

Zařízení na adrese Za Benzinkou č. p. 1337, 696 11 Mutěnice

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Za Benzinkou č. p. 1337, 696 11 Mutěnice
Vedoucí:	MUDr. Pavel Nenička
Typ zařízení:	ubytovací zařízení poskytující péči charakteru pobytové sociální služby bez oprávnění
Kapacita:	12
Datum návštěvy:	3. a 4. března 2025
Datum vydání zprávy:	28. srpna 2025
Návštěvu provedly:	Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Hana Poláková

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv

Obsah

Obsah	2
Úvodní informace.....	4
Systematická návštěva a její cíl	4
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	4
Charakteristika zařízení	6
Průběh návštěvy	7
Shrnutí	8
Poskytování služby bez oprávnění	10
1. Poskytování služby	11
2. Smlouvy	12
3. Postavení pečovatelů	16
4. Platby.....	19
5. Dílčí závěr – poskytování sociální služby bez oprávnění	20
Prostředí.....	23
6. Pokoje klientů.....	23
7. Bezpečí a bariéry	25
Volnost pohybu a osobní svoboda	27
8. Volnost pohybu	27
9. Pobyt ve venkovním prostředí	28
10. Opatření omezující pohyb a náročné chování klientů	29
11. Léky s tlumivým účinkem	30
12. Prostředky prevence pádu	35
Poskytovaná péče.....	38
13. Zajištění zdravotní péče.....	38
14. Léky.....	42
15. Malnutrice	50
16. Demence.....	53
17. Deprese	55
18. Bolest.....	56
19. Hygiena	57
20. Kontinence.....	58

21. Aktivizační a volnočasové aktivity	59
22. Přístup personálu ke klientům	60
23. Dokumentace a výměna informací	61
24. Neodborný přístup ke klientům	62
Soukromí	64
25. Soukromí v pokoji a bezpečné uložení věcí.....	64
26. Soukromí při hygieně a na toaletě	65
27. Uložení dokladů	65
Přehled opatření k nápravě.....	67

Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Od roku 2006 veřejný ochránce práv plní **úkoly národního preventivního mechanismu** podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.¹

Proto **systematicky navštěvují místa (zařízení)**, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Ubytovací zařízení poskytující péči (bez oprávnění) jsou jedním ze zařízení, jež mohou navštívit.²

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.³ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřují pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv a ochránce práv dětí,⁴ konkrétně právníky, odborníky z oblasti sociálních služeb a všeobecné a psychiatrické sestry. Návštěva spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.⁵ Návštěvy jsou **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování sociálních služeb.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Po každé návštěvě **sepiší zprávu. Většinou obsahuje návrhy opatření k nápravě.** Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k předcházení špatnému zacházení nebo jeho odstranění. **Zpráva nepopisuje zjištěnou správnou praxi zařízení** odpovídající dobrým standardům zacházení. **Soustředí se pouze na možné nedostatky.** Proto může působit velice nepříznivě a nevyváženě. Prosím čtenáře zprávy, aby na to pamatovali.

-
- 1 Na základě § 1a odst. 1 písm. c) a § 1b odst. 2 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv a o ochránci práv dětí.
 - 2 Podle § 1b odst. 2 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv a o ochránci práv dětí.
 - 3 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje určitého stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). V zařízeních, kde se poskytuje péče, může mít špatné zacházení například podobu nezajištění bezpečí nebo potřebné zdravotní péče, nerespektování lidské důstojnosti, práva na soukromí, posilování závislosti na poskytované péči, nerespektování práva na spoluúčast při rozhodování o vlastním životě, anebo neodůvodněného používání omezovacích prostředků.
 - 4 Podle § 25 odst. 7 zákona o veřejném ochránci práv a o ochránci práv dětí.
 - 5 Podle § 21c ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv a o ochránci práv dětí.

Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsáním zjištěním a navrženým opatřením.⁶ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

Navržená **opatření k nápravě** se liší svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Pro snazší orientaci obsahuje zpráva na konci **přehled** opatření k nápravě. Navrhuji také **termín provedení**.

- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Není-li to možné, provedou se v nejkratší možné době. Za bezodkladná označuji opatření, která považuji za naléhavá a velmi důležitá, anebo opatření běžně snadno proveditelná.
- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho měsíce, tří měsíců, šesti měsíců nebo jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním navrhuji tam, kde je třeba zavést určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že zařízení opatření zavede co nejdříve a bude dbát na dodržování doporučené praxe.

Rád bych, aby zařízení ve vyjádření ke zprávě sdělilo, že (1) opatření provedlo a jak, nebo (2) kdy a jak opatření provede, nebo (3) navrhne jiné vhodné opatření a termín.

Pokud budu vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **považovat za dostatečná**, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je vysvětlení zjištěných pochybení, doložení opatření k nápravě či věrohodný příslib jejich provedení.

Pokud vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **nebudu považovat za dostatečná**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁷ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (s výjimkou jmen osob pověřených vedením zařízení) a **obdržená vyjádření** v databázi Evidence stanovisek ochránce (ESO).⁸

6 Ustanovení § 21c odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv a o ochránci práv dětí.

7 Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv a o ochránci práv dětí.

8 Evidence stanovisek ochrance (ESO) je dostupná z <https://eso.ochrance.cz>.

Charakteristika zařízení

Zařízení⁹ není nijak formalizováno. Nachází se v nově postaveném domě na okraji obce Mutěnice. Zvenku vypadá jako rodinný dům, uvnitř je však koncipováno jako ordinace praktického lékaře. Majitelkou nemovitosti je společnost Fameda, s. r. o., jejímž jednatelem je MUDr. Pavel Nenička,¹⁰ který zařízení provozuje.¹¹ Spolu s dalšími pěti pečovateli zde zajišťuje péči klientům.



Obrázek 1: Budova zařízení



Obrázek 2: Budova zařízení

MUDr. Pavel Nenička vysvětlil vznik a vývoj zařízení. Původně v budově měla být jeho ordinace praktického lékaře. Byl však vyloučen z České lékařské komory, nemůže proto na území České republiky vykonávat lékařské povolání,¹² a nemohl tak zahájit provoz ordinace. V prostorách proto otevřel v říjnu 2024 dle jeho slov „DPS, pečovatelský dům“.¹³ S vyloučením z ČLK nesouhlasí a vede o ně spor. Věřící, že se k výkonu lékařského povolání vrátí, ukončí provoz pečovatelského domu a v prostorách bude fungovat jeho ordinace.

Kapacita zařízení je 12 lůžek. V době systematické návštěvy bylo v zařízení 6 klientů, 4 muži a 2 ženy, další 1 klientka byla hospitalizována. Klienti jsou lidé závislí na péči jiné

9 Označením „zařízení“ pojmenovávám faktický stav koordinované činnosti pečovatelů a provozovatele a pobytu klientů.

10 Ministerstvo spravedlnosti České republiky. Veřejný rejstřík a Sbírka listin. Výpis z obchodního rejstříku Fameda, s. r. o. [online]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/rejstrik-firma.vysledky?subjektId=861557&typ=PLATNY>. [cit. 11. 4. 2025].

11 O MUDr. Neničkovi hovořím ve zprávě též jako o provozovateli. Rozdělení práce a hierarchii zařízení popisují v kapitole [Organizační struktura a rozdělení práce](#).

12 Dle § 3 odst. 1 zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

13 O zařízení jako o pečovatelském domě hovořili i další pečovatelé.

osoby, převážně senioři. Nejstarší klientka se narodila v roce 1945, nejmladší klient v roce 1974.

Činnost pečovatелů a MUDr. Pavla Neničky vytváří dojem pobytového zařízení odpovídajícího domovu pro seniory nebo domovu se zvláštním režimem.¹⁴ Zařízení však nemá registraci k poskytování sociální služby.

Průběh návštěvy

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Boušková a Mgr. Hana Poláková. Na zhodnocení poznatků ze šetření se též podílela pověřená expertka Pavla Hýblová, zdravotní sestra a předsedkyně správní rady České alzheimerovské společnosti.

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 3. až 4. března 2025. V zařízení byla pečovatelka, která se představila jako vedoucí pečovatелů. Telefonicky informovala MUDr. Pavla Neničku, který se zahájením návštěvy souhlasil. Vedoucí pečovatелů převzala pověření k provedení návštěvy. Následně se do zařízení dostavil i MUDr. Pavel Nenička, kterému pověření předala. Zaměstnankyně Kanceláře si vyžádaly potřebnou součinnost a dokumentaci.

Zaměstnankyně Kanceláře hovořily s klienty zařízení, pečovateli i MUDr. Pavlem Neničkou. Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.

14 Ve smyslu § 49 a 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Shrnutí

Systematickou návštěvou zařízení na adrese Za Benzinkou č. p. 1337 v Mutěnicích jsem zjistil několik závažných nedostatků. Špatné zacházení¹⁵ shledávám v praxi, kdy pečující, a navíc laici, opakovaně podávají psychofarmaka za účelem utlumení projevů klientů, bez řádného předpisu a elementárních pojistek. Takové jednání je zcela nepřípustné a ohrožuje zdraví i důstojnost klientů.

V dalších oblastech vnímám kumulaci nedostatků jako vysoké riziko špatného zacházení. Nedostatky spočívají zejména v poskytování neodborné a rizikové péče. Zdravotní stav některých klientů je přitom velmi křehký. Své závěry formuluji ve zprávě, kde rozvádím mimo jiné následující zjištění:

- **Sdělení MUDr. Pavla Neničky i pečovatelů nasvědčují tomu, že v zařízení dochází k poskytování zdravotních služeb bez oprávnění.** O klienty pečuje jako lékař provozovatel, který není oprávněn vykonávat lékařské povolání. Některé ošetrovatelské úkony činí pečovatelé, kteří nemají potřebnou kvalifikaci (např. podávání léků včetně léků s tlumivým účinkem či péči o dekubity).
- Systém chystání a podávání léků je rizikový z hlediska chybovosti. Léky (včetně injekčních léků a množství léků s tlumivým účinkem) nejsou uloženy bezpečně, stejně tak část zdravotnického materiálu (včetně jehel), a i klienti, kteří jsou zmatení, k nim mají přístup.
- Závažné nedostatky shledávám v prevenci malnutrice, kterou jsou křehcí senioři zvýšeně ohroženi. Zařízení nezjišťuje váhu klientů, neprovádí nutriční screening, hubnutí nezaznamenává a řeší je převážně intuitivně. Diety vycházející ze zdravotního stavu klientů se nezajišťují řádně.
- Klienti nemají zajištěno soukromí, protože k hygieně a výměně inkontinenčních pomůcek na vícelůžkových pokojích dochází před zraky ostatních klientů. Některé pokoje mají trvale otevřené dveře.
- Péče o klienty je intuitivní, neodborná a někdy i nejednotná. Zařízení v žádné oblasti péče řádně nevyhodnocuje individuální potřeby a rizika klientů. Personál péči o klienty neplánuje ani nečiní vypovídající záznamy o jejím průběhu, ačkoli se v péči o klienty střídá. Postup personálu tak snadno může vést k nadměrné nebo nedostatečné péči, a tím ke ztrátě soběstačnosti klientů, prohlubování jejich závislosti na poskytované péči či naopak k zanedbání péče v oblasti, kde klienti potřebují podporu. Může také přímo zhoršovat obtíže nebo zbytečně působit utrpení.

15 Ve smyslu § 1a odst. 1 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv a o ochránci práv dětí.

- Personál používá intuitivně i prostředky prevence pádu, jako jsou postranice u lůžka. Použití se nedokumentuje ani nevyhodnocuje. Není tak spolehlivě zajištěno bezpečí klientů ani není žádná záruka proti svévolnému a bezdůvodnému omezování jejich volného pohybu.
- Zařízení nezajišťuje většině klientů pravidelný pobyt ve venkovním prostředí.
- V zařízení neprobíhá prakticky žádná aktivizace klientů.
- Některé reakce personálu na projevy náročného chování klientů (tj. vyplývající z jejich duševního stavu) a výroky o klientech jsou zcela neprofesionální, svědčící o laickém přístupu. Nejde jen o projev neúcty; vzájemné nepochopení a dráždění může vést k tenzi a v krajním případě až ke špatnému zacházení.

Na základě zhodnocení stavu formuluji 40 opatření, která adresuji MUDr. Pavlu Neničkovi jakožto osobě, která provozuje zařízení. **Jelikož se jedná o ubytovací zařízení poskytující péči charakteru pobytové sociální služby, ale bez oprávnění, mé základní doporučení je učinit kroky k legalizaci této organizované činnosti, to znamená požádat neprodleně o registraci.** Pokud provozovatel o registraci nepožádá, nebo ji nezíská, mělo by zařízení neoprávněné poskytování sociální služby ukončit.

Naplnění dalších opatření považuji za nezbytné pro účinnou ochranu klientů před špatným zacházením. Jsem přesvědčen, že povinnost naplnit je neplýne jen ze získání registrace k poskytování sociálních služeb. Osoby poskytující tyto komplexní služby je musí naplnit i proto, aby splnily povinnosti, které jim vyplývají z občanského zákoníku.¹⁶

16 Např. obecnou prevenční povinnost dle § 2900, povinnost zakročit na ochranu jiného dle § 2901 nebo povinnost náležitého dohledu dle § 2920 a násl. občanského zákoníku. Z § 5 odst. 1 občanského zákoníku dále vyplývá, že pokud někdo vytváří dojem pobytové sociální služby, mohou klienti důvodně požadovat, aby osoby jednající za „zařízení“ jednaly se znalostmi, dovednostmi a pečlivostí, která se vyžaduje v pobytových sociálních službách. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Poskytování služby bez oprávnění

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě příslušného oprávnění.¹⁷ Oprávnění k poskytování sociálních služeb uděluje krajský úřad (případně Ministerstvo práce a sociálních věcí) rozhodnutím o registraci. Poskytovatel musí pro získání registrace splnit zákonné požadavky,¹⁸ například zajistit odbornou způsobilost a bezúhonnost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby klientům, jakož i zajistit hygienické, materiální, technické a další podmínky v zařízení. Pokud žadatel o registraci zákonné požadavky nesplní, nemůže registraci získat.

Registrace je garancí toho, že zařízení poskytuje služby klientům prostřednictvím kvalifikovaného personálu a s odpovídajícím zázemím. V případě, že právnická osoba nebo podnikající fyzická osoba poskytuje sociální službu bez oprávnění, dopouští se přestupku, za který může být uložena pokuta až do výše 2 000 000 Kč.¹⁹

Sociální službou je činnost nebo soubor činností, které se (1) poskytují osobám v nepříznivé sociální situaci, (2) jejichž účelem je sociální začlenění nebo prevence sociálního vyloučení a (3) eliminace důsledků nepříznivé sociální situace.²⁰

Znaky jednotlivých sociálních služeb blíže rozvádí zákon. Například v registrovaných domovech pro seniory jsou poskytovány služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.²¹ Mezi základní činnosti služby domova pro seniory patří: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně a vytvoření podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.²²

K závěru, že zařízení představuje pobytovou sociální službu, je třeba provést rozbor povahy poskytovaných služeb a postavení jejich klientů.

V některých bodech této zprávy rovnou upozorňuji na zjištěná rizika, případně doporučuji opatření ke zlepšení situace klientů. Zdůrazňuji však, že v případě,

17 Ustanovení § 78 odst. 1 a 2 zákona o sociálních službách.

18 Podmínky udělení registrace stanovuje § 79 a násl. zákona o sociálních službách.

19 Ustanovení § 107 odst. 1 a 5 písm. g) zákona o sociálních službách.

20 Podle § 1 a § 3 zákona o sociálních službách. Znaky sociální služby uvádí také Doporučený postup č. 2/2019 ze dne 4. listopadu 2019. Problematika neregistrovaných sociálních služeb, s. 7. Online. [cit. 11. 4. 2025]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz>.

21 Ustanovení § 49 odst. 1 zákona o sociálních službách.

22 Ustanovení § 49 odst. 2 zákona o sociálních službách.

že zařízení poskytuje pobytové sociální služby, za **zásadní považují získat oprávnění k této činnosti**. Vyslovená dílčí opatření mohou ke zlepšení situace klientů přispět do doby, než se tak stane.

1. Poskytování služby

1.1 Závislost na péči

Klienti tohoto zařízení jsou osoby v nepříznivé sociální situaci. Jsou to lidé závislí na péči jiné osoby, převážně senioři. Závislost klientů na péči dokládá například sdělení personálu, že klienti potřebují péči 24 hodin denně. Uvedenou závislost potvrzují i souhrny diagnóz, které pro pečovatele tvoří MUDr. Nenička. Klienti jsou podle nich často polymorbidní. Mezi diagnózami se vyskytuje např. demence, imobilita, depresivní porucha, organický psychosyndrom, epilepsie, inkontinence, hypertenze či diabetes. Dva klienti měli v době systematické návštěvy IV. stupeň závislosti na péči,²³ tři klienti III. stupeň závislosti, jeden klient II. stupeň závislosti a jeden klient zatím stupeň závislosti stanoven neměl.

1.2 Ubytování

Zařízení zajišťuje klientům ubytování na základě smluv o nájmu. Úklid a praní zajišťují pečovatelé v zařízení, i když to není ujednáno ve smlouvách. Potřebné prostředky nakupuje vedoucí pečovatelů z prostředků poskytnutých MUDr. Neničkou. Úhrada za ubytování je sjednána ve smlouvách o nájmu.

Tématu se více věnuji samostatně v kapitolách [Smlouva o nájmu](#) a [Platby](#).

1.3 Strava

Zařízení klientům zajišťuje stravu na základě smlouvy o nájmu. Obědy v pracovní dny odebírá zařízení z nedaleké školní jídelny. Snídaně, svačiny, večeře a obědy mimo pracovní dny chystají pečovatelé. Suroviny nakupuje vedoucí pečovatelů, peníze na nákup dostává od MUDr. Neničky. Úhrada za stravování je součástí smlouvy o nájmu.

Výživě se více věnuji v kapitole [Malnutrice](#).

1.4 Pomoc při zvládání běžných úkonů péče

Pečovatelé klientům poskytují pomoc v závislosti na jejich potřebách s oblékáním a svlékáním, pohybem uvnitř budovy, posazením v lůžku, polohováním, přesunem na lůžko, vstáváním a uléháním. Pečovatelé rovněž pomáhají s podáváním jídla a pití. Zajišťují pomoc i s dalšími potřebami klientů.

23 Ve smyslu § 8 odst. 2 zákona o sociálních službách.

1.5 Pomoc při hygieně

Personál klientům pomáhá se zajištěním hygieny. Míra pomoci klientům se liší. U některých klientů hygienu i výměnu inkontinenčních pomůcek zcela zajišťují pečovatelé, některým klientům pouze dopomáhají, dva klienti jsou v oblasti hygieny samostatnější.

Tématu se více věnuji v kapitole [Hygiena](#).

1.6 Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Personál klientům pomáhá například při spojení s blízkými osobami při používání mobilního telefonu, případně předává rodině informace o průběhu dne klienta či o jeho zdravotním stavu. Někdy blízcí dávají personálu vědět, kdy přijdou za klientem na návštěvu. Personál klientům zajišťuje doprovod k lékařům nebo jim objednává zdravotnickou dopravní službu. V době návštěvy personál plánoval začít brát klienty na pravidelné výlety.

1.7 Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů

Zařízení klientům pomáhá i při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Podle MUDr. Neničky klientům pomáhají s vyřizováním příspěvku na péči, zvýšením stupně závislosti, případně pomohou s odvoláním proti rozhodnutí o příspěvku.

2. Smlouvy

2.1 Smlouva o nájmu

Klienti uzavírají smlouvy o nájmu s MUDr. Neničkou, který je podle smlouvy „výlučným vlastníkem RD“. Majitelkou budovy je ale podle katastru nemovitostí právnická osoba Fameda, s. r. o., jejímž jednatelem je MUDr. Nenička.²⁴ Budova navíc dle katastru není rodinný dům, ale stavba občanského vybavení.

Ve smlouvách není přímo řečeno, co si klient pronajímá, zda pokoj, celou budovu, lůžko apod. Fakticky klienti bydlí ve sdílených pokojích.

Trvání nájmu se sjednává na dobu neurčitou s výpovědní dobou 1 měsíc počínaje prvním dnem následujícího měsíce. Klienti mohou smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Pronajímatel může smlouvu vypovědět z těchto důvodů: nedodržování smluvních ujednání, změny zdravotního stavu klienta (zhoršení a nevladatelnost

24 Ministerstvo spravedlnosti České republiky. Veřejný rejstřík a Sbírka listin. Výpis z obchodního rejstříku Fameda, s. r. o. [online]. Dostupné z: https://or.justice.cz/ias/ui/rejstrik-firma_vysledky?subjektId=861557&typ=PLATNY. [cit. 11. 4. 2025].

klienta po psychické stránce nebo v případě nemožnosti zajistit dostatečnou zdravotní péči vyžadující ústavní léčení).

MUDr. Nenička uváděl, že ze strany zařízení zatím nikomu výpověď nedali a naopak, pokud by chtěl klient odejít dříve než ve sjednané lhůtě, nebude mu bránit a klient zaplatí pouze skutečně čerpané ubytování. **Upozorňuji, že měsíční výpovědní doba je velmi krátká. Jsem přesvědčen, že pokud by klient dostal výpověď, mohl by jen stěží za měsíc najít místo v jiné (registrované) službě.** Zároveň měsíční výpovědní lhůta představuje ve smlouvě o nájmu bytu a nájmu domu neplatné ujednání,^{25; 26} jelikož smluvní strany se nemohou dohodnout na podmínkách, které by byly v neprospěch nájemce při nájmu bytu.²⁷

Ačkoliv jsou tyto smlouvy pojmenovány jako smlouvy o nájmu, hovoří i o zajištění péče. Jejich předmětem je zajištění potřebné pomoci. Rozsah pomoci je sjednán v oblastech mobility, orientace, komunikace, tělesné hygieny a fyziologických potřeb. Pomoc má být zajištěna asistentem sociální péče po dobu 24 hodin na adrese zařízení. Je stanoveno, že pomoc mohou poskytovat i jiní asistenti.

Ve smlouvách o nájmu je sjednána i úhrada za péči. Smlouvy hovoří o poskytovateli v souvislosti s MUDr. Neničkou. Je v nich dokonce přímo napsáno, že poskytuje sociální služby: „Za poskytovanou péči náleží poskytovateli úhrada ve výši přiznaného příspěvku na péči klienta, a to ode dne, kdy vznikl uživateli nárok na jeho výplatu a **byly mu poskytovány sociální služby poskytovatelem.**“ Úhradám se více věnuji samostatně v kapitole [Platby](#).

Mám za to, že se provozovatel nájemní smlouvou, ve které se zavazuje i k zajištění péče, snaží zastírat skutečné poskytování pobytové sociální služby.

2.2 Smlouva o poskytnutí pomoci

V zařízení poskytují péči asistenti sociální péče na základě smlouvy o poskytnutí pomoci,²⁸ případně zcela neformální pečující, tedy nikoliv profesionální pečující. Pro výkon činnosti asistenta sociální péče zákon nevyžaduje registraci k poskytování sociálních služeb.²⁹ Asistentem může být jakákoliv fyzická osoba, která je starší 18 let

25 V porovnání s § 2288 občanského zákoníku.

26 V případě výpovědi ze strany pronajímatele musí být dle občanského zákoníku dán také platný výpovědní důvod.

27 BAJURA, J., SALAČ, J. § 2235 [Nájem bytu nebo domu k zajištění bytových potřeb]. In: ŠVESTK A, J., DVOŘÁK, J., FIALA, J. a kol. Občanský zákoník: Komentář, Svazek V, (§ 1721–2520). [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR, a. s. [cit. 17. 4. 2025].

28 Ve smyslu § 83 zákona o sociálních službách.

29 Podle § 83 odst. 1 zákona o sociálních službách.

a je zdravotně způsobilá. Jedná se o institut, který má rozšířit možnosti poskytování pomoci a péče v přirozeném sociálním prostředí klienta (typicky u něj doma),³⁰ nikoliv nahrazovat personál v pobytovém zařízení sociálních služeb. Stejného názoru je i Ministerstvo práce a sociálních věcí.³¹

Vztah mezi klientem a asistentem sociální péče vzniká na základě uzavřené smlouvy o poskytnutí pomoci.³² Jedná se tedy o smluvní vztah *inter partes* mezi osobou, které je péče poskytována, a asistentem sociální péče. Osoba, které je péče poskytována, vystupuje ve smluvním vztahu jako objednavatel, jenž poptává pomoc asistenta v určitých oblastech svého života. Právě osoba, které je poskytována péče, má být tím, kdo určuje obsah pomoci, její četnost i trvání.

Náležitostmi smlouvy je označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci a výše úhrady za pomoc.³³

Smlouvy o poskytnutí pomoci uzavírají klienti s asistenty sociální péče. V době systematické návštěvy v zařízení působilo pět pečovatelů. Ne všichni pečovatelé měli smlouvy uzavřeny a někteří klienti neměli smlouvu o poskytnutí pomoci uzavřenou s nikým. Vzhledem k tomu, že se před systematickou návštěvou zařízení potýkalo s nestabilním týmem pracovníků a docházelo k personální obměně, měli smlouvy o poskytnutí pomoci uzavřeny jen někteří asistenti s některými klienty. Smlouvu o poskytnutí pomoci měl s některými klienty uzavřenou i MUDr. Nenička. Uváděl k tomu, že se v zařízení střídaly asistentky a „nešlo to na nikoho napsat“. Teď mají stálý tým a smlouvy uzavřou. **Přiznával, že pečovatelé pečují i o klienty, se kterými nemají uzavřeny smlouvy; ten, kdo slouží, pečuje o všechny.**

Rozsah pomoci je sjednán jako „(...) pomoc při zvládnutí základních životních potřeb v následujícím rozsahu: celodenní 24h péče“. Místo poskytování je sjednáno na adrese zařízení. Čas jako celodenní 24h péče. Je sjednána i výše úhrady, které se samostatně věnují v kapitole [Platby](#). Smlouvy o poskytnutí pomoci tak mají částečně shodný obsah se smlouvami o nájmu.

30 Přirozeným sociálním prostředím se podle § 3 písm. d) zákona o sociálních službách rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. Nejedná se tedy o pobytová zařízení sociálních služeb.

31 Ministerstvo práce a sociálních věcí. Asistent sociální péče. In: MPSV.cz [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 17. 2. 2025]; dostupné z <https://www.mpsv.cz/asistent-socialni-pecce>.

32 Podle ustanovení § 83 odst. 3 zákona o sociálních službách.

33 Dle § 83 odst. 3 zákona o sociálních službách.

Smlouvy jsou uzavřeny na dobu neurčitou, mohou být ukončeny dohodou smluvních stran, úmrtím asistenta či uživatele či výpovědí. Výpovědní lhůta je 7 dnů ode dne následujícího po doručení písemné výpovědi. **Tuto lhůtu považuji v případě výpovědi učiněné asistentem za nepřiměřeně krátkou z hlediska ochrany klientů a jejich schopnosti zajistit si adekvátní náhradní péči.**

Klient může smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Asistent může smlouvu vypovědět v případě, kdy uživatel porušuje své povinnosti vyplývající ze smlouvy o poskytnutí pomoci; uživatel se chová k asistentovi způsobem, jehož záměr nebo důsledek vede ke snížení jeho důstojnosti nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího nebo zneklidňujícího prostředí; uživatel je se zaplacením úhrady za kalendářní měsíc v prodlení delším než dva měsíce; asistent není nadále schopen poskytovat uživateli pomoc z důvodu zdravotní nezpůsobilosti; uživatel změnil bydliště mimo region působnosti asistenta. V případě zvláště závažného porušení ustanovení této dohody má postižená strana právo odstoupit od smlouvy s okamžitou platností. Ze strany asistenta se dle smlouvy jedná zejména o případy, kdy uživatel opakovaně a závažně porušuje dobré mravy a pravidla slušného chování.

Z tvrzení personálu vyplynulo, že pečovatelé nemají možnost si vybírat, o koho budou pečovat. Ani klienti si své pečovatele nevybírají. **Tato tvrzení dokládají, že smlouvy o poskytnutí pomoci nefungují jako skutečný vztah *inter partes*, v němž by se smluvní strany dohodly na obsahu závazku, ale spíše slouží jako formální zástěrka pro poskytování sociální služby.**

2.3 Autonomie vůle klientů při podpisu smluv

Jako problematické vnímám již samotné rozhodování klientů o nástupu do zařízení. Představitelé zařízení nedokázali zodpovědět, zda je někdo z klientů omezen ve svéprávnosti. Hovořili o tom, že možná jedna klientka, ale nebyli si jistí a jejich výpovědi se neshodovaly. Podle mých poznatků nemá svéprávnost omezenou nikdo z klientů.

V zařízení však byli klienti, kteří podle personálu, dokumentace od poskytovatelů zdravotních služeb i pozorování pověřených zaměstnankyň Kanceláře nebyli orientovaní.

Přístup, kdy smlouvu podepisuje klient „dokud udrží tužku“, není správný. Sama o sobě za něj nemůže rozhodovat ani rodina. Člověk, který není schopen sám právně jednat, by měl mít adekvátní podpůrné opatření, a pokud je nemá, existuje u registrovaných služeb postup s garantovanou kvalitou, kdy za něj smlouvu může uzavřít obecní úřad

obce s rozšířenou působností.³⁴ V neregistrovaném zařízení jsou klienti méně chráněni, než by byli v registrované službě.

3. Postavení pečovatelů

3.1 Kvalifikace pečovatelů

V registrovaných domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem vykonávají odborné činnosti nejčastěji pracovníci v sociálních službách,³⁵ sociální pracovníci³⁶ či zdravotničtí pracovníci.³⁷ Pro výkon všech těchto povolání je nutné splňovat zákonné požadavky. Zásadní podmínkou je přitom odborná způsobilost, která je vázána na dosažení určitého vzdělání. Například pracovník v sociálních službách, který vykonává přímou obslužnou péči, musí mít alespoň základní vzdělání a absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz. Stát tak zajišťuje, že v registrovaných službách o klienty budou pečovat kvalifikované osoby, a nebude tak docházet k ohrožení zdraví či života klientů.

Na rozdíl od pracovníků v registrovaných zařízeních zákon o sociálních službách neklade na asistenty sociální péče žádné kvalifikační požadavky, což odpovídá i povaze tohoto institutu. „Asistent sociální péče“ nahradil dříve užívanou zákonnou formulaci „jiná fyzická osoba než blízká“. Institut asistenta tedy určitým způsobem specifikuje poskytování péče například „sousedkou/sousedem“, „známou/známým“ osobě, která péči potřebuje.³⁸ Nejedná se tedy o pečujícího profesionála, ale o pečujícího, kterého si osoba sama vybrala, přičemž také sama nese riziko spojené s touto volbou.

O tom, zda pečovatel bude v zařízení pracovat, rozhoduje MUDr. Nenička. Ke kvalifikačním požadavkům na pečovatele uvedl, že by pečovatel měl být nekonfliktní, měl by umět jednat s lidmi a něco umět; je dobré, když pečovatel už má nějakou praxi.

Kvalifikaci pracovníka v sociálních službách doložilo zařízení pouze u jedné pečovatelky. Zbývající pečovatelé jsou laici. Někteří z nich mají zkušenost například s péčí v jiném neregistrovaném zařízení či s péčí o blízké.

34 Podle § 91 odst. 6 zákona o sociálních službách.

35 Ve smyslu § 116 zákona o sociálních službách.

36 Ve smyslu § 109 a násl. zákona o sociálních službách.

37 Podle § 115 odst. 1 zákona o sociálních službách.

38 JANEČKOVÁ E., MACH P. Zákon o sociálních službách. Komentář. § 83. In: ASPI verze 2018 [právní informační systém]. © 2000–2018 Wolters Kluwer ČR, a. s. [cit. 24. 4. 2025].

Provozovatel uváděl, že chce splnit co nejvíce požadavků registrace. Pečovatelé si tak mají vzdělání pracovníka v sociálních službách doplnit.³⁹ Mají na to podle něj 18 měsíců, ale chtěl by, aby kvalifikaci získali již v horizontu půl roku.

Zaučení nového pečovatele probíhá tak, že nováček pracuje se zkušenějším pečovatelem. Učí se od něj, jak zajistit péči, hygienu, výměnu inkontinenčních pomůcek, má se naučit i kontrolovat stav klientů (např. zda dostatečně močí, zda není moč krvavá, zda není klient apatický apod.). Sdělení o tom, jak dlouho zaučování se zkušenějším pečovatelem trvá, se mírně rozcházela. Personál uváděl 24 hodin i 2 dny. **Domnívám se, že takto krátká doba nemůže být považována za dostatečnou průpravu pro laiky, kteří mají pečovat o osoby často ve velmi vážném zdravotním stavu – tím spíše, pokud je zaučuje pouze mírně zkušenější pracovník také bez odborné kvalifikace.**

Poskytování péče v zařízení osobami, které nemusejí mít žádné odborné vzdělání ani se nemusejí řídit odbornými standardy, nese velké riziko pro klienty. Důsledkem je, že péče o klienty je intuitivní a laická (na konkrétní nedostatky upozorňuji v následujících kapitolách). V některých oblastech pečovatelé navíc překračují i kompetence pracovníka v sociálních službách (tomu se věnuji v kapitole [Zajištění zdravotní péče](#)). Záměr provozovatele, aby pečovatelé získali odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách, je správný. Upozorňuji však, že ani tak nemůže službu poskytovat legálně, pokud nezíská registraci.

3.2 Organizační struktura a rozdělení práce

MUDr. Nenička popsal strukturu zařízení tak, že on je nadřízený, pod ním je vedoucí pečovatelka a pod ní ostatní pečovatelé. Toto uspořádání potvrzovali i ostatní pečovatelé, kteří o MUDr. Neničkovi hovořili jako o šéfovi, majiteli zařízení či zaměstnavateli. Z výpovědí vyplynulo, že MUDr. Nenička rozhoduje o přijetí nových klientů i pečovatelů. Spolu s vedoucí pečovatelkou kontroluje práci pečovatelů. Prerozděluje pečovatelům příspěvky na péči podle odpracovaných směn. Pečovatele vybavuje pracovními pomůckami,⁴⁰ případně dává peníze na nákupy potravin či čisticích prostředků vedoucí pečovatelce. Do pozice zaměstnavatele se staví i tím, že s jednou pečovatelkou již uzavřel dohodu o pracovní činnosti a s ostatními pečovateli se ji v době systematické návštěvy uzavřít chystal. Uváděl také, že budova i vybavení jsou jeho. U dvou klientů je asistentem sociální péče a někdy v zařízení i slouží směnu.

³⁹ Uváděl, že „všichni půjdou na kurz“.

⁴⁰ Nakupuje například rukavice, gázu, tampony, krytí, obvazy.

Vedoucí pečovatelka sama uváděla, že zastává tuto pozici. Z výpovědí personálu vyplynulo, že například plánuje pečovatelům směny, řeší případné výpadky, pokud pečovatel do zařízení nemůže dorazit apod. Má na starosti zajišťování předpisů na léky u lékařů klientů a jejich nákup, nákupy potravin, inkontinenčních pomůcek či čistících prostředků. MUDr. Neničkovi také může navrhnout nového pečovatele, o jehož přijetí pak rozhodne on. V zařízení také běžně pečuje o klienty.

Péči o klienty zajišťují i další pečovatelé. V zařízení bývá jeden pečovatel na denní a jeden pečovatel na noční směně. Střídají se standardně po 12 hodinách, ale z kalendáře, ve kterém vedoucí péče plánuje směny, vyplývá, že někdy slouží i 24hodinové směny. **Jsem přesvědčen, že takto náročnou práci nelze vykonávat plnohodnotně po dobu čtyřiaadvaceti hodin, navíc pokud je pečovatel v zařízení sám. Proto považuji tento způsob práce za nebezpečný.** Pečovatelé mají na nástěnce harmonogram úkonů, které mají v průběhu své směny udělat.

Z výše uvedeného vyplývá, že klienti nevystupují jako objednavatelé péče, kteří určují obsah, četnost a trvání péče. Směnný provoz stanovený vedením zařízení odpovídá spíše zařízení sociálních služeb než institutu asistenta sociální péče.

3.3 Srovnání se zaměstnaneckým poměrem

Domnívám se, že péče o klienty v zařízení na základě institutu asistenta sociální péče či zcela neformální péče je nevýhodná i pro samotné pečovatele. V registrovaných zařízeních sociálních služeb jsou pracovníci běžně v zaměstnaneckém poměru a požívají ochrany pracovněprávních předpisů (např. mají placenou dovolenou, zdravotní a sociální pojištění, dobu důchodového pojištění). Zde asistenti dostávají zaplacenou pouze za odpracované směny. **Nemají nárok na dovolenou**, a každé jejich volno je tak neplacené.

MUDr. Nenička měl za to, že zdravotní i sociální pojištění platí za asistenty úřad práce, což není zcela pravda. Plátcem pojistného zdravotního pojištění je při splnění zákonných podmínek stát.⁴¹ Jinak je tomu ale u sociálního pojištění, protože péče o klienty ve směnném provozu na základě institutu asistenta sociální péče má negativní dopad na nárok na důchodové pojištění asistentů. Pokud se na péči o závislou osobu podílí více osob, náhradní doba pojištění se počítá pouze osobě, která pečovala v největším rozsahu.⁴² Pečovatelé ale přiznávali, že pomoc poskytují ve směnném provozu a že všichni pečují o všechny klienty. To se týká i těch, kteří nemají uzavřenou smlouvu s klienty. Podle rozsudku Nejvyššího správního soudu v takové situaci **asistenti**

41 Viz § 7 odst. 1 písm. g) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

42 Viz § 5 odst. 2 písm. d) a § 14 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

podmínku „péče v největším rozsahu“ nenaplnují a náhradní doba důchodového pojištění se jim nepočítá.⁴³

4. Platby

V případě registrovaných zařízení platí zákonná limitace výše plateb. V domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem byla v době provedení systematické návštěvy maximální možná platba za ubytování 315 Kč za den a 260 Kč za celodenní stravu (eventuálně 120 Kč za oběd).⁴⁴ Zároveň platí, že klientům musí po zaplacení ubytování a stravy zůstat alespoň 15 % jejich příjmu.⁴⁵ Úhrada za péči může být stanovena maximálně ve výši přiznaného příspěvku na péči.⁴⁶

Klient zařízení hradí dva typy plateb. První z nich je platba za ubytování, stravu a další služby. Druhou platbou je poplatek za poskytovanou péči.

4.1 Platby za ubytování a stravu

Platby jsou ujednány ve smlouvě o nájmu. Tři klienti měli platbu v celkové výši 19 000 Kč, čtyři klienti 21 000 Kč. Platba se skládá z částky za ubytování (3 000 Kč), za energie a vodu (6 000 Kč/8 000 Kč), za hygienické potřeby (2 500 Kč) a za stravování (7 500 Kč). Platí se do konce měsíce pro měsíc následující. Nad rámec platby je klient povinen uhradit veškeré doplatky na léky a případné náklady za způsobené škody.

Platbu klienti hradí z důchodu, který chodí přímo jim nebo jejich rodinám (a ty peníze následně pošlou MUDr. Neničkovi). Pokud klient nemá prostředky na plnou úhradu, platí tolik, kolik je schopen zaplatit. Někdy doplácí rodiny, případně mu pronajímatel promine část úhrady. V takovém případě klientovi nevzniká dluh.

43 Viz rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 9. ledna 2024, č. j. 8 Ads 390/2021-52, č. 4571/2024 Sb. NSS, bod 40: „Nejvyšší správní soud má za to, že osobní péče o osobu závislou na pomoci v příslušném stupni závislosti může naplnit charakteristiku vážného, společensky uznávaného důvodu, pro který asistent sociální péče nevykonává výdělečnou činnost a neodvádí pojistné, pouze za předpokladu, že je vykonávána v určitém časovém rozsahu.“ A dále bod 41: „Pokud by totiž postačoval toliko výkon péče v největším rozsahu (bez ohledu na to jakém), mohl by náhradní dobu pojištění získat asistent sociální péče, který by poskytoval péči např. v rozsahu 30 minut denně, pokud by péči stejné osobě současně v menším rozsahu poskytoval i další asistent sociální péče. Tato situace by totiž naplňovala krajským soudem zdůrazňovaný největší rozsah péče (30 minut versus méně než 30 minut). To však nepochybně smyslem a účelem zákona není.“

44 Ustanovení § 15 odst. 2 a § 16 odst. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

45 Podle § 73 odst. 3 zákona o sociálních službách.

46 Podle § 73 odst. 4 zákona o sociálních službách.

Vlastní peníze u sebe klienti nemívají, podle personálu je mívají u rodin. Pokud klienti potřebují něco koupit, nebo například zaplatit doplatek za léky, řeší to zařízení v součinnosti s jejich rodinami.

V zařízení nikdo nesleduje, zda klientům po uhrazení platby za ubytování a stravu zbývá nějaká část příjmu. Klienti se tak mohou nacházet ve výrazně horším postavení, než by tomu bylo v registrovaném zařízení, kde by měli nárok na snížení úhrady tak, aby jim po uhrazení ubytování a stravy zbývalo alespoň 15 % příjmu. Pokud klientovi nezbývají žádné prostředky, nebo je nemá sám k dispozici, posiluje to jeho závislost na zařízení.

4.2 Platby za poskytnutou péči

Klienti za poskytovanou péči platí příspěvkem na péči. Zavazují se k tomu ve smlouvě o nájmu i smlouvě o poskytnutí pomoci. Příspěvky na péči přerozděluje MUDr. Nenička pečovatelům podle počtu odsloužených směn.

Není přitom rozhodné, kdo má uzavřenou smlouvu o poskytnutí pomoci a že část pečovatelů a klientů smlouvu uzavřenou nemá vůbec. Funguje to tak, že pečovatelé odslouží směnu, při které se starají o všechny klienty. Reálně odpracovanou dobu evidují v docházkových lístcích. „Výplatu“ pak dostanou za odsloužené směny.

Není zřejmé, komu vyplácí příspěvek na péči klienti, kteří ještě nemají uzavřeny smlouvy s pečovateli, a jak se pak příspěvky dostávají MUDr. Neničkovi. Asistenti poskytují péči i klientovi, který nemá přiznán příspěvek na péči. V takovém případě dochází k situaci, kdy klienti s přiznaným příspěvkem *de facto* hradí služby i těm, kteří příspěvek nemají. Pokud je příspěvek klientovi přiznán, je vyplacen zpětně k datu podání žádosti, čímž se náklady asistentům zpětně kompenzují. **Pokud však klient příspěvek nezíská, náklady na jeho péči zůstávají hrazeny *de facto* platbami ostatních klientů.**

Odměňování reflektuje počet odpracovaných směn v zařízení, nikoliv míru poskytované péče konkrétním klientům.

Klienty ohrožuje, že s příspěvkem na péči fakticky nenakládají, jak podle zákona mají, pokud jej vyplácejí také asistentům, se kterými nemají smluvní vztah. To může vést k zastavení výplaty nebo odnětí příspěvku.⁴⁷

5. Dílčí závěr – poskytování sociální služby bez oprávnění

Řádná registrace dává zákonné záruky klientům sociální služby spočívající zejména v poskytování péče osobami s náležitým vzděláním, finanční garanci, vázanosti

47 Podle § 21 odst. 3 zákona o sociálních službách.

standardy kvality sociálních služeb atd. Chrání i personál, a to nejenom co se týče řádného pracovního poměru. Registrované sociální služby podléhají kontrole ze strany státních orgánů, což je důležitá pojistka pro dodržování práv klientů, bezpečnosti klientů i pracovníků a plnění dalších zákonných povinností.

V tomto případě formálně neexistuje žádný poskytovatel sociální služby.

MUDr. Nenička s pečovateli spolu však tvoří řetězec služeb, který **fakticky naplňuje znaky pobytové sociální služby domova pro seniory či domova se zvláštním režimem.**⁴⁸ Jak vyplývá z předchozích kapitol, těmto službám odpovídá

- okruh adresátů poskytované péče,
- rozsah služeb, které jsou klientům poskytovány,
- propojení ubytovatele a pečujících, které při jednání se zájemci a klienty nezřídka reprezentuje,
- jednotná organizace práce asistentů bez vazby na konkrétní příjemce příspěvku na péči,
- výkon péče dle jednotného harmonogramu práce,
- odměňování asistentů na základě odpracovaných směn, a nikoliv péče o konkrétní příjemce příspěvku na péči.

MUDr. Nenička sám přiznával, že zařízení není registrováno. V minulosti si od krajského úřadu vyžádal podklady pro registraci, zajímal se, co by musel splnit, aby mohl službu registrovat. Požadavky jsou pro toto zařízení ale podle něj nesplnitelné. Překážkou je například to, že je stavba kolaudována jako ordinace. Nesplnitelné jsou pro něj také například požadavky na minimální šířky dveří, požadavky hygieny, povinnost zaměstnat sociálního pracovníka a kuchařku. Uvedl však, že i když registraci nepovažuje za reálně dosažitelnou, chce z podmínek registrace splnit co nejvíce povinností, které může. Pečovatelky si například doplní kurz pracovníka v sociálních službách, chce s nimi uzavřít dohodu o pracovní činnosti či registrovat spolek. Nadále by byli ale neregistrovaným zařízením. Neregistrovaná služba podle něj neznamená špatná služba; má za to, že neregistrované služby jsou někdy lepší než registrované.

Zdá se, že MUDr. Nenička neregistrovaná zařízení vnímá jako hodnotnou alternativu k registrovaným a snaží se naplnit část zákonných požadavků, které mu dávají smysl nebo jsou pro něj realizovatelné. **Přestože je cílem MUDr. Neničky a pečovatelů zajistit péči lidem bez pomoci, nemohu jejich činnost bez řádné registrace tolerovat. Poskytování pobytové sociální služby bez registrace lidem s vysokým stupněm**

48 Ve smyslu § 49 a 50 zákona o sociálních službách.

závislosti na péči je příliš rizikové z hlediska špatného zacházení. Navíc klientům nedává žádné záruky.⁴⁹

Pokud zařízení o registraci nepožádá, nebo ji nezíská, musí neoprávněné poskytování sociální služby ukončit.

Opatření:

- 1) Zažádat o registraci pobytové sociální služby domov pro seniory či domov se zvláštním režimem (do 3 měsíců).**
- 2) Pokud o registraci nepožádá, nebo ji nezíská, neoprávněné poskytování sociální služby ukončit (bezodkladně).**

V další části této zprávy hodnotím zjištěné podmínky a zacházení s klienty. Současně dále ozřejmím, jaká rizika současný provoz zařízení přináší a proč neregistrované zařízení není alternativou registrované služby. **Doporučení k nápravě opírám o standardy, které se uplatňují v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, neboť nutným předpokladem k legálnímu pokračování v činnosti je získání registrace. Osoby poskytující tyto komplexní služby však musí doporučení naplnit i proto, aby splnily povinnosti, které jim vyplývají z občanského zákoníku.⁵⁰**

49 Jak uvedl i Ústavní soud v nálezu ze dne 13. listopadu 2024, sp. zn. II. ÚS 2522/24, bod 13: „Ústavní soud si je vědom toho, že situace v oblasti péče o seniory, zejména jde-li o její dostupnost, není snadná a tato problematika musí být předmětem celospolečenských debat. Řešením však nemůže být zakládání nelegálních domovů pro seniory stojících mimo jakýkoli veřejnoprávní dohled a monitoring zacházení s osobami, které péči potřebují.“

50 Např. obecnou prevenční povinnost dle § 2900, povinnost zakročit na ochranu jiného dle § 2901 nebo povinnost náležitého dohledu dle § 2920 a násl. občanského zákoníku. Z § 5 odst. 1 občanského zákoníku dále vyplývá, že pokud někdo vytváří dojem pobytové sociální služby, mohou klienti důvodně požadovat, aby osoby jednající za „zařízení“ jednaly se znalostmi, dovednostmi a pečlivostí, která se vyžaduje v pobytových sociálních službách.

Prostředí

Zařízení se nachází v nově postaveném jednopodlažním domě v zástavbě rodinných domů. Je však koncipováno jako ordinace praktického lékaře (viz kapitolu *Charakteristika zařízení*). Dům a jeho okolí ještě nejsou zcela dokončeny – v době návštěvy mělo zařízení v plánu dostavět terasu, nebyl ještě upraven terén pozemku apod.

Uvnitř jsou tři pokoje klientů, pracovna personálu s kuchyňským koutem, pracovna MUDr. Neničky, vyšetřovna s lékařskými přístroji, koupelna se sprchou, toaleta pro klienty, toaleta pro personál, technická místnost a místnost s pračkou a sušičkou.

Zařízení má vybavení typické pro lidi závislé na péči. Jsou zde polohovací lůžka s postranicemi a hrazdičkami, noční stolky s jídelní deskou, chodítka, koupací křeslo, množství inkontinenčních a hygienických pomůcek pro lidi se sníženou soběstačností.

6. Pokoje klientů

Pokoj v zařízení nahrazuje klientovi domov. V řádně registrovaných zařízeních by standardem měly být jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, které nejsou průchozí a poskytují klientům soukromí. Dvoulůžkový pokoj má mít alespoň 20 m², pro osoby s těžkým pohybovým postižením minimálně 25 m².⁵¹ V pokoji by měl mít každý klient přístup k vybavení umožňujícímu sedět, ležet, ukládat si věci běžné denní potřeby a vykonávat aktivity u plochy (např. jíst, psát, číst) vzhledem k jeho schopnostem a možnostem.⁵²

V zařízení jsou tři pokoje pro klienty, ve kterých je celkem 12 lůžek. V době návštěvy nebylo zařízení plně obsazeno, personál však uváděl, že v budoucnu chce kapacitu naplnit. Podle MUDr. Neničky by bylo ideální, pokud by v zařízení bylo 10 stálých klientů a dvě lůžka by sloužila pro akutní pobyty (např. když se blízcí nemohou o daného člověka nečekaně postarat).

Jeden pokoj je třílůžkový, přístupný z chodby, v době návštěvy v něm bydleli dva klienti (označuji jej jako pokoj č. 1). Druhý pokoj je pětílůžkový, průchozí, přístupný z chodby, ze zázemí personálu a z posledního pokoje. V době návštěvy v něm bydlely tři klientky, z nichž jedna byla aktuálně hospitalizována v nemocnici (označuji jej jako pokoj č. 2).

51 Doporučený postup MPSV č. 2/2016 Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, str. 25 a násl. Dostupný z https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_Materiálně_techický_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96.

52 Tamtéž, s. 30.

Třetí pokoj je čtyřlůžkový, neprůchozí, ale přístupný jen z průchozího pokoje pro ženy, v době návštěvy v něm bydleli dva klienti (označuji jej jako pokoj č. 3).

Podle personálu je pokoj č. 1 určen pro chodící a samostatnější klienty. Pokoj č. 2 je určen pro ženy. Pokoj č. 3 je pro ležící klienty, aby klienti co nejméně chodili přes průchozí pokoj.

Vzhledem k velkému počtu lůžek pokoje působily poměrně přeplněně. V pokojích chyběly stoly, dvě židle byly pouze v pokoji č. 1.



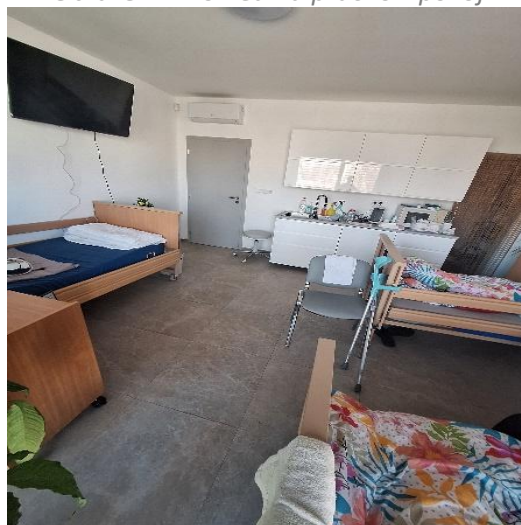
Obrázek 3: Pokoj č. 2



Obrázek 4: Pohled na průchozí pokoj



Obrázek 5: Pokoj č. 3



Obrázek 6: Pokoj č. 1

To, že jsou pokoje třílůžkové, čtyřlůžkové, nebo dokonce pětílůžkové, **v kombinaci s tím, že klienti v zařízení nemají další prostor pro trávení dne mimo svůj pokoj, nepovažují za žádoucí. Apeluji proto na zařízení, pokud se rozhodne získat registraci a pokračovat v poskytování sociální služby, aby zajistilo klientům maximálně dvoulůžkové pokoje.** Zařízení by nemělo zaplňovat neobsazená lůžka, neboť při plánovaném obsazení nebude moci zajistit klientům dostatečné soukromí.

Pokoj by neměl být sterilní, naopak by měl co nejvíc odrážet klientova přání a představy, ať jde o vybavení osobními věcmi, kusem nábytku z domova (křeslo, skříňka), či o fotky. Osobní věci a fotografie mohou napomáhat člověku uvědomit si, kým je, a rovněž mohou pomoci lépe se vyrovnávat se změnami a případnou izolací, kterou může pociťovat.

V případě klientů převážně a trvale ležících v lůžku je třeba věnovat pozornost nejen prostředí a vybavení pokoje, ale i jejich zornému poli. I zdánlivé maličkosti mohou mít zásadní dopad na kvalitu jejich života.

Pokoje nebyly příliš individualizovány – výjimečně měli klienti u lůžka fotku rodiny nebo plyšáka, zbývající výzdobu (nálepky květin, obrazy přírody) zajistilo zařízení. Personál potvrzoval, že prakticky veškeré vybavení je MUDr. Neničky. Většina lůžek trvale nebo převážně ležících klientů byla nasměrovaná na televizory, jinak **zorné pole nebylo příliš podnětné**.

Opatření:

- 3) Klientům, kteří jsou trvale a převážně ležící, zajišťovat podnětné zorné pole (průběžně).**

7. Bezpečí a bariéry

7.1 Možnost přivolání pomoci

Zásadním předpokladem zajištění bezpečí klientů je umožnit jim přivolat personál v případě potřeby (náhlé zhoršení zdravotního stavu, akutní neklid spolubydlícího atp.). Dále by signalizace měla sloužit i k tomu, aby (nejen) imobilní klient mohl přivolat pracovníka, pokud potřebuje vysadit na toaletu či vyměnit inkontinenční pomůcku.

Pokud klient nemá na dosah funkční signalizaci, je odkázán buď na pomoc spolubydlícího, nebo musí personál přivolat křikem. Obojí může být zvláště v noci obtěžující pro ostatní klienty. Vzájemné vyrušování se může negativně odrazit ve vztazích mezi nimi a je potenciálním zdrojem napětí a konfliktů. Za standardní je nutno považovat signalizaci na pokoji (imobilním klientům dostupnou z lůžka) a v koupelně / z toalety.

Signalizace v zařízení není. Personál uváděl, že klienti v případě potřeby zakřičí a že se také snaží za klienty často chodit. Zároveň je ale absence signalizace důvodem, proč zůstávají pokoje č. 2 a 3 stále otevřeny. Personál potřebuje slyšet klienty ze zadního pokoje.⁵³

53 Zajištění soukromí se věnuji samostatně v kapitole [Soukromí](#).

Odkázanost klientů na křik může umocňovat pocit opuštěnosti a bezmocnosti. Na skutečnost, že si klienti o pomoc zavolají, nelze spoléhat kvůli snížené schopnosti verbální komunikace (případně mohou mít zdravotní komplikace, které volat o pomoc neumožňují, jako je dušnost). Stěžejní je možnost přivolat si personál v případě potřeby. Z tohoto důvodu signalizaci nelze plnohodnotně nahradit jiným opatřením, jako jsou například občůzky pokojů.

Opatření:

- 4) Vybavit pokoje, koupelnu a toaletu funkčním signalizačním zařízením, a to tak, aby na ně klienti dosáhli z toalety/sprchy a imobilní klienti z lůzka, případně vybavit klienty přenosnou signalizací (do 3 měsíců).**

7.2 Bariéry

Zařízení by mělo být přizpůsobeno potřebám klientů, kteří v něm žijí. Ti by měli mít možnost pohybovat se v zařízení bezpečně. U seniorů může docházet k pádům a jejich důsledky mohou být velmi ohrožující. Je proto třeba aktivně minimalizovat riziko pádu a věnovat pozornost preventivním opatřením.⁵⁴

Většina klientů je omezena v pohybu ze zdravotních důvodů. Někteří klienti jsou trvale či převážně ležící, někteří s pohybem potřebují dopomoc, dva klienti byli v době návštěvy relativně samostatní. V zařízení není mnoho prostoru, kam klienti mohou jít.

Pověřené zaměstnankyně Kanceláře nezaznamenaly uvnitř budovy zjevné bariéry či nebezpečné prvky. Chybí ale madla, která mohou pomoci předcházet pádům klientů (např. na chodbě, na toaletě, v koupelně). Ze zápisů pečovatelů přitom vyplývá, že jedna klientka opakovaně upadla právě na toaletě.

K zařízení vede dlážděný chodník, kromě něj ale terén okolo zařízení zatím není upraven. Je tak pro klienty nepřístupný.

Přestože zařízení poskytuje službu i lidem se sníženou mobilitou, prostředí není dostatečně přizpůsobeno jejich individuálním potřebám. To omezuje volný pohyb klientů a vytváří nebezpečí pádu. Pro klienty nepřístupný venkovní terén navíc omezuje jejich přístup na čerstvý vzduch. Zajištění přístupu na čerstvý vzduch se více věnuje v kapitole [Pobyt ve venkovním prostředí](#).

Opatření:

- 5) Zajistit bezpečný a volný pohyb jak uvnitř zařízení, tak venku (do 6 měsíců).**

⁵⁴ Viz zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [online], str. 18. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 8. 5. 2024]. Dostupné z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf.

Volnost pohybu a osobní svoboda

8. Volnost pohybu

Skutečnost, že je klient ubytován v pobytovém zařízení sociálních služeb, ani fakt, že klientovi bylo diagnostikováno duševní či jiné onemocnění, samy o sobě nejsou důvodem k omezování klienta ve volném pohybu, tedy k zásahu do jeho základních práv. V zařízení ubytovacího typu, které není poskytovatelem zdravotních či sociálních služeb, je jakákoliv forma omezování pohybu klientů nepřipustná.

V registrovaných zařízeních na jedné straně platí, že zařízení je povinno zajistit klientům bezpečí a chránit jejich zdraví a život. Zajištění bezpečí může u některých klientů (typicky neorientovaných) spočívat v tom, že poskytovatel na základě vyhodnocení rizika bude bránit jejich samostatnému odchodu. Na druhé straně však klienta nemůže omezovat způsobem, který je nepřiměřený možnému riziku. K omezení volného pohybu klienta, které musí být vždy v zájmu jeho bezpečnosti, lze přistoupit pouze v individuálních případech, po zhodnocení rizik, odůvodnění a řádném záznamu do individuálního plánu klienta.

Budova je přes den odemčena, personál ji zamyká na noc. V době návštěvy byly v zařízení dva klienti schopni samostatné chůze. Ven sám může chodit jeden z nich. Chodí na procházky v blízkém okolí zařízení. U druhého klienta personál uváděl, že ven sám nemůže, protože by se mohl ztratit a také někdy padá. Podle vyjádření personálu se klient nepokouší odcházet sám, budova tak může zůstat přes den odemčena. Naopak zápis pečovatelské služby dokládá, že se klient alespoň jednou pokoušel odejít sám.⁵⁵

Personál zmiňoval i klienta, který byl v zařízení dříve a měl tendence odcházet. V té době personál budovu zamykal. Jeden člen personálu dokonce obecně uváděl, že by ven nepouštěl ani samostatného klienta, protože „co kdyby někde spadl“.

O tom, kdo může samostatně opustit zařízení, rozhodují jednotliví pečovatelské služby na základě vlastního uvážení, aniž by systematicky vyhodnocovali orientační schopnosti klientů či riziko pádu.

Uvědomuji si, že u některých klientů by po individuálním vyhodnocení (podle pravidel a s pojistkami uvedenými výše) z důvodu jejich zdravotního stavu (např. dezorientace) mohla být v registrovaném zařízení sociálních služeb omezena možnost samostatného opouštění zařízení. **Použití takto invazivního opatření v neregistrovaném zařízení je vysoce rizikové z hlediska zneužití, neboť jej vykonává nekvalifikovaný personál, není dokumentováno a nepodléhá žádné kontrole.** Registrace sociální služby je nutná

55 Zápis ze 4. února 2025 uvádí: „Chtěl odejít, oblékal si bundu – chodí bez dovolení do lednice.“

mimo jiné proto, aby zařízení mohlo zajistit klientům bezpečí a zároveň bylo vázáno pravidly, aby nezákonně nezasahovalo do jejich osobní svobody. **Opatření č. 6 a 7 nelze naplnit v souladu se zákonem bez řádné registrace.**

Opatření:

- 6) Vyhodnocovat a dokumentovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo zařízení, v případě nutnosti s doprovodem (průběžně).**
- 7) Umožnit klientům, u nichž odborný tým nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (bezodkladně).**

9. Pobyt ve venkovním prostředí

Součástí poskytování sociální služby je také zajištění možnosti pobytu ve venkovním prostředí, a to i trvale ležícím klientům, mají-li zájem. V zařízení by mělo být nastaveno pravidlo, že se o pobytu venku budou systematicky pořizovat záznamy. S ohledem na to, že možnost jít ven závisí na časových možnostech a ochotě personálu, může bez kontrolovatelného systému nastat situace, kdy se klienti dlouhodobě ven nedostanou a nikdo to ani nezjistí.

Odkazuji na názor Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), **dle kterého klienti zařízení sociálních služeb mají mít v souladu se svým aktuálním zdravotním stavem možnost užívat během dne přístup do venkovního prostředí neomezeně** (pokud není nezbytná jejich aktuální přítomnost uvnitř zařízení). **Klienti s omezenou mobilitou by navíc měli dostat potřebnou pomoc.**⁵⁶

Personál otevřeně přiznával, že kromě jednoho klienta, který chodí ven sám, se ostatní na čerstvý vzduch nedostávají. V zařízení standardně slouží jeden pečovatel, klientům tak nemá kdo dopomoci ven, neboť nemůže nechat ostatní klienty samotné v zařízení.

Přístup na čerstvý vzduch omezovala také skutečnost, že zařízení dosud nemělo upraveny venkovní prostory, kde by klienti mohli bezpečně trávit čas. Zařízení však plánovalo v blízké budoucnosti vybudovat terasu.

Personál uváděl, že až se navýší počet klientů, budou na směně standardně dva pečovatelé. Jeden tak bude moci klienty brát ven. Plánovali také, že budou brát klienty dvakrát měsíčně na výlety. Využívat budou mikrobuse, který už v době návštěvy měli.

56 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. Bod 124. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019. [cit. 7. 5. 2025]. Dostupné z <https://rm.coe.int/168095aeb2>.

Ve shrnutí, zajištění přístupu na čerstvý vzduch je zcela nedostatečné. Upozorňuji zařízení, že by posílení personálu nemělo vázat na vyšší počet klientů. Jak upozorňuji v kapitole [Pokoje klientů](#), je žádoucí, aby klienti žili v maximálně dvoulůžkových pokojích.

Opatření:

- 8) **Zajišťovat všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den) a činit o tom záznamy do dokumentace (průběžně).**

10. Opatření omezující pohyb a náročné chování klientů

Užití opatření omezujících pohyb v registrovaných zařízeních sociálních služeb podléhá zákonné regulaci.⁵⁷ Registrovaná zařízení k použití opatření omezujících pohyb osob mohou přistoupit pouze v situacích přímého ohrožení života či zdraví klientů nebo třetích osob. Opatření mohou trvat pouze po dobu nezbytně nutnou k odstranění ohrožení. Zákon také stanoví, jaká opatření omezující pohyb lze v sociálních službách použít. Jedná se pouze o fyzický úchop, umístění osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky. V zařízení ubytovacího typu, které není poskytovatelem zdravotních či sociálních služeb, je jakákoliv forma omezování pohybu klientů nepřijatelná.

Personál uváděl, že v zařízení aktuálně nejsou klienti s chováním náročným na péči a nedochází k používání opatření omezujících pohyb klientů. Na začátku provozu zařízení mělo docházet u některých klientů k nočním neklidům, kdy podle slov personálu například prokřičeli celou noc. To už se nyní údajně neděje. Zápisy personálu dokládají ale to, že i v období před systematickou návštěvou u některých klientů k projevům náročného chování docházelo.

Pracovníci zmiňovali pouze určité projevy neklidu u klientky A a klienta B. Klientka A je podle personálu například „někdy živější, víc rozjataná, rozčilená, někdy nespí, sedí a blábolí, nebo naopak malátná z léků na spaní“. Jiný člen personálu také uvedl, že klientka je někdy neklidná. Neklid podle něj znamená to, „že pořád něco potřebuje“. Zápisy personálu potvrzují, že klientka bývá někdy neklidná. Opakují se zápisy jako: „Pořád něco potřebuje, volá, hrozné.“; „Nespala celou noc, pak usnula 5:00. Mluvení, křičení, volání celou noc sedí, jak turek nechce ležet.“ apod. Zápisy personálu potvrzují obdobné projevy alespoň u pěti dalších klientů, kteří v zařízení byli při návštěvě nebo před ní. Jsou zde zápisy o nočním buzení, zmatenosti, neklidu. **Ze zápisů vyplývá,**

57 Ustanovení § 89 zákona o sociálních službách.

že personál situace někdy řeší podáním léků s tlumícím účinkem. Tomu se samostatně věnuji v následující kapitole.

Podle personálu byl klient B na začátku pobytu agresivní. V sešitu, který o něm personál vede, jsou zápisy o náročném chování jako: „Musí se trochu uklidňovat – vzteklý, sprostý, (...)“; „Už jsem mu nadala. Drzý, sprostý, nenažraný, s prominutím!“; „[B] velmi zmatený, malátný, pořád nenajezzený, agresivní“. Jeden člen personálu popsal situaci, kdy klienta B „načapal, jak si umývá přirození [v koupelně] v umyvadle, on se lekl, vyvalil oči a zakřičel, že se musí umýt“. Člen personálu sám uváděl, že na to reagoval tak, že na klienta zvýšil hlas nazpět a řekl mu, že „na něj křičet nebude a ať mašíruje do pokoje“.

Takový přístup není správný. Zařízení musí klientům zajistit možnost provádět hygienu a intimní úkony v soukromí. Klient, jehož soukromí je narušeno vpádem pracovníka, je přirozeně zaskočen a může být i rozrušený. Pracovníci v registrovaných zařízeních mají v případě rozrušení klienta využívat primárně deeskalační techniky jako např. slovního zklidnění situace, odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivního naslouchání apod.⁵⁸ Eskalační reakce pracovníka může být svým způsobem pochopitelná, neboť byl také zaskočen, ale není profesionální. Každý člověk by také měl před vstupem do koupelny klepat. Vykázání klienta z koupelny do pokoje pak nevnímám jako odůvodněné. Konečně, klient má v souhrnu diagnóz i duševní onemocnění – organický psychosyndrom. Projevy, které personál hodnotí jako vzteklost, drzost apod., tak mohou být projevem klientova onemocnění. Úroveň záznamů, kdy z nich není patrná forma agresivity ani další okolnosti, však personálu neumožňuje s jeho poruchami chování cíleně pracovat. **Reakce personálu na projevy náročného chování vnímám jako neprofesionální, svědčící o laickém přístupu ke klientům.**

Opatření:

- 9) Proškolit personál zařízení v tématu zvládání náročného chování klientů (do 3 měsíců).**

11. Léky s tlumivým účinkem

V zařízení sociálních služeb může být podání léku s tlumivým účinkem mimo pravidelnou ordinaci lékaře opatřením omezujícím pohyb, nebo může jít o *ad hoc* podání léku, které lékař předepsal pro určité, předem předvídané a jasně vymezené situace. Pokud je účelem podání léku omezení klienta v pohybu (zabránění mu v chůzi, ve vstávání z lůžka, v sahání na předměty či osoby atp.), půjde zpravidla o opatření omezující pohyb dle zákona o sociálních službách. O opatření omezující pohyb půjde i v případech, kdy je klientovi podán lék kvůli agresivnímu chování. Zákon pro použití

58 Ustanovení § 89 odst. 2 zákona o sociálních službách.

opatření omezujících pohyb stanoví přísná pravidla, mimo jiné i povinnou přítomnost lékaře. Špatně podaný lék s tišícím účinkem totiž může pro klienta představovat ohrožení zdraví i života. Zdravotní služby lze poskytovat pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.⁵⁹

Podávání léků s tlumivým účinkem

Je zřejmé, že v zařízení dochází k projevům náročného chování klientů. V zařízení je zároveň velké množství psychofarmak, jako je Buronil, Tiapridal, Haloperidol, Derin, Lexaurin, Zolpidem a opioidy Fentanyl a Tramadol. Vyjma Fentanylu jsou všechny zmíněné léky volně dostupné personálu zařízení. Jsou uloženy v přepravech a krabicích ležících pod stolem v kuchyni / pracovně personálu, dále na stole asistentů, v zásuvkách a v malé vypnuté lednici. V té byl lék Zolpidem, podle člena personálu proto, že jej tam schovával před bývalými kolegy. Nebylo zjevné, zda z obavy ze zneužití či odcizení.⁶⁰ Nedbalému uložení léčiv se více věnuji samostatně v kapitole [Bezpečné uložení léků](#).



Obrázek 7: Tiapridal a Buronil na stole pečovateli



Obrázek 8: Zolpidem uschovaný ve vypnuté lednici



Obrázek 9: Derin

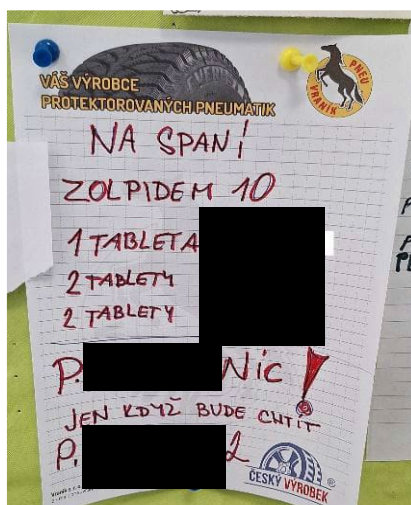


Obrázek 10: Tramadol

⁵⁹ Dle § 11 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

⁶⁰ Personál uváděl, že v minulosti docházelo v zařízení ke krádežím.

Personál klientům léky s tlumivým účinkem podává. MUDr. Nenička uváděl, že tyto léky má většina klientů ve stálé medikaci, ale většinou jim je podávají podle potřeby při neklidu (například když klient vykřikuje v noci). Přiznával, že léky podávají pečovatelé bez jakékoliv zdravotnické kvalifikace. Popsal, že soupisy diagnóz a medikace dává pečovatelům na začátek sešitů jednotlivých klientů. **Rozhodnutí o podání léku mimo stálou medikaci je na pečovateli, rozhodují se podle stavu klientů, podle MUDr. Neničky vědí, po čem sáhnout i kolik léků je maximum.** Sděloval také, že po hodině od podání léku pečovatel vidí, zda lék zabral, a rozhodne, jestli podá další. U léku na spaní Zolpidem měli navíc pečovatelé rozpis na nástěnce (kolik tablet mohou některým klientům podat).



Obrázek 11: Rozpis Zolpidemu na nástěnce

Pečovatelé potvrzovali, že klientům léky s tlumivým účinkem podávají. Někdy na základě svého uvážení, někdy po konzultaci nebo na pokyn MUDr. Neničky, někdy na přání klienta. Jeden pečovatel například potvrzoval, že někteří klienti mají předepsány tlumicí léky pro případ potřeby, např. Buronil. To, kdy se jedná o neklid, vyhodnotí tento pečovatel sám a podle toho lék podá, nebo ne.

Léky jsou podle zápisů podávány za účelem zvládnutí nežádoucího chování klientů či na spaní. Svědčí o tom např. zápisy v sešitu klientky F: „24. 12. Dostala Buronil – neklidná. Vše v pořádku.“; „28. 12. Přes den pořád volá! Dostala Buronil“; „9. 1. Otravná, jinak vše OK. Dopoledne podán Buronil“; „22. 1. [zdrobnělé křestní jméno klientky] celou noc nespala, zpívala, křičela i po Zolpidemu.“ Celkově jsou zápisy o podání léků zcela nedostatečné. Činí je jen někteří členové personálu, jeden člen personálu uváděl, že podání léků nezapisuje nikam. Ze zápisů zpravidla není zjevné, kdo lék podal, proč, v jaké dávce a kdy (bývá zřejmý pouze den, nikoliv čas podání).

Podávání léků s tlumivým účinkem bez indikace lékaře

MUDr. Nenička také přiznával, že **není zcela zásadní, zda je lék přidělený konkrétnímu klientovi. Uvedl, že lék dají i klientovi, který jej ještě nemá předepsán od praktického**

lékaře. Uvedl, že pokud má například někdo z klientů Zolpidem, tak ho mohou dát i jiným klientům, i když jej ještě nemají předepsán. Následně si vyžádá předpis od praktického lékaře klienta a vrátí lék původnímu klientovi. Praktičtí lékaři klientů podle něj nemají problém předepsat léky na jeho žádost. Uvedl „berou mě furt jako doktora, což je dobře, dají na mě“.

Podle člena personálu jsou léky, které nemají konkrétního vlastníka, uloženy mimo jiné ve spodní zásuvce stolu pečovatelského. Jedním z léků, který tam byl, je i antipsychotikum Haloperidol (perorální kapky). Lék nebyl popsán jménem žádného klienta. **Na otázku, či je to lék a jak se používá, odpověděl oslovený člen personálu, že to je „kdyby někdo šlehl, tak prostě pět kapek“.** Ve stejné zásuvce byl i lék Lexaurin. Výdej obou léků je přitom vázán na lékařský předpis.⁶¹



Obrázek 12: Haloperidol



Obrázek 13: Lexaurin

Tomu, že léky s tlumivým účinkem zřejmě dostávají i klienti, kteří dané léky nemají předepsány, nasvědčují i zápisy pečovatelského. Například klientka C má v sešitu zápis ze dne 10. února 2025: „V noci spala, dostala Tiapridal.“ Lék Tiapridal nemá ale v souhrnu medikace, který sestavil MUDr. Nenička. Klient D má v sešitu záznamy o podání Buronilu⁶² a také jej nemá v seznamu medikace. Stejně tak byl Buronil podáván klientovi B, ale ani on jej nemá v seznamu medikace.⁶³ Dané léky nejsou ani v seznamech medikace těchto klientů ve zdravotnických dokumentacích od poskytovatelů zdravotních služeb, které byly v zařízení uloženy.

61 Státní ústav pro kontrolu léčiv. Přehled léčiv [online]. Detail varianty léčivého přípravku. [cit. 20. 4. 2025]. Dostupné z: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/leciva/0002539 a https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/leciva/0269123.

62 Záznamy v sešitu klienta D: „10. 12. Noc, Buronil – spal“; „13. 12. Noc – Buronil – vše OK. Pálí ho žába, dala mu Omeprazol.“ Ani jeden z léků nemá klient v seznamu medikace zpracovaném MUDr. Neničkou.

63 Záznamy v sešitu klienta B: „8. 12. **Musí se trošku uklidňovat – vzteklý, sprostý,** stolice byla“; „10. 12. Noc – spal – dostal Buronil chtěl sám“; „12. 12. Den vše ok. **Je nervák. Buronil.** Stolice byla.“; „13. 12. Noc – Inzulín, Buronil, ok“.

Lék Zolpidem je podáván mimo jiné klientce A. Personál má stanoveno na nástěnce, že může dostat až dvě tablety. Člen personálu k tomu uvedl, že klientka A může mít dvě tablety Zolpidemu, nebo jednu tabletu Tiapridalu. Dává jí buď jedno, nebo druhé.⁶⁴ Jiný člen personálu potvrdil, že klientka Zolpidem dostává, jedna tableta nestačí, tak jí dává dvě. Lék Zolpidem přitom klientka nemá ani v seznamu medikace, ani v krabici popsané jejím jménem, kde má svoje léky. Není tak zřejmé, kdo dávkování stanovil, kde personál lék bere a komu patří. **Praxe, kdy pečující, a navíc laici, opakovaně podávají psychofarmaka za účelem utlumení projevů klientů, bez řádného předpisu a elementárních pojmů, je zcela nepřijatelná a představuje špatné zacházení s klienty.**

Podávání léků s tlumivým účinkem celkově

K podávání medikace obecně jeden člen personálu uváděl, že dříve byli klienti podle něj „hodně zmedikováni“, přišlo mu divné, že hodně spali i přes den. Léky na spaní klientům dříve dávali večer automaticky, nyní až pokud klienti nespí do 21 hodin. Původně dávali klientům lék Tiapridal, nyní místo něj dávají Zolpidem a je to údajně lepší. Tyto léky však nemusí být volně zaměnitelné.⁶⁵

Způsob, jakým je v zařízení nakládáno s léky s tlumivým účinkem, je alarmující.

O podání léků rozhodují laici, v lepším případě po konzultaci s MUDr. Neničkou, který má sice lékařské vzdělání, ale vzhledem k vyloučení z ČLK není v České republice oprávněn vykonávat lékařské povolání. Klientům jsou podávány i léky, které jim nepředepsal žádný lékař. Podání léků není řádně dokumentováno. Léky jsou navíc nedbale uloženy tak, že se k nim mohou snadno dostat i klienti, kteří by si mohli ublížit.

Z výpovědí personálu i prostudovaných materiálů vyplývá, že jsou léky s tlumivým účinkem podávány klientům i za účelem zvládnutí jejich náročného chování či agrese.

To může být opatřením omezujícím pohyb osob ve smyslu zákona o sociálních službách. Ubytovací zařízení přitom není oprávněno opatření omezující pohyb využívat. Zařízení, pokud chce v činnosti pokračovat, musí svůj provoz legalizovat i proto, že v zařízení může docházet k situacím, kdy je k zajištění bezpečí klienta nebo dalších osob potřeba opatření omezující pohyb použít. K tomu může přistupovat ale pouze s řádnou registrací a v souladu s požadavky zákona o sociálních službách. **Pokud poskytovatel přistoupí k podání léčiv jako opatření omezujícímu pohyb, musí zajistit, že lék bude podán pracovníkem způsobilým k výkonu zdravotnického povolání a za přítomnosti lékaře oprávněného vykonávat lékařskou profesi.**

64 Záznam v sešitu klientky A: „6. 2. Vrací se do starých kolejí. Neustále volá. 1x stolice. Večer ve 21:30 podán Tiapridal a pak už spala.“.

65 Tiapridal se primárně užívá k léčbě poruch chování nebo mimovolných pohybů, Zolpidem je hypnotikum, tedy „lék na spaní“.

Opatření:

- 10) Zajišťovat poskytování zdravotní péče, včetně podávání léků, pouze pracovníky s odpovídající kvalifikací a oprávněními, nikoliv prostřednictvím asistentů sociální péče či neformálních pečujících; podávání léků řádně dokumentovat (průběžně).**
- 11) Léky na předpis podávat pouze klientům, kterým je předepsal lékař oprávněný k výkonu povolání lékaře, a to jen v ordinovaném dávkování (průběžně).**
- 12) Opatření omezující pohyb osob používat výhradně v souladu s právními předpisy (průběžně).**

12. Prostředky prevence pádu

Postranice a fixační pomůcky jsou běžně užívaným ošetrovatelským nástrojem v registrovaných zařízeních. Jejich účelem je zabránit pádu klienta, zároveň však mají potenciál omezit člověka v pohybu. Pro jejich užití je tedy nutné splnit několik podmínek:⁶⁶

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,⁶⁷
- musí se jednat o vhodný prostředek prevence pádu pro konkrétního klienta,⁶⁸
- nelze využít méně restriktivní opatření,⁶⁹
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu nebo jiného poškození klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,⁷⁰
- v individuální dokumentaci klienta musí být zaznamenáno, kdo užití postranic či fixační pomůcky doporučil a z jakého důvodu, a musí být stanovena jasná pravidla pro jejich použití (kdy a po jaký časový úsek mají být používány),⁷¹

66 Podmínky jsou podrobně vysvětleny ve zprávě ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, str. 57. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 7. 3. 2025]. Dostupné z [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz).

67 Nejprve je tedy třeba zmapovat riziko pádu u konkrétního klienta. Není možné předpokládat správné používání postranic či fixačních pomůcek coby nástroje prevence pádu, pokud riziko pádu není řádně vyhodnoceno.

68 To znamená, že je nutné použít takový prostředek, který zajistí bezpečí konkrétního klienta. Např. postranice je běžně používaným prostředkem prevence pádu. Pokud ji však klient přelézá, může způsobit pád z větší výšky a komplikovanější zranění. Pro takového klienta postranice nezajišťuje bezpečí, a není tak v jeho případě vhodným prostředkem prevence pádu.

69 Ve druhém kroku tedy musí pečující tým zvážit, zda nelze k ochraně klienta před pádem použít jiné prostředky než postranice či fixační pomůcky, které takový omezovací efekt nemají, např. snížení lůžka či položení matrace vedle lůžka.

70 Rovněž není přípustné jejich použití přes den z důvodu neklidu pohyblivého klienta, potřebuje-li personál udržet klienta na lůžku nebo v křesle.

- klient, který je samostatně mobilní, musí mít možnost sám omezení ukončit,⁷²
- zvolené opatření musí být pro klienta bezpečné.⁷³

Prostředky prevence pádu mohou být využity na základě svobodného souhlasu klienta. V případě, že klient není (ne)souhlasu schopen, má posoudit použití prostředků odborný tým. Zároveň platí, že do rozhodovacího procesu o použití těchto nástrojů musí být zapojen klient, a to v takové míře, v jaké to jeho možnosti a schopnosti dovolují.⁷⁴

Z pozorování i sdělení personálu vyplývá, že využívají postranice. Další fixační pomůcky se podle sdělení a pozorování nevyužívají.

Personál uváděl, že postranice mají klienti, kteří nedokáží vstát z lůžka sami, a naopak ti, kteří dovedou vstát sami, postranice nemají. Sdělení personálu se ale rozcházela v tom, u koho konkrétně se postranice nepoužívají. Shodovali se na dvou klientech, u dalších dvou je praxe nejasná.

Rozhodnutí o tom, zda má mít konkrétní klient nasazený postranice, dělá podle MUDr. Neničky on sám. Někteří členové personálu však uváděli, že o tom rozhodují oni. Jeden člen personálu přímo uvedl, že postranici nasadí, nijak to nekonzultuje s MUDr. Neničkou či s praktickými lékaři klientů. **Celkově z rozhovorů vyplynulo, že o používání postranic rozhodují pečovatelé spíše intuitivně, proto se neshodují na klientech, u kterých se postranice (ne)nasazují.**

Rozhodnutí o tom, zda má mít klient postranici, či nikoliv, se standardně nikam nezaznamenává a používání postranic se ani průběžně nedokumentuje. Zmínka o použití postranic je v sešitu klientky G. Dne 17. ledna 2025 je zaznamenáno: „Dnes

71 Pravidla by měla vymezovat, jaké prostředky ochrany nebo podpory (které nejsou opatřením omezujícím pohyb podle § 89 zákona o sociálních službách) lze použít; za jakých okolností; nutnost provést preventivní vyhodnocení rizik a prozkoumat mírnější alternativy, které lze využít. Pravidla by měla obsahovat části týkající se zapojení a konzultace pracovníků na různých pozicích před přikročením k těmto prostředkům; lékařského předpisu, ošetřovatelských postupů, pravidelného monitorování a přehodnocení prostředků, potřebného dohledu a formuláře souhlasu. Ošetřovatelský personál by měl mít k dispozici vstupní i pravidelná školení na používání těchto prostředků.

72 Zkrácená postranice, technická úprava lůžka, možnost uvolnění zádržného pásu.

73 Při užití opatření je třeba zajistit zvýšený dohled personálu nad klientem. K zajištění bezpečnosti je např. při podpoře sezení třeba používat profesionální fixační pomůcky, jež zabrání zranění klienta či samovolnému dušení. U postranic je vhodné používat ochranu proti zaklínění končetin do postranic.

74 Viz také Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 6/2018 pro používání opatření omezujících pohyb, str. 21 a násl. Online. [cit. 7. 3. 2025]. Dostupný z https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_c.06_2018_pro_pouzivani_opatreni_omezujících_pohyb_osob.pdf/c9758bed-3b71-c0d7-701b-3248fe66efb1.

upadla na záchodě. Na nic si nestěžovala. Návštěva dcery. Vykoupaná, namazaná.“ Následuje zápis ze dne 23. ledna 2025: „Dnes opět upadla na WC. Takže má uzavřenou postranici. Vykoupaná (...).“ A dne 14. února 2025: „(...) Sama vstává!!! (...)“ U prvních dvou zápisů je nečitelný podpis, třetí podepsán není. **Není tak zřejmé, kdo užití postranic doporučil, nejsou stanovena ani jasná pravidla pro jejich použití (kdy a po jaký časový úsek mají být používány).**

Personál během návštěvy také zmiňoval, že postranici klientům nasazují ve chvíli, kdy jdou vyzvednout obědy do školní jídelny. V tu chvíli jsou totiž klienti v domě sami bez dozoru. Má se jednat o dobu přibližně 5 až 10 minut. **Ponechávání klientů závislých na péči samotných nese rizika v mnoha oblastech.**

Personál také přiznával, že v minulosti nasazoval postranici klientovi E, a to kvůli, jak sám uváděl, „agresi“. Konkrétně klient prý „furt chodil a motal se, byl nepříjemný“. Postranici však přelézal, tak mu ji přestali nasazovat. **Takové použití postranice je nezákonným opatřením omezujícím pohyb a zařízení nesmí takovou praxi opakovat.**⁷⁵

Intuitivní a neevidované používání postranic považují za vysoce rizikové z hlediska špatného zacházení. V zařízení nejsou žádné záruky, že asistenti použijí prostředky prevence pádu správně. Záruky nejsou ani proti svévolnému a bezdůvodnému omezování volného pohybu klientů.

Opatření:

- 13) Postranice a fixační pomůcky používat pouze na základě individuálně vyhodnoceného rizika pádu, až pokud nelze použít méně omezující prostředek k ochraně před pádem (průběžně).
- 14) Důsledně dokumentovat, z jakého důvodu a na jaký časový úsek bude mít klient postranici či fixační pomůcku nasazenou a kdo rozhodl o jejich použití (průběžně).

75 Použití postranic k omezení pohybu navíc nepřipouští zákon o sociálních službách ani v registrovaných zařízeních.

Poskytovaná péče

13. Zajištění zdravotní péče

Zdravotní služby lze poskytovat pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.⁷⁶ Lékařská péče bývá v zařízeních sociálních služeb zajištěna zpravidla praktickým lékařem a dalšími lékaři se specializovanou způsobilostí, kteří za klienty buď dochází do zařízení, nebo klienti dochází za nimi. Každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání, musí být členem České lékařské komory.⁷⁷ Ošetřovatelskou péči nejčastěji zajišťují všeobecné a praktické zdravotní sestry, jejichž kompetence vymezují právní předpisy.⁷⁸ Pro případy akutních zdravotních obtíží klientů by měl být v domovech nastaven jasný postup pro jejich řešení, aby byla klientům poskytnuta potřebná pomoc včas a nedocházelo k ohrožení jejich zdraví.⁷⁹

13.1 Lékaři

Provozovatel zařízení

V zařízení působí MUDr. Nenička, který byl v minulosti praktickým lékařem. Sám sebe vnímá jako rodinného lékaře, což je koncept, který zná ze své praxe ve Švédsku. Kompetence rodinného lékařství vnímá širěji, než jsou kompetence praktického lékaře. Pro překračování kompetencí praktického lékaře **byl vyloučen z České lékařské komory, nemůže tak na území České republiky vykonávat lékařské povolání.** Vyloučení vnímá jako nespravedlivé, domnívá se, že je vyloučení z ČLK dáno závisť okolím. Péči, kterou nabízel, vnímá jako první svého druhu v České republice. S vyloučením z ČLK nesouhlasí, vede o něj spor. Věřící, že se k výkonu lékařského povolání vrátí v průběhu tohoto roku.

MUDr. Nenička má v zařízení množství lékařského vybavení. Jedna místnost je koncipována jako vyšetřovna. Je v ní např. ultrazvuk, EKG, lehátko a gynekologické křeslo.

76 Dle § 11 odst. 3 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

77 Dle § 3 odst. 1 zákona č. 220/1992 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

78 Zejména § 4 a § 4a vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

79 Standard kvality sociálních služeb č. 14.



Obrázek 14: Vyšetřovna



Obrázek 15: Tonometry a fonendoskop

I přes vyloučení z ČLK MUDr. Nenička otevřeně přiznával, že v zařízení dělá lékařská vyšetření a kontroly stavu klientů, on i personál hovořil o tom, že dělá vizity. Konkrétně podle něj například sleduje anamnézu klientů, dělá fyzikální vyšetření, kontroluje tlak, provádí pulzní oxymetrii, dělá ultrazvuk, EKG, zajišťuje odběry krve, řešil i katetrizaci močového měchýře (resp. permanentní močový katetr odstranil dvěma klientům, kteří s ním do zařízení přišli), nastavuje léky. Naopak uváděl, že gynekologická vyšetření klientkám neprovádí.⁸⁰

Svou činnost vnímá jako přínosnou pro klienty. Uváděl, že díky vizitám zachytí zhoršení zdravotního stavu a klienty pak odešle do zdravotnických zařízení. Jako příklad zmiňoval, že jeden klient měl velký žlučníkový kámen, který zachytil pomocí ultrazvuku. Díky tomu jej odeslal na chirurgii, kde byl klient operován.

Členové personálu potvrzovali, že MUDr. Neničku vnímají jako lékaře a že dělá výše uvedené úkony. Jeden člen personálu uváděl, že nemůže „plně“ vykonávat lékařskou profesi. Přesto se pečovatelé odkazovali na konzultace s ním a jeho rozhodování o zdravotních věcech. Dokládají to i zápisy pečovatelů v sešitech některých klientů.⁸¹ Někteří klienti také o MUDr. Neničkovi hovořili jako o lékaři. Pokud MUDr. Nenička vystupuje jaké lékař, může to být matoucí. Ačkoliv má lékařské vzdělání, není oprávněn profesi vykonávat, což může být pro klienty, jejich blízké i personál těžko odlišitelné.

80 Podle něj ve světě končí gynekologická prevence v 69 letech pacientek. Později je podle něj vyšetření už zbytečné, pacientky později údajně nebudou mít problémy.

81 Např. záznamy v sešitu klienta D ze dne 18. ledna 2025 „Podán lék na pálení žáhy. V moči kousky něčeho, trochu krve (urologický čaj!! Moč 800 ml, stolice ne!!! **Poradíme se s p. doktorem**“; či ze dne 19. ledna 2025 „V 7:00 hod podána ATB, moč strašně tmavá + krev. **Ošetřen p. doktorem Neničkou**. Moč čirá bez krve 400 ml. bolest neudával (...).“

Další lékaři

Klienti mají své praktické lékaře. MUDr. Nenička ale uváděl, že je klienti prakticky nenavštěvují a jsou většinou daleko. Praktici podle něj nedochází ani do zařízení za nimi. On sám, s ohledem na vyloučení z ČLK, nemůže klientům předepisovat léky. Ve spolupráci s praktickými lékaři podle něj ale není problém, klientům léky předepisují na základě jeho posouzení. Uváděl „berou mě furt jako doktora, což je dobře, dají na mě“. Personál potvrzoval, že předpisy na léky řeší s praktickými lékaři po telefonu.

Někteří klienti navštěvují lékaře se specializovanou způsobilostí (např. diabetologa, psychiatra či chirurga). MUDr. Nenička uváděl, že pokud jsou klienti někde sledováni při nástupu do zařízení, dispenzarizaci dodržují. K návštěvám specialistů objednává klientům personál zdravotnickou dopravní službu a klienty k nim doprovází, případně je doprovází rodina. Při zhoršení zdravotního stavu klienty odesílají do nemocnice.

Sdělení MUDr. Neničky i pečovatelů nasvědčují tomu, že v zařízení dochází k poskytování zdravotních služeb bez oprávnění.⁸² Věřím, že je MUDr. Nenička přesvědčen o přínosnosti své činnosti, a nemám důvod ani pochybovat o jeho kvalifikovanosti.⁸³ Bez ohledu na své přesvědčení či minulou praxi však nyní není oprávněn vykonávat žádné úkony lékařského povolání. Musí od nich proto upustit. Jako vysoce rizikovou bych vnímal i praxi praktických lékařů klientů, pokud skutečně formálně rozhodují o postupu léčby bez zhlédnutí pacientů, jak uváděl personál.

Opatření:

- 15) Provozovatel musí upustit od výkonu lékařských úkonů, neboť k nim není oprávněn (bezodkladně).**
- 16) Lékařskou péči zajišťovat klientům výhradně osobami oprávněnými vykonávat lékařské povolání (průběžně).**

13.2 Domácí zdravotní péče

Zařízení nemá vlastní zaměstnance s oprávněním k výkonu zdravotnického povolání. Do zařízení docházejí zdravotní sestry z domácí zdravotní péče X, s. r. o. Podle provozovatele zajišťuje domácí zdravotní péči (např. rehabilitaci, ošetřování dekubitů, odběry, převazy apod.).

82 Dle § 11 odst. 1 a 3 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

83 Podstata problému není primárně v tom, že zařízení nebo MUDr. Nenička „nemají potřebné papíry“, ale v tom, že v podmínkách právního státu se poskytování péče, ať už zdravotní nebo sociální, musí řídit pravidly. Jejich součástí je i povinnost registrovat pobytovou sociální službu nebo mít oprávnění k výkonu lékařského povolání. V každém případě jsou poznatky o praktickém fungování zařízení zjištěné systematickou návštěvou velmi znepokojivé.

Sestry z domácí zdravotní péče nedocházejí za všemi klienty. V době systematické návštěvy docházely za jedním klientem, se kterým prováděly rehabilitaci. Výpovědi se rozcházely v tom, jak často sestry do zařízení docházejí (1x až 3x týdně, nebo podle potřeby). Nikdo z personálu nedokázal odpovědět, zda a kdy sestry přijdou příště. Klient, se kterým rehabilitovaly, měl údajně bolesti a cvičit nechtěl.

Pro nedostatečné vedení dokumentace nebylo možné spolehlivě ověřit přítomnost zdravotních sester.

13.3 Pečovatelé

Některé ošetrovatelské úkony činí pečovatelé, kteří pro to nemají náležitou odbornost. Personál uváděl, že přistupuje například k převazům ran. Zápisy pečovatelů také nasvědčují tomu, že se zapojují do péče o dekubity⁸⁴ a močové katetry.⁸⁵ Pečovatelé také připravují a podávají léky. Tomu se věnuji samostatně v kapitole [Léky](#).

Poskytování neodborné zdravotní péče vystavuje klienty vysokému riziku poškození jejich zdraví. Neoprávněné poskytování zdravotní péče není nebezpečné jen pro klienty. Pečovatelé⁸⁶ se mohou dopustit přestupku neoprávněného poskytování zdravotních služeb. Krajský úřad za ně může udělit pokutu až 1 000 000 Kč. **V případě, že by péče byla natolik nekvalitní, že by došlo k závažnému zásahu do práv klientů, může čelit ten, kdo péči poskytuje, i trestněprávní sankci.**

Personál se zcela neshodoval v tom, jak postupují pečovatelé v případě úrazu klienta. MUDr. Nenička uváděl, že při pádu pečovatelé klienta zvednou, ptají se, co ho bolí, hledají ránu. On si klienta vyšetří. Pokud v zařízení zrovna není, zavolají mu, vyptají se klienta na zdravotní stav podle jeho pokynů. O volání zdravotní záchranné služby rozhodne on. Člen personálu shodně uváděl, že pokud má někdo zranění, tak se zeptají, co se stalo a ošetří mu ránu (vydezinfikují, přelepí a zapíší do sešitu). Zranění ale nahlásí MUDr. Neničkovi během denní směny, v noci mu to prý nehlásí. Shodně člen personálu v průběhu návštěvy instruoval i nově nastupujícího pečovatele – v noci

84 V sešitu klientky F jsou zápisy: „21. 12. Dekub. na patě dle LZ. 22. 12. převázat“; 22. 12. „RB. Koupel, léky, převaz polohována“; 25. 12. „D. RB. Koupel, stolice ano, na zadku začínající dekubit, polohovat co 2 hod!!!“; 27. 12. „Zadek – ošetřen! Zalepený, Nohy – ošetřeny zamotané. Koupel na lůžku.“ Objevují se zde i další zápisy o polohování a převazech.

85 V sešitu klienta E jsou zápisy: „8. 12. Stomie ošetřena. Vše OK.“; „14. 12. Opět neodtéká moč, hlídat, má ji hustou, občas s tou hadičkou pohnout, nebo propláchnout.“; „15. 12. D RB Převaz (nečitelné slovo) snídaně, léky od bolesti, polohován, návštěva syna a nevěsty, výměna stom. sáček. Bylo by dobré jej odeslat na chýru“; „16. 12. – Odeslán na chýru, DEK. Umytý! Teče katetr bokem. (...)“. Následně byl klient hospitalizován.

86 Dle § 114 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

má volání zdravotnické záchranné služby vyhodnotit sám.⁸⁷ Žádné metodiky či jiné psané postupy, kdy záchranáře volat, nemají.

Ze zápisů vyplývá, že jsou klienti někdy i v závažném stavu.⁸⁸ Není ale zřejmé, kdo rozhoduje o dalším postupu v případě zdravotních komplikací.

Laik může snadno přehlédnout nebo podcenit příznaky onemocnění nebo zranění. **Personál by měl mít k dispozici alespoň vodítka, jak postupovat u stavů, které u klientů typicky nastávají (např. horečka, kolaps, úraz).**

Opatření:

- 17) Zajišťovat poskytování zdravotní péče pouze pracovníky s odpovídající kvalifikací, nikoliv prostřednictvím asistentů sociální péče či zcela neformálních pečovatелů (průběžně).**

14. Léky

14.1 Příprava a podávání léků

V registrovaných zařízeních platí, že systém podávání léků musí být nastaven bezpečně, aby bylo sníženo riziko chyby a bylo zajištěno, že manipulovat s léky bude moci pouze člověk k tomu oprávněný.⁸⁹ Podávání léků by mělo probíhat způsobem odpovídajícím pokynům výrobce a lékaře. Ve zdravotnické dokumentaci klienta by měl být uveden záznam o podání léčivého přípravku včetně podaného množství.⁹⁰

Je třeba, aby lék podával ten pracovník, který jej připravoval. Takový postup doporučují české i zahraniční odborné zdroje.⁹¹

87 Nový pečovatel se ptal, jak má poznat, že má zavolat ZZS. Zkušenější řekl, že když třeba klient pláče, že ho něco bolí, tak mu zkusí dát nejprve prášek, a když to nepomůže, tak zavolá záchranku. Pokud by měl nový pečovatel za to, že by bylo potřeba změřit tlak a podobně, tak má prý raději zavolat ZZS.

88 V sešitu klienta D jsou zápisy: „6. 2. Krev v moči, apatický, spavý. 20:30 teplota 37,5 °C, podán Augmentin, moč večer 330 ml. TT 37,3 °C v 6:15. Těžce dýchá, celou noc po půl hodině škytal“; „7.2. Saturace 89 % (včera 93 %), puls 75, TK 120/60. Hospitalizace“. Další zápis je ze dne 20. února, předpokládám, že v mezech byl klient hospitalizován.

89 Jedná se o registrovanou všeobecnou sestru, praktickou sestru, dětskou sestru a zdravotnického záchranáře podle § 4 odst. 3 písm. b), § 4a odst. 2 písm. a), § 4b odst. 2 a § 17 odst. 2 písm. b) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

90 Ustanovení § 3 odst. 1 písm. e) bod 2 vyhlášky č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

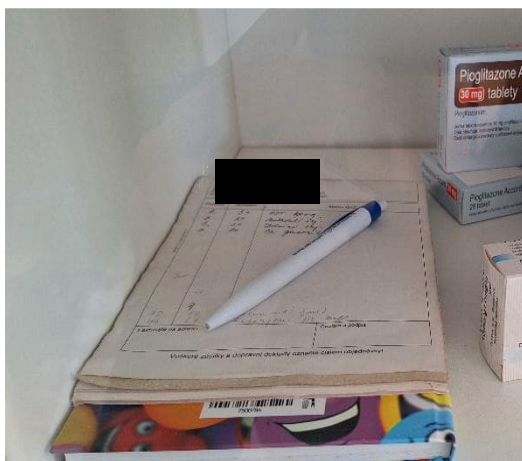
91 Viz např. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6, str. 107: „Při podávání léků na psychiatrii vychází sestra ze stejných principů a norem jako v jiných oborech. Tím jsou míněny takové zásady, jako je např. bezkontaktní příprava léků dle platné ordinace a z originálního balení; **podání léku tou sestrou, která jej připravila**; způsob aplikování léčivého přípravku dle ordinace lékaře a doporučení

Na problematiku, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej připravoval, a rizika s tím spojená, upozorňujeme dlouhodobě.⁹²

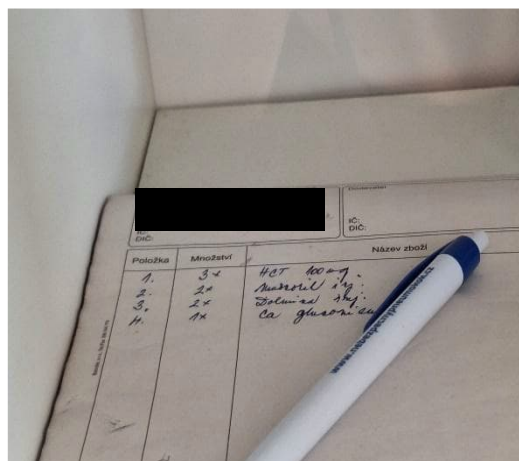
Nastavení medikace a objednávání léků

MUDr. Nenička uváděl, že klienti mají léky nastaveny z nemocnic a od dalších poskytovatelů zdravotních služeb, když přicházejí do zařízení. On klienty kompletně vyšetří, aby věděl, proč a co daný klient bere, a případně mu upraví medikaci.⁹³ Medikace upravuje proto, že jsou podle něj někdy nekompletní, někdy naopak klient bere příliš léků a neví proč. Předpisy medikace, kterou takto nastaví, si pak domluví s praktickými lékaři klientů.

Určitou pochybnost vzbuzuje to, že v uzamčené lékárně, ke které má přístup pouze MUDr. Nenička, byl uložen objednávkový tiskopis se seznamem léků vázaných na lékařský předpis a razítkem jiného poskytovatele zdravotních služeb (praktického lékaře). Kladu si otázku, k čemu je dobré, aby zařízení skladovalo objednávkové tiskopisy orazítkované praktickým lékařem, a zda nedochází k tomu, že jiný praktický lékař vystavuje „bianko předpisy“, které vyplňuje provozovatel.



Obrázek 16: Tiskopis



Obrázek 17: Tiskopis

od výrobce; bezpečné skladování léčiv a kontrola doby použitelnosti léku; dokumentování podané medikace apod. V zahraničí např.: KRONENBERGER, Judy. LEDBETTER, Julie. Jones & Bartlett Learning's Comprehensive Medical Assisting 5th Edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2016, ISBN-13: 978-1284208832, s. 589. Medication Administration Basics, Safety guidelines, Nr. 19: „Never give a medication poured or drawn up by someone else.“ Základní zásady podávání léků, Bezpečnostní pravidla, bod 19: „**Nikdy nepodávejte medikaci, kterou dával nebo připravoval někdo jiný.**“

92 Viz zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, str. 54.

93 Uvedl například, že klient, který má demenci, měl předepsán lék Piracetam. Vysadil mu jej, protože „je to strašně drahé, moc to nezabírá a rodina mu to nechtěla ani platit“.

Podle personálu předpisy u lékařů a objednávky již předepsaných léků nyní zajišťuje MUDr. Nenička nebo vedoucí pečovateli. V minulosti mělo údajně docházet k problémům s objednáváním léků, kdy bývalá vedoucí někdy léky dlouhou dobu neobjednávala. Tomu nasvědčují například zápisy v sešitu klientky A, u které byl po nástupu do zařízení zjištěn svrab a měl být objednán lék. Podle dalších záznamů byl nasazen až o 9 dnů později.⁹⁴ Chybějící léky zmiňují i zápisy v sešitu klienta B.⁹⁵

Jsem si vědom, že v současné době není systém předávání informací o pacientech ve zdravotnictví zcela ideální a může docházet k tomu, že různí poskytovatelé zdravotních služeb klientům předepisují léky bez kompletní znalosti jejich stávající medicíny. Může tak docházet k lékovým interakcím, dublování léků apod. **Ačkoliv vnímám zájem MUDr. Neničky medikaci sjednotit, což může být pro klienty přínosné, fakticky rozhoduje o léčbě klientů, k čemuž není oprávněn.** Pokud má MUDr. Nenička pochybnosti o nastavené medicíně u klientů, měl by informace předat praktickým lékařům klientů, kteří medicínu mohou přenastavit.

Chystání léků

MUDr. Nenička chystá seznam léků, které mají klienti užívat, a tiskne jej pečovateli na přední stranu sešitů jednotlivých klientů. Uváděl, že léky chystá podle seznamu on nebo vedoucí péče. Že léky chystá vedoucí péče, potvrzoval i další personál. Jeden další člen personálu ale uváděl, že léky chystá ten, kdo má čas, někdy také on sám. Léky chystají z blistrů do denních dávkovačů (ráno, poledne, večer) a noční léky do kalíšků. **Pečovatelé nemají kvalifikaci k nakládání s léky.** Jeden člen sám uváděl, že ví, že by je správně chystat neměl, ale dělá to, protože není nikdo jiný, kdo by je klientům nachystal a podal, a je alespoň hodně opatrný. **Nejasný systém může navíc snadno vést k nesprávné přípravě léků.**

94 Zápisy ze sešitu klientky A: „9. 1. Hodná, opatrně při každém přebalení prosím rukavice, zjištěn nezačlený svrab!!! Při každé potřebné věci rukavice!!! Děkuji. Volala jsem Y, nezvedala. [Jméno pečovatelky] zajistí mast Dithiaden“; „18. 11. Vše ok, nasazen Dithiaden, 1–1, ráno, večer“.

95 Zápisy v sešitu klienta B: „26. 12. Nemá na noc inzulin.“; „29. 12. Vše v pořádku. Spal. Stále není inzulin.“



Obrázek 18: Léky v denních dávkovačích



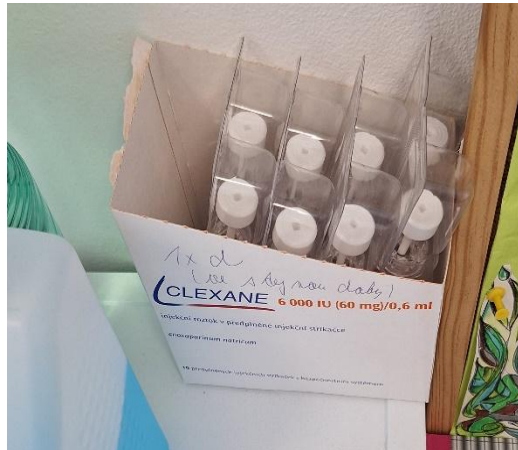
Obrázek 19: Kalíšek na noční léky

Podávání léků

Léky z dávkovačů podávají pečovatelé podle toho, zda jsou v přihrádce na ráno, poledne nebo večer, případně podají noční lék z kalíšku. Oslovení pečovatelé přiznávali, že nepoznají všechny léky, které podávají. U klientů po podání léku kontrolují, zda léky spolkli. Jeden člen personálu uváděl, že je „většinou dáváme přímo do pusy“. Podávají i injekční léky (inzulín a Clexane).⁹⁶



Obrázek 20: Inzulíny



Obrázek 21: Clexane

Pečovatelé někdy podávají i nepravdělnou medikaci, zejména léky s tlumivým účinkem či antibiotika. Jak popisují v kapitole [Léky s tlumivým účinkem](#), může docházet i k tomu, že lék podají i klientovi, který jej nemá předepsán.

⁹⁶ Například zápis v sešitu klienta H potvrzuje, že pečovatelé mají za úkol změřit glykemii a podle výsledku podat, anebo nepodat inzulín: „18. 12. (...) Měřit cukr před jídlem, když je 5, nepíchá se inzulín. (...)“. Následují občasné zápisy o hodnotách glykemie a podání inzulínu.

Dokumentace

Podání léků podle pravidelné medikace se dle personálu nikam nezaznamenává. Do sešitu zapíše léky, které podávají navíc. Ani to ale neplatí vždy. Jeden člen personálu uváděl, že nepravidelnou medikaci zapisuje „jak kdy“. Zápisy navíc nejsou zcela vypovídající, není zřejmé, kdo je učinil, v jaké dávce a kdy přesně byl lék podán. Ze zápisu v sešitu klientky G není ani zřejmé, jaký lék dostala: „1. 1. Leží, dostala tabletku, jinak vše ok.“

Upozorňuji, že pokud léky nepodává pracovník, který je chystal, nemůže si ověřit ani ovlivnit správnost připravených léků. Vzniká tak riziko, že při podávání léků dojde k chybě, kterou pracovník ani sám nezavinil.

Klienty oproti pobytu v registrovaném zařízení ohrožuje i to, že jim léky chystají a podávají také laici bez potřebné kvalifikace. Pečovatelé by navíc neměli rozhodovat o podání léků nad rámec předpisu lékaře kvůli možným interakcím léků. **Jak uvádím v opatření č. 17, zařízení musí zajišťovat poskytování zdravotní péče, včetně přípravy a podávání léku, pouze pracovníky s odpovídající kvalifikací.**

Absence dokumentace o podání (případně odmítnutí) léčiv je riziková. Pokud měl klient zdravotní obtíže, chybějící informace mohou zdravotníkům výrazně znesnadnit nastavení potřebné péče. **Oproti registrovaným zařízením, kde personál běžně vede zdravotnickou (ošetřovatelskou) dokumentaci, tak klienti ztrácejí důležitou záruku proti zanedbání péče. Celkově způsob chystání a podávání léků představuje riziko ohrožení zdraví a života klientů v zařízení.**

Opatření:

- 18) Upustit od praxe, kdy léky chystá dopředu a následně vydává jiný pracovník (bezodkladně).
- 19) Podání léků řádně dokumentovat (průběžně).

14.2 Bezpečné uložení léků

Léky by měly být uloženy na bezpečném místě tak, aby k nim měl přístup pouze ten, komu jsou určeny (v případě, že se klient podle svých schopností o léky stará sám), popřípadě personál oprávněný s nimi nakládat. Léky, které jsou uloženy u personálu, by měly být řádně označeny. Jednak jde o majetek daného klienta, kterému jsou určeny, jednak se tím snižuje riziko jejich záměny.

V zařízení bylo v době systematické návštěvy velké množství léků včetně těch s tlumivým účinkem. Byly uloženy v přepravkách a krabicích popsaných jmény jednotlivých klientů, které byly položeny volně pod stolem v pracovně personálu (potažmo kuchyni). Na dně některých krabic byly vypadané tablety. Dále byly léky na stole asistentů. Další léky byly uloženy také v zásuvkách pracovního stolu asistentů.

Jeden člen personálu uvedl, že léky ve spodním šuplíku nemají konkrétního vlastníka. Dále jsou léky v zapnuté lednici s potravinami i v malé vypnuté lednici.



Obrázek 22: Krabice s léky klientů



Obrázek 23: Šuplík s léky údajně bez vlastníka

Pracovna personálu je otevřená a v průběhu návštěvy do ní vstupovali i klienti. Personál uváděl, že na léky dávají pozor. Reálně je ale v zařízení standardně jeden pečovatel, a není tak možné, aby měl dohled nad léky, když jinde pečuje o klienty.

Další léčiva byla uložena i v jednom z pokojů klientů. V pokoji je linka s úložnými prostory, dřezem a lednicí. V lednici byly uloženy vakcíny proti tetanu (12x), proti chřipce (min. 4x), proti klíšťové encefalitidě (1x). Nejsou popsány jménem žádného klienta. Domnívám se, že se jedná o pozůstatky z lékařské praxe MUDr. Neničky. Naopak lék Almíral (injekční roztok) je popsán jménem, které nepatří žádnému z aktuálních klientů. V lince je uloženo i množství dalších zdravotnických prostředků, jako jsou jehly, nůžky, balónkový katetr a zkumavky, inkontinenční pomůcky i čisticí prostředky. Klienti mají do linky přístup, přičemž v jednom šuplíku mají uloženou svou kávu. O jednom z klientů přitom sám MUDr. Nenička hovořil jako o občas neorientovaném klientovi.



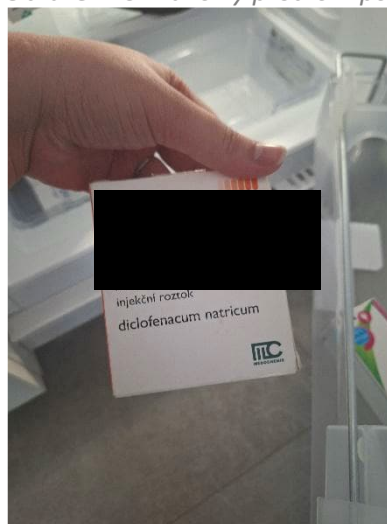
Obrázek 24: Lednice s vakcínami



Obrázek 25: Vakcíny proti chřipce



Obrázek 26: Vakcíny proti tetanu



Obrázek 27: Injekční roztok se jménem, které nepatří nikomu z klientů



Obrázek 28: Zdravotní prostředky



Obrázek 29: Jehly



Obrázek 30: Zkumavky



Obrázek 31: Káva klientů

Jediné bezpečně uzamčené léky jsou v prosklené lékárně, do které má přístup pouze MUDr. Nenička. Jsou v ní podle něj léčiva, která klienti běžně neberou. Při akutní potřebě je podá pouze on. Je zde např. opioid Fentanyl. Předpokládám, že se jedná rovněž o pozůstatky z jeho lékařské praxe.

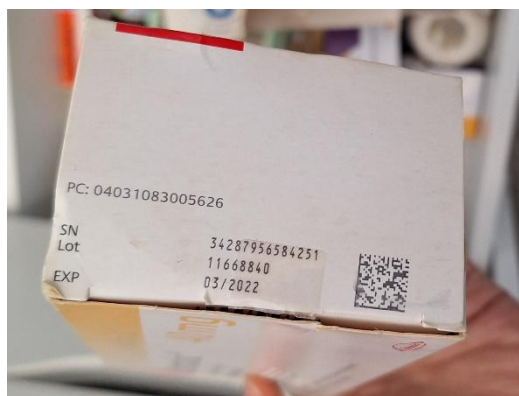


Obrázek 32: Uzamykatelná lékárna

Některé léky uložené v zařízení byly navíc expirované.



Obrázek 33: Exspirovaná léčiva



Obrázek 34: Exspirovaná léčiva

Celkově je působ ukládání léků zcela nepřipustný. **Nedbalé a nezabezpečené uložení léků (včetně tlumivých léčiv) vystavuje klienty vysokému riziku ohrožení zdraví, či dokonce života.** Klienty může ohrožovat i nedbalé ukládání dalších zdravotnických prostředků.

Opatření:

- 20) **Zajistit bezpečné uložení léků. Přístup k nim umožnit jen jejich majitelům, pokud s nimi dovedou bezpečně nakládat, nebo pracovníkům, kteří jsou oprávněni s nimi nakládat (bezodkladně).**
- 21) **Zlikvidovat léky na předpis po klientech, kteří již v zařízení nejsou, nejsou přiděleny žádnému z klientů nebo jsou po expiraci (bezodkladně).**
- 22) **Léky na předpis vždy označovat jménem klienta, kterému byly předepsány (průběžně).**

15. Malnutrice

Nedostatečná nutriční péče může vést u křehkých seniorů k malnutrici, která je příčinou dalších komplikací v péči, jako jsou zhoršení zdravotního stavu, prodloužení doby léčby onemocnění, zvýšení rizika tvorby proleženin, zhoršení soběstačnosti a zvýšení úmrtnosti.

Potřebu věnovat náležitou pozornost riziku malnutrice zdůrazňují i výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržením jejich kognitivních funkcí.⁹⁷

Vzhledem k významu správné nutriční péče a k rizikům, která jsou spojena s jejím zanedbáním, by v ideálním případě měl být součástí multidisciplinárního týmu

97 NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Sledování nutričního a psychického stavu u nemocných s Alzheimerovou chorobou – vliv nutriční intervence v longitudinální studii. Disertační práce PK LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, 2009. Online. [cit. 7. 5. 2025]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2%E2%80%9393117_1.pdf.

zajišťujícího komplexní péči o klienta rovněž nutriční terapeut, který rozhodne o nutričních potřebách klienta, stavu jeho výživy, volbě vhodného výživového doplňku, sestavení jídelního plánu apod.

15.1 Nutriční screening

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces, který zaškolený pracovník provede za pomoci standardizovaných testů. Výsledkem může být zjištění, že klient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že klient je v riziku a má být vypracován nutriční plán a poskytována specializovaná péče dle závažnosti buď v zařízení, nebo poskytovatelem zdravotních služeb. Zařízení by při příjmu nového klienta mělo zaznamenat alespoň údaje o váze, výšce, body mass indexu, příjmu potravy. Za správné považují používání validních nutričních testů.⁹⁸ U klientů, kteří se nepostaví na váhu, je vhodné využívat alternativních možností zjišťování hmotnosti (např. měření obvodu paže či kožní řasy). Na základě těchto vstupních informací je namístě vyhodnotit, zda je klient ohrožen malnutricí. Tento postup by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

MUDr. Nenička i pečovatelé se shodovali na tom, že nikoho z klientů neváží. Klienty údajně nejde vážit na osobní váze a nemají třeba váhy ve zvedáku. Nevyužívají ani alternativní metody zjišťování hmotnosti. Nesledují tak BMI ani nedělají žádné nutriční testy. Nutriční lékař či terapeut v zařízení nepůsobí.

MUDr. Nenička popsal, že u klientů vidí chuť k jídlu a pití, a když klient přestává jíst a pít, vidí problém. Chuť k jídlu je podle něj známka zdraví. Podvyživený byl podle něj možná klient I. Jí podle něj dost, ale je kachektický, je „kost a kůže“.⁹⁹ To potvrzoval i jeden z pečovatelů a nasvědčovalo tomu pozorování. Naopak jeden pečovatel uváděl, že nikdo není podvyživený nebo v riziku podvýživy.

Současné nastavení považují za naprosto nedostačující. Není nijak zajištěno, že personál zjistí podvýživu a hubnutí klienta včas. Bez vyhodnocení nutriční potřeby není možné nastavit adekvátní intervenci. Je možné, že třeba právě klient I nutriční intervenci potřebuje, vzhledem k absenci screeningu však žádnou nastavenou neměl.

Nedbalý přístup personálu a nedostatky poskytované péče v této oblasti mohou znamenat zanedbání malnutrice s fatálními důsledky pro klienty. Při stávající praxi může k takovému případu snadno dojít, a proto v této oblasti konstatují vysoké riziko špatného zacházení s klienty.

98 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.

99 Klient I byl v době před systematickou návštěvou hospitalizován s klostridiovou střevní infekcí.

Opatření:

- 23) Důsledně sledovat, zaznamenávat a vyhodnocovat nutriční stav klientů (včetně váhy nebo alternativního parametru). Zjištěný stav konzultovat s praktickým lékařem, případně nutričním specialistou a nastavovat odpovídající intervenci (průběžně).**

15.2 Stravování a nutriční intervence

Zajištění vhodné celodenní stravy je jednou ze základních činností poskytované sociální služby. Musí odpovídat věku, zásadám racionální výživy, potřebám dietního stravování. Vyhláška jako minimum v registrovaných zařízeních stanoví tři hlavní jídla denně.¹⁰⁰ Pokud však zařízení poskytuje péči osobám s demencí, je třeba této klientele přizpůsobit i stravovací režim.¹⁰¹

V zařízení se podává snídaně, oběd, svačina a večeře. Diabetici podle personálu dostávají vždy po večeři „ještě něco k snědku“. Obědy zařízení odebírá ve všední dny ze školní jídelny, ostatní denní jídla chystají pečovatelé. Vaří i obědy o víkendech. Personál uváděl, že pokud by klienti chtěli jíst častěji, jídlo jim dají. To potvrzoval i jeden z klientů. Co budou klienti jíst, plánuje vedoucí péče, případně se domlouvá s asistenty. Jídelníček nebyl naplánován dopředu, v průběhu návštěvy personál vymýšlel, co dá klientům ke svačině a večeři podle stavu aktuálních zásob. Zavedení jídelníčku teprve chystali. Vedoucí zajišťuje nákupy potravin.

Zadání sledovat u někoho z klientů příjem stravy nebo tekutin pečovatelé nemají. Sdělovali, že kdyby někdo málo jedl, všimnou si. Často jim připomínají pití. Jeden člen personálu uvedl, že když někdo málo pije, tak mu to chodí připomínat. K pití klienty podle svých slov motivuje tak, že jim např. řekne „přebalím Vás, až to vypijete“ nebo „zavolám sanitku, když nebudete pít“. Ačkoliv zajištění dostatečné hydratace klientů vnímám jako zcela zásadní, **nucení klientů k pití pohrůzkou či vydíráním považuji za nepřijatelné. Svědčí o laickém přístupu personálu.**

Pochybnosti mám o zajištění dietního stravování. Personál se rozcházel ve sděleních o zajištění dietního stravování. V zařízení je několik diabetiků a klient D má podle soupisu MUDr. Neničky žlučnickovou dietu – omezení tuků. Podle MUDr. Neničky diabetické stravování zajišťují. Naproti tomu někteří pečovatelé uváděli, že jídlo mají všichni klienti stejné. Jeden člen personálu uváděl, že „teď tu nemá nikoho

¹⁰⁰ Podle ustanovení § 15 odst. 1 písm. b) a § 16 odst. 1 písm. b) vyhlášky, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

¹⁰¹ Osoby s Alzheimerovou chorobou mají vyšší energetickou potřebu, měla by jim proto být podávána nutričně a energeticky odpovídající strava reflektující aktuální fázi onemocnění, stav výživy a přítomnost další choroby. Klienti s demencí by rovněž měli mít zajištěn neustálý přístup k jídlu. Zařízení musí respektovat zákonný požadavek maximální hranice denní úhrady za poskytnutou stravu.

s cukrovkou, [klient B] má jen ráno inzulin“ a píchá mu ho. Člen personálu také popisoval dietní stravování tak, že klientům například vymění u svačin sušenku za piškoty nebo jim místo vánočky dá chleba se salámem. V průběhu návštěvy byly pověřené zaměstnankyně Kanceláře svědkyněmi toho, jak pečovatelka přišla klientovi s diabetem sdělit, že mu nakoupí nějaké sladkosti. Načež ji on upozornil, že sladké nesmí. Na to mu řekla „jasné, vím, že můžete jen slané“. O tom, že by zajišťovali žlučnickovou dietu, kterou má zadanou klient D, nehovořil nikdo. **Mám za to, že zařízení nezajišťuje dostatečně dietní stravování, pečovatelé nemají přehled o tom, kdo má dietní stravu dostávat, a celkově je přístup personálu nedbalý.**

Nutriční intervenci v podobě sippingu podle MUDr. Neničky nemá nikdo z klientů. V minulosti byla v zařízení klientka, které nutridrinky kupovala rodina, z aktuálních klientů ale nikdo. Pečovatelé uvedli, že aktuálně doplňky nedávají nikomu. Tato tvrzení ale odporují soupisu pokynů od MUDr. Neničky v sešitu klientky G. Podle něj má mít klientka G Portifar por. sol. 225 (doplňěk stravy) v dávce 3-2-0 odměrky do stravy. **Z tvrzení pečovatelů ani z jejich zápisů neplyne, že by doplňěk klientce G podávali, a je tak možné, že klientka nedostává doplňěk, který potřebuje.**

Určité výhrady mám i k podávání stravy a pití. Dva klienti v průběhu návštěvy obědvali u nízkého konferenčního stolku v pracovně pečovatelů. Většina klientů v průběhu návštěvy jedla v lůžku způsobem, který se zdál být také nepohodlný. Jeden klient neměl stolek přímo před sebou, ale kousek odsunutý, k jídlu se tak musel naklánět. Jiná klientka zase jedla přes postranici. Seděla na posteli tak, že nohy měla provlečené mezi postranicí a lůžkem (vystrčené ven) a byla ohnutá přes vrchní část postranice ke stolku. Bradu měla skoro opřenou o postranici. Postranice pro ni byla v tu chvíli překážkou. Personál k tomu uváděl, že klientka pořád sedí takhle ohnutá, že ji zkoušeli posadit jinak, ale že si pořád sedá takto. **To nepovažuji za dostačující a důstojné. V jiných zařízeních se setkávám například s využíváním speciálních křesel, kde klienti mohou (nejen u jídla) sedět komfortněji. Klienti, kteří se stravují v lůžku, také nemají příležitost, aby během dne změnili prostředí a vnímali společenský aspekt stolování.**

Opatření:

- 24) Jídelníčky nastavovat odborně s ohledem na jejich výživovou hodnotu a potřeby klientů (průběžně).
- 25) Zajišťovat důstojné stravování klientů (průběžně).

16. Demence

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, musí být nastavena

individuálně a prováděna poučeným personálem.¹⁰² Intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže či zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv klienta či přímo o špatné zacházení. Požadavku na zohlednění odborné stránky věci odpovídá právní povinnost poskytovatele sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů.¹⁰³ K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.¹⁰⁴ Informace o tom, jaký typ demence osoba má a v jaké fázi se syndrom demence nachází, je klíčová pro správné nastavení péče. Informace musí být obsažena v dokumentaci klienta a personál musí s těmito informacemi dále pracovat.

Personál se neshodoval v tom, kdo z klientů má demenci. Podle MUDr. Neničky má demenci klient B, klientka A a klient D. Jeden z pečovatелů jako klientku s demencí označoval pouze klientku A. Naopak podle jiného pečovatele mají demenci všichni, vyjma jednoho klienta.

MUDr. Nenička uváděl, že demenci sami spíše nezjišťují, s diagnózou klienti většinou přicházejí. Demence se podle něj projevuje tak, že klient má omezenou komunikaci, je špatně orientován. Do péče se propisuje tak, že se o klienty více pečuje, většinou jsou imobilní a potřebují inkontinenční pomůcky; bludy jim nevyvrací. Snaží se, „aby byli klienti v aktivitě, dívali se na televizi, sestřičky se s nimi více baví“, plánoval i venkovní aktivizace. Naproti tomu jeden z pečovatелů uvedl, že klientce s demencí víc ukazuje, aby jedla, jinak nic nepotřebuje.

Zarážející je tvrzení jednoho z pečovatелů, který uváděl, že když zaznamená, že se někdo kognitivně zhoršil, tak to řekne MUDr. Neničkovi. Ten však podle pečovatele většinou řekne, že to tak bývá a už to bude jen horší, a kdyby bylo potřeba, tak může podat tabletku určitého léku. MUDr. Nenička v rozhovoru se zaměstnankyněmi Kanceláře o klientech s demencí hovořil jako o „dementech“,¹⁰⁵ ke klientům se ale v přímé komunikaci choval korektně. **Takové označování je nedůstojné a nepřipustné, i pokud mu sami klienti nejsou přítomni.**

Podle shrnutí od MUDr. Neničky má demenci a depresi také klientka G, která do zařízení přišla z psychiatrické nemocnice. Zápisy pečovatелů¹⁰⁶ svědčí o velmi

102 Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Praha: 2014 [cit. 8. 5. 2024]. Dostupné z <https://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>.

103 Ustanovení § 2 odst. 2 a § 88 písm. f) zákona o sociálních službách.

104 Mini-Mental State Examination (MMSE), Test hodin atd.

105 Uváděl např.: „Chodící dementy chceme aktivizovat – budeme chodit na vycházky.“

106 V zápisech v sešitu klientky G je například: „17. 2. Neustále něco potřebuje, **neumí slova prosím – děkuji!! Otravná!!** Vidí, že přebaluji, uklízím, a ona stále volá. ☹ Jinak vše ok“; „19. 2. Neustále volá.

neodborném přístupu ke klientce a o tom, že možné projevy nemoci vnímají jako naschvály.

Rozdílná sdělení personálu o tom, kdo má demenci, jaké jsou potřeby klientů a celkový přístup, **svědčí o nízkém povědomí personálu o potřebách klientů s demencí.**

Pracovníci by měli být vzděláváni v problematice demence, aby dokázali porozumět potřebám klientů. Získané poznatky je nutné reflektovat v celkovém poskytování sociální služby včetně přizpůsobení prostředí cílové skupině klientů s demencí. Nezajištění vhodného přístupu a prostředí totiž může být příčinou chování náročného na péči a často vede k používání restriktivních opatření, která by s vhodnými opatřeními nebyla nutná.

Opatření:

- 26) Péči o klienty přizpůsobovat stadiu demence¹⁰⁷ (průběžně).**
- 27) Vzdělávat personál v oblasti specifik péče o lidi s demencí a jejich potřeb (průběžně).**

17. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,¹⁰⁸ často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese,¹⁰⁹ v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

MUDr. Nenička uváděl, že v zařízení sami depresi nezjišťují, nevyužívají žádné škály. Diagnózu deprese má podle něj klientka G, jež je sledována na psychiatrii. Podle jednoho z pečovatelů naopak depresi nemá nikdo.

Něco pořád potřebuje, ☹ vymýšlí“; „20. 2. Vůbec neposlouchá, dělá si, co chce!!!“; „21. 2. Vykoupaná, otravná hrůza!!“; „26. 2. Rozkazuje, vstává, vůbec neposlouchá.“

107 Potřeby klientů v jednotlivých stadiích demence popisuje např. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. op. cit.

108 HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, str. 72.

109 Např. Geriatric Depression Scale (GDS) je celosvětově rozšířená škála, jedna z nejčastěji používaných pro zjišťování deprese u seniorů.

Podle souhrnů v sešitech klientů má anxiózně depresivní syndrom ještě klientka C. Pečovatelé ji ale v zápisech označují jako línou a nespolupracující.¹¹⁰

Rozdílná tvrzení personálu o tom, zda má někdo z klientů depresi, a vnímání možných depresivních projevů jako lenosti či otravnosti klienta, **svědčí o nízkém povědomí o potřebách klientů s depresí**. Zařízení tak může unikat, že klienti potřebují citlivý přístup či zprostředkování odborné pomoci.

Posoudit míru deprese objektivně je velmi obtížné. **Proto doporučuji, aby zařízení využívalo vypovídající způsob posuzování deprese, jako je např. geriatrická škála deprese, a s tím dále – pod vedením lékařů klientů – systematicky pracovalo.**

Opatření:

28) Věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda klienti nemají depresi, a upravovat péči jejich potřebám (průběžně).

18. Bolest

U klientů se sníženými komunikačními schopnostmi není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,¹¹¹ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám chování (vnímaných jako neklid či agrese) a následnému zbytečnému omezení klientů. V rámci poskytované péče je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména v pokročilých stádiích demence, kdy již klient není schopen slovně vyjádřit své pocity, je třeba, aby schopnost detekovat bolest zvládl pečující personál.¹¹² Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v jehož rámci jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Podle MUDr. Neničky nemá bolesti nikdo z klientů, stabilně nikdo nebere analgetika. Naopak podle jednoho člena personálu mají bolesti všichni klienti. Někteří kvůli tomu podle něj mají předepsán 3x denně Ibalgin. Uvedl také, že MUDr. Nenička kvůli tomu

110 Zápisy v sešitu klientky C: „6. 2. Nemá snahu se ani sama otočit, než aby si sedla k obědu, raději bude hladová.“; „8. 2. Snažila se alespoň trochu posunout. Při obědě posazena, opět marný boj. Radši nebude jíst, než aby musela sedět s nohama dole. Veškeré jídlo je jí dáno do postele.“; „16. 2. Stolicе ano, vůbec nespolupracuje!! Uminěná, to nechce, to nebude dělat!! Jinak se to dá“; „18. 2. Opět rozbalená a počůraná. Nespolupracuje, je líná i při pomoci přesunout se. (...)“; „24. 2. Neklidná, pořád chce přestěhovat na jiný pokoj. Otravná ☹“.

111 Potřeby klientů v jednotlivých stádiích demence popisuje např. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. op. cit.

112 Existuje řada škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí, např. DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC či PAINAD.

navíc nechal v šuplíku nějaké léky, kdyby někdo něco potřeboval navíc (např. Paralen a Metamizol).

Personál se shodoval na tom, že žádné škály na zjišťování bolesti nepoužívají. Bolest zjišťují intuitivně – pozorováním, všimnou si např. bolestivé grimasy nebo toho, že si klient drží bolavé místo.

Intuitivní a nesystematické zjišťování bolesti nevnímám jako dostatečné. Pokud personál bolest nedetekuje, nemá ani možnost na ni adekvátně reagovat. Že aktuálně tato situace v zařízení panuje, nasvědčují i rozdílná sdělení o tom, zda někdo z klientů má bolesti. Ponechání klienta v nedetekované bolesti přitom může být velmi trýznivé.

Opatření:

- 29) Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména pak u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (do 1 měsíce).**

19. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny patří mezi základní lidské biologické potřeby. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Zajištění podmínek pro osobní hygienu či dopomoc při osobní hygieně jsou jednou ze základních činností, které je zařízení povinno klientům zajistit.¹¹³

Ranní hygiena¹¹⁴ u klientů, kteří potřebují podporu právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,¹¹⁵ večerní hygiena¹¹⁶ zase každý večer.¹¹⁷ Taktéž je zásadní provádět každý den intimní hygienu.¹¹⁸ Je rovněž důležité, aby personál domova u klientů zajistil i tzv. **celkovou koupel, a to minimálně dvakrát týdně**. Celková koupel zahrnuje umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou, vyčištění zubů a případně oholení. Probíhá vždy v koupelně (ve vaně, sprše, na koupacím vozíku nebo vodním lůžku). Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla klienta žínkou a vodou nebo jinými hygienickými prostředky na jeho posteli v pokoji.¹¹⁹ Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nijak nahradit.

113 Ustanovení § 50 odst. 2 písm. c) zákona o sociálních službách.

114 Umytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání, holení (individuálně).

115 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

116 Umytí rukou a obličeje, čištění zubů, holení (individuálně).

117 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

118 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

119 Dougherty L, Lister S. The Royal Marsden Hospital Manual of Clinical Nursing Procedures. Oxford: Wiley-Blackwell, 2015. ISBN 978-1-118-74592-2.

Výše uvedená pravidla jsou však pouze minimálním standardem. Především totiž platí, že klienti, a to samozřejmě včetně klientů s potřebou podpory v oblasti hygieny, **by se dle svých potřeb měli svobodně rozhodnout, jak často by u nich hygiena měla probíhat** (jak je běžně v populaci standardem). Personál by jim tudíž měl v této oblasti vycházet maximálně vstřícně. Pokud klient některé hygienické úkony (např. čištění zubů) opakovaně odmítá, měl by personál zjišťovat důvody jeho postoje a systematicky pracovat na jeho změně. Měl by tak činit o to intenzivněji, pokud zanedbáním hygieny klient ohrožuje zdraví své nebo ostatních klientů (například šířením infekčních onemocnění) a narušuje soužití v domácnosti (například zápachem).

Klienti mají k dispozici jednu koupelnu. Podle personálu hygienu zvládají samostatně dva klienti, ostatní potřebují dopomoc. Celková koupel probíhá dvakrát týdně. Ne všichni klienti se však mohou koupat pod tekoucí vodou. Personál uváděl, že koupel pod tekoucí vodou zajistí klientům s potřebou dopomoci, pokud jsou na směně dva pečovatelé, protože je koupání fyzicky náročné. Na dotaz, jak často jsou ve směně dva pečovatelé, nedokázal oslovený člen personálu jednoznačně odpovědět; uváděl, že občas. Pokud je pečovatel sám, je praxe rozdílná. Někteří pečovatelé provádějí namísto hygieny pod tekoucí vodou hygienu za pomoci žínky a lavórku. Jeden člen personálu uváděl, že klienty koupe pod tekoucí vodou vždy, zvládne to sám. Oslovení klienti uváděli nižší frekvenci koupele pod tekoucí vodou (1x za 14 dnů a 1x týdně).

Zařízení by mělo zajistit dostatek personálu tak, aby klientům umožňovalo bezpečnou koupel pod tekoucí vodou.

Opatření:

- 30) Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání a umožňovat celkovou koupel pod tekoucí vodou nejméně dvakrát za 7 dnů (průběžně).**

20. Kontinence

Jedním z projevů u cílové skupiny zařízení a u klientů s demencí může být inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu včetně režimu mikčního. Klient by měl mít možnost se v cca 2hodinových intervalech (i častěji) vymočit. Takto nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.¹²⁰

Pečovatelé by měli mít jasné zadání, koho z klientů vysazovat na (přenosné) WC, komu pomáhat dojít na toaletu, komu použití toalety připomínat a jak často. Komunikační bariéra na straně klienta (klient si neřekne, že potřebuje doprovodit na WC) by neměla

120 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109, op. cit.

být důvodem pro ukončení dopomáhání na toaletu. Mikční režim by měl vycházet z individuálních potřeb každého klienta a měl by mít odraz v jeho dokumentaci včetně záznamů o průběhu péče v této oblasti.

Většina klientů zařízení má určitý stupeň inkontinence. Personál se shodoval, že nikdo nemá nastaven mikční režim, nemají zadání klientům v určitých intervalech připomínat toaletu anebo na ni dopomáhat.

Člen personálu popsal situace, kdy mu jedna klientka říkala, že chce na toaletu, i když už nechodí. On jí prý vysvětlil, že má použít plenu. Klientce je to prý trapné, ale říká jí, že to nevádí, že jí pomůcku bez problému vymění.¹²¹ Uvedl, že klienty na toaletu nejde dát, protože nedokáží stát a sám je neutáhne.

Ztráta soběstačnosti v oblasti kontinence je velmi citlivou oblastí, může přinášet pocity studu a být velmi ponižující. Prohlubování inkontinence tím, že personál klientovi nedopomůže na toaletu, považují za špatné zacházení. Zařízení musí mapovat individuální potřeby klientů v této oblasti a jasně formulovat zadání pro pracovníky v přímé péči. Pokud někteří klienti potřebují pomoc na toaletu (klasickou nebo pokojové WC), musí zařízení zajišťovat dostatek personálu pro to, aby důstojnou a individualizovanou podporu kontinence zajistil.

Opatření:

- 31) Nastavovat podporu kontinence klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (průběžně).**

21. Aktivizační a volnočasové aktivity

Aktivity klienta v průběhu dne by měly vycházet z jeho individuálních potřeb a směřovat ke smysluplnému trávení času a k udržení či rozvoji soběstačnosti a samostatnosti. Realizace aktivit by měla probíhat na základě procesu individuálního plánování, kdy personál ve spolupráci s klientem vymezí oblasti, v nichž je potřeba posílit dovednosti klienta a kterým se bude ve spolupráci s personálem věnovat. Zařízení by mělo pamatovat i na to, že potřeby klientů se mohou lišit a pro některé z nich nemusí být vhodná skupinová aktivizace. Zařízení by se proto mělo věnovat i individuální aktivizaci klientů.

V zařízení neprobíhají prakticky žádné aktivizační činnosti. Většina klientů tráví celý den v lůžku. Klienti mohou během dne sledovat televizi, číst knihy, časopisy a noviny. Personál uváděl, že si s klienty povídají, neprobíhají ale žádné aktivity. Podle jednoho člena personálu klienti koukají na televizi a „nic víc, jsou líní“. Jak popisují v kapitole

121 Uvedl příklad, že klientce na to, že jí je trapné použít inkontinenční pomůcku, odpověděl, že se s tím nedá nic dělat, navíc ji uklidnil i tím, že se sám „taky někdy pokakal“. To lze vskutku těžko označit za empatický přístup.

Volnost pohybu, klienti neměli v době návštěvy zajištěn doprovod ven. Personál plánoval alespoň zpřístupnění venkovních prostor zařízení a to, že budou brát klienty dvakrát měsíčně na výlety. Využívat budou mikrobuse, který už v době návštěvy měli.

Trvale a převážně ležící klienti tráví prakticky celé dny v lůžku včetně stravování. Nejsou zajištěny individuální aktivizace, např. bazální stimulace či jiná smyslová aktivizace.

Opatření:

- 32) Nabízet aktivizační činnosti všem klientům (i těm s větší mírou závislosti na poskytované péči), a to tak, aby odpovídaly jejich individuálním potřebám. Klienty podporovat také v aktivizačních aktivitách mimo zařízení (průběžně).**

22. Přístup personálu ke klientům

Personál by měl ke klientům přistupovat s úctou a respektem. Pracovníci by měli pamatovat na to, že klienti jsou dospělí lidé s vlastními přáními a potřebami, s vlastním životním příběhem a důstojností.

Klienti uváděli, že personál je milý a hodný. V průběhu návštěvy se personál choval ke klientům v zásadě korektně. V rozhovorech s pověřenými zaměstnankyněmi Kanceláře ale členové personálu používali neuctivé výrazy. O trvale ležících klientech mluvili někteří jako o „ležácích“, o klientech s demencí jako o „dementech“. Personál také uváděl, že „jsou líní“, „otravují“ nebo „se podělali“. Jeden člen uvedl, že klienty bere jako děti. Nevhodné výrazy se mnohdy objevují i v zápisech pečovatelských.¹²²

Personál uváděl, že klienti mají v zařízení zakázán alkohol. Upozorňuji, že ubytovací zařízení nemá titul k takovému omezování klientů. Ani řádně registrovaná sociální služba nemůže činit takto plošná režimová opatření, může k nim přistupovat pouze v individuálních odůvodněných případech.

Zcela nesprávný přístup ke klientům popsal jeden člen personálu. Jednalo se o incident, ke kterému mělo dojít v minulosti. Bývalá pečovatelská měla zavolat policii a záchranku, protože jí klient B napadl. Ukázalo se ale, že to bylo naopak. Pečovatelka strčila

122 V zápisech v sešitu klientky G je například: „6. 1. (...) **Začíná buzerovat** – ☹“; „17. 2. Neustále něco potřebuje, **neumí slova prosím – děkuji!! Otravná!!** Vidí, že přebaluji, uklízím a ona stále volá ☹ Jinak vše ok“; „19.2 Neustále volá. Něco pořád potřebuje, ☹ **vymýšlí**“; „20. 2. Vůbec **neposlouchá, dělá si, co chce!!!**“; „21. 2. Vykoupaná, **otravná hrůza!!**“; „26. 2. **Rozkazuje, vstává, vůbec neposlouchá**“.

Zápisy v sešitu klientky C: „8. 2. Snažila se alespoň trochu posunout. Při obědě posazena, **opět marný boj. Radši nebude jíst, než aby musela sedět s nohama dole**. Veškeré jídlo je jí dáno do postele.“; „16. 2. Stolec ano, **vůbec nespupracuje!! Umíněná, to nechce, to nebude dělat!!** Jinak se to dá“; „18. 2. Opět rozbalená a počůraná. **Nespupracuje, je lina i při pomoci přesunout se.** (...)“; „24. 2. Neklidná pořád chce přestěhovat na jiný pokoj. **Otravná ☹**“.

do klienta B, on měl spadnout a udeřit se do hlavy a zkroutit asistentce ruku. Ta, když si uvědomila, co udělala, zavolala záchranku a sled událostí si vymyslela. Celkově se údajně pečovatelka „chovala ke klientům hnusně“. V době návštěvy už pečovatelka v zařízení nepracovala; odešla poté, co se ukázalo, že v zařízení kradla jídlo.

Incident není nikde dokumentován, takže tvrzení člena personálu nebylo možné dostatečně ověřit. Upozorňuji ale zařízení, že napadení v prostředí, kam se klient uchýlil pro pomoc nebo péči, může snadno vyvolat intenzivní pocit ohrožení. Zařízení proto musí aktivně předcházet násilí na klientech (mimo jiné pracovat s přístupem pečovatelů ke klientům s náročným chováním)¹²³ a adekvátně reagovat na fyzické i verbální napadení. Musí mít také na paměti, že jednání personálu může naplnit znaky skutkové podstaty některého z trestných činů a může se na ně vztahovat povinnost takový trestný čin překazit či oznámit orgánům činným v trestním řízení.¹²⁴

Opatření:

- 33) Netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování a soustavně edukovat personál o nezbytnosti chovat se ke klientům jako k dospělým lidem a s respektem (průběžně).**

23. Dokumentace a výměna informací

O průběhu poskytování služby musí registrovaná zařízení podle zákona o sociálních službách vést písemné individuální záznamy a také hodnotit průběh poskytování sociální služby, a to za účasti klientů a jejich opatrovníků.¹²⁵ Pokud zařízení poskytuje zdravotní služby, musí vést i zdravotní dokumentaci.

Zařízení nevede standardní zdravotní ani sociální dokumentaci. Uchovávají se pouze dílčí části zdravotnické dokumentace od poskytovatelů zdravotních služeb (např. propouštěcí zprávy z nemocnic). Sociální dokumentaci standardně vedenou v registrovaných zařízeních, jako jsou například individuální plány, plány péče, záznamy o tom, jak se o klienta pečuje, zde nevedou. Neexistuje ani evidence mimořádných či nežádoucích událostí.

123 Například pomocí vzdělávání v oblasti deeskalačních technik, zajištěním supervize, podporou při práci s vlastními emocemi.

124 Pokud se osoba hodnověrným způsobem dozví, že mohlo dojít k trestným činům uvedeným v § 367 a 368 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, **prolamuje se zákonná mlčenlivost a nastupuje povinnost překazit trestný čin či oznamovací povinnost**. Oznamovací povinnost se vztahuje například na trestný čin vraždy, těžkého ublížení na zdraví či týrání svěřené osoby dle příslušných ustanovení trestního zákoníku.

125 Ustanovení § 88 písm. f) zákona o sociálních službách.

Některé informace zapisují pečovatelé do sešitů jednotlivých klientů. Sešity obsahují zápisy o (některém) podání medikace, o stolici, o bolesti, o projevech chování klientů apod. Časté jsou obecné zápisy jako „Vše OK“ apod. Informace v sešitech jsou velmi stručné a nahodilé. Nelze z nich zjistit vývoj stavu klienta ani průběh poskytované péče.

Stručné pokyny mají pečovatelé na nástěnce v pracovně. Je zde například harmonogram práce denní a noční směny, termín kontrol některých klientů u lékařů, dávkování Zolpidemu nebo kontakty. Dále si pečovatelé předávají informace ústně.

Nabyl jsem přesvědčení, že **současně nastavený systém neposkytuje dostatečné záruky zachování kontinuity poskytované péče a naopak zvyšuje riziko chybovosti a nepředání důležitých informací**. Nedostatek vypovídající dokumentace může narušit tok informací mezi jednotlivými směny personálu a také směrem k externím zdravotníkům. O tom, že systém dokumentace a předávání informací není dostačující, svědčí i to, že se personál často neshoduje v tom, kdo z klientů je ohrožen malnutricí, kdo má bolesti, demenci či depresi apod.

Opatření:

- 34) Vést vypovídající dokumentaci o poskytování sociálních i zdravotních služeb klientům (průběžně).**
- 35) Nastavit takový způsob předávání informací mezi jednotlivými pracovníky, že bude zachována kontinuita péče (bezodkladně).**

24. Neodborný přístup ke klientům

Péče o člověka v pobytovém zařízení musí být založena na odborných poznatcích o potřebách klienta, musí být nastavena individuálně a musí ji provádět poučený personál. Naopak, intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže nebo zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv klienta či přímo o špatné zacházení. Požadavku na zohlednění odborné stránky věci odpovídá právní povinnost poskytovatele sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů.¹²⁶

O průběhu poskytování služby by mělo zařízení podle zákona o sociálních službách vést písemné individuální záznamy a také hodnotit průběh poskytování sociální služby, a to za účasti klientů a jejich opatrovníků.¹²⁷

¹²⁶ Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

¹²⁷ Ustanovení § 88 písm. f) zákona o sociálních službách.

Předpokladem individualizované péče je zajištění dostatečného počtu personálu. Ten by měl vycházet z náročnosti potřeb klientů. Nedostatek personálu vede k tomu, že organizace péče se podřizuje možnostem personálu, nikoliv individuálním potřebám klientů.

Ačkoliv zařízení vede člověk s lékařským vzděláním,¹²⁸ z výše uvedených poznatků vyplývá, že péče o klienty v zařízení je často neodborná, intuitivní, což odpovídá tomu, že personál nemusí mít potřebnou kvalifikaci,¹²⁹ a kvalita péče není dostatečně organizačně zajištěna. Zjistil jsem, že personál téměř v žádné oblasti péče individuálně, podloženě a standardizovaně nevyhodnocuje schopnosti klientů, jejich potřeby a rizika. Týká se to například oblasti pádů, bolesti, deprese, kontinence, malnutrice a demence. Péči poskytují na základě vlastního pozorování a uvážení. Průběh poskytované služby nijak neplánují ani nevedou vypovídající písemné individuální záznamy o klientech.

To představuje vysoké riziko špatného zacházení s nemohoucím klientem. Riziko spočívá především ve ztrátě dovedností klienta, či dokonce v poškození zdraví nebo působení utrpení, prohlubování jeho závislosti na poskytované péči a zanedbání péče v oblastech, kde klient nedostává dostatečnou podporu.

Opatření:

- 36) Zjišťovat a vyhodnocovat informace o aktuálních potřebách a rizicích klienta, pokud je to vhodné, pak ve spolupráci se zdravotníky. Na základě zjištěných informací nastavit péči o klienta odpovídající jeho potřebám a průběžně ji dokumentovat. Informace o aktuálních potřebách, rizicích a nastavení péče zaznamenat do individuální dokumentace klienta. Plánovat naplňování potřeb klientů, plány systematicky realizovat a přehodnocovat (průběžně).**

128 Který ale není oprávněn vykonávat povolání lékaře (viz kapitolu [Lékaři](#)).

129 Viz kapitolu [Kvalifikace pečovatелů](#).

Soukromí

Právo na soukromí je základním lidským právem, je chráněno nejen Listinou základních práv a svobod, ale i řadou mezinárodních smluv. Mnohé jeho aspekty velmi úzce souvisejí s lidskou důstojností.

25. Soukromí v pokoji a bezpečné uložení věcí

Každý klient by měl mít možnost uložit si osobní věci samostatně a bezpečně, a pokud to jeho kognitivní schopnosti umožňují, měl by mít také možnost si své věci uschovat do uzamykatelného prostoru a tento prostor volně spravovat. V závislosti na míře své orientovanosti by měli klienti mít i možnost uzamknout si pokoj. Klienti vnímají svůj pokoj jako svůj domov, kde stráví i několik let. Měli by proto mít možnost chránit svoje obydlí a soukromí. Možnost uzamknout si pokoj či alespoň osobní věci je realizací základního práva na soukromí.

V době návštěvy byli v každém pokoji dva klienti. V pokojích je ale více lůžek (až pět), které provozovatel plánuje zaplnit.¹³⁰ Klienti si nemohli uzamknout žádný z pokojů. Zavírat dveře si mohli pouze klienti z pokoje č. 1 (samostatného pokoje). Dveře pokoje č. 2 (průchozího pokoje pro ženy) a pokoje č. 3 byly v průběhu návštěvy stále otevřené. Personál uváděl, že ženy se nikdy nemohou zavřít, protože přes jejich pokoj potřebuje slyšet klienty v zadním pokoji.¹³¹ Dveře pokoje č. 3 ani nebylo možné zavřít, protože byly zablokovány lůžkem.

Klienti měli u lůžek noční stolky. Pouze dva z nich byly uzamykatelné. Ve stolcích měli oblečení a další osobní věci. Noční stolek nepovažují za dostačující pro uložení všech věcí klientů.

Možnost zamknout si své osobní věci v pokoji nebo si uzamknout přímo pokoj by měla být standardně nabízena všem klientům s možnými výjimkami pouze v odůvodněných případech.

Opatření:

- 37) Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání pokojů a možnost využívat uzamykatelný prostor k uložení osobních věcí, a to na základě vyhodnocení individuálních schopností a následné minimalizace rizik u každého z nich (do 3 měsíců).**

¹³⁰ Jak popisují v kapitole [Pokoje klientů](#).

¹³¹ Na absenci signalizace upozorňují v kapitole [Možnost přivolání pomoci](#).

26. Soukromí při hygieně a na toaletě

Při výměně inkontinenčních pomůcek, použití toalety či provádění hygieny je třeba dbát na zachování důstojnosti klienta a jeho soukromí. Je nezbytné zajistit, aby v těchto situacích nikdo nebyl vystaven pohledu jiných lidí a aby žádný z klientů nemusel pohlížet na druhé.

Toaleta a koupelna jsou uzamykatelné. Podle personálu se ale klienti zamykat nesmějí. Dokládá to i situace, kdy pečovatelka vyrušila klienta při hygieně.¹³² Personál přiznával, že při hygieně v lůžku a výměně inkontinenčních pomůcek nepoužívají zástěny či paravány. Klienti se na sebe údajně nedívají.

Podmínky v zařízení a přístup pečovatelů nerespektují důstojnost klientů. Ti jsou vystaveni vpádům do své intimity, což považují za nepřípustný zásah do soukromí.

Opatření:

- 38) Umožňovat klientům uzamknout se v koupelně a na toaletě (průběžně).**
- 39) Hygienu a výměnu inkontinenčních pomůcek na lůžku provádět vždy v soukromí, tj. na vícelůžkových pokojích za zástěnou (průběžně).**

27. Uložení dokladů

Občanský průkaz je zakázáno přijímat jako zástavu a odebírat jej při vstupu do objektů nebo na pozemky. Je zakázáno pořizovat kopie občanského průkazu bez souhlasu držitele občanského průkazu.¹³³

Klienti měli občanské průkazy i kartičky pojišťoven uloženy u personálu. Podle personálu je to pro případ, že by volali ZZS. Mohou tak doklad rychle vzít a nemusejí hledat, kde ho klient má.

Počet předložených občanských průkazů ale neodpovídal počtu klientů; jeden chyběl. Personál tím byl zaskočen a začal navzájem zjišťovat, kde je. Ukázalo se, že si jej pravděpodobně odvezla rodina na nějaké vyřizování.¹³⁴

Pokud občanský průkaz převezme poskytovatel od klienta do úschovy, měl by tak činit vždy se souhlasem klienta, jinak jen výjimečně v odůvodněných případech za účelem ochrany klienta před zneužitím průkazu. **Samozřejmostí by mělo být zabezpečení převzatých dokladů tak, aby k nim neměly přístup nepovolané osoby a bylo jasné, kdo a za jakým účelem s nimi manipuluje.**

132 Viz kapitolu [Opatření omezující pohyb a náročné chování klientů](#).

133 Ustanovení § 39 písm. a) až c) zákona č. 269/2021 Sb., o občanských průkazech.

134 Jiná úvaha personálu byla, že klientovi nevrátili doklad v nemocnici.

Opatření:

- 40) Primárně vést klienty podle individuálních schopností k odpovědnosti za osobní doklady. V případě převzetí dokladů do úschovy zabezpečit doklady tak, aby k nim neměly přístup nepovolané osoby a bylo jasné, kdo z personálu a za jakým účelem s nimi manipuluje (průběžně).**

Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Pokud o registraci nepožádá, nebo ji nezíská, neoprávněné poskytování sociální služby ukončit (opatření č. 2). • Umožnit klientům, u nichž odborný tým nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (opatření č. 7). • Provozovatel musí upustit od výkonu lékařských úkonů, neboť k nim není oprávněn (opatření č. 15). • Upustit od praxe, kdy léky chystá dopředu a následně vydává jiný pracovník (opatření č. 18). • Zajistit bezpečné uložení léků. Přístup k nim umožnit jen jejich majitelům, pokud s nimi dovedou bezpečně nakládat, nebo pracovníkům, kteří jsou oprávněni s nimi nakládat (opatření č. 20). • Zlikvidovat léky na předpis po klientech, kteří již v zařízení nejsou, nejsou přiděleny žádnému z klientů nebo jsou po expiraci (opatření č. 21). • Nastavit takový způsob předávání informací mezi jednotlivými pracovníky, že bude zachována kontinuita péče (opatření č. 35).
Do 1 měsíce	• Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména pak u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (opatření č. 29).
Do 3 měsíců	• Zažádat o registraci pobytové sociální služby domov pro seniory či domov se zvláštním režimem (opatření č. 1). • Vybavit pokoje, koupelnu a toaletu funkčním signalizačním zařízením, a to tak, aby na ně klienti dosáhli z toalety/sprchy a imobilní klienti z lůžka, případně vybavit klienty přenosnou signalizací (opatření č. 4). • Proškolit personál zařízení v tématu zvládání náročného chování klientů (opatření č. 9). • Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání pokojů a možnost využívat uzamykatelný prostor k uložení osobních věcí, a to na základě vyhodnocení individuálních schopností a následné minimalizace rizik u každého z nich (opatření č. 37).
Do 6 měsíců	• Zajistit bezpečný a volný pohyb jak uvnitř zařízení, tak venku (opatření č. 5).
Průběžně	• Klientům, kteří jsou trvale a převážně ležící, zajišťovat podnětné zorné pole (opatření č. 3). • Vyhodnocovat a dokumentovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo

zařízení, v případě nutnosti s doprovodem (opatření č. 6).

- Zajišťovat všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den) a činit o tom záznamy do dokumentace (opatření č. 8).
- Zajišťovat poskytování zdravotní péče, včetně podávání léků, pouze pracovníky s odpovídající kvalifikací a oprávněními, nikoliv prostřednictvím asistentů sociální péče či neformálních pečujících; podávání léků řádně dokumentovat (opatření č. 10).
- Léky na předpis podávat pouze klientům, kterým je předepsal lékař oprávněný k výkonu povolání lékaře, a to jen v ordinovaném dávkování (opatření č. 11).
- Opatření omezující pohyb osob používat výhradně v souladu s právními předpisy (opatření č. 12).
- Postranice a fixační pomůcky používat pouze na základě individuálně vyhodnoceného rizika pádu, až pokud nelze použít méně omezující prostředek k ochraně před pádem (opatření č. 13).
- Důsledně dokumentovat, z jakého důvodu a na jaký časový úsek bude mít klient postranici či fixační pomůcku nasazenou a kdo rozhodl o jejich použití (opatření č. 14).
- Lékařskou péči zajišťovat klientům výhradně osobami oprávněnými vykovávat lékařské povolání (opatření č. 16).
- Zajišťovat poskytování zdravotní péče pouze pracovníky s odpovídající kvalifikací, nikoliv prostřednictvím asistentů sociální péče či zcela neformálních pečovatелů (opatření č. 17).
- Podání léků řádně dokumentovat (opatření č. 19).
- Léky na předpis vždy označovat jménem klienta, kterému byly předepsány (opatření č. 22).
- Důsledně sledovat, zaznamenávat a vyhodnocovat nutriční stav klientů (včetně váhy nebo alternativního parametru). Zjištěný stav konzultovat s praktickým lékařem, případně nutričním specialistou a nastavovat odpovídající intervenci (opatření č. 23).
- Jídelníčky nastavovat odborně s ohledem na jejich výživovou hodnotu a potřeby klientů (opatření č. 24).
- Zajišťovat důstojné stravování klientů (opatření č. 25).
- Péči o klienty přizpůsobovat stadiu demence (opatření č. 26).
- Vzdělávat personál v oblasti specifik péče o lidi s demencí a jejich potřeb (opatření č. 27).
- Věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda klienti nemají depresi, a upravovat péči jejich potřebám (opatření č. 28).
- Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání a umožňovat celkovou koupel pod tekoucí vodou nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 30).

- Nastavovat podporu kontinence klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (opatření č. 31).
- Nabízet aktivizační činnosti všem klientům (i těm s větší mírou závislosti na poskytované péči), a to tak, aby odpovídaly jejich individuálním potřebám. Klienty podporovat také v aktivizačních aktivitách mimo zařízení (opatření č. 32).
- Netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování a soustavně edukovat personál o nezbytnosti chovat se ke klientům jako k dospělým lidem a s respektem (opatření č. 33).
- Vést vypovídající dokumentaci o poskytování sociálních i zdravotních služeb klientům (opatření č. 34).
- Zjišťovat a vyhodnocovat informace o aktuálních potřebách a rizicích klienta, pokud je to vhodné, pak ve spolupráci se zdravotníky. Na základě zjištěných informací nastavit péči o klienta odpovídající jeho potřebám a průběžně ji dokumentovat. Informace o aktuálních potřebách, rizicích a nastavení péče zaznamenat do individuální dokumentace klienta. Plánovat naplňování potřeb klientů, plány systematicky realizovat a přehodnocovat (opatření č. 36).
- Umožňovat klientům uzamknout se v koupelně a na toaletě (opatření č. 38).
- Hygienu a výměnu inkontinenčních pomůcek na lůžku provádět vždy v soukromí, tj. na vícelůžkových pokojích za zástěnou (opatření č. 39).
- Primárně vést klienty podle individuálních schopností k odpovědnosti za osobní doklady. V případě převzetí dokladů do úschovy zabezpečit doklady tak, aby k nim neměly přístup nepovolané osoby a bylo jasné, kdo z personálu a za jakým účelem s nimi manipuluje (opatření č. 40).