořádné situace je proveden zápis do denního hlášení/zápisu v dokumentaci klienta. Větší incidenty se volají rodině nebo opatrovníkovi obou klientů, oběti i agresora. Řešení konfliktů a problémů mezi klienty je obvykle probíráno na poradách chráněného bydlení, kde se mohou účastnit všichni klienti i pracovníci zařízení. Dále na poradách vedení. Z porad jsou stanoveny pokyny, jak se chovat v případě agresivního klienta. Pokud je situace pro PPP nezvladatelná je přivolána RZP a případně převoz klienta do PN (např. zkušenost z CHB2). V tomto druhu sociální služby jde o málo četný jev, pokud klient nezvládá samostatný pobyt, je nutný překlad do jiného typu zařízení, např. DZR.

Specifické situace násili mezi agresorem a obětí jsou uvedené v pododdíle 2.1.7.3. Dle ústních i písemných informací získaných ve zkoumaných zařízeních lze hodnotit výše uvedené postupy za adekvátní, vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn žádný neadekvátní postup.

**Vyhodnocení využívaných forem prevence a následných opatření na eliminaci násilí v CHB**

Nároky na formy prevence a následná opatření na eliminaci násilí se v CHB výrazně liší od DOZP a DZR, jelikož klienti zde vykazují vysokou míru samostatnosti a soběstačnosti, s nízkou mírou závislosti na PPP.

**Obecně platí ve všech zkoumaných zařízeních CHB:** Supervize obvykle neprobíhají, nebyly oblibené, pracovníci v přímé péči se domnívají, že si na společné poradě vyřijí problémy sami. Supervize obvykle v těchto zařízeních nenaplnil očekávání PPP. Schránka důvěry byla ve všech zkoumaných zařízeních. Neformální rozhovory jsou zde účinné a nejvíce využívány, upozorní na nevhodný přístup ihned. Dotazníkový průzkum v CHB4 klienti neuměli pochopit, proto je využíván jen pro zaměstnance. V ostatních zařízeních klienti dotazník vyplňovali bez problémů. Důležité je pozorování klientů a vyhodnocení jejich stavu pro vedoucí i pracovníky v přímé péči. V CHB1-CHB3 mohou klienti volat pověřenému pracovníkovi i večer. V CHB4 je zdravotní stav klientů takový, že je zde
nutná služba 24 hodin. Pochvaly na pracovníky klienti píšou rádi i do novin. Porady s uživateli obvykle probíhají 3-4x do roka.

Pro zajištění vyššího stavu bezpečí klientů zde probíhají pravidelná školení Hasičského záchranného sboru ČR, Policie ČR, včetně nácviku zvládání mimořádných situací.

Velmi dobré vztahy, které jsou oboustranně považovány za vztahy rodinného typu, dokládá skutečnost, že klienti si mohou pronajmout pracovníka a ten s nimi jede na výlet nebo dovolenou. Mají s tím velmi dobré zkušenosti, někde byli spolu i v zahraničí. Organizují si volný čas ve spolupráci s PPP.

**Prostředky pro zlepšování pocitu bezpečí klientů v CHB:**

- Školení 24 h/rok povinné.
- Kontrola činnosti PPP.
- Výběr zaměstnanců dle kladného vztahu k osobám s postižením, empatie, schopnosti komunikovat.
- Finanční motivace: FKSP, odměny 2x ročně. Měsíční odměny za práci navíc.
- Ve standardu ochrana práv uživatelů si ujasnili, co v zařízení potřebují zavést.

**2.2.2.4 Týdenní stacionář**

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn informací týkajících se řešení případů za TS s uvedením konkrétních příkladů.

### TS1/ O agresivním chování klienta je proveden zápis mimořádné situace, vše se rozebere s pracovníkem, který byl u situace, ostatní pracovníci jsou také informováni. **Nastávají situace, kdy byl klient natolik agresivní, že volali RZP a Policii ČR. Vytáhl na ně nůž, honil je a napadal nožem, kradl nože. Pokud nedojde ke zklidnění klienta po zakročení RZP, je klient odvezen do PN. Pokud se situace opakuje a klient nezvládá pobyt, je s ním ukončena smlouva a je převeden do zařízení jiného typu, případně jde domů.**

Klienti mohou přijít kdykoliv za ředitelem/kou. Zařízení má své dotazníkové šetření, s klienty dotazníky vyplňuje rodina/zákonný zástupce/opatrovník ve spolupráci s klíčovým pracovníkem, odkud zařízení také získává informace o klientech.

### TS2/ V případě agresivního chování klientů pomáhá někdy laskavé objetí klienta, jindy naopak ignorování jeho projevů. Klíčová je vzájemná komunikace mezi personálem. Předávání si podrobných informací přispívá k pocitu bezpečí jak mezi klienty, tak mezi zaměstnanci. Účinným opatřením je také zklidnění klienta v relaxačním místnosti, u televize, odvedením poznornosti klienta od vzniklého problému, zklidnění na pokoji. Klienti se uklidnili také skákáním na trampolíně nebo skartováním krabic, jindy pomůže výměna klientů na pokojích. Při opakujících se agresivních projevech je nutné po konzultaci s ošetřujícím lékařem navýšit nebo změnit medikaci.
Specifické situace násilí mezi agresorem a obětí jsou uvedené v pododdíle 2.1.7.4. Dle ústních i písemných informací získaných ve zkoumaných zařízeních, lze hodnotit výše uvedené postupy za adekvátní, vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn žádný neadekvátní postup. Postupy jsou odpovídající a přiměřené jak situacím, tak i individuálním potřebám klientů, včetně ochrany jejich bezpečí a zajištění subjektivního pocitu bezpečí. Důležitou součástí předpisu a postupů je ochrana, jak klientů, tak i zaměstnanců.

Vyhodnocení využívaných forem prevence a následných opatření na eliminaci násilí v TS

Mapování atmosféry prostředí a vztahů v TS

Provádí se zde týmové supervize, jejích kvalita a zájem pracovníků o ně je přímo závislá na kvalitě a schopnostech supervizora. Všechna zařízení provádějí neformální rozhovory s klienty, případně s rodinou, dále pro klienty kromě dotazníků mají schránku důvěry, ale většinou klienti se stížnostmi přicházejí především za vedením zařízení. Výše uvedené neplatí u TS3, kde je specifická cílová skupina mladších klientů s převahou Žáků SŠ, kteří využívají při nespokojenosti především komunikace s rodiči, kteří následně osloví vedení zařízení. Vše probíhá denně kontrola pracovníků v přímé péči prováděná vedením, zařízení jsou menší a všichni jsou spolu neustále v kontaktu, mimo TS3, kde TS3 je součástí většího komplexu zařízení. Vše probíhá jednou týdně pracovní porada zaměstnanců a zaměstnavatele.
**Prostředky pro zlepšování životního prostoru klientů v TS:**

- Školení PPP 24 h/rok povinné.
- Kontrola činnosti PPP.
- Výběr zaměstnanců dle kladného vztahu k osobám s postižením, výtvarného vzdělání, hudby (aktivizační pracovníci).
- V zařízení pravidelně probíhá požární cvičení s hasiči společně i s klienty.
- Nacvičovala se evakuace ze střechy v TS. V zařízení jsou požární hlášce a požární dveře.
- Noví zaměstnanci jsou postupně zaškolováni pro specifika péče.
- Veškeré informace jsou předávány zaměstnancům na poradách.
- Využívají dobrovolnýky.
- Sponzori zajišťují peníze na kulturní akce či výlety.

**TS3/ Další vzdělávání pracovníků v přímé péči, požadavek je, aby měli alespoň maturitu, jelikož se stávalo, že pracovníci v přímé péči s nižším vzděláním neměli osobnostní předpoklady pro tento druh práce.**

**TS4/ Mohou přijít kdykoliv za vedoucí nebo jakýmkoliv přítomným pracovníkem. Zařízení má své dotazníkové šetření, s klienty dotazníky vyplňuje rodina/zákonný zástupce/opatrovník ve spolupráci s klíčovým pracovníkem. Mají knihu stížností, oficiální tiskopisy pro stížnost, email, schránku. V případě opakovaného porušování pracovních povinností (alkohol) jsou zde finanční stížnosti, důtka za nedostavení se včas do práce, rozvázaní pracovního poměru z výše uvedených důvodů.**

2.2.2.5 **Sociální rehabilitace**

V níže uvedeném textu je zpracován kvalitativní souhrn informací týkajících se řešení případů za SR s uvedením konkrétních příkladů.

**Pro SR1 i SR4k/, platí níže uvedené:** Byl proveden zápis mimořádné situace do dokumentace klienta, vše se rozebere s pracovníkem, který byl u situace. Všichni jsou informováni. Pokud nastávají i situace, kdy je klient natolik agresivní, že volali RZP a policii, je převeden do PN a případně převeden do jiného zařízení sociálních služeb. Je s ním ukončena smlouva o poskytnutí služby. Agresivní situaci lze také řešit změnou medikace a rozhovorem s rodinou, zklidněním klienta.

**Příklady:** Klient měl např. konflikt s pracovníci, kdy se volala RZP, byl zklidněn sedativy, odvezen na PN. Další chtěl utéct a nebral léky, jelikož tam nechtěl být, zklidněn, odvezen na PN. Jiný fackami napadl spolubydlící.
Popis případu dle zápisu mimořádné události: „Dne 17. 1. měli uživatelé Hana, Zdena a Ivan jet na společný nákup potravin. Před půl třetí se děvčata pohádala s Ivanem, který následně odešel na pokoj s tím, že nikam nejde. Děvčatům jsme řekli, že můžou na společný nákup samy a s Ivanem si promluvime. Dívky se těsně před odchodem pohádaly na recepci v přízemí. Podle slov Zdeny za jejich hádku mohla předchozí situace s Ivanem. Dale na recepci na sebe vulgárně křičely, než jsme tam stačili doběhnout a říct jim, aby se uklidnily, tak se popraly. Na kamerovém záznamu je jasně viditelné, že útok začala Hana. Oběma uživatelkám jsme řekli, ať jdou nahoru a že v takovéto stavu nikam nejdou. Následně jsme volali vedoucí a seznámili ji se situací. Dohodli jsme se na tom, že si se všemi uživatelé promluvíme a situaci ohlásíme i opatrovnici Hany. Já (PPP1) jsem si vzala Zdenu na inspekční pokoj, a druhá kolegyně (PPP2) si šla promluvit s Ivanem na jeho pokoj a třetí kolegyně (PPP3) si šla promluvit s Hanou. Při rozhovoru mi Zdena vysvětlovala situaci ze svého pohledu a já jsem ji dala možnost tento vikend přespávat na pokoji číslo dva. Rozhovor trval cca pět minut, když jsme vyšla z inspekčního pokoje, PPP3 mi oznámila, že nemůže najít uživatelku Hanu. 4 pracovnice v pracovnici v prostorách Centra a já (PPP1) jela autem hledat v okolí obce. Kolegyně upozornila, ať jde prohlédnout prostory okolo CHD – dílny, kde se Hana už jednou schovávala. Cca po 15 minutách hledání jsem ji našla za dílnou CHD, kde kouřila, ale když jí tam byla hledat PPP3, tak tam nebyla. Řekla jsem uživatelce, ať se vrátí okamžitě do Centra a že jí nikdo nedovolí opustit prostory Centra. Pak následovala druhý telefonický rozhovor s vedoucí, která sama bude informovat opatrovnici, a domluvily jsme se, že si s Hanou promluvíme o vzniklé situaci. U pohovoru byly přítomny klientka Hana, sociální pracovnice a dvě pracovnice v sociálních službách. Rozhovor začala sociální pracovnice, která se snažila přemluvit klidně a aby uživatelce nezhoršila a chtěla, aby Hana popsal konflikt na recepci ze svého pohledu. Hana se při rozhovoru tvářila samolibě a usmívala se. V žádném případě se nepřipouštěla, že by nesla jakoukoli zodpovědnost za vzniklou situaci. Podle jejích slov si Zdena facku zasloužila, protože na ni křičela. Když jsme ji upozornili, že v žádném případě nesmí napadat fyzicky nebo slovně žádného z uživatelů a mohly by byt důvod pro ukončení pobytu v Centru, tak odvětila, že ji je to jedno. Dále konstatovala, že stejně půjde zpátky do původního zařízení, že tam předcházení den telefonovala a slíbili jí, že kdyby cokoliv, tak si pro ni dojedou. Dále telefonicky kontaktovala PN s tím, že dále nechce pobývat v zařízení. Hanu jsem upozornila, že toto není možné, že nemůže být přijata do jiného zařízení na základě toho, že někoho napadla, tak odvětila, že na PPP zavolá policii a odešla z kanceláře. Dále uživatelce oznámila, že požila medikamenty, tato tvrzení se prokázalo jako lživé. Řešení: O vikendu od 18. 2. do 19. 2. bude víkendová služba sloužit ve dvou, kdyby nastaly komplikace. Dne 21. 2. jede uživatelka na pravidelnou kontrolu k psychiatrovi, kde může být situace vyřízena a domluvím se ním následující opatření. Podán vážně míněný nesouhlas s poskytováním sociální služby. Následně po kontrole u psychiatra nastoupila 23. 2. k optimalizaci psychiatrické léčby do PN“.

---

25 Z důvodu anonymity jsou jména smyšlená.
Kay
Popis situace dle zápisu mimořádné události: Klient chtěl utéct a nebral léky, jelikož tam nechtěl být, zklidněn, odvezen na PN. Klientova nespokojenost se vystupňovala do té míry, že odmítal vše, včetně užití medikace, byl verbálně i fyzicky agresivní, napadal personál i spolubydlící, měl sbalené osobní věci a chtěl odejít z Centra pryč, nechtěl zde zůstat. Přivolána RZP, zaléčen na místě, aplikace léků v injekční formě. Další den se situace opakovala, na společné vycházce fyzicky napadal pracovníci Centra. Po napomenutí a žádosti o omluvu následoval výbuch hněvu a vulgarit. Po tomto incidentu byla opakovaně kontaktovala a přivolána RZP a Policie ČR. Po tel. konzultaci a domluvě byl klient převezen na psychiatrické oddělení. Dle platné legislativy po opakovaném pokusu odejít z Centra byli povinni aplikovat "Institut vážně míněného nesouhlasu s poskytováním pobytové sociální služby". Oznámení odesláno okresnímu soudu.

Specifické situace násilí mezi agresorem a obětí jsou uvedeny v pododdíle 2.1.7.5. Dle ústních i písemných informací získaných ve zkoumaných zařízeních lze hodnotit výše uvedené postupy za adekvátní, vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn žádný neadekvátní postup. Postupy jsou odpovídající a přiměřené jak situacím, tak i individuálním potřebám klientů, včetně ochrany jejich bezpečí a zajištění subjektivního pocitu bezpečí. Důležitou součástí předpisů a postupů je ochrana jak klientů, tak i zaměstnanců.

Vyhodnocení využívaných forem prevence a následných opatření na eliminaci násilí v SR

Ve všech zkoumaných zařízeních SR mají klienti možnost stěžovat si a jsou obeznámení se způsoby, které mohou využít. V případě potřeby stížnosti mohou přijít kdykoliv za vedoucí nebo za jakýmkoliv přítomným pracovníkem na osobní neformální pohovor. S výjimkou SR1 mají schránku důvěry/stížností. Schránka důvěry se v SR1 nenachází z důvodu, že je těžké nastavit potřebné soukromí pro sepsání stížnosti. Ve všech zařízeních SR probíhá dotazníkové šetření, ve kterém mají klienti možnost vyjádřit svou spokojenost, nespokojenost, přípomínky a návrhy. Ve všech zařízeních SR mají klienti pro stížnost využít i email, dopis. V zařízení SR4, na rozdíl od ostatních zkoumaných zařízení, je nastavena široká cílová skupina a vyskytuje se zde osoby s těžkým duševním postižením s agresivními projevy.

V SR3 je klient na schůzce s terapeuten vyzván k tomu, aby se vyjádřil k tomu, co by potřeboval zlepšit, jak se cítí, co konkrétně doporučuje ke zlepšení kvality péče v zařízení. U klientů se specifickými potřebami si předávají pracovníci informace mezi týmy. Informace se sbíhají u case managementu.

Mapování atmosféry prostředí a vztahů zaměřených na eliminaci dalšího násilí ve zkoumaných zařízeních SR:

- metoda pozorování,
- supervize individuální nebo skupinová (např. v SR2 je velmi oblíbená),
• zpětná vazba od zaměstnanců (rozhovory vedení s pracovníky, např. pravidelné porady, kdy jsou řešeny podněty ze strany instruktorů i klientů),
• schránky důvěry/kniha stížností,
• neformální rozhovory s klienty,
• dotazníkový průzkum klientů - průzkum spokojenosti klientů po ukončení pobytu.

SR4/ Mají společné čajové dýchánky za 1 nebo 2 měsíce, kde spolu probíhají různá téma. 1x za rok probíhá setkání rodičů v únoru a provedou rekapitulaci. Probíhají i diskuze s klíčovými pracovníky, kde jsou klienti přítomni, také i interní psycholog.

Vedení zařízení sestavilo Desatero, jak se k sobě mají všichni chovat a když se něco stane, pokaždé to znovu rozebírají do podrobností a vše si se všemi klienty vysvětlují. Kdo udělal co a proč. Zopakují si provozní řád, ubytovací řád. Je na personálu, aby vše uměli interpretovat klientům.

V návaznosti na proběhlé události krizového charakteru byly upraveny standardy, směrnice, postupy:

• dotazníky s uživateli a rozhovor s uživateli,
• porady s vedením zařízení, pravidelné porady týmu a individuální pohovory s vedením zařízení, pravidelné rozhovory s klíčovými pracovníky,
• standardy kvality,
• pravidelné supervize,
• pravidelné vzdělávání,
• finanční motivace.

V zařízení se aplikuje anonymní možnost stížností do schránky důvěry, která je pravidelně kontrolována a kde se objevují obrázky nebo pochvaly. Své stížnosti jsou uživatelé zvyklí sdělovat osobně personálu.

V SR4 je postupováno podle:

• Standardy kvality (dále také SQ):
  o SQ 2 – Ochrana práv osob
  o SQ 5 – Individuální plánování
  o SQ 7 – Podání stížnosti
  o SQ 14 – Havarijní a nouzové situace
• Vážně míněný nesouhlas s poskytováním pobytové služby dle metodického pokynu APSS „Aplikace institutu vážně míněného nesouhlasu umístění uživatele v pobytové službě.“
• Protokol o sexualitě

Zajištění prostředků pro zlepšování životního prostoru klientů v SR, které se reálně v praxi osvědčilo:

• Školení 24 h/rok povinné pro všechny PPP.
• Kontrola činnosti PPP vedoucím pracovníkem.
• Výběr zaměstnanců dle kladného vztahu k osobám s postižením, sociální inteligence, empatie, schopnosti komunikovat, předchozí praxe.
• Při výběru aktivizačních pracovníků je přihlíženo i k výtvarnému vzdělání (pro arteterapii), hudebnímu vzdělání (pro muzikoterapii).
• Finanční motivace: zaměstnanci mají 1x až 2x ročně odměny dle finančních možností zařízení.
• Ve společné smlouvě o poskytnutí služby jsou definovány vzájemné vztahy v příloze, rodina je o tom poučena.
• Finanční postihy za opakované porušování pracovních povinností, důtka za nedostavení se včas do práce, rozvázání pracovního poměru z uvedených důvodů.
2.3 Analýza vnitřních pravidel poskytovatelů sociálních služeb


Oblast násilného jednání, jeho prevence a řešení byla sledována ve vnitřních předpisech řešících kritéria č. 26 stanovená v rámci těchto standardů kvality:

2/ Ochrana práv osob

   a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

   b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

   c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

7/ Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

   a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

   b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížností; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele

   c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě

   d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti

14/ Nouzové a havarijní situace

   a) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti

---

b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální sloužbu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít.

c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

2.3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Tabulka 2.21: Vnitřní pravidla DOZP

<table>
<thead>
<tr>
<th>Domov pro osoby se zdravotním postižením</th>
<th>DOZP1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Násilné jednání, jeho prevence a řešení je ošetřeno v dále uvedených dokumentech, a to SQ7 – Metodika ke standardu č. 7 „Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální sloužby”. V rámci dokumentu jsou popsána pravidla pro podávání a vyřizování stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální sloužby. V rámci přílohy č. 2 k výše uvedenému dokumentu je uvedeno: „Nebojte se stěžovat si! Nebo podávat náměty a připomínky, pomůžete nám tím zkvalitnit naše služby a vy i ostatní se u nás budete cítit lépe”. SQ14 – Metodika ke standardu č. 14 „Nouzové a havarijní situace“, v rámci které jsou zpracovány postupy v nouzových situacích, např. agrese; pády a zranění; šikana, sexuální zneužívání. V rámci šikany jsou rozlišeny verbální šikana – psychická šikana, fyzická šikana – včetně kradeži a ničení majetku, smíšená šikana – kombinace fyzické i psychické šikany, sexuální šikana – homofobie – strach z homosexuálně zaměřených klientů. Ke SQ14 je vypracována příloha č. 5 „Krizový plán pro klienta s rizikem v agresivním chování“. Vnitřní předpisy jsou aktualizovány pravidelně v intervalu 1x/1 – 2 roky. V případě řešení nestandardní nebo mimořádné situace, se kterou se v zařízení dosud nesetkali, dochází k úpravě vnitřních předpisů dle potřeby. Vybrané vnitřní předpisy včetně domácího řádu jsou pravidelně probírány i s klienty, aby byli seznámeni se svými právy, povinnostmi i postupy v různých situacích včetně možností podat stížnost. V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné, také na koho se obracet v případě řešení mimořádných situací. Všichni dotázaní klienci se vyjádřili, že se v zařízení nikomu nic špatného neděje, sami žádnou špatnou zkušenost nemají, cítí se zde dobře a bezpečně. Kdyby potřebovali řešit nějakou situaci, svěřili by se kamarádům – dalším klientům či klíčové pracovnici.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
DOZP2
Násilné jednání, jeho prevence a řešení je ošetřeno v rámci níže uvedených vnitřních předpisů. Požadovaná kritéria SQ7 jsou zapracována do Směrnic Ř/1/2020 „Podávání a vyřizování stížností uživatelů na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb“, ve které je konkrétně popsán postup vyřízení stížností u anonymního i konkrétního stížovatele. Stanovená kritéria pro SQ2 jsou zapracována do Směrnice Ř/1/2020 „Podávání a vyřizování stížností uživatelů na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb“. Požadovaná kritéria standardu kvality č. 14 jsou zapracována ve směrnici V 010/2017 „Havarijní plán pro zdolávání mimořádných událostí“, ve které je konkrétně popsán postup vyřízení stížnosti u anonymního i konkrétního stížovatele. Stanovená kritéria pro SQ2 jsou zapracována v rámci více směrnic, a to OSS/1/2020 „Ochrana uživatelů před předsudky a negativním hodnocením“, OSS/9/2020 „Individuálně určené potřeby osob, kterým je poskytována sociální služba“.

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotázáni ohledně postupu řešení konkrétních situací. Personál považuje za důležité opakově školit i klienty v domácím řádu a jiných potřebných informacích a připomínat jim jejich práva a povinnosti, aby klienti nepřekračovali meze v povýšeném chování k personálu či přemrštěnými požadavky na obsluhu ze strany personálu, a to ve stylu „jsi moje služka, takže to musíš udělat“, což se zatím neděje dostatečným způsobem.

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že většina byla svědkem násilných projevů ze strany klientů k jiným klientům, u některých klientů došlo k agresivním útokům i na ně samotné. Někteří si stěžovali, na základě stížnosti dostali agresivní klienti napomenutí, došlo i k vyloučení klienta ze služby. Psychicky slabší či více postižení klienti sdělili informaci ostatním klientům, někdo z nich jim pak pomůže vykomunikovat stížnost (např. ohledně nedostatečného poskytování péče, jež si není klient schopen zajistit sám) s vedením zařízení, jelikož se necítí bezpečně podat stížnost úplně sami a stát proti personálu.

Situace jsou pro klienty stresující.

DOZP3
Násilné jednání, jeho prevence a řešení je řešeno v rámci níže uvedených vnitřních předpisů „Pravidla pro havarijní a nouzové situace“, které splňují požadavky na zpracování SQ14, kde ve vztahu ke sledované oblasti jsou zde popsány situace a postupy, jak v nich reagovat a jak jim předcházet. Jedná se o situace: napadení klienta klientem; napadení klienta cizí osobou mimo zařízení; konfliktní příbuzný, návštěva; napadení pracovníka klientem; sexuální obtěžování klienta klientem. V zařízení je vytvořen i předpis „Sexualita, vztahy a prevence zneužívání obyvatel“, jelikož organizace pracuje s problematikou sexuálních a vztahových potřeb osob s mentálním postižením.

V předpisu jsou uvedeny možnosti pohlavního života klientů; co dělat, když klient uspokojuje sexuální potřeby na veřejnosti; jak postupovat u zjištění sexuálního zneužívání a ochrana před ním. Předpis splňující požadavky na zpracování SQ7 je nazván „Pravidla pro podávání, vyřizování a evidenci stížnosti“ a definuje, jakým způsobem si klienti mohou stěžovat a jaký je další postup k vyřízení stížnosti. U klientů s obsedantně kompulsivní poruchou byla zavedena kolonka stížností v souladu s předpisem a navíc i v individuálním plánu klienta. Vnitřní předpisy jsou aktualizovány pravidelně v intervalu 1x/2 – 3 roky.

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotázáni ohledně postupu řešení konkrétních situací. Personál považuje za důležité opakově školit i klienty v domácím řádu a jiných potřebných informacích a připomínat jim jejich práva a povinnosti, aby klienti nepřekračovali meze v povýšeném chování k personálu či přemrštěnými požadavky na obsluhu ze strany personálu, a to ve stylu „jsi moje služka, takže to musíš udělat“, což se zatím neděje dostatečným způsobem.

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že většina byla svědkem násilných projevů ze strany klientů k jiným klientům, u některých klientů došlo k agresivním útokům i na ně samotné. Někteří si stěžovali, na základě stížnosti dostali agresivní klienti napomenutí, došlo i k vyloučení klienta ze služby. Psychicky slabší či více postižení klienti sdělili informaci ostatním klientům, někdo z nich jim pak pomůže vykomunikovat stížnost (např. ohledně nedostatečného poskytování péče, jež si není klient schopen zajistit sám) s vedením zařízení, jelikož se necítí bezpečně podat stížnost úplně sami a stát proti personálu.

Situace jsou pro klienty stresující.
Násilné jednání, jeho prevence a řešení je řešeno v rámci směrnic. V rámci směrnice č. 1/2015 „O způsobu podávání a vyřizování stížností uživatelů na kvalitu nebo způsob poskytování služeb“ jsou uvedeny pravidla a postupy při podávání a vyřizování stížností, je zde konkrétně popsán postup vyřízení stížností u anonymního i konkrétního stěžovatele.

Pro zajištění srozumitelnosti pro klienty zařízení zpracovalo názorný návod „Jak si mohu stěžovat“, který je připraven ve velmi jednoduché podobě, aby mu klienti (převážně osoby s mentálním postižením) s náznakům pochází je znázorněn celý postup od podání stížnosti do jejího vyřešení a také jsou zde ukázky situací, které nejsou v pořádku, a klient by je měl rešit. Směrnice je zpracována v souladu se SQ7.

Směrnice č. 1/2016 „O respektování základních práv, řešení možných střetů zájmů a ochraně uživatelů před předsudky a negativním hodnocením a o přijímání darů“.

V dokumentu jsou řešena základní práva uživatelů, možné střety zájmů a postupy předcházející porušování práv a střetům zájmů. Obsah je v souladu s kritérii nastavenými v rámci SQ2.

Směrnice č. 1/2017 „Používání opatření omezující pohyb osob u uživatelů“ řeší opatření omezující pohyb osob s hmotně agresivním chováním klientů a jejich používání.

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotázáni ohledně postupu řešení konkrétních situací.

Všichni dotázaní klienti se vyjádřili, že se jim v zařízení líbí, cítí se tu dobře. Kdyby potřebovali řešit nějakou situaci, svěřili by se pracovnici, které důvěřují.
Vnitřní předpisy jsou aktualizovány pravidelně v intervalu 1x/2 – 3 roky, na základě řešení situace nevhodného chování ze strany jednoho pracovníka ke klientům vznikla potřeba změnit vnitřní předpisy v oblasti důkladnějšího informování klientů, jelikož klienti si stěžovali ošetřujícího personálu, ale báli se a nechtěli, aby to ošetřující personál řešil s vědomím domova. Informace se dostala k sociálním pracovníkům a poté k vedení zařízení. S daným pracovníkem byl ukončen pracovní poměr na jeho vlastní žádost. Klienti jsou hned při přijetí jasnou a jim přijatelnou formou informováni, jak mají na tyto situace včas upozornit a byla nastavena tato opatření:

- byli stanoveni klíčoví pracovníci,
- v zařízení jsou informační nástěnky s vizualizací možných postupů,
- na poradách jednotlivých úseků se včas všechny problémy řeší,
- funguje výbor obyvatel,
- významně pomáhají i zápisy v elektronickém programu.

Všichni dotázaní klienti se vyjádřili, že se nikomu nic špatného neděje, sami žádnou špatnou zkušenost nemají. Kdyby potřebovali řešit nějakou situaci, svěřili by se „sestřičkám“, kterým důvěřují a cítí se v jejich péči v bezpečí.

DZR

Násilné jednání, jeho prevence a řešení je ošetřeno v rámci těchto dokumentů: Vnitřní pravidlo – VP 2/2/A „Pravidla pro předcházení (a pro řešení) porušování základních lidských práv a svobod“. V dokumentu jsou popsána vnější a vnitřní rizika, v rámci vnitřních rizik jsou definovány způsoby chování, které jsou je strany zaměstnanců nepřípustné:

- Zneschopňování – zabránění uživateli, aby užil schopnosti, které má nebo aby činil rozhodnutí, kterých je schopen. Omezování samostatného jednání uživatele, v němž je obsaženo nějaké riziko.
- Stigmatizace – chování poskytovatele, které vyjadřuje odpor, nechuť k uživateli nebo skupině uživatelů, jako by jejich postižení bylo nakažlivé.
- Infantilizace – chování poskytovatele k uživatelům jako k malým dětem. Chování poskytovatele k uživatelům jako rodiče k dětem – blahosklonnost, shovívavost, rozhodování za ně.
- Zastrašování – vzbuzování strachu u uživatele s cílem přimět ho k požadovanému jednání nebo naopak ho od určitého jednání odradit.
- Nálezkování – označování uživatele nebo skupiny uživatelů podle jejich chování nebo postižení – př. „ležáci, ta zmatená, ta dementní“.
- Neprospěšnost v tempu – podávání informací bez respektování základních zásad komunikace s uživatelem s omezenými svědomostmi (pomalé tempo, oční kontakt, jasně sdělení), nátlak na uživatele, aby vykonával určité činnosti rychleji než je schopen.
- Zastrašování – vzbuzování strachu u uživatele s cílem přimět ho k požadovanému jednání nebo naopak ho od určitého jednání odradit.
- Nálezkování – označování uživatele nebo skupiny uživatelů podle jejich chování nebo postižení – př. „ležáci, ta zmatená, ta dementní“.
- Nerespektování tempa – podávání informací bez respektování základních zásad komunikace s uživatelem s omezenými svědomostmi (pomalé tempo, oční kontakt, jasně sdělení), nátlak na uživatele, aby vykonával určité činnosti rychleji než je schopen.
- Zneplatňování – chování poskytovatele, kterým dává najevo, že neuznává to, co uživatel říká nebo co cítí.
- Odhánění – odmítání poskytovatele s uživatelem mluvit, být v jeho blízkosti, vylučování ve smyslu fyzického nebo psychologického (vyloučení, protože „by rušil“, „páchl“ apod.).
- Zfvětšování – chování poskytovatele, kterým dává najevo, že neuznává to, co uživatel říká nebo co cítí.
- Ignorování – chování v přítomnosti uživatele jako by přítomen nebyl, např. vstupování bez zaklepání, rovnání věcí ve skříní apod.).
- Vnucování – chování poskytovatele, které nerespektuje uživatello právo na výběr, na svobodnou volbu, nátlak na uživatele, aby udělal něco, co pokládá poskytovatel za vhodné.
- Odporozumění pozornosti – odmítání pozornosti uživatele, který o ni žádá.
- Obviňování – otevřené nebo skryté obviňování uživatele z něčeho, co uživatel způsobil nebo naopak neudělal kvůli svým omezeným možnostem nebo proto, že neporozuměl situaci.
- Vyšetřování – chování poskytovatele, které obsahuje skrýt nebo znevýšení.
- Ponižování – chování poskytovatele, kterým poukazuje na neužitečnost, bezcennost uživatele.

V dokumentu jsou definována preventivní opatření v ochraně práv osob, je zde definováno např. právo na důslojné zacházení.
Vnitřní pravidlo – VP 2/2/B „Vnitřní pravidlo pro střety zájmů“ vymezuje možné oblasti střetu zájmů, např. uživatel omezuje životní prostor ostatních spolubydlících svou činností, uživatel zneužívá ostatní spolubydličtí k různým posluhám, uživatel požaduje finanční podporu po spolubydličích, uživatel požívá alkoholické nápoje, rodinný příslušník má nepřiměřené požadavky na aktivizaci uživatele.

Vnitřní pravidlo – VP 7/3/A „Vnitřní pravidlo pro podání a vyřizování stížností“ definuje, jakým způsobem si klienti mohou stěžovat, a jaký je další postup k vyřízení stížnosti.

Klientům je podrobně vysvětleno, jak mohou podat stížnost i ve vnitřním předpisu č. 1 „Pravidla vzájemného soužití“, kde je také uvedeno, jakým způsobem bude stížnost řešena. V rámci dokumentu je přímo uvedena formulace: „Pokud si podáte stížnost, nikdo Vas nebude postihovat, kritizovat“.

Vnitřní předpisy jsou aktualizovány pravidelně v intervalu 1x/2 – 4 roky.

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotázáni ohledně postupu řešení konkrétních situací.

Dotázaní klienti se vyjádřili, že se v zařízení cítí dobře. Někteří klienti uvedli, že jsou obtěžováni ze strany jiných klientů, kteří po nich chtějí cigarety a kávu. Někteří klienti hlasitě pokřikují, což obtěžuje ostatní klienty. Personálu se mohou svěřit i si postěžovat, vyslechne si je, důvěřují mu.

DZR

Násilné jednání, jeho prevence a řešení je ošetřeno ve směrnicích č. 2, 7, 14, které splňují kritéria standardů kvality č. 2, 7 a 14. Ve směrnicích č. 2 „Ochrana práv uživatelů“ je zde popsána prevence a postup řešení při porušení práv klientů nebo postup ve střetových oblastech. Směrnicí č. 7 „Stížnosti“ obsahuje, jakým způsobem si klienti mohou stěžovat, a jaký je další postup k vyřízení stížnosti. Klienti jsou s těmito informacemi seznamováni před vstupem do zařízení, dále při podpisu smlouvy a dále pravidelně v průběhu pobytu. Ve směrnicí č. 14 „Nouzové a havarijní situace“ je popsán postup jednání při nouzových (mimořádných) situacích v oblasti násilí: a gresivní uživatel; a gresé zvenčí od třetí osoby; dále úraz, pád uživatele; podezření na domácí násilí či týrání uživatele ze strany jeho rodinných příslušníků (při návštěvách, propustce…); při výkonu služby pracovnice zraní uživatele; pokud nastane konflikt mezi samotnými uživateli. K uvedeným situacím je popsán způsob řešení.

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotázáni ohledně postupu řešení konkrétních situací.

Vnitřní předpisy jsou aktualizovány pravidelně každý rok, v případě řešení nestandardní nebo mimořádné situace, se kterou se v zařízení dosud nesetkali, dochází k úpravě vnitřních předpisů dle potřeby.

Všichni dotázaní klienti se vyjádřili, že se v zařízení nikomu nic špatného neděje, sami žádnou špatnou zkušenost nemají, důvěřují personálu, a kdyby potřebovali řešit nějakou situaci, svěřili by se „sestřičkám“, kterým věří. Pokud se klientům něco nelíbí, ví, že si mohou stěžovat. Většinou preferují ústní stížnost, např. pečovatelce. Klienti s poruchou komunikace se vyjadřují neverbálně, pohybem končetiny, úsměvem, nebo komunikují očima. U všech klientů je zapsáno v individuálních plánech, jak daný klient vyjadřuje libost a nelibost.

DZR4k

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotázáni ohledně postupů řešení konkrétních situací, které znali. Vnitřní předpisy jsou revizovány pravidelně každý rok. V zařízení se nevyskytla mimořádná situace, na základě které by byla potřeba revize vnitřních předpisů. Dotázání klienti se vyjádřili, že neví o tom, že by se v zařízení někому něco špatného dělo, sami žádnou špatnou zkušenost nemají, v zařízení se cítili bezpečně.

2.3.3 Chráněné bydlení

Tabulka 2.23: Vnitřní pravidla CHB

<table>
<thead>
<tr>
<th>Chráněné bydlení</th>
<th>Oblast násilného jednání, jeho prevence a řešení je ošetřena v rámci zpracovaného SQ2. „Ochrana práv osob“, ve kterém se řeší ochrana práv uživatelů a pravidla pro předcházení ohrožujících situací. Jsou zde řešeny i střety zájmů a pravidla pro jejich řešení. SQ7 „Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby“ obsahuje, jakým způsobem si klienti mohou stěžovat a jaký je další postup k vyřízení stížností. SQ4 „Nouzové a havarijní situace“ obsahuje postup jednání při nouzových (mimořádných) situacích v oblasti násilí: Uživatel služby je slovně agresivní; zaměstnanec je napaden agresivním uživatelem; uživatel služby je napaden zaměstnancem. V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovíšti umístěné. Zaměstnanci byli také dotázáni ohledně postupů řešení konkrétních situací, které znali. Dotázání klienti se vyjádřili, že neví o tom, že by se v zařízení někoho něco špatného dělo, sami jsou spokojení se spolubydlícími a vycházejí spolu dobře. Kdyby se jim dělo něco špatného, určitě by šli za paní vedoucí, které důvěřují</th>
</tr>
</thead>
</table>

Klienti v rámci rozhovorů sdělili, že cítí psychické napětí z klientů, kteří jsou svým chováním nevypočítatelní, bojí se jejich křiku, reakcí a nálad, které se mění velkou rychlostí, i když pracovníci klienty usměrňují. Situaci rozebírají s pracovníky.

### 2.3.4 Týdenní stacionář

Tabulka 2.24: Vnitřní pravidla TS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Týdenní stacionář</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>TS2</strong></td>
<td>Násilné jednání, jeho prevence a řešení je ošetřeno v rámci níže uvedených vnitřních předpisů. Ve SQ2 „Ochrana práv osob“ jsou popsány situace ohrózení lidských práv a situace střetů zájmů. V rámci SQ7 „Pravidla pro podávání a řešení stížností, námětů a připomínek“ je stanoven postup, jakým způsobem si klienti mohou stěžovat a jaký je další postup vyřízení stížností. Ve SQ14 „Nouzové, havarijní a mimořádné situace“ jsou uvedeny postupy v oblasti násilného jednání pro řešení situací: napadení zaměstnance uživatelem; napadení uživatele zaměstnancem; napadení uživatele uživatelem; sexuální obtěžování; zjištění/podezření na týrání klienta rodinou. Zařízení má zpracovánu také „Metodiku podpory sexuálního a partnerského života uživatelů“. Vnitřní předpisy jsou revidovány 1x/2 – 3 roky.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotážáni ohledně postupů řešení konkrétních situací, které znali.

Z rozhovorů s klienty vyplýnulo, že někdy cítí obavy z některých klientů, kteří na sebe i někdy přimo na klienty, se kterými byl realizován rozhovor, ve zlém pokřikují, jsou protivní, vulgární, u některých klientů došlo i k fyzickému napadení. Vše hlásí personálu, který jmenované situace řeší, u většiny situací je personál přítomen a snaží se zasáhnout.

TS3

Násilné jednání, jeho prevence a řešení je řešeno v rámci níže uvedených vnitřních předpisů. Zařízení má zpracováno „Metodiku ke standardu č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby“ a dále Předpis 2017/10/S „Evidence vyřizování stížností, podnětů a připomínek“. V rámci těchto předpisů je stanoven postup, jakým způsobem si klienti mohou stěžovat, a jaký je další postup vyřízení stížnosti. Zařízení má zpracováno „Metodiku ke standardu č. 2 – Ochrana práv osob“, v rámci které jsou stanovena pravidla pro postup při zjištění porušení práv uživatele a pravidla pro situace, kdy by mohlo dojít ke střetu zájmů, opatření omezující pohyb osob. Dále je zpracováno jako příloha č. 5 standardu kvality č. 2 „Protokol o sexuálních kontaktech“.

V rozhovoru s klienty vyplynulo, že se v zařízení cítí bezpečně a s personálem vycházejí dobře. Klienti shodně tvrdí, že se všichni obávají jedné klientky, která bez příčiny může kohokoliv napadnout, tato klientka by měla zařízení brzy opustit. Pokud se jim něco špatného dělo, většina klientů by řešila situaci se pracovníky (1 klient s rodiči).

Z rozhovorů s klienty vyplýnulo, že se v zařízení cítí bezpečně a s personálem vycházejí dobře. Klienti shodně tvrdí, že se všichni obávají jedné klientky, která bez příčiny může kohokoliv napadnout, tato klientka by měla zařízení brzy opustit. Pokud se jim něco špatného dělo, většina klientů by řešila situaci se pracovníky (1 klient s rodiči).

2.3.5 Sociální rehabilitace (pobytová forma)

Tabulka 2.25: Vnitřní pravidla SR

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sociální rehabilitace (pobytová forma)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>SR1</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SR2</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Násilné jednání, jeho prevence a řešení je ošetřeno v rámci níže uvedených vnitřních předpisů. Standard 2a „Ochrana práv uživatelů“ a standard 2b „Pravidla pro předcházení střetu zájmů“ stanovují pravidla pro postup při zjištění porušení práv uživateli a pravidla pro situace, kdy by mohlo dojít ke střetu zájmů.

Standard č. 7a, b, c, d „Pravidla pro podávání stížností na kvalitu nebo způsob poskytování služby“, kde je popsán způsob podávání stížnosti a postup jejího vyřízení. „Pravidla krizových a nouzových situací pro klienty sociální služby“ stanovují postupy řešení situací, např. fyzické napadení klienta druhým klientem; slovní napadení klienta klientem; napadení pracovníka klientem.

Vnitřní předpisy jsou revidovány dle potřeby.

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotážáni ohledně postupů řešení konkrétních situací, které znali.

Všechni dotázaní klienti se vyjádřili, že se jim v zařízení líbí, cítí se tu dobře. Kdyby potřebovali řešit nějakou situaci, svěřili by se pracovníkům, kterým důvěřují.

Vnitřní předpisy jsou stanoven předpis „Vyřizování podnětů a stížností“, kde je popsán způsob podání stížnosti a postup jejího vyřízení. Dále předpis „Nouzové a havarijní situace“, kde jsou vymenovány situace, které ve spojení s užitím alkoholu mohou vést k ukončení pobytu klienta v zařízení.

Vnitřní předpisy jsou revidovány dle potřeby.

V rámci rozhovoru se zaměstnanci bylo ověřeno, že výše uvedené předpisy znají a vědí, kde je mají na pracovišti umístěné. Zaměstnanci byli také dotážáni ohledně postupů řešení konkrétních situací, které znali.

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že se v zařízení cítí dobře a s personálem vycházejí dobře.

Shodně popisují, že s poruchami mezi klienty vznikají náhle, snaží se agresory uklidnit a jsou pro vychovatelku. Pokud se klienti perou, odcházejí. Situace řeší s personálem a s ředitelkou, kterým důvěřují.

Vnitřní předpisy poskytovatelů sociálních služeb zapojených do sociálního šetření jsou v souladu s předpisy ČR, a to se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, konkrétně § 2 (odst. 2) a § 88, písm. c), d). Dále jsou v souladu s Listinou základních lidských práv a svobod27.

27 https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html
3 Návrhová část

Cílem návrhové části je věcný návrh dvou opatření, jejichž realizace by mohla účinně přispět ke snížení výskytu násilného jednání na lidech v pobytových sociálních službách, a tím podpořit vytvoření bezpečí pro uživatele služeb pro sdělování podezření na násilné jednání.

3.1 Identifikované problémy a návrhy na řešení

Na základě analytické části bylo identifikováno 7 problémů, které mohou být základem pro formulaci dvou vybraných opatření státu podporujících eliminaci násilí na lidech se zdravotním postižením s přihlédnutím ke genderové dimenzi.

Tabulka 3.1: Identifikovaný problém vhodný k řešení č. 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Identifikovaný problém</th>
<th>Zdůvodnění</th>
<th>Název potenciálního opatření</th>
<th>Návrh jeho řešení</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nedostatek soukromí klientů na vícelůžkových pokojích vede k narušování jejich intimní zóny a způsobuje psychické napětí, jehož důsledkem mohou být střety mezi klienty.</td>
<td>Při větším počtu klientů na jednom pokoji docházelo častěji k vzájemným střetům, které měly formu fyzického i psychického násilí různé intenzity (spouštěcí mechanismus byl např. konflikt typu otevřené okno nebo nemožnost na pokoji zklidnit agresivního klienta s duševním poruchou, který ostatní svým stavem obtěžuje), rovněž byly identifikovány časté konflikty i mezi manžely seniory žijícími v jednom pokoji v souvislosti s nastupující demencí, a nezvládaní přidružených projevů dalších nemocí. Dále byl identifikován výskyt problémových a nezvládaných uživatelů z cílové skupiny osoby s chronickým duševním onemocněním, pro které je nutno vyčlenit tzv. problémová lůžka/pokoj, jelikož ne vždy je možno přesunout klienta z pobytové sociální služby do DZR nebo PN.</td>
<td>Podpora procesu transformace a humanizace zařízení</td>
<td>Stanovit maximální počet klientů na pokoji (např. 2), finančně podpořit vznik jednolůžkových pokojů, včetně stanovení obecného podílu jednolůžkových pokojů v zařízení např. na cca 50 % jednolůžkových pokojů v roce 2030.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabulka 3.2: Identifikovaný problém vhodný k řešení č. 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Identifikovaný problém</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zdůvodnění</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Název potenciálního opatření</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Návrh jeho řešení</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Předpokládaná finanční náročnost</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Zdroj:** ACCENDO, Kvalitativní výzkum násilného jednání na OZP v rámci pobytových sociálních služeb, 2020.
Tabulka 3.3: Identifikovaný problém vhodný k řešení č. 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>Identifikovaný problém</th>
<th>Zdůvodnění</th>
<th>Název potenciálního opatření</th>
<th>Návrh jeho řešení</th>
</tr>
</thead>
</table>

Tabulka 3.4: Identifikovaný problém vhodný k řešení č. 4

<table>
<thead>
<tr>
<th>Identifikovaný problém</th>
<th>Zdůvodnění</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nedostatečná znalost rodin s osobou se zdravotním postižením v oblasti potřeb poskytování psychiatrické péče, finančních potřeb klienta v souvislosti s jeho pobytem v zařízení, v naplňování potřeb v souvislosti s dospíváním klienta a jeho sexuality.</td>
<td>Je nedostatečné metodické vedení rodin už od narození dítěte s postižením tak, aby rodina byla schopna zvládnout problémové chování dítěte. Dobře metodicky vedená rodina může do určité míry předcházet projevům agresivního a nezvladatelného chování osoby s chronickým duševním onemocněním (např. PAS). U týdenních stacionářů nebo u sociální rehabilitace je zkušenost, že rodiče doma vysadili klientům psychiatrické léky (aby se jim ulevilo) a ti se vrátili po víkendu do zařízení v dekompenzovaném psychickém stavu, který zvládají pracovníci v zařízení s nimi několik dnů. Potom zase jedou na víkend. Bylo identifikováno, že rodiny/opatrovníci nejsou ochotni přispět na zvýšení životní úrovně svých dětí ani dospělých klientů. Stávalo se také, že rodina uzavřela půjčku na klienta. Někteří mají velmi malé kapesné, sociálně slabší rodiče žijí i z peněz klientů s jejich vědomím. Dalším identifikovaným problémem byla nedostatečná znalost a neochota akceptace rodin/opatrovníka v oblasti sexuálních potřeb klienta v souvislosti s jeho dospíváním. Neakceptace partnerských vztahů, neochota poskytovat příspěvek na antikoncepci.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Název potenciálního opatření</th>
<th>Návrh jeho řešení</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Metodické vedení rodin pro život s osobou se zdravotním postižením</td>
<td>Podpora rané péče – zvýšení její dostupnosti a odbornosti, zlepšení edukace rodiny a zvýšení jejich možnosti, jak přistupovat k osobě se zdravotním postižením. Dítě by se už v raném věku mělo naučit, že agresivní chování nepovede k prosazení jeho vůle, proto je vhodná podpora uplatňování výchovných metod v praxi, např. ABA. Metodická práce s rodinou, se zákonnými zástupci klientů včetně opatrovníků, jak by měli nakládat se finančními prostředky ve prospěch osoby s handicapem. U denních a týdenních stacionářů nebo u sociální rehabilitace je nutno se zaměřit na osvětu mezi rodinami uživatelů ohledně správného užívání psychiatrických léků. Zvýšení dostupnosti krátkodobých pobytů v psychiatrické nemocnici za účelem nastavení vyhovující medikace. Metodická práce s rodinou (specialista psycholog – sexuolog) za účelem seznámení se s psychickými a sexuálními potřebami klienta.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 3.5: Identifikovaný problém vhodný k řešení č. 5

<table>
<thead>
<tr>
<th>Identifikovaný problém</th>
<th>Zdůvodnění</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>U pracovníků v přímé péči, zdravotních sester, aktivizačních pracovníků byla identifikována nedostatečná znalost prostředků a možností AAK.</td>
<td>U klientů se specifickými komunikačními potřebami není bez vytvoření např. komunikačních deníků, komunikační tabulky, možnost dozvědět se jejich skutečné potřeby, problémy a obavy. Klient bez možnosti komunikace (nechápe co se s ním děje a co se po něm chce) nemůže projevit své potřeby, propadá zoulasť a následují jeho agresivní projevy vůči majetku i osobám v okolí. Odstranění komunikačních bariér sníží u klienta psychickou tenzi s agresivním projevem.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Název potenciálního opatření</th>
<th>Metodická podpora v oblasti AAK</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Návrh jeho řešení</td>
<td>Rozšíření povinného vzdělávání pracovníků v sociálních službách v AAK metodách a prostředcích. Možnost využití certifikovaných lektorů AAK v zařízeních pro práci s klienty i personálem. Podrobněji rozpracováno v rámci Opatření č. 1 v oddíle 3.2.1.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


---

Tabulka 3.6: Identifikovaný problém vhodný k řešení č. 6

<table>
<thead>
<tr>
<th>Identifikovaný problém</th>
<th>Zdůvodnění</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Byl identifikován výskyt problémových a nezvladatelných uživatelů.</td>
<td>Pro problémové a nezvladatelné uživatele je nutno vyčlenit tzv. problémová lůžka/pokoj, jelikož ne vždy je možno přesunout klienta do domova se zvláštním režimem nebo psychiatrické léčebny. S těmito klienty musí pracovat vyškolený a zkušený personál. Personál musí znát metody ke zklidnění klientů, které je kompetentní aplikovat.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Název potenciálního opatření</th>
<th>Metodická podpora pro zvládání projevů agresivního chování</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Návrh jeho řešení</td>
<td>Vytvoření metodické podpory poskytovatelů sociálních služeb pro zvládání projevů agresivního chování klientů s chronickým duševním onemocněním. Podrobněji rozpracováno v rámci Opatření č. 2 v oddíle 3.2.2.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


---

Tabulka 3.7: Identifikovaný problém vhodný k řešení č. 7

<table>
<thead>
<tr>
<th>Identifikovaný problém</th>
<th>Zdůvodnění</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>U některých poskytovatelů je nedostatečně řešena sexualita klientů, která vede ke zvýšenému sexuálnímu obtěžování slabších klientů nebo pracovníků v přímé péči.</td>
<td>Někteří poskytovatelé nemají zpracované postupy, jak pracovat se sexualitou klientů, rovněž nemají proškolené osoby v této oblasti.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Název potenciálního opatření</th>
<th>Prevence sexuálního násilí</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Návrh jeho řešení</td>
<td>Zajistit povinnost sociálních zařízení zabývat se otázkou sexuálního obtěžování důsledně a systematicky. V legislativě ukládím formu a obsah protokolu sexuality. Protokol sexuality začlenit do standardů kvality sociálních služeb.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


3.2 Věcné návrhy opatření

Zadavatel (MPSV) si vybral ze 7 identifikovaných problémů pro další rozpracování do formy věcných návrhů opatření problémy č. 5 a č. 6.

3.2.1 Opatření č. 1

Na základě identifikovaného problému č. 5 je rozpracován věcný návrh opatření č. 1.

Tabulka 3.8: Věcný návrh opatření č. 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>1/Název opatření</th>
<th>Metodická podpora v oblasti AAK</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2/Identifikovaný problém</td>
<td>U pracovníků v přímé péči, zdravotních sester, aktivizačních pracovníků byla identifikována nedostatečná znalost prostředků a možnosti využití metod AAK u klientů se specifickými komunikačními potřebami.</td>
</tr>
<tr>
<td>3/Zdůvodnění</td>
<td>U klientů se specifickými komunikačními potřebami není možnost, bez vytvoření např. komunikačních deníků, komunikační tabulek, pikotogramů, dozvědět se jejich skutečné potřeby, problémy a obavy. Klient bez možnosti komunikace (nechápe, co se s ním děje a co se po něm chce, nerozumí svému okolí) nemůže projevit své potřeby, propadá zufalství a následuje jeho agresivní projevy vůči majetku i osobám v okolí. Ze zjištěných dat vyplývá, že častější agresivní chování se znaky fyzického násilí je mezi muži, u žen je naopak větší výskyt psychického násilí. Odstranění komunikačních bariér sníží u mužů i žen psychickou tenzi s agresivním projevem jak u fyzického, tak i psychického násilí. Na základě průzkumu u poskytovatelů bylo identifikováno, že niže uvedená právní úprava standardů kvality je často naplňena jen formálně, poskytovatelé nedostatečně naplňují uvedené standardy u skupiny osob se zdravotním postižením. Metody AAK často nějedou u těchto osob aplikovány, ač by to bylo vhodné. Je zřejmé, že personál, který nemá znalosti a praxi v této oblasti, není schopen kvalifikováno odhadnout vhodnost a nutnost aplikace těchto metod. Klienti bez mentálního postižení, ale s poruchou řeči a jazyka pak komunikují na úrovni, která jim nezajistí sebeúctu a sebevyjádření, pouze pokrytí základních potřeb, které gestikulaci pochopí PPP. Důvodem nedostatečného rozvoje aplikace AAK metod může být i to, že vzdělávání pracovníků přímé péče v různých komunikačních dovednostech je náročné jak finančně, tak i časově nebo personálně. Proto se poskytovatelé často „spokojí “ s nejednoduššími způsoby komunikace s klienty a tvrdí, že jsou pro ně dostatečující, navzdory nenaplňeným osobním, duševním potřebám komunikace u klientů.</td>
</tr>
<tr>
<td>4/Očekávaný přínos navrženého opatření</td>
<td>Cílem opatření je zabezpečit možnost komunikace všem klientům se specifickými komunikačními potřebami v pobytových zařízeních sociálních služeb s cílovou skupinou osob se zdravotním postižením. Odstranění komunikační bariéry pomůže klientům zvýšit svou sebeúctu, zvyší se možnost sebeinterpretace, zvyší se pochopení jeho podnětů, které vysílají k okolí. Dojde ke snížení psychické tenze a očekávaný výsledek je snížení výskytu agresivního jednání u klientů a zároveň zvýšení úrovně kvality života klienta.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5/Návrh jeho řešení/postupové kroky včetně zodpovědnosti

Pro naplnění tohoto opatření je nutná součinnost MPSV, krajů, poskytovatelů.

A/ MPSV vytvoří legislativní rámec a zajistí finanční prostředky a to nejlépe formou dotační podpory. Některé kraje již dlouho dobre podporují zavádění AAK metod a prostředků do sociálních služeb formou vzdělávání, nebo hrazením činností externích lektorů. Většina krajů je v této oblasti však pasivní a je nutné ze strany MPSV působit na jejich aktivizaci v této oblasti. MPSV by mělo minimálně 1x za rok vytvořit setkání s metodiky z krajských úřadů, případně i s inspektory kvality sociálních služeb za účelem rozšíření metod a prostředků AAK do praxe v zařízeních. MPSV vytvoří manuál o zavádění metod a pomůcek AAK do zařízení s příklady z dobré praxe. Ministerstvo ve spolupráci s APSSČR každoročně bude realizovat konference o AAK metodách ve spolupráci s dodavateli pomůcek a prostředků AKK, zde budou dále krom jiného představovány příklady dobré praxe ze zahraničí, a to u jednotlivých poskytovatelů, obcí, regionů.

B/ Kraje každoročně připraví report o zavádění AAK metod a pomůcek do jednotlivých zařízení v rámci krajské sítě sociálních služeb. Kraje se v rámci pravidelných setkání s poskytovateli resp. s jejich vedeními minimálně 1x ročně budou věnovat tématům, v rámci kterých budou sdílet informace o způsobech zavádění metod a prostředků AAK do chodu jednotlivých zařízení v kraji.

V rámci krajských datačních titulů je třeba zajistit minimální jednodenní vzdělávání všech vedoucích pracovníků v AAK metodách a prostředcích:

- způsoby, jak využívat AAK u klientů s poruchou komunikace,
- způsoby implementace AAK do chodu zařízení,
- způsoby identifikace efektivních prostředků AAK včetně nákladů na jejich nákup a možnosti financování jejich nákupu,
- jak vhodně zapojit lektora AAK do chodu zařízení (četnost návštěv, diagnostika klientů a nastavení vhodných metod a prostředků pro ně, průběžné vyhodnocení posunu klienta v komunikaci)
- nastavení kontroly aplikace AKK v zařízení

C/ Poskytovatelé pobytových sociálních služeb s cílovou skupinou osoby se zdravotním postižením

C1/Nastaví plán zavedení AAK metod a prostředků do chodu zařízení – vytvoří interní směrnici nebo standard kvality včetně specializovaného záznamu o průběhu aplikace AAK metod a pomůcek u klienta se specifickými komunikačními potřebami (podrobněji viz bod 8/Ověřování účinnosti).

C2/Rozšíření povinného vzdělávání pracovníků v sociálních službách v AAK metodách a prostředcích. Proškolení současných PPP o metodách a prostředcích AAK včetně praktických ukázek (20 hodinové školení).

C3/Využití certifikovaných lektorů AAK v zařízeních pro práci s klienty i personálem. Diagnostika klientů (lektor, případně logoped) a nastavení vhodných metod a prostředků pro ně, průběžné vyhodnocení posunu klienta v komunikaci zápis do specializovaného záznamu pro aplikaci AAK.

6/Dopad na legislativu

V Příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (tj. v existujících standardech kvality v sociálních službách) je obecně zakotvená povinnost poskytovatele sociálních služeb komunikovat s osobou ze ZP takovým způsobem, který je
pro její situaci vhodný a účinný, tak aby byly odstraněny komunikační bariéry mezi klienty s poruchou komunikačních dovedností a jejich okolím.

Doporučuje se explicitně formulovat do standardů kvality povinnost používání metod a nástrojů AAK u osob se specifickými komunikačními potřebami, které daný typ komunikace potřebují, včetně následné kontroly zavedení standardů do praxe. Jako vzor jednoznačné explicitní formulace je níže uvedený návrh: „V případě, že má uživatel poruchy řeči, jazyka či psaní, musí poskytovatel kompenzovat projevy poruchy vhodnou a účinnou metodou augmentativní a alternativní komunikace včetně využití potřebných prostředků.“ Výše uvedený návrh po reformulaci vychází z doporučení Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky28.

### 7/ Předpokládaná finanční náročnost pro vybraná zařízení pobytových sociálních služeb pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR – pobytová forma)

Předpokládaná finanční náročnost pro vybraná zařízení pobytových sociálních služeb pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR – pobytová forma), která lze odhadnout, je uvedena v tabulce níže (podklady pro výpočty jsou uvedeny v tabulce 3.9). Jedná se o jednorázové investice, s výjimkou konference.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Hodnota</th>
<th>Jednotka</th>
<th>Poznámka</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Školení vedoucích</td>
<td>1 237 500</td>
<td>Kč</td>
<td>Počet účastníků 825 vedoucích ze zařízení, cena 1denního kurzu 1 500 Kč *</td>
</tr>
<tr>
<td>Proškolení PPP</td>
<td>50 998 340</td>
<td>Kč</td>
<td>Počet účastníků 16 999 PPP, cena kurzu 3 000 Kč *, délka kurzu 20 hodin</td>
</tr>
<tr>
<td>Manuál</td>
<td>300 000</td>
<td>Kč</td>
<td>Příprava manuálu (obslah + sazba), distribuce elektronicky</td>
</tr>
<tr>
<td>Konference</td>
<td>74 900</td>
<td>Kč</td>
<td>1denní pro cca 130 osob v pronajatých prostorách** ve spolupráci s APSSČR (občerstvení a organizace hrazena z účastnických poplatků).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td>52 610 740</td>
<td>Kč</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Položky na práci externích konzultantů nelze odhadnout, jelikož není znám počet osob se specifickými komunikačními potřebami, žijících v pobytových sociálních službách pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR – pobytová forma). Ostatní položky budou realizovány v rámci provozních výdajů MPSV, KÚ a poskytovatelů.

---

8/Ověřování účinnosti

Nastavení interní kontroly zavádění metod a prostředků AAK do praxe poskytovatelem pobytových sociálních služeb s cílovou skupinou osob se zdravotním postižením:

- Zařízení si vytvoří speciální záznam o průběhu aplikace AAK metod a pomůcek u klienta se specifickými komunikačními potřebami. Lektor (případně logoped) provede diagnostiku a zároveň navrhne metody a pomůcky AAK, které budou u klienta používány. Dále v rámci záznamu bude lektor hodnotit posun klienta v komunikaci, PPP v rámci záznamu provedou denní hlášení průběhu aplikace AAK u klienta.
- Provedení denní kontroly činnosti aplikace metod a využití prostředků AAK u PPP vedoucím oddělení/úseku.
- Kontrola znalostí metod a prostředků AAK u pracovníků externím lektorem.

Externí kontrola: Prověření zavedení a aplikace metod a pomůcek AAK v zařízení bude součástí inspekce kvality sociálních služeb.

Speciální záznam o průběhu aplikace AAK metod a pomůcek bude sloužit jako podklad pro interní i externí kontrolu.


Pomocná tabulka pro odhad nákladů (viz bod 7/Předpokládaná finanční náročnost) je uvedena níže.

Tabulka 3.9: Odhad počtu pracovníku v PPP

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druh sociální služby</th>
<th>Počet PPP</th>
<th>Podíl PPP na všech zaměstnancích</th>
<th>Počet míst v PZSS na 1 PPP v PZSS</th>
<th>Počet míst v PZSS na 1 prac. v PZSS</th>
<th>Počty míst k 31.12. (ČSÚ)</th>
<th>Počet zařízení 31.12. (ČSÚ)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DOZP</td>
<td>6 703</td>
<td>62,0%</td>
<td>1,79</td>
<td>1,11</td>
<td>11 999</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>DZR</td>
<td>8 579</td>
<td>56,8%</td>
<td>2,34</td>
<td>1,33</td>
<td>20 075</td>
<td>341</td>
</tr>
<tr>
<td>CHB</td>
<td>1 218</td>
<td>80,4%</td>
<td>3,37</td>
<td>2,71</td>
<td>4 104</td>
<td>210</td>
</tr>
<tr>
<td>TS</td>
<td>394</td>
<td>60,1%</td>
<td>2,08</td>
<td>1,25</td>
<td>820</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>SR*</td>
<td>105</td>
<td>64,8%**</td>
<td>2,40**</td>
<td></td>
<td>252***</td>
<td>19***</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>16 999</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>37 250</td>
<td>825</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Pozn.:  
* SR – Sociální rehabilitace, pouze pobytová forma  
** Odhad vypočítaný jako průměr předchozích druhů služeb  
*** Informace z registru sociálních služeb MPSV k 31.12.2019
3.2.2 Opatření č. 2

Na základě identifikovaného problému č. 6 je rozpracován věcný návrh opatření č. 2.

Tabulka 3.10: Věcný návrh opatření č. 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>1/Název opatření</th>
<th>Metodická podpora pro zvládání projevů agresivního chování</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2/Identifikovaný problém</td>
<td>Byl identifikován výskyt problémových a nezvladatelných klientů z cílové skupiny osoby s chronickým duševním onemocněním v pobytových zařízeních sociálních služeb pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR – pobytová forma).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 3/Zdůvodnění | Stává se, že někteří klienti, kteří ztratí během léčby své psychické poručky kontrolu nad vlastním jednáním, přestanou být vhodní do typu zařízení s volnějším režimem. Vyžadují větší režimová opatření a větší počet personálu. U agitovaných klientů musí být nastaven vhodný denní režim pro potlačení psychické tenze, například jsou bez tabletu i bez sledování TV, mohou zde být pro ně nebezpečné podněty (např. násilí, katastrofické zprávy, hororové příběhy atd.). Ze zjištěných dat vyplývá, že větší výskyt psychického i fyzického násilí byl identifikován v domovech pro osoby se zdravotním postižením a týdenních stacionářích než v DZR, kde výše uvedené užívání klienti mají nastavenou intenzivnější psychiatrickou medikaci a psychotherapii. Je nutné snížit především u mužů psychickou tenzi s agresivním fyzickým projevem, který ohrozuje ostatní klienty i PPP častěji než je tomu u žen. PPP u žen agresivní situaci s fyzickou atakou lépe zvládají, jelikož ženy disponují menší fyzickou silou a rovněž mají obvykle menší potřebu fyzicky napadat ostatní klienty, ale oproti mužům mají vyšší potřebu psychicky napadat okolí. S těmito klienty musí pracovat vyškolený a zkušený personál. Personál musí znát metody ke zklidnění klientů, které je kompetentní aplikovat. Klíčové kompetence pro zklidnění klienta včetně nastavení medikace má psychiatr, proto pro zařízení komunikace a spolupráce s ním je nezbytně nutná. V současné době nemají pracovníci v zařízení možnost konzultovat s psychology a psychiatri pro pacientů z zdravotního stavu, ačkoliv s ním každý den pracují. Psychologové a psychiatri nejsou povinni podívat se na zařízení výsledky svých hodnocení z důvodu ochrany osobních údajů klienta. Nedočká se těchto informací vede k nepodchycení změny duševního stavu klienta, nemožnosti nastavit včas změnu léčby a opatření, nezvládnutí agrese klienta s výhodu RZP a Policie ČR, odvozu klienta do PN, případně opakovaně hospitalizací v PN s postupným zhoršováním duševního stavu klienta. Pokud se klient vrátí do zařízení z hospitalizace v PN (třeba i z opakované), nastává stejná situace, a to, že v zařízení není osoba (pokud zde není zaměstnán zdravotní personál 24 hodin), která by mohla znát informace o jeho duševním zdraví a průběhu hospitalizace, není známá diagnóza klienta či průvodní projevy choroby a na co si PPP mají dávat pozor, neznají léky, které má klient nasazené ani jejich vedlejší účinky. Pokud v zařízení není zdravotnický personál, dle platné legislativy nikdo další nemůže nahlížet do zdravotní dokumentace klienta. Dle současných kompetencí zdravotnického setra nemůže poskytovat informace ze zdravotnické dokumentace (tuto kompetenci má pouze lékař), vykonává pouze ordinaci lékaře, kterou při zhoršeném stavu klienta nemůže měnit. Z výše uvedeného důvodu je role psychiatra v zařízení nezastupitelná,
proto v rámci metodické podpory je nutno s touto skutečností dále pracovat. Nastává také situace, kdy klient již nemůže být umístěn ve stávající službě, je mu zrušena smlouva, rodina má problém ho umístit do jiného zařízení, jelikož doma ho nejsou schopni zvládat právě pro agresivní projevy.

<table>
<thead>
<tr>
<th>4/Očekávaný přínos navrženého opatření</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vytvoření a aplikace metodické podpory poskytovatelů sociálních služeb pro zvládání projevů agresivního chování klientů s chronickým duševním onemocněním bude zajišťovat snížení výskytu násilného chování a agresivity u klientů. Dále je očekáváno, že možnost včasné konzultace duševního stavu klienta s psychologem a psychiatrem bude zajištěno předcházení agresivních stavů u klientů, napadání ostatních klientů a personálu, ničení majetku. Zvýšení kapacity schopnosti zvládnout agresivní situace přímo v zařízení by mělo snížit počty opakovanych hospitalizací klientů v PN, příjezdu RZP a Policie ČR z důvodu nevzládání situace s klientem. Zvýšení znalostí PPP v péči o chronicky duševně nemocné. Vzhledem k tomu, že poskytovatel bude schopen řešit situaci klienta na místě, zvýší se kvalita péče i kvalita života klienta, jelikož pobytové služby se mu stane stabilním domovem a bezpečným místem pro život s důvěrou k PPP. Do řešení jeho problémů bude zapojen menší okruh lidí, především ti, kterým důvěřuje a zná je. Očekávaná efektivní spolupráce poskytovatele a psychiatra přinese snížení celkových nákladů státu na řešení akutních agresivních stavů.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>5/Návrh jeho řešení/postupové kroky včetně zodpovědnosti</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pro naplňení tohoto opatření je nutná součinnost MPSV, krajů, poskytovatelů:</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A/ MPSV</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>A1/Vytvoření metodiky pro zvládání projevů agresivního chování klientů s chronickým duševním onemocněním (rozpracováno níže).</td>
</tr>
<tr>
<td>A2/Podpořit zavádění moderních psychiatrických přístupů v péči o klienty s chronickým duševním onemocněním.</td>
</tr>
<tr>
<td>A3/V rámci meziresortního vyjednávání mezi MPSV a MZ zajistit možnosti včasné konzultace a návštěv psychiatra, případně psychologa v zařízení (z důvodu současného rozložení kompetencí).</td>
</tr>
<tr>
<td>A4/Změna legislativy u klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb ve prospěch získání klíčových informací o zdravotním stavu klienta tak, aby mohli v zařízení včas reagovat na případné změny jeho stavu a minimalizovali ohrožení stavu klienta, ostatních klientů, personálu.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B/ Kraje</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>B1/Implementace metodiky do procesu transformace psychiatrické péče.</td>
</tr>
<tr>
<td>B2/Pravidelné krajské konference/workshopsy s příklady dobré praxe z jiných krajů, včetně názorných ukázek např. videonahrávek.</td>
</tr>
<tr>
<td>B3/V rámci metodické podpory evidovat výskyt násilného jednání v zařízeních a způsoby jeho řešení včetně nastavení možností konzultace poskytovatele sociálních služeb s krajským metodikem.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C/ Poskytovatel pobytových sociálních služeb pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR – pobytová forma)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>C1/Vytvořit vhodné fyzikální prostředí pro zklidnění klienta (relaxační místnost, problémový pokoj/lužko).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
C2/Proškolit vedení sociálních zařízení v moderních psychiatrických přístupech a jejich implementaci do zařízení (5denní kurz).

C3/ V péči o chronicky duševně nemocné proškolit všechny PPP pracující v DOZP, DZR, CHB, TS, SR (150hodinový kurz) včetně praktických nácvíků zvládání agresivních situací.


C5/ Zajistit konzultace klinického psychologa, klinického psychiatra.

Ad A1/ Bude vytvořena metodika pro zvládání agresivního a neklidného klienta v zařízení sociálních služeb. Metodika bude obsahovat:

1/ Moderní metodické přístupy v péči o klienty s chronickým duševním onemocněním, např. otevřené dialogy, a přístup Recovery (zotavení).

2/ Doporučenou úpravu fyzických prostor v zařízení pro zvládání neklidného klienta umístěním do relaxační místnosti, např. multismyslové Snoezelen místo. /

3/ Doporučenou úpravou fyzických prostor v zařízení k vytvoření tzv. problémových lůžek/pokojů.

4/ Způsob včasné identifikace potenciální agrese a nastavení klidového režimu.

5/ Ukázkové postupy při agresivní atace klienta, ukázky práce s takovýmto klientem včetně vhodných úchopů, chvatů ke zklidnění doplněných fotografemi, schématy, obrázky.

6/ Způsob včasné identifikace potenciální agrese a nastavení klidového režimu.

7/ Příklady dobré praxe dle vybraných typů zařízení.

Ad A4/ Bude vytvořena metodika pro zvládání agresivního a neklidného klienta v zařízení sociálních služeb. Metodika bude obsahovat:

1/ Moderní metodické přístupy v péči o klienty s chronickým duševním onemocněním, např. otevřené dialogy, a přístup Recovery (zotavení).

2/ Doporučenou úpravu fyzických prostor v zařízení pro zvládání neklidného klienta umístěním do relaxační místnosti, např. multismyslové Snoezelen místo. /

3/ Doporučenou úpravou fyzických prostor v zařízení k vytvoření tzv. problémových lůžek/pokojů.

4/ Způsob včasné identifikace potenciální agrese a nastavení klidového režimu.

5/ Ukázkové postupy při agresivní atace klienta, ukázky práce s takovýmto klientem včetně vhodných úchopů, chvatů ke zklidnění doplněných fotografemi, schématy, obrázky.

6/ Způsob včasné identifikace potenciální agrese a nastavení klidového režimu.

7/ Příklady dobré praxe dle vybraných typů zařízení.

Ad A5/ Ukázky možností zpracovaného postupu:

V souladu s § 89 z. č. 108/2005 Sb., o sociálních službách je možno používat opatření omezující pohyb osob, z důvodu agresivního chování v případě přímého ohrožení zdraví a života, po nezbytně nutnou dobu a pokud byla neúspěšně použita jiná opatření. Je třeba přistupovat ke klientům tak, abychom předcházeli situacím, při kterých by bylo třeba opatření omezující pohyb osob použít. Za opatření omezující pohyb osob je považováno použití fyzických úchopů po dobu nezbytně nutnou.


31 Na rodinu je nutné působit, aby pochopili klienta v ekonomické, sexuální a psychické rovině i v životě, který v zařízení vede. V zařízeních bylo identifikováno psychické násilí mezi klienty z důvodu opuštěnosti – navázáním si závěrečné rodinné vztahy a posívali se osamělým klientům, např. „ty jsi blízký, proto za tebou nikdo nechodzi“, nebo „má rodina mi dává peníze a já si mohu kapit, co chci, ty nemáš nic,“ klient tím získával ekonomickou moc nad ostatními. Napříč všemi zkoumanými zařízeními uváděli klienti, jak je pro ně důležitý kontakt s rodinou (dokonce i u klientů, kteří jsou v rodinách uráženi nebo dokonce týráni).
Za jiná využívaná opatření jsou považována:
- slovní zklidnění situační
- odvrácení pozornosti,
- rozptylení,
- aktivní naslouchání,
- vhodný způsob informování, že může být použito opatření omezující pohyb.

Při opatření omezující pohyb klienta se musí dodržet tento postup:
- Musí být vhodným způsobem informován, že může být vůči němu použito opatření omezující jeho pohyb.
- Zákrok provádí oprávněné osoby (vedoucí zaměstnanci, popř. jimi pověřené osoby).
- Lze použít pouze fyzických úchopů po dobu nezbytně nutnou, při záchvatech a atakách (duševní onemocnění) konzultace s lékařem, případně přivolání RZS nebo Policie ČR.
- Informování bez zbytečného odkladu zákonného zástupce či osoby o něj pečující.
- Informuje se ředitel zařízení, se kterým se situace vyhodnotí.
- Provede se zázpis do mimořádné situace a použití omezujícího opatření, který se založí do osobního spisu klienta.


Zajištění pravidelné konzultace klinického psychiatra v zařízení minimálně 1x týdně pro posouzení aktuálního stavu klientů, vzhledem k nastavené psychiatrické medikaci, kterou může vhodně změnit.

Zajištění služby psychiatrické sestry na pracovišti (dle velkosti zařízení a počtu klientů s chronickým duševním onemocněním) – rovnoměrná pracovní doba 40 h. týdně, psychiatrické vzdělání + psychoterapeutický výcvik.

6/Dopad na legislativu

Opatření je v souladu se stávající legislativou, bez identifikované potřeby její celkové změny, pouze je třeba úprava v oblasti poskytování informací o zdravotním stavu klienta do pobytového zařízení, které v současnosti nemají dostatečně a aktuální informace o zdravotním stavu klienta k řešení mimořádných situací týkajících se projevu násilí.

7/ Předpokládaná finanční náročnost pro vybraná zařízení pobytových sociálních služeb pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR – pobytová forma)

Předpokládaná finanční náročnost pro vybraná zařízení pobytových sociálních služeb pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR), která lze odhadnout, je uvedena v tabulce niže (podklady pro výpočty jsou uvedeny v tabulce 3.9). Jedná se o jednorázové investice, s výjimkou konferenci/workshop konaných každoročně v krajích na dané téma. Položky na vytvoření fyzického prostředí nelze odhadnout, jelikož není znám charakter objektů v pobytových sociálních službách pro osoby se ZP (konkrétně DOZP, DZR, CHB, TS, SR – pobytová forma). Ostatní položky budou realizovány v rámci provozních výdajů MPSV, KÚ a poskytovatelů.
### Položka
<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Hodnota</th>
<th>Jednotka</th>
<th>Poznámka</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Školení vedoucích</td>
<td>4 125 000</td>
<td>Kč</td>
<td>Počet účastníků 825 vedoucích ze zařízení, cena 5 denního kurzu 5 000 Kč*.</td>
</tr>
<tr>
<td>Proškolení PPP</td>
<td>322 989 487</td>
<td>Kč</td>
<td>Počet účastníků 16 999 PPP, cena kurzu 19 000 Kč*, délka kurzu 150 hodin.</td>
</tr>
<tr>
<td>Manuál</td>
<td>1 000 000</td>
<td>Kč</td>
<td>Příprava manuálu, včetně fotografií, obrázku a schémat, (obsah + sazba), distribuce elektronicky.</td>
</tr>
<tr>
<td>Konference / workshops</td>
<td>420 000</td>
<td>Kč</td>
<td>Každoročně ve 14 krajích 1denní konference/workshop pro cca 50 osob v prostorách KÚ (30 000 Kč pro 3 lektory)</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>328 534 487</td>
<td>Kč</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Pozn.: * Ceny stanoveny průměrným odhadem na základě průzkumu poskytovaných kurzů.

Náklady za práci psychiatrů v zařízení budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Finanční náklady na práci psychiatrů v zařízení nelze konkrétně vyčísilit, protože záleží na počtu klientů a hodin s ním strávených.

### 8/Ověřování účinnosti

Nastavení interní kontroly při implementaci metodiky pro zvládání jevů agresivního chování klientů s chronickým duševním onemocněním do praxe poskytovatelů pobytových sociálních služeb s cílovou skupinou osoby se zdravotním postižením:

- Zařízení zapíše agresivní chování do osobního spisu klienta jako mimořádnou událost.
- Po příchodu vedení do zařízení bude vedení o situaci ihned informováno, situace bude oznámena ostatnímu personálu. Zvolený postup personální při mimořádné události bude vyhodnocen a bude proveden o něm zápis do knihy mimořádných událostí.
- Psycholog nebo psychiatr přehodnotí stav klienta, upraví se denní režim dle doporučení, případně se provede úprava medikace psychiatrem.
- S výsledkem nastavených opatření bude seznamán jak personál, tak klient, rodina/opatrovník. Způsob seznamání klienta by měl odpovídat jeho schopnostem porozumět situaci.
- Provedení denní kontroly činnosti realizace nově nastavených opatření bude provedeno vedoucím oddělení/úseku.
- Při nastavení režimových opatření bude v zařízení respektováno právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života klienta.

Externí kontrola: Prověření zavedení a aplikace metodiky bude součástí inspekce kvality sociálních služeb.


---

Seznam odborné literatury a informačních zdrojů


VLÁDA ČR (2011) Úvodní zprávu České republiky o opatřeních přijatých k plnění závazků podle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.


Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění
Zákon č. 155/1995 Sb., o duchodovém pojištění v platném znění
Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění
Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v platném znění
4 Přílohy

4.1 Příloha č. 1: Průběh sociologického šetření násilí na OZP v PZSS

1 Úvodní kontakt s vybranou organizací

1.1 Telefonní rozhovor s ředitelem, případně zřizovatelem organizace za účelem schválení možnosti návštěvy/šetření pro sociologický výzkum.

Na základě schváleného seznamu organizací, který byl dodán jako příloha vstupní zprávy, byli osloveni ředitelé těchto organizací. Byli seznámeni s předmětem výzkumu v úvodním emailu, dále jim byl zaslán pověřovací dopis z MPSV, který zmocnil ACCENDO k provedení sociologického šetření. Následně byl s nimi proveden telefonní rozhovor za účelem upřesnění parametrů zařízení, vytipování osoby, která bude za zařízení komunikovat, a stanovení termínu návštěvy tj., šetření v místě organizace. Všichni byli seznámeni se skutečností, že průzkum bude anonymní, a to jak v případě poskytovatelů a jejich zaměstnanců, tak v případě uživatelů sociálních služeb.

1.2 Telefonním rozhovor s vedoucím zařízení s žádostí o poskytnutí materiálu pro přípravu šetření v zařízení.

1.3 Desk Research analýza – analýza interních předpisů organizace a dalších dostupných materiálů týkajících se postupu při řešení násilného jednání na klientech.

2 Sociologická šetření na místě

Při návštěvě organizace byly realizovány následné výzkumné aktivity:

2.1 Polostrukturovaný rozhovor dle scénáře s vedoucím zařízení nebo jím pověřenou osobou

Cílem rozhovoru bylo:

- identifikovat výskyt násilného jednání a způsob postupu při jeho řešení, který v zařízení použili,
- zmapovat způsoby, jakým se poskytovatel služby o případu násilného jednání dozvěděl (např. oznámení, stížnost na kvalitu poskytování sociální služby, zjištění v rámci podpůrného rozhovoru, individuálního plánování, rozhovor s blízkými osobami uživatele…),
- zhodnotit vnitřní předpisy organizace řešící tuto problematiku, a zda případný výskyt násilného jednání byl motivem k úpravě nebo vzniku nového vnitřního předpisu,
- zmapovat současný stav nastavení prevence násilného jednání včetně zhodnocení účinnosti nastavených preventivních opatření.

2.2 Skupinový rozhovor, případně podle situace polostrukturované rozhovory s pracovníky v přímé péči

Cílem bylo identifikovat výskyt násilného jednání na ženách a mužích v rámci pobytných sociálních služeb. Bylo využito projektivních technik33 za účelem odhalení latentních postojů k násilnému jednání

33 Projektivní techniky jsou využívány v individuálních či skupinových interview v případech, kdy výzkumník potřebuje odhalit skryté či obtížné vyjadřitelné emoce respondenty, které nejsou zjistitelné prostřednictvím přímého dotazování. Tyto techniky, vycházející z tradic interview v klinické psychologii, mohou být verbální či nonverbální. Mezi nejčastěji využívané projektivní techniky v kvalitativním výzkumu patří: tematický apercepcí test, doplňování významů, hrani rolí, vyprávění příběhů, slovní asociace, interpretace obrázků atp.
u pracovníků v přímé péči. Dalším cílem bylo zhodnocení znalosti nastavených postupů a preventivních řešení. Dalším cílem byla identifikace obětí, agresora, vztahu mezi obětí a agresorem (včetně stupně závislosti obětí na agresorovi), projevů násilného jednání, jeho příčin, zjištění typických situací, ve kterých se násilí vyskytuje, následků násilného jednání, četností případů násilného jednání.

2.3 Polostrukturovaný rozhovor dle scénáře s klinty sociálních služeb

3 Zpracování výsledků

4 Tvorba závěrů a doporučení
4.2 Příloha č. 2: Anonymizované výsledky průzkumu klientů

4.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Tabulka 4.1: DOZP1/ Vnímá násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient</th>
<th>Věk, pohlaví, typ postižení, mobilní komunikace, poznámky</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient 1: Muž, 60 – 69 let, mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.</td>
<td>Nesetkal se s žádnými projevy násilí.</td>
</tr>
<tr>
<td>Klient 2: Muž, 60 – 69 let, mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.</td>
<td>Setkal se s psychickým i fyzickým násilím. Personál se chová ke všem hezky, nepozoruje špatné chování. „Občas se rozčílí a zlobí nějaký klient, to je potom potřeba ho uklidnit. Někdy paní pečovatelka zvedne hlas, ale to je proto, že křičí nebo se perou klienti, tak aby ji bylo slyšet a mohla je uklidnit.“ Klient to ale nevímí jako něco špatného, musí být pořádek, když se některý z klientů nevhodně chová. Personál následně zasahuje tak, aby nedošlo k ohrožování ostatních klientů. Kdyby se dělo něco nevhodného, řekl by o tom kamarádům, klíčové pracovnici.</td>
</tr>
<tr>
<td>Klient 3: Muž, 60 – 69 let, mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.</td>
<td>Nesetkal se s žádnými projevy násilí.</td>
</tr>
<tr>
<td>Klient 6: Žena, 50 – 59 let, kombinované postižení (mentální, tělesné), mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</td>
<td>Nesetkala se s žádnými projevy násilí v tomto zařízení.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 4.2: DOZP2/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Muž, 30 – 39 let, tělesné postižení, mobilní na vozíku, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient se setkal v zařízení s psychickým, fyzickým, sexuálním násilím. Spory zde vznikají náhle, ostatní se snaží agresory uklidnit a jdou pro PPP. Situaci řeší s pracovníkem, který je přítomen, a s ředitelkou, které může důvěřovat. Klienti se tady urážejí navzájem slovy „zmrzdu, mrzáci“ a jsou i drží na PPP.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stěžoval si u ředitelky a následně daná osoba, na kterou si stěžoval, má nyní napomenutí. Byl tady jeden, co si dovolil na něj najíždět vozíkem a ten byl vyhozen, byl sprostý (byla mu vypovězena smlouva). Ředitelka provádí mezi klienty dotazové šetření, on se vždy i podepisuje.</td>
</tr>
<tr>
<td>Je to dobrá zpětná vazba, kterou potom rozebírají na společné domovní schůzi. Lidé si také stěžují u piva, mezi sebou, ale vedení to nejsou schopni říci. Svěřuje se také psycholožce. Umí si věci řešit i sám, umí poslat chlapy i do „prdele“ cítí se silný.</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiný klient si stěžoval na to, že mu nebyla poskytnuta péče, kterou sám nedokázal zvládnout. Pomoohl mu to domluvit s personálem. Některé sestry odvádějí práci a jiné ne. Koná se zde také ústavní schůze, kde probírají, co lidé chcete vyřešit s ředitelkou, náměstkem, sociální pracovnicí.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2.: Žena, 50 – 59 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>
v ústavní péči je zřejmé, že vnímání některých situací potřebuje rozebrat s psychologem. Je uzavřená a bážlivá, má zkušenosti mezi klienty, kteří umí slabší a více postiženým ubližovat.

Klient 3: Žena, 70 – 79 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.

Klientka se setkala s psychickým násilím. Někteří klienti urážejí ty více postižené. Klientka se sice umí bránit, ale přesto si pobrečí. Svěřila se psychologu, ale později se něco řešilo. Klientka se sice umí bránit, ale přesto si pobrečí. Svěřila se psychologu, ale později se něco řešilo.

Klientka se setkala s psychickým násilím. Někteří klienti urážejí ty více postižené. Klientka se sice umí bránit, ale přesto si pobrečí. Svěřila se psychologu, ale později se něco řešilo.

Klientka se setkala s psychickým násilím. Někteří klienti urážejí ty více postižené. Klientka se sice umí bránit, ale přesto si pobrečí. Svěřila se psychologu, ale později se něco řešilo.

Klientka se setkala s psychickým násilím. Někteří klienti urážejí ty více postižené. Klientka se sice umí bránit, ale přesto si pobrečí. Svěřila se psychologu, ale později se něco řešilo.

Klientka se setkala s psychickým násilím. Někteří klienti urážejí ty více postižené. Klientka se sice umí bránit, ale přesto si pobrečí. Svěřila se psychologu, ale později se něco řešilo.
z toho špatně. On se dokáže se situaci vypořádat, je silný a velký, netroufnou si na něho agresor.
Osoby, které nedodržují ubytovací řád, dostanou napomenutí, důtku. S několika osobami byla i rozvázána smlouva a odešli, ale je to i problematické, jelikož je není často kam umístit. Nejčastěji probíhají mezi klienty slovní útoky, psychický nátlak, zesměšňování, ponižování v důsledku intenzity postižení. Z personálu pracují někteří lépe, jiní hůře. Může se však každý domluvit na tom, co potřebuje. Musí si to umět domluvit, ne vždy si personál uvědomí, co dotýčí postiženého. Klienti se vyrovnávají obtížně s postižením, samotou, trápí se nejvíce ti celkově imobilní, mají to nejtěžší. Zvykají si obtížně na nové lidí a více na ně dělá celková tíže jejich osudu. Imobilní klienti snášejí těžce i cirkulaci personálu, která se děje z důvodu syndromu vyhoření. Imobilní klienti si obtížně zvykají na nový personál a lidi kolem sebe. Klidný rozvážný muž, který nemá problém zvládat zátěžové situace v zařízení. Ví si rady, je vyrovnaný s osudem, pomáhá se stresovými reakcemi ostatním, angažuje se v zařízení. Negativní reakce personálu toleruje s pochopením a snaží se nevyvolávat konflikty, nepovažuje to za řešení.

Klient 6: Muž, 50 – 59 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře. Klient se setkal s psychickým násilím. Personál je nový, protože ho vyměnili kvůli konfliktního klienta, všichni z personálu s ním byli ve sporu. Konfliktní klient vyvolával konflikty s personálem tak, že někteří nebyli schopni na jeho pokoj jít ho obslužit, jelikož na ně křičel již ode dveří. Situace vygradovala natolik, že se vedení ústavu rozhodlo přikročit k obměně personálu. Všichni doplatili na chování konfliktního klienta. Všichni klienti nepochopili, proč se vedení rozhodlo k tomu, které považují za negativní pro všechny, jen daného klienta to nepostihlo. Současný personál situaci zvládá. Ano, mezi klienty, spíše na 2lůžkových pokojích jsou konflikty, nebo na buňce. Jedná se o boj o koupelnu na buňce, WC, TV, otevírání okna, rozdílné povahy. Dochází ke slovním potyčkám, fyzickému pošťuchování. Klient si nestěžoval u vedení, jen na oddělení, vzniklé situace řeší na patře přímo sám s personálem. Má obavy, aby nebyl obviněn z vyvolávání konfliktů, nemůže si to dovolit vzhledem k vysokému stupni závislosti na pomoci. Mají problémového klienta přímo na patře, snaží se řešit situaci, hledají řešení. Jde stále o jednoho a téhož klienta. Mezi sebou se baví o tom, že si přejí, aby konfliktní klient byl přesunut, jelikož je tam kvůli němu stále napětí. Většinou se zdržuje na pokoji, stýká se se svými přáteli, tedy má větší důvěru k personálu v přímé péči. Někteří z nového personálu jsou bližší. Jeden klient se v zařízení přestěhoval několikrát, ale nikde se mu nelíbilo, pak se vrátil na původní patro, za kterého vyšel. Podstatou byl konflikt se spolubydlícím z buňky, i když se předtím přáteli. Pak si opět nadávali s předchozím klientem, chodili se navštěvovat a nadávali si na pokoji – neví proč. 1x ročně probíhá dotazníkové šetření spokojenosti. V zařízení je jinak příjemná atmosféra, na chodbách se stýká velké množství lidí a je to jinak než jen být v pokoji. U výtahu někdy bývají spory a někteří se přetlačují vozíky, nadávají si se navštěvovat a nadávají si na pokoji – neví proč. Klient se v zařízení přestěhoval několikrát, ale nikde se mu nelíbilo, pak se vrátil na původní patro, za kterého vyšel. Podstatou byl konflikt se spolubydlícím z buňky, i když se předtím přáteli. Pak si opět nadávali s předchozím klientem, chodili se navštěvovat a nadávali si na pokoji – neví proč. 1x ročně probíhá dotazníkové šetření spokojenosti. V zařízení je jinak příjemná atmosféra, na chodbách se stýká velké množství lidí a je to jinak než jen být v pokoji. U výtahu někdy bývají spory a někteří se přetlačují vozíky, nadávají si se navštěvovat a nadávají si na pokoji – neví proč. 1x ročně probíhá dotazníkové šetření spokojenosti. V zařízení je jinak příjemná atmosféra, na chodbách se stýká velké množství lidí a je to jinak než jen být v pokoji. U výtahu někdy bývají spory a někteří se přetlačují vozíky, nadávají si se navštěvovat a nadávají si na pokoji – neví proč. 1x ročně probíhá dotazníkové šetření spokojenosti. V zařízení je jinak příjemná atmosféra, na chodbách se stýká velké množství lidí a je to jinak než jen být v pokoji. U výtahu někdy bývají spory a někteří se přetlačují vozíky, nadávají si se navštěvovat a nadávají si na pokoji – neví proč. 1x ročně probíhá dotazníkové šetření spokojenosti. V zařízení je jinak příjemná atmosféra, na chodbách se stýká velké množství lidí a je to jinak než jen být v pokoji. U výtahu někdy bývají spory a někteří se přetlačují vozíky, nadávají si se navštěvovat a nadávají si na pokoji – neví proč. 1x ročně probíhá dotazníkové šetření spokojenosti. V zařízení je jinak příjemná atmosféra, na chodbách se stýká velké množství lidí a je to jinak než jen být v pokoji. U výtahu někdy bývají spory a někteří se přetlačují vozíky, nadávají si se navštěvovat a nadávají si na pokoji – neví proč.
smutný a opuštěný. Musím si o vše říkat, samostatně žádné úkony nezvládne a je zcela závislý na péči druhých. Od personálu mu chybí větší vctění se do jeho situace, kdy si není schopen udělat jednoduchý úkon, poškrábát se, utřít si nos a musí stále čekat, i když je to chvílku. „Nezvoním, čekám raději tedy ve dveřích, kdo jde kolem, toho požádám, a přesto nemá pro mne chvílku. Neochota je předeším u nižšího personálu. Jsem klidný, snažím se být smířený“. Klidný, težce postižený muž, s plnou závislostí na péči druhé osoby. Frustrovaný, trpělivý, smutný, uvědomující si nezměnitelnost svého stavu.

Klient 7: Muž, 60 – 69 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.


Klient 8: Muž, 70 – 79 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.


Klient 9: Žena, 80 – 89 let, tělesné postižení, mobilní s holemi, komunikuje dobře.


Klient 10: Žena, 30 – 39 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.


Tabulka 4.3: DOZP/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 70 – 79 let, kombinovaná porucha s mentálním postižením, mobilní, komunikuje s obtížemi.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klientka se nesetkala s psychickým násilím, pouze s psychickým tlakem ze strany klientky, která v zařízení stále křičí.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Žena, věk 30 – 39 let, kombinované postižení s mentálním postižením, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klientka se nesetkala s psychickým násilím, pouze s psychickým tlakem ze strany klientky, která v zařízení stále křičí. Klientka se večer bojí čertů, pláče a je jí smutno.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 40 – 49 let, kombinované postižení s mentálním postižením, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klientka se setkala s psychickým i fyzickým násilím. V zařízení se cítí velmi dobře. Jedna klientka v zařízení pořád křičí a hádá se, uvádí, že i ostatní uživatelé jsou z toho znepokojeni. Pracovníci to vědí. Svěřuje se PSS. Dříve v zařízení pracovala pracovnice PSS, která hořčivo přišla na ně oba. PSS tam už nepracuje. Klientka velmi citlivě reaguje na otázky a má zájem mluvit o sobě i svých pocitech.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 30 – 39 let, kombinované postižení, těžké tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Žena, 60 – 69 let, kombinované postižení, mobilní s chodítkem, komunikuje obtížně, má poruchu řeči.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rozhovor v přítomnosti PSS, klientka se bála a nechtěla zůstat bez PSS. Klientka je lístoslivá, pláče, nemá ráda nemocné lidi kolem sebe, odháňá je, nadává jím. PSS se vždy snaží odvěst její pozornost od problému, který právě nedokáže přeokonat. Má vigilitu a reaguje na každou změnu změnou nálad, má problémy s chováním. Často pro ni stačí špatně se vyspat. Pokud má dobrou náladu, tuli se k pracovníkům a zdravotníkům. Pokud byla v domácnosti s postiženějšími klienty, byla velmi nespokojená, dali jí k rovnoměrněji postiženým, kde nedělila problémy a je jí lépe.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabulka 4.4: DOZP4k/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Muž, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje s obtížemi, obtížně interpretuje vlastní myšlenky.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Žena, 30 – 39 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

| --- |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Žena, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

*Zdroj: ACCENDO, Kvalitativní výzkum násilného jednání na OZP v rámci pobytových sociálních služeb, 2020.*
4.2.2 Domov se zvláštním režimem

Tabulka 4.5: DZR1/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 80 – 89 let, duševní onemocnění, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře sama.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 80 – 89 let, duševní onemocnění, mobilní s holemi, komunikuje dobře sám.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient se nesetkal s žádným násilím. „Děvčata“ – pečovatelky moc nezná, nepamatuje si je jménem. Všechny se mu zdají stejně, všechny jsou hodné, ale přímo se s nimi nekamarádí. Špatné a nehezké chování nikdy nezažil, vnímá spokojenost. Svěřil by se sestřičce, kdyby to potřeboval. Sdělil, že věci bere, tak jak plynuou.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 90 – 99 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 60 – 69 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient se nesetkal s žádným násilím. Špatné a nehezké chování nikdy nezažil, vnímá spokojenost. Na otázky často odpovídal nejdříve slovy „těžko říct“. Odpovídal spíše kývnutím hlavy, kterým vyjadřoval, že je vše v pořádku. Opakovaně sděloval, že by chtěl kamaráda, dříve byl obklopený lidmi.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, neví/asi 80 – 89 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře sám.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient se nesetkal s žádným násilím. Na návštěvy se těší, ale dle personálu po návštěvě rodiny je smutný, chtěl by jít domů. Klient je spokojený, pokud se mu něco nelíbí, řekne to sestřičce. Klient uvedl, že se kvůli níčemu netrápí, nemá důvod být smutný. Může si povídat se sestřičkami, pečovatelkami, ale ví, že nemají moc času, že mají hodně práce, ale všechny jsou hodné, a když je třeba, vyslechnou, pomůžou.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 4.6: DZR2/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Muž, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 50 – 59 let, duševní onemocnění, mobilní na vozíku, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient se v zařízení nesetkal s násilím. Nemá žádnou negativní zkušenost, atmosféra je v zařízení asi dobrá nebo neví. Je klidný a během hovoru má neměnný výraz v obličeji.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 40 – 49 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje sama.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 60 – 69 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, 60 – 69 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient se v zařízení nesetkal s násilím. Má přátele mezi personálem a s klienty se baví hlavně při společných aktivitách. Každý měsíc jede k manželsce na 1 víkend. Nemíchá se do sporů a o žádných neslyšel. Svěřuje se své klíčové pracovnici. Všichni se mu zde zdají být stejní. Účastní se zde všeho. Obtížně si vybavuje myšlenky a obtížně je řadí, mluví pomalu.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 4.7: DZR3/ Vnímání násilí ze strany klientů

| Klient 1: Muž, 80 – 89 let, duševní onemocnění – demence, mobilní s chodítkem, komunikuje dobře sám. |

| Klient 2: Žena, 80 – 85 let, duševní onemocnění – demence, mobilní, komunikuje dobře sama. |

| Klient 3: Žena, 90 – 99 let, kombinované postižení, mobilní o berlích nebo s vozíkem, komunikuje dobře. |
| Klientka v zařízení nezažila žádné násilí. Libí se jí v zařízení a cítí se zde bezpečně. Klientka vypadala spokojeně a působila klidně. |

| Klient 4: Muž, 70 – 79 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře. |

| Klient 5: Žena, 70 – 79 let, duševní onemocnění, mobilní s chodítkem, komunikuje dobře sama. |

Tabulka 4.8: DZR4k/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 80 – 89 let, duševní onemocnění, mobilní s hůlkou, komunikuje dobře sama.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klientka není schopná přesně určit, jak je v zařízení dlouho. S klienty vychází dobře. S personálem vychází také dobře. V zařízení se jí líbí, nesdělila obavu ani strach, neví o tom, že by se někdo k někomu v zařízení choval špatně. Někdy neví, co má dělat, jak řešit nějakou konkrétní situaci, nic jí v tu chvíli nenapadá. Ráda se účastní připravených aktivit, všichni se k ní chovají hezky a nikdo jí nenadává.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Žena, 70 – 79 let, duševní onemocnění – demence, mobilní, komunikuje dobře sama.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Muž, 60 – 69 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje hůře s pomocí AAK metod.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Žena, 70 – 79 let, kombinované postižení, imobilní na lůžku, komunikuje hůře s pomocí AAK metod.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Žena, 60 – 69 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře sama.</th>
</tr>
</thead>
</table>

4.2.3 Chráněné bydlení

Tabulka 4.9: CHB1/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 20 – 29 let, tělesné a mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 40 – 49 let, tělesné a mentální postižení, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 30 – 39 let, mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Žena, 20 – 29 let, mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>
Klient 5: Muž, 30 – 39 let, mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 50 – 59 let, duševní a mentální postižení, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 40 – 49 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Muž, 30 – 39 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Žena, 40 – 49 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, 60 – 69 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient se s násilním setkal předtím, než se dostal do zařízení.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 4.11: CHB3/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 80 – 89 let, tělesné postižení, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Žena, 70 – 79 let, postižení tělesné, mobilní s holemi, chodítko, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Muž, 90 – 99 let, tělesné postižení, mobilní s chodítkem, hole, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient nezažil v zařízení násilí. Klient je v zařízení 3 roky. Má přátelské vztahy s klienty i s personálem, vycházejí spolu slušně. V zařízení se cítí velmi dobře, ale stále vzpomíná na rodné město, jedině tam je doma, prožil tam celý život a má tam všechny vzpomínky živé, tady už to tak neprožívá a necítí. Má zde ve městě dceru, přistěhovali se zde za ni. Má tříkolku a je naštvaný, že mu ředitel nenechal postavit pro ni přístřešek, musí ji pořád sám zakrývat. Uvádí, že všem tady haraší v hlavě, ale v průměru je to dobrý. PPP jim pomáhá s prádlem, nákupy, ale když řekne „přijdou hned“, je to až za chvíli. Klient se zaměřuje se jen na sebe a své potřeby. Neví, že by se ho někdo ptal, jak se tu má. Nejdříve tu s manželkou plakali asi 2 roky a byli „na nervy“, teď je mu to skoro jedno. Nikdo se k němu nechová zle. Klient je podrážděný a konfliktivní, patrně vzhledem k věku. Žije už dlouho, pozoruje, jak manželka všechno zapomíná, je z toho nervozní.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Žena, 70 – 79 let tělesné postižená, mobilní s chodítkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>
Klient 5: Muž, 60 – 69 let, tělesné postižení, mobilní s holemi, komunikuje dobře.


Tabulka 4.12: CHB4k/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 30 – 39 let, mentální, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře s porouchou řečí.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 30 – 39 let, kombinované postižení, mentální postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Muž, 20 – 29 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 30 – 39 let, mentální postižení, mobilní, komunikuje pouze s vychovatelem.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, 30 – 39 let, kombinované postižení, mentální postižení, mobilní, komunikuje pouze s vychovatelem.</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Klientka nezažila v zařízení násilí, obtížně zvládá reakce na ostatní klienty. Klientka je v zařízení 5 let. Má zde přátelství mezi personálem, jinak je velmi uzavřená. Cítí psychické napětí z klientů, kteří jsou svým chováním nevypočítatelní, bojí se jejich křiku, reakcí a nálad, které se mění velkou rychlostí, nerozumí jim, uvádí PSS. Situaci rozebírá s pracovníkem, ke kterému má důvěru. Klientka přijela dnes do zařízení s matkou, se kterou se velmi obtížně loučí. Probíhá náročné předávání klientky
s pracovníkem. Matka ji bere vždy na týden a týden je zase v zařízení podle služeb matky. Střídání zvládá velmi obtížně. Jde o klientku s PAS. Nadále klientka hovoru není schopna, sedla si ale ke společnému stolu a sledovala hovor, projevila zájem.

4.2.4 Týdenní stacionáře

Tabulka 4.13: TS1/ Vnímání násilí ze strany klientů

| Klient 1: Muž, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje s obtížemi, porucha řeči, obtížně interpretuje vlastní myšlenky. |
---|---|

| Klient 2: Žena, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem nebo se holemi, komunikuje dobře. |
---|---|

| Klient 3: Žena, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje s obtížemi pomocí AAK metod s asistentem, porucha řeči. |
---|---|
Klientka se v zařízení setkala s psychickým, fyzickým i ekonomickým násilím. Má přátelské vztahy s klienty a s některými osobami z personálu. V zařízení se cítí velmi dobře. Nerozumí chování některých agresivních klientů, kteří se často vztekají, nadávají a napadají ostatní klienty. Měla z toho napjaté nervy, a proto se svěřila klíčovému pracovníkovi. Pokud se něco takového děje, uteče se do společenských prostorů, aby nebyl násilím ohrožen. Několikrát ji zastavila na vozíku, aby ji pomohla. |

| Klient 4: Muž, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje dobře. |
---|---|
Klient se v zařízení setkál s psychickým i fyzickým násilím. Má v zařízení přátelství a přátelské vztahy s klienty i některými osobami z personálu. Cítí se zde velmi dobře, jako doma. Má strach z jednoho klienta, nerozumí jeho chování, |

Klient 5: Muž, 40 – 49 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje dobře s mírnou poruchou řeči.


Tabulka 4.14: TS2/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Muž, do 20 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient zažil psychické a fyzické násilí v rodině, částečně v zařízení. Má přátelé mezi klienty a s personálem vychází dobré. V zařízení se mu stalo, že ho kopl jiný klient, postrkoval ho a ukazoval mu pěsti. Situaci řešil s klíčovou pracovnicí. Boji se jezdit domů na víkend, jelikož popisuje domácí násilí ze strany sestry i matky. Je zde oběma vulgárně napadán („táhni debile, hajzle”), vadí jim, že musejí doma pečovat o jeho osobu a tahaní se s ním, matka ho několikrát zbila a škrtila ho pod krkem. Pláče z důvodu neschopnosti řešit svou situaci. Trápi se a nemá chuť k jídlu. Matka mu zakazuje kontakt s kamarády z předchozího zařízení a ZŠ. Po společné dohodě jsme informovali o situaci vedoucí zařízení, která nabídla pomoc při řešení a zároveň klienta upozornila, že v předchozím řešení situace nezvládli komunikaci s matkou tváři v tvář. Na pokoji jsou 2. Klient má myšlení školního dítěte a nevyrovnánou povahu.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Žena, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klientka zažila fyzické, psychické i ekonomické násilí v zařízení. Mezi klienty má přátelky a s personálem má dobré vztahy. Někdy cítí obavy z některých klientů, kteří na sebe i na ni ve zlém pokřikují, jsou protivní, vulgární, svěřuje se klíčové pracovnici. Mezi klienty si pak všichni o takové situaci vyprávějí s obavami. Trápi se také k vůli tetě, jelikož ji dává málo kapesného (20 Kč na týden) a to ji velmi omezuje v aktivitách a možnostech v zařízení. O tetě mívá nepříjemné sny, které ji budí. Tetu se někde stále ztrácí, klientka přitom stále bloudí a nemůže ji najít. Na pokoji jsou 2. Žena má klidnou veselou povahu.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 20 – 29 let, kombinované postižení s těžkým duševním onemocněním, komunikuje sama ve třetí osobě.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klientka je sama zdrojem konfliktů s ostatními, jako důsledek její psychiatriecké diagnózy. Říká, že všichni jsou její kamarádi. Dále uvádí, že někdo se v zařízení stále hádá, křičí, ale neví kdo. Ona sama tvrdí, že bývá vzteklá, pláče, má napjaté nervy, ale neví proč. Na pokoji jsou 2. Na otázku jak se cítí, odpovídá, že dobře.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 50 – 59 let, kombinované postižení s těžkým duševním onemocněním, mobilní, komunikuje sám.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, 20 – 29 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje sám.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient zažil v zařízení psychické i fyzické násilí. Má zde kamarády a snaží se vycházet dobré s personálem. Vztahy mezi klienty hodnotí jako problematické, mládí se mezi sebou, zasahuje zdravotní sestra i vychovatelé. Záučtová na klienty na vozíku. Byl přítomen zásahu policie a RZP. Boji se možného požáru v zařízení, někdy je z toho nervózní. Někdy pláče pro smutné věci, které blíže nespecifikuje. Stres cítí, když je přítomen při agresivním ataku mezi klienty a snaží se rychle odejít. Svůj stav hodnotí jako proměnlivý, je smutný i veselý, pozoruje, že to závisí i na možnosti kvalitního spánku. Na pokoji jsou 2.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 4.15: TS3/ Vnímání násilí ze strany klientů

| Klient 1: Muž, do 20 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře. |
|---|---|

| Klient 2: Žena, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře. |
|---|---|
| Klientka v zařízení nezažila žádné násilí, ale doma je sexuálně zneužívána pěstounem. Tvrdí, že všichni jsou zde kamarádi a našla tady nový domov. Také tvrdí, že všichni se bojí jedné klientky, raději se jí vyhýbají. Za své největší trápení, které ji budi 10x za noc, uvardí sexuální zneužívání pěstounem v pěstounské rodině. Trauma je o to silnější, jelikož uvádí, že se jí ho nepodařilo dříve usvědčit, nezvládla tlak z okolí, od bratra a pěstounky s tím, že tato skutečnost není pravdivá. Doma situace nadále trvá, klientka se snaží udržovat v blízkosti pěstounky, aby nebyla s pěstounem sama. Z toho důvodu také stále pláče. Dnes našla silu a přišla s námitkou, že tato skutečnost sdělí. Po společném rozhodnutí oznamujeme tuto skutečnost vedoucímu stacionáře a ten nabízí dívce pomoc, mimo jiné i tak, aby nemusela jezdit o víkendech domů. V zařízení začínají tuto situaci klientky řešit. Klientka si sama našla psychiatra ve 20 letech má dojem, že se cítí sama v sobě, díky psychiatrovi a pobytu v zařízení, silnější. |

| Klient 3: Muž, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje sám s poruchou řeči. |
|---|---|

| Klient 4: Žena, do 20 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře. |
|---|---|
| Klientka nezažila žádné násilí v zařízení. Všichni jsou spolu kamarádi a vztahy s personálem jsou dobré. Tvrdí, že všichni se bojí jedné klientky, která bez příčin může kohokoliv napadnout, raději se jí tedy vyhýbá. Už si tady probrána o nějaký čas kvůli vztahům a rozchodu. Někdy spolu klienti nevycházejí dobře. V zařízení se nechová dle jejího hodnocení nikdo nepřiměřeně násilně, kromě problémové klientky. Považuje se za tichou a pozitivní. |

| Klient 5: Muž, do 20 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře. |
|---|---|

Tabulka 4.16: TS3/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 70 – 79 let, postižení kombinované, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Žena, 80 – 89 let, kombinované postižení, mobilní s chodítkem, komunikuje dobře s horší výslovností.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 70 – 79 let, kombinované postižení, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 80 – 89 let, kombinované postižení, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klient je v zařízení 2 měsíce. „Se všemi jsem kamarád a personál je výborný. Někdy se někteří poštěkali a pak to bylo dobry.“ Cítí tu velkou rodinu. Když do zařízení přišel, plakal, teď už ale ví, že půjde na víkend domů. Mívá napnuté nervy z různých myšlenek, které mu běží hlavou. Má společenskou povahu, rád se se všemi baví.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, 70 – 79 let, postižení kombinované, mobilní s holemi, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

*Zdroj: ACCENDO, Kvalitativní výzkum násilného jednání na OZP v rámci pobytových sociálních služeb, 2020.*
### 4.2.5 Sociální rehabilitace (pobytové forma)

Tabulka 4.17: SR1/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 60 – 69 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní s hůlkou, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Muž, 20 – 29 let, kombinované postižení, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>
Klient 4: Muž, 40 – 49 let, tělesně postižený, mobilní s hůlou, komunikuje dobře.


Klient 5: Muž, 30 – 39 let, tělesně postižený, mobilní s hůlou, komunikuje dobře.

Tabulka 4.18: SR2/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Muž, 60 – 69 let, tělesné postižení, mobilní na vozíku, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 30 – 39 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 60 – 69 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Žena, 30 – 39 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, 70 – 79 let, tělesné postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

Tabulka 4.19: SR3/ Vnímání násilí ze strany klientů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Muž, 50 – 59 let, tělesné postižení, mobilní na vozíku, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 20 – 29 let, tělesné postižení/paraplegik, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní s vozíkem, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Muž, 30 – 39 let, tělesné postižení, mobilní na vozíku, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Žena, 40 – 49 let, tělesné postižení, mobilní na vozíku, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klientka nezažila v zařízení žádné násilí. Má dobré vztahy s klienty i personálem.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 1: Žena, 20 – 29 let, postižení duševní, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 2: Muž, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 3: Žena, 30 – 39 let, kombinované postižení, mobilní, někdy používá vozík nebo hole, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 4: Žena, 20 – 29 let, duševní onemocnění, mobilní, komunikuje dobře, dyslálie.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klient 5: Muž, 20 – 29 let, tělesné postižení, mobilní s hůlkou, komunikuje dobře.</th>
</tr>
</thead>
</table>
Klient zažil psychické násilí v zařízení. Klient je v zařízení 10 let. Tvrdí, že všichni jsou zde kamarádi a našel tady nový domov. „Máme dobré vztahy.“ Klient 5 je partnerem klientky 4. Odpovídá na vše tutožně s ní. Vlastní názor neuplatňuje. Muž nechápe, proč jeho partnerku stále někdo z klientek napadá a hádají se s ní. Netuší, že předmětem sporu je on, jako uvádí pro vysvětlení personální.