

# Naplňování potřeb seniorů se sníženou soběstačností ve Středočeském kraji

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA kvalitativní studie

Připraveno výhradně pro Středočeský kraj

31.5.2022



# Obsah

- Pozadí studie
- Detailní výsledky
  - Profil SENIORA se sníženou soběstačností
  - Profil pečujícího RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA
  - Vnímání a role vlastního DOMOVA
  - Profil SENIORA se sníženou soběstačností
  - Vnímání ÚSTAVNÍ PÉČE – DOMOVA PRO SENIORY
  - Oblasti ÚSPĚŠNÉHO ZVLÁDNUTÍ snížené soběstačnosti v domácím prostředí
  - PROTEKTIVNÍ FAKTORY pro život v domácím prostředí
  - RIZIKOVÉ FAKTORY pro život v domácím prostředí
- Závěry a doporučení

# Pozadí studie



# Pozadí a cíle spolupráce



## Situace:

- Předmětem této výzkumné studie v oblasti naplňování potřeb seniorů se sníženou soběstačností žijících na území Středočeského kraje bylo prozkoumání a definice **protektivních a rizikových** faktorů, které ovlivňují volbu formy sociální služby (terénní versus pobytové).



## Hlavní cíle spolupráce:

- Cílem výzkumu bylo poznat a **definovat faktory ovlivňující volbu způsobu péče** o seniory se sníženou soběstačností (v minimálně III. stupni závislosti na péči druhé osoby – s přiznaným příspěvkem na péči ve III. či IV. stupni) v kontextu setrvání v přirozeném prostředí či odchodu do zařízení typu domova pro seniory/domova se zvláštním režimem. Konkrétně pak u těch seniorů, kterým jsou/byli uživateli terénních (případně také ambulantních) služeb sociální péče – zejména pečovatelské služby a osobní asistence.
- Znění základních výzkumných otázek:
  - A) **Jaké „rizikové“ faktory** působí v situaci, kdy senior se sníženou soběstačností i přes podporu terénních (případně ambulantních) služeb sociální péče **odchází do zařízení služby pobytové?**
  - B) **Jaké „protektivní“ faktory** působí v situaci, kdy senior se sníženou soběstačností **žije** (s případným výhledem dožití) **v přirozeném prostředí** za podpory terénních (případně ambulantních) služeb sociální péče?

Tato zpráva přináší výsledky realizované studie.

# Design studie



## Kvalitativní výzkum

1

### Metodologie

Individuální hloubkové rozhovory  
Osobní (34 IDI) a telefonické (2 IDI)

2

### Vzorek

#### 36 respondentů celkem

30 z části Senioři v domácím prostředí  
(10 seniorů, 10 rodinných příslušníků,  
10 zástupců sociálních služeb)

6 z části Senioři v pobytovém zařízení  
(2 senioři, 2 rodinní příslušníci, 2 pracovníci  
sociálních služeb)

3

### Délka rozhovoru

30-45 minut

4

### Cílová skupina

- Senioři: osoby starší 65 let se se sníženou soběstačností (ve III. či IV. stupni závislosti na péči), dělení dále na
  - Část 1: 10 osob s terénní (případně také ambulantní) službou poskytovanou v přirozeném prostředí alespoň 6 měsíců, přičemž po tuto dobu jsou současně příjemci příspěvku na péči ve III. či IV. stupni závislosti, 10 rodinných příslušníků, 10 zástupců sociálních služeb
  - Část 2: 10 osob, co odešlo do pobytového zařízení (od nástupu uplynulo maximálně 6 měsíců a již v době využívání terénní sociální služby jim byl přiznán alespoň 6 měsíců příspěvek na péči (ve III. či IV. stupni závislosti na péči)) 10 rodinných příslušníků, 10 zástupců sociálních služeb
- mix pohlaví seniorů a rodinných příslušníků
- mix velikosti obcí



Vzhledem k enormně nízkému výskytu seniorů odpovídajících kombinaci všech kritérií se navzdory veškeré snaze podařilo zrealizovat z požadovaného vzorku 30 IDI pouze 6; o obtížnosti rekrutace jsme zadavatele v průběhu studie informovali.



Detailní výsledky

# Profil SENIORA se sníženou soběstačností



# Kdo je senior ve III. (IV.) stupni závislosti



Poznámka: veškeré obrázky použité v závěrečné zprávě jsou pouze ilustrační; zdroj: google.cz

## Společné rysy

3. (a 4.) stupeň závislosti je předurčen fyzickým i mentálním stavem seniora, který:
- přichází často po vážném zdravotním problému (mozková příhoda) nebo zhoršení již tak vážného zdravotního stavu (návrat rakoviny, zhoršení dlouhodobé nemoci)
  - přináší s sebou zásadní negativní změnu úrovně života především ve vlastní nezávislosti a schopnosti se o sebe postarat
  - znamená ztrátu důstojnosti v podobě inkontinence a neschopnosti základní hygieny
  - oslabuje komunikační schopnost (často se zhoršuje řeč, sluch)
  - minimalizuje „svět“ seniora – omezuje jeho pohyblivost, snižuje dosah (invalidní vozík, upoutání na lůžko)
  - přináší takto výrazné sociální omezení (nemožnost fyzického kontaktu s přáteli, obtížná komunikace, stud, sebelítost, averze)
  - představuje často:
    - v počáteční fázi šok, neschopnost smířit se s novou situací, úzkost, strach, depresi
    - ve stabilizované fázi akceptaci, totální spoléhání se na pečujícího, mnohdy pohodlnost až lenost ve vlastní aktivitě, postupem času i sobeckost a sebestřednost v prosazování vlastního zájmu na úkor druhých

## Odlišnosti

Kvalitativní optikou jsou rozdíly velmi malé, spojené primárně se závažností zdravotního stavu a osobnostním nastavením seniora (optimismus, zájem o nové podněty, snaha na sobě pracovat...).

Důležitým odlišujícím faktorem je rodinná situace, konkrétně pak četnost (či vůbec existence) kontaktu s rodinou, případně přáteli/sousedy.

Spíše ojediněle se zde vyskytuje zapojení do sociálního života v denním stacionáři, valná většina seniorů v těchto stupních závislosti dává přednost bezpečí vlastního domova. Většinou je vzhledem k nepohyblivosti seniorů jakékoli opuštění domova náročnou organizační „operací“.



# Profil pečujícího RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA seniora se sníženou soběstačností



# Kdo je pečující rodinný příslušník

## DCERA / SYN

### Společné rysy

Člen(ové) rodiny, který:

- na základě výchovy, životních hodnot, morálních zásad maximálně usiluje pro svoji matku/otce o umožnění života doma
- upozaduje svůj život ve prospěch seniora ve smyslu:
  - řešení společného bydlení (či alespoň občasného pobytu)
  - organizace práce a pracovní doby (změna úvazku, posuny začátku / konce pracovní doby, využití poledních pauz...)
  - využití volného času
  - omezení vlastního sociálního života
  - mnohdy i vlastního zdraví (spánek, odpočinek, relaxace...)
- řeší často zhoršení ekonomické situace (dotování seniora, snížení pracovního úvazku...)
- nezdědka ohrožuje svůj partnerský vztah, vazby s přáteli



### Odlišnosti

Míra péče a obětavosti je nejčastěji odvislá od kvality vztahu se seniorem a životní situací (bydliště, zaměstnání, finance), roli hraje i pohlaví (odmítání ženské hygieny u synů); zneužití situace seniora ve vlastní prospěch je ojedinělé.



### Odlišnosti

V rámci studie byly detekovány minimální rozdíly mezi pečujícími partnery způsobeny primárně vlastním zdravotním stavem a fyzickou i psychickou odolností.

## PARTNER

### Společné rysy

Manžel/ka, který/á:

- prožil/a se seniorem většinu / valnou část života
- nechce ji/jej (také na základě výchovy, životních a morálních hodnot) opustit ve svízelné životní situaci
- nechce zůstat sám/a
- upozaduje svůj život ve prospěch partnera ve smyslu:
  - zhoršení vlastního zdraví (fyzická námaha, spánek, odpočinek, relaxace...)
  - omezení vlastního sociálního života a času pro sebe
- řeší často vlastní zdravotní problémy, které komplikují péči o seniora (operace a pobyty v nemocnici)
- dlouhodobě se psychicky obrňuje a připravuje na možnost, že péči o partnera v budoucnu již nezvládne.

# Vnímání a role vlastního DOMOVA



# Domov jako poslední bašta „bývalého“ života



## Společné rysy

Všichni senioři v této studii považují domov za zásadní, je posledním pilířem bezpečí a odchod z něj je pro ně strašákem, o které se „raději nahlas nemluví“:

- domov představuje jistotu, stabilitu, prostředí, ve kterém žijí dlouhá léta
- umožňuje jim život podle svého, nemusí se podřizovat žádnému řádu (oproti Domovu seniorů)
- mají zde soukromí
- je symbolem sounáležitosti jak s rodinou, tak prostředím (přátelé, sousedé, okolí...)
- je studnicí vzpomínek na mládí / produktivní věk, ke kterému se rádi vracejí
- je pojítkem s životem, který dříve žili a který jim chybí
- nabízí více podnětů vlastní volby (zvířata, zahrádka, TV, notebook...)

V podstatě všichni věří pečující osobě nebo osobám, že „je do ústavu nedají“.

## Odlišnosti

V tomto ohledu nebyly detekovány téměř žádné rozdíly ve vnímání seniorů pobývajících doma.

Logickou odlišnou skupinu tvoří senioři v pobytovém zařízení, kteří odchodem z domova prošli (Pouze 2 ze vzorku studie).

U nich byl odchod také velmi těžký a dlouho odkládaný, nicméně závažnost zdravotního stavu a schopnost reflexe rodinné situace (zátěže) je „donutila“ zvolit nevyhnutelné řešení v podobě přechodu do domova seniorů.

# Vnímání ÚSTAVNÍ PÉČE – DOMOVA PRO SENIORY



# Domov pro seniory až jako poslední možnost



## Společné rysy

Nevyřčeným východiskem pro uvažování o přechodu do ústavní péče je situace „když už to jinak nepůjde“, což je kombinace neschopnosti nadále fungovat v současném módu u pečujícího i opečovávaného.

Často bývá impulsem konkrétní incident, který poukáže na problematičnost / neúnosnost aktuálního řešení (pád seniora bydlícího samostatně a jeho nalezení po několika hodinách na zemi).

## Odlišnosti

Situace u seniorů je téměř shodná, rozdíly jsou patrné u pečujících osob, primárně mezi rolemi partner/ka a syn/dcera.

Partneři žijící se seniorem ve stejné domácnosti (bez dětí) mají 24-hodinový kontakt, mohou okamžitě reagovat na vážné situace typu upadnutí a současně jsou flexibilnějšími partnery pro sociální pracovníky. Pro ně je stěžejním handicapem vlastní zdraví, takže varianta ústavní péče začíná být aktuální v momentě úbytku sil / rizika vlastního poškození.

Děti seniorů bydlí často jinde a cesta k mamince / tatínkovi je pro ně primárně organizační (částečně i finanční) komplikací, kterou někdy absolvují i vícekrát denně. Zde je pak hlavním kritériem zhoršení stavu, buď seniora (přestane zvládat i s pomocí rodiny a sociální služby), nebo rodiny (nezvládá skloubit péči / práci / osobní život) nebo obou.

# OBLASTI ÚSPĚŠNÉHO ZVLÁDNUTÍ SNÍŽENÉ SOBĚSTAČNOSTI v domácím prostředí



# 4 oblasti úspěšného zvládnutí snížené soběstačnosti

Abychom detailně zmapovali oba typy faktorů (protektivní i rizikové), rozdělili jsme přístup jak seniora tak rodiny do 4 základních oblastí, které spolu dohromady tvoří bázi pro úspěšné zvládnutí situace a současně selhání jakékoli z nich znamená selhání celku.

## CHTÍT

## UMĚT

## MOCI

## VYDRŽET

### SENIOR



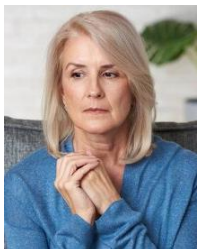
- Nejrizikovější oblast u seniorů, ztráta soběstačnosti je často silným traumatem s rizikem nesmíření, rezignace, apatie

- Oblast silně ovlivněná rodinou a sociálními službami, současně také mentálním a fyzickým stavem seniora

- Oblast podmíněná životní úrovní seniora a rodiny – bydlení, finanční zabezpečení

- Druhá stěžejní oblast – s postupně se zhoršujícím stavem riziko ztráty motivace, smyslu života, egocentrický postoj

### RODINA



- Stěžejní oblast, bez které je senior odkázán na sebe a pomoc sociálních služeb s výrazně nižší šancí na dlouhodobé fungování

- Důležitá oblast pro nastavení funkčního systému péče s minimalizací rizik z neznalosti. S délkou péče se často postupně zlepšuje (rodina, ale i senior, se učí zvládat obtížnou situaci).

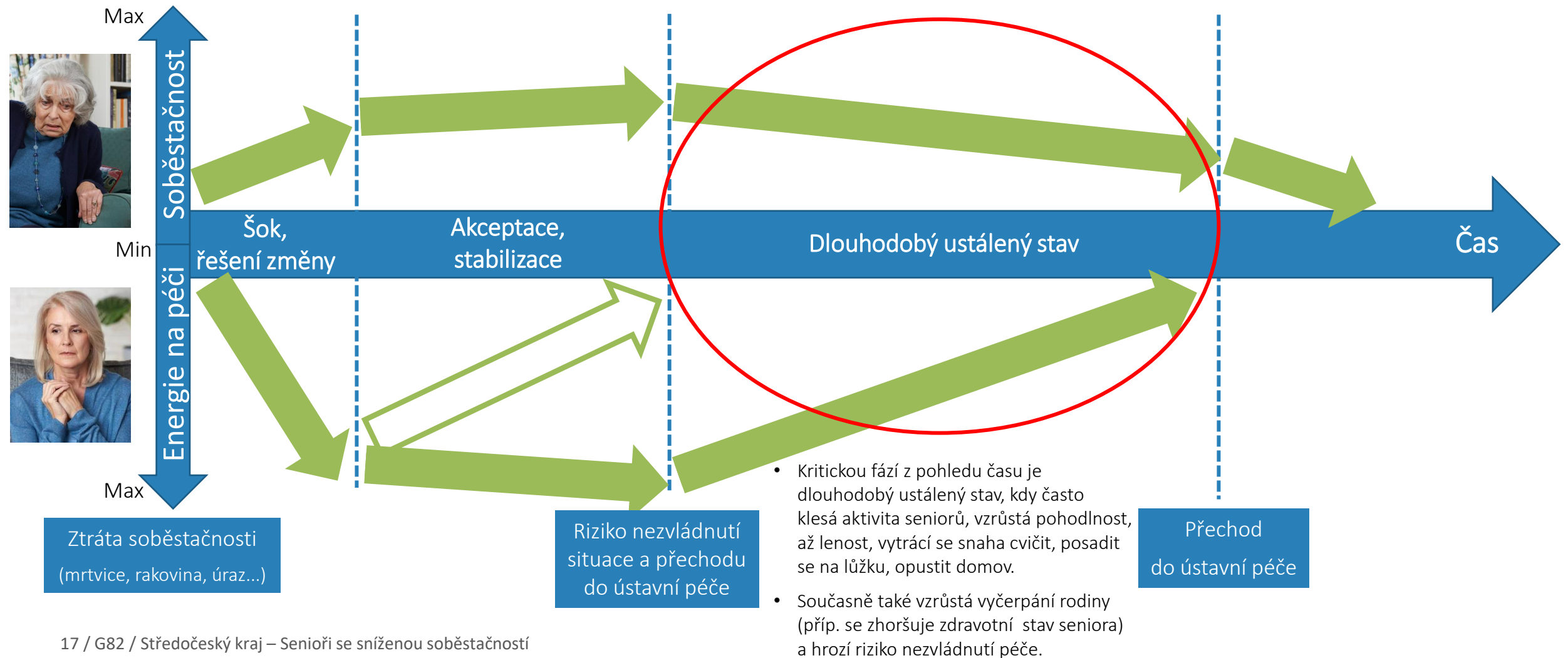
- Nalezení a využívání zdrojů – finančních, časových i energetických.
- Zde může docházet k pozitivnímu i negativnímu posunu v čase ("nastavili jsme si podmínky" vs. "mysleli jsme, že to půjde, ale nejde to").

- Velmi důležitá a často přehlížená oblast v rámci upřednostnění seniora a jeho potřeb, dlouhodobě vysoké riziko vyhoření, ztráta vlastního sociálního zázemí (partnera, přátel)



# Vývoj situace v čase

Pro lepší pochopení obou typů faktorů je třeba situaci seniorů i rodiny vnímat v čase a rozdělit ji na 3 základní fáze, které s sebou nesou lehce rozdílné potřeby a výzvy a představují rozdílné riziko přechodu z domácí do ústavní péče.



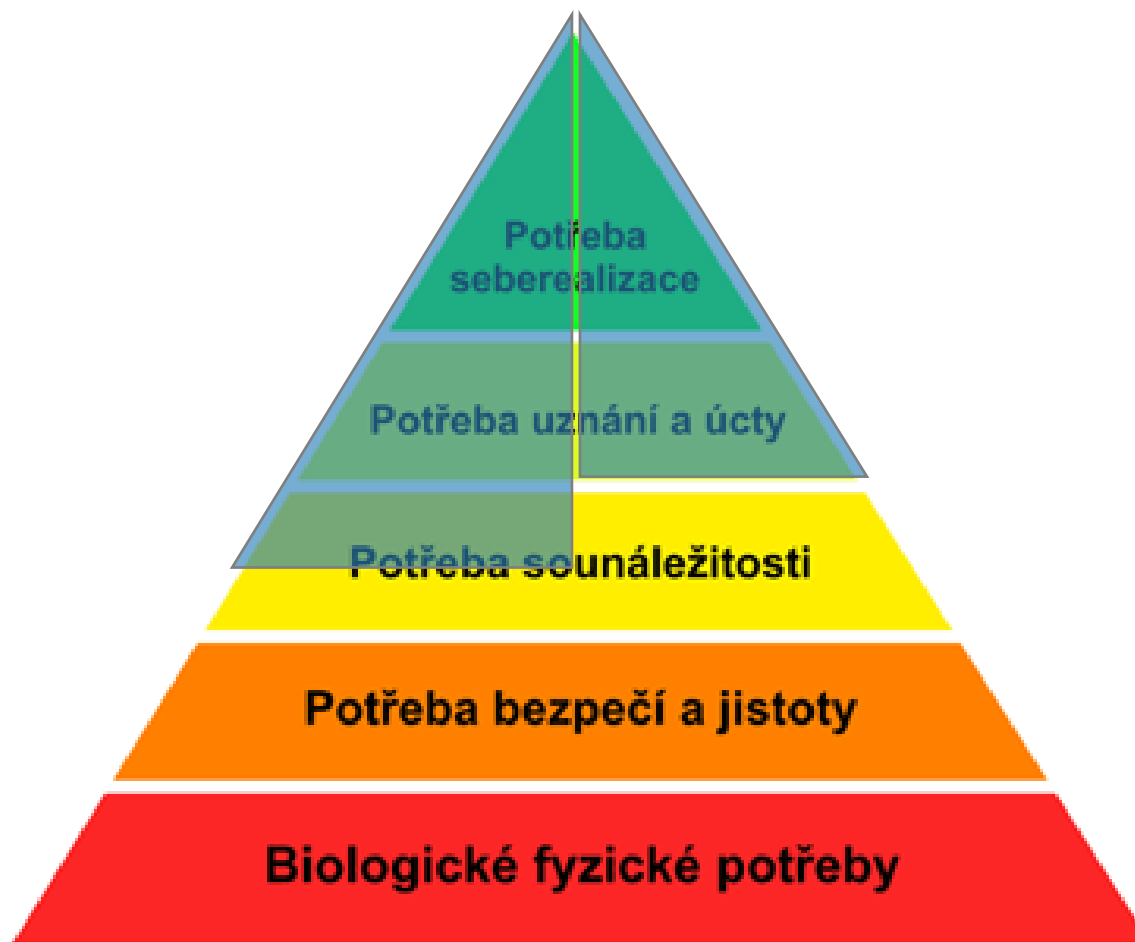
# Pohled přes Maslowovu pyramidu potřeb

Důležitou perspektivu poskytuje také Maslowova pyramida potřeb, která ukazuje podobné zatížení pro obě strany; výrazně nebezpečnější je však dopad na rodinu, u které nedošlo ke ztrátě soběstačnosti, přesto ji však následky ovlivňují velmi podobně.

## RODINA



- Orientace rodiny na seniora způsobuje již zmíněné upozadění vlastních potřeb.
- Pohledem přes Maslowovu pyramidu vidíme až rezignaci na vrchní patra pyramidy, většina energie se věnuje zabezpečení spodních 2 pater s přesahem do Sounáležitosti a lásky, avšak opět primárně ve vztahu k seniorovi, méně pak zbytku rodiny, minimálně přátelům.



## SENIOR



- Situace je obdobná také u seniora, pro kterého je velmi narušeno patro Bezpečí a jistoty, ztratil valnou většinu původního života, svět se mu „smrskl“ na pokoj s lůžkem a vnitřně ví, že je odkázán na pomoc rodiny.
- V počátečních fázích tak saturace spodních 3 pater více než dostačuje, potíže se objevují s časem, kdy zvládnutí základních věcí přestává stačit, ale „výlet“ do vyšších pater není možný nebo je extrémně náročný.

# PROTEKTIVNÍ FAKTORY pro život v domácím prostředí





# Protektivní faktory jednotlivých oblastí

Ochranné faktory jsou rozděleny do jednotlivých oblastí zvládnání snížené soběstačnosti a řeší tak jak přístupový pohled (silněji u seniora), tak schopnosti, možnosti a udržitelnost péče. Za předpokladu ochoty pečovat o seniora je u rodiny zpočátku stěžejní zvládnout novou situaci, naučit se fungovat a využívat dostupnou pomoc, v průběhu času nabývá na důležitosti schopnost odpočinku a relaxace, nalezení času pro sebe.

## CHTÍT

## UMĚT

## MOCI

## VYDRŽET

### SENIOR



- Akceptovat aktuální stav
- Najít (nový) smysl života / motivaci k pokračování
- Neztratit sebeúctu
- Přijmout péči (hrdost)
- Necítit se na obtíž

- Znat možnosti podpory
- Trénovat fyzické i psychické dovednosti
- Využívat dostupnou pomoc
- Převzít vlastní díl odpovědnosti (nevzdávat se)

- Využívat finanční podporu
- Rozumně hospodařit
- Respektovat potřeby pečující rodiny

- Nepřetížít rodinu
- Nacházet nové podněty a aktivity s ohledem na omezené možnosti

### RODINA



- Vědět o systému pomoci
- Znat finanční možnosti
- Mít možnost odborné konzultace (překonání obav z nezvládnutí situace)

- Znat možnosti podpory
- Využívat dostupnou pomoc - zdravotní pomůcky, služby
- Získat nezbytné odborné znalosti a dovednosti v oblasti péče

- Mít dostatečné finanční zázemí (nezbytná podmínka)
- Využívat finanční podporu státu
- Vytvořit si čas na péči
- Nalézt energii na péči
- Zkoušet a informovat se

- Znat dlouhodobý dopad péče (rostoucí demence a sebestřednost seniorů)
- Neupozaďovat vlastní potřeby (zdravotní, sociální, seberealizační...)
- Minimalizovat riziko vyhoření (odpočinek, relaxace, čas pro sebe...)

# RIZIKOVÉ FAKTORY pro život v domácím prostředí





# Rizikové faktory jednotlivých oblastí

Se týkají především rodiny, bez jejíž pomoci by byl senior ve výrazně těžší situaci. U seniora samotného je nadneseně řečeno největším rizikem vyčerpání sil vlastní rodiny do té míry, že péče je nadále neúnosná. U rodiny je stěžejní nezapomenout na sebe a nenechat se seniorem „vydírat“.

## CHTÍT

## UMĚT

## MOCI

## VYDRŽET

### SENIOR



- Nesmíření se s novým stavem
- Rezignace

- Nezájem o možnosti podpory
- Neprovádění tréninku fyzických a psychických dovedností
- Odmítání pomoci
- Přesunutí zodpovědnost na rodinu / sociální službu

- Nevyužívání finanční podpory
- Nedostatečné hospodaření
- Nerespektování potřeb pečující rodiny

- Prosazování svých zájmů, vyžadování podřizování a přizpůsobování se
- Neochota využít odlehčovací službu

### RODINA



- Nezájem, nechuť pečovat (špatné rodinné vztahy)
- Obavy ze ztráty osobního života
- Obavy ze zhoršení ekonomické situace
- Snaha využít situace pro vlastní výhody (prodej / pronájem nemovitosti)

- Neznalost systému podpory
- Strach z odborného nezvládnutí péče
- Neschopnost pořídit adekvátní pomůcky
- Rezignace při prvních neúspěších

- Strach z nezvládnutí finanční stránky péče
- Neznalost finanční podpory státu
- Neschopnost / nemožnost časové organizace péče
- Nenalezení zdrojů energie pro péči
- Rezignace při zklamání, že se to nepovedlo rychle nastavit

- Neznalost / podcenění dlouhodobého dopadu péče
- Upozadění vlastních potřeby (zdravotní, sociální, seberealizační...)
- Nezvládnutí dlouhodobé zátěže, vyhoření



Závěry a doporučení

# Závěry a doporučení



## 1 Výchozí nastavení rodin hovoří ve prospěch domácí péče

Celkově výsledky studie ukazují, že ve funkčních rodinách s dostatečným finančním zázemím (= ne na pokraji přežití) existuje zřejmá preference udržet seniora se sníženou soběstačností v domácí péči. Nadneseně řečeno, je to to hlavní (jediné), co maminku/tatínka ještě drží při životě. Odchod z přirozeného prostředí je strašákem, o kterém se většina seniorů bojí být jen nahlas mluvit.

## 2 Vstup do III. a IV. stupně závislosti znamená silnou zátěž pro všechny

Již 3. stupeň závislosti znamená v praxi neustálou péči o téměř nepohyblivého člověka, který často bojuje s akceptací nové situace a s hledáním smyslu / cíle zbytku života. Rodina se tak musí v případě ochoty pečovat připravit na úpravu aktuální podoby života – řeší otázky finanční, časové, organizační, technické, znalostní a do toho musí být psychickou oporou seniorovi pro zvládnutí situace. Znalost systému podpory sociálních služeb je v této fázi velmi důležitá, kromě samotné pomoci přináší i uklidnění, že na to rodina není sama, že existují tisíce rodin, které takto fungují.

## 3 III. a IV. stupně závislosti znamenají „lůžkového“ klienta

Upoutání na lůžko či minimálně výrazné omezení pohyblivosti seniorů znamená extrémní zmenšení jejich světa, život primárně v jedné místnosti, okleštění aktivit na „to, co jde dělat v posteli“. Ztráta valné většiny impulzů vede dlouhodobě ke zhoršování fyzických, ale i psychických schopností – k pohodlnosti až lenosti. Opět zjednodušeně řečeno, pokud se na seniory „netlačí“, postupně scházejí. Rodina většinou nemá sílu potřebný nátlak vyvíjet, tuto funkci tak často plní pečovatelky, i ty mají však okleštěné možnosti. Současně existuje minimální možnost objednání služeb „do domu“, lékařské, právnícké, ale i kadeřnické služby znamenají výjezd ven, tedy pro mnohé náročnou „operaci“, které se snaží vyhnout.

## 4 Protektivní faktory značně převažují rizikové, zabiják je především čas a jednotvárnost

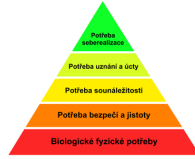
Výzkum ukazuje na převahu ochranných faktorů, které souvisejí s primárním nastavením rodin a současně funkčním (více či méně) systémem podpory sociálních služeb. Největší rizikové faktory představují dlouhodobá zátěž rodiny, která upozaduje své potřeby, a dále jednotvárnost, neměnnost života seniorů upoutaných na lůžko.



# Závěry a doporučení II

5

## 5 Na co se zaměřit



Z pohledu **Maslowa** je

- nezbytné zajistit spodní patra, aby senior mohl fungovat (Biologické potřeby a Bezpečí); z dlouhodobějšího pohledu je zde důležité doplnit to, co aktuálně chybí – rehabilitace, odborní lékaři, specializované služby (právník, notář) – a to vše formou „do domu“, aby rodina nemusela řešit dopravu, když to není nezbytně nutné
- pro motivaci je důležitá i Sounáležitost a láska – ta se většinou odráží již v samotné péči, zde může pomoci jak edukace rodin, tak uvolnění jejich rukou pro sebe, aby senior nebyl zdrojem frustrace a vyčerpání
- stěžejní výzvu představuje zbrždění trendu postupného upadání (ideálně jeho obrácení (alespoň krátkodobé)), které by se mohlo podařit skrze vyšší patra pyramidy – Uznání a Seberealizaci; zde se otevírá prostor pro specializované služby typu zajištění výletů, zájmových klubů, sociálního kontaktu s vrstevníky (rozšíření světa, alespoň částečný návrat k bývalému životu)



Z pohledu **času a jednotlivých** fází se jeví jako podstatné:

- Počáteční fáze - pomoci překonat šok, stabilizovat situaci, představit možnosti, ukázat, že „v tom rodina není sama“
- Akceptace / Stabilizace – naučit rodinu vše potřebné k péči, morálně podpořit, pomoci s výběrem pomůcek, představit možnosti finanční výpomoci, mít příklady úspěšných, ale i neúspěšných pokusů situaci zvládnout ("neopakovat chyby")
- Dlouhodobý ustálený stav - „kontrola“ psychického (i fyzického) stavu rodiny, psychologické poradenství, práce se seniorem (i rodinou) v oblasti akceptace odlehčovacích služeb, zprostředkování služeb pro výpomoc (zmiňené specializované služby, dále technické řešení pro rodiny nežijící se seniorem (wi-fi kamery pro kontrolu seniorova domova))

Samostatnou kapitolu tvoří **zvířata**, která často suplují sociální kontakt a jsou důležitým zdrojem energie pro frustrované seniory. Otázkou jsou různé canisterapie, hipoterapie, v případě samostatně žijícího seniora méně náročné zvíře typu želvy, papouška (s dopomocí pečovatelky).

# Závěry a doporučení III

## 5 Na co se zaměřit II

Velkým tématem je „**zařizování všeho možného**“, a to nejen pro seniora, ale i pro pečující osobu. Kadeřník? Opravář čehokoli/hodinový manžel? Velký úklid, mytí oken? Otázkou je „naroubování“ na komerční subjekty tak, aby však služby mohly zařizovat (nikoli platit!) pečující instituce.

Dalším koncepčním tématem je systematická **osvěta veřejnosti** – zdá se, že mnoho věcí má rezervy proto, že nikomu nepřijde na mysl se v něčem takovém angažovat, případně že něco takového existuje! Kurzy, příklady, vysvětlování, programy, ... i pro odbornou veřejnost – psychology, psychiatry, právníky, ... nejen z pohledu postižených, ale i (možná ještě více) pečujících osob! Například „banalita“ typu očkování.

Důležitým bodem se zdá být i **transparentnost systému** – existuje například podezření, že v různých oblastech a zařízeních fungují služby různě. Existují standardy? Co už je nadstandard a co ještě standard? Je to někde jasně napsané? Co si může každé zařízení nastavit po svém a co je povinno dělat? A jak do toho vstupují soukromé subjekty – jsou nebezpečné, protože si dělají, co chtějí, nebo naopak přínosem, protože mají daleko větší možnosti?

Dalším zamyšlením je propagace a **podpora zařízení pro seniory** (Paraplíčko v Boleslavi, různé kluby seniorů) - vedou je často starší lidé, tedy osoby se snižující se kapacitou, nemají následovníky, často končí. Systém podpory a propagace těchto služeb by mohl pomoci ke změně vnímání oboru a jeho atraktivitě / uznání mezi širší veřejností.

Posledním bodem objevujícím se na straně **sociálních služeb** je **nedostatek mužů** a především jejich fyzické síly pro obsluhu bezvládných a často obézních seniorů. Téma zasahující do systému odměňování pracovníků sociálních služeb a atraktivity branže pro mužskou část populace otevírá opět koncepční otázku nastavení platů a propagace odvětví.



Děkujeme za pozornost, v případě jakýchkoli dotazů jsme k dispozici.



**Ondřej Herink**  
[ondrej.herink@g82.cz](mailto:ondrej.herink@g82.cz)  
603 458 960



**Martin Souček**  
[martin.soucek@g82.cz](mailto:martin.soucek@g82.cz)  
724 745 775