

# **Administrácia a riadená dokumentácia v sociálnych službách**

**Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie**



**Mária Koval'ová**

**Andrej Mátel**

**Martina Štepanovská (eds.)**

**2011**

KOVALOVÁ, M. – MÁTEL, A. – ŠTEPANOVSKÁ, M. (eds.) 2011. *Administrácia a riadená dokumentácia v sociálnych službách*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Skalica : Občianske združenie ELISABETH. 80 s. ISBN 978-80-970567-2-8.

---

**Názov:** Administrácia a riadená dokumentácia v sociálnych službách.  
Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie

**Editori:** Mária Koval'ová, Andrej Mátel, Martina Štepanovská

**Recenzenti:** prof. MUDr. František Mateička, CSc. (zdravotnícka sekcia)  
doc. PhDr. Mária Dávideková, PhD. (sekcia sociálnej práce)  
FZaSP Trnavskej univerzity v Trnave

**Vydavateľ:** Občianske združenie ELISABETH

**Miesto vydania:** Skalica

**Vydanie:** prvé

**Rok vydania:** 2011

**Počet strán:** 80  
Text neprešiel jazykovou korektúrou .

**Grafická úprava:** Mgr. Lucia Janechová

**Typ väzby:** CD-Rom

**Náklad:** 100 kusov

**Tlač:** Exocom

**ISBN** 978-80-970567-2-8

**EAN** 9788097056728



**Vysoká škola zdravotníctva  
a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o.**

**Detašované pracovisko Dr. P. Blahu v Skalici**

**Občianske združenie Elisabeth**

**Inštitút ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov**

**v spolupráci s**

**Mestom Skalica**

**Ústavem sociální práce, Univerzita Hradec Králové**

**Zborník z vedeckej konferencie**

## **Sociálne služby v regióne 2**

**Administrácia a riadená**

**dokumentácia v sociálnych službách**

**v Skalici**

**10. november 2011**

**Vedecký výbor konferencie**

prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.

PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Mgr. Mária Kovaľová, PhD.

PhDr. Martina Štepanovská

## OBSAH

Predhovor .....	5
<b>I. SEKCIA SOCIÁLNEJ PRÁCE .....</b>	<b>7</b>
Administratíva a riadená dokumentácia <i>Mária KOVAĽOVÁ</i> .....	8
Eticky senzitívna administrácia a dokumentácia v sociálnych službách <i>Andrej MÁTEĽ</i> .....	19
STN EN ISO 9000 a podmienky kvality v zákone o sociálnych službách <i>Ondrej BUZALA</i> .....	30
Sociálne programy implementované v samospráve Bziny a možnosti ich exaktného merania <i>Ján BEŇUŠ, Daniela GIERTLIOVÁ</i> .....	37
<b>II. SEKCIA ZDRAVOTNÍCTVA A OŠETROVATEĽSTVA .....</b>	<b>48</b>
Poskytovanie zdravotnej starostlivosti a informovaný súhlas <i>Zdenko MIKULIČKA</i> .....	49
Manažment starostlivosti o nehojace sa rany v domácom prostredí <i>Júlia POLÁKOVÁ, Henrieta NOVKOVÁ</i> .....	53
Obezita v detskom veku - možnosti jej prevencie <i>Dagmar MIKULIČKOVÁ</i> .....	62
Školská mládež a šport <i>Daniel KRUTÝ</i> .....	69
Psychické a fyzické zmeny u žien v období menopauzy <i>Henrieta NOVKOVÁ, Júlia POLÁKOVÁ</i> .....	72

## Predhovor

Podľa doterajších zisťovaní, nie je vo väčšine zariadení sociálnych služieb na Slovensku a ani v okolitých postkomunistických štátoch zavedený komplexný dokumentačný systém, ktorý by priamo korešpondoval s koncepciou holistickej starostlivosti o človeka a bol integrovaný do procesu permanentného zvyšovania kvality služieb, čiže by sa dal ako systém vyučovať na škole a aplikovať v praxi. Dokumentačný systém pri tom chápeme ako jeden z priamych nástrojov na zvyšovanie kvality služieb v zariadeniach sociálnych služieb, ktorého primerané usporiadanie a zavedenie má priamy a bezprostredný dopad na zvýšenie kvality služby. Niektoré zariadenia sociálnych služieb vedú dokumentáciu čiastočne. Riadenie dokumentácie však nie je zabezpečené písomným postupom, ktorý by mal znaky riadenej dokumentácie písomne fixovaných pravidiel.

Prvé zistenie z praxe: dokumentácia je nejednotná, ťažko preskúmateľná a ešte ťažšie hodnotiteľná. Vzhľadom k tomu, že neboli definované procesy, neexistovala jednotná odborná terminológia a neboli stanovené ani ciele kvality a plány kvality jednotlivých činností, ani odborné štandardy k výkonom, nie je možné zabezpečiť ani hodnotenie výstupov z dokumentácie.

Druhé zistenie z praxe: Zariadenia sociálnych služieb realizujú veľké množstvo výkonov, ktoré nie sú zoradené podľa vstupov a výstupov do procesov. Týchto procesov a výkonov sa zúčastňuje viac ľudí. Pre zabezpečenie optimálnej starostlivosti je nevyhnutné, aby každá osoba personálu vedela čo robila iná osoba personálu, buď v inom čase, alebo v inom procese. Preto ako dôležitý pracovný nástroj pre kvalitu môžeme na tomto mieste určiť vedenie riadenej dokumentácie.

Tretie zistenie z praxe: Dokumentácia o klientovi je „rozhádzaná“, teda oddelená do jednotlivých oddelení (opatrovanie, ošetrovanie, rehabilitácia, poradenstvo atď.) a preto nevieme zabezpečiť celistvý obraz klienta, ktorý by nám pomohol vypracovať metodický postup s komplexnou starostlivosťou a s individuálnym prístupom.

Dôkazy, ktoré môžeme menovať:

- prax ukazuje, že vďaka dokumentovanému systému sa trvalo zlepšuje efektívnosť prevádzky zariadenia;
- trvalo sa znižuje počet zanedbaní, chýb, zameškaní a kompetenčných sporov;
- zo strany klientov a ďalších záujmových partnerov sa zosilnene požaduje dôkaz účasti opatrení na zaistenie kvality. Viest' tieto dôkazy je možné čierna na bielom zodpovedajúcou smernicou a dôkazovou dokumentáciou;

- dokumentácia umožňuje organizácii z diaľky a do diaľky ukázať jej transparentnosť vo vzťahu ku kvalite a kontrolovateľnosť, čím si zabezpečuje aj dôveryhodnosť u klientov.

Z našej praxe sme zaznamenali aj ďalšie dôvody, ktoré slúžia ako:

- podklady pre systémové hodnotenie (interný a externý audit);
- podklady pre analýzu kvality a zlepšovanie kvality;
- podklady ako dôkazy spôsobilosti kvality pre klientov, poisťovne, a ďalších záujmových partnerov;
- podklady pre kvalifikáciu pracovníkov a motiváciu pracovníkov.

Nejednotnosť dokumentácie spolu s neexistenciou kvalifikovaných doporučení v oblasti sociálnej a zdravotníckej dokumentácie vedie k znižovaniu jej kvalít.

Vyššie uvedené zistenia a dôvody nás viedli k tomu, aby sme danú problematiku neponechali len na pleciach riadiacich pracovníkov a odborných zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb alebo v teréne, ale aby sme otvorili nový odborný dialóg aj pre pedagogických pracovníkov v akademickej obci. Od konferencie očakávame prvé podnety a otázky z praxe a spoločnú swot analýzu súčasného stavu v danej problematike administratívy a dokumentácie.

Keďže sociálna práca je v rámci Ústavu Dr. P. Blahu v Skalici VŠ ZaSP sv. Alžbety úzko spojená s ošetrovateľskými a zdravotníckymi odbormi, osobitá časť zborníka bude venovaná príspevkom z týchto odborov, ktoré na konferencii odzneli v rámci samostatnej sekcie.

Verím, že vďaka prednášateľom, ale aj diskutérom z praxe sa nám podarí splniť cieľ medzinárodnej odbornej konferencie.

Mária Kovaľová

V Skalici, 10. 11. 2011

# **I. SEKCIA SOCIÁLNEJ PRÁCE**

## Administratíva a riadená dokumentácia

*Mária Kovaľová*

### Anotácia

Príspevok je úvodom do tematiky administratívy a riadenej dokumentácie v sociálnych službách. Predstavuje význam a potrebu využívania nástroja systémov manažérstva kvality, ktorým je riadená dokumentácia. Príspevok predstavuje špecifické znaky sociálnych služieb, ktoré priamo, alebo nepriamo ovplyvňujú administratívne, ako aj dokumentačné výkony buď v pobytových službách, alebo v terénnej sociálnej práci. Vymenúva slabé stránky a ohrozenia, ktoré vychádzajú zo súčasnej praxe v zariadeniach sociálnych služieb. V závere podáva návrhy na opatrenia k zabezpečeniu kvalitných záznamov, k tvorbe vlastných odborných metodických príručiek a dokumentačných systémov.

### Kľúčové slová

Špecifiká sociálnych služieb, interná a externá dokumentácia, záznamy odborných výkonov, dokumentačný systém v sociálnych službách, riadená dokumentácia.

Výber odbornej témy konferencie nebol náhodný. Vychádza priamo z potrieb každodennej praxe. Desať rokov sa venujeme posudzovaniu kvality v sociálnych službách v zahraničí aj na Slovensku a aj keď môžeme konštatovať, že sociálne služby na Slovensku majú relatívne dobrú úroveň, jednou z najslabších stránok, ktorá nepriamo ovplyvňuje kvalitu poskytovaných sociálnych služieb sú administratívne a dokumentačné výkony. K dnešnému dňu sme neobjavili odbornú literatúru, alebo **metodické usmernenia**, ktoré by pomáhali riadiacim pracovníkom, odbornému, alebo obslužnému personálu správne vykonávať administratívne výkony, ako aj viesť odborné záznamy a dokumenty. Ako uvedieme v ďalšej časti príspevku, považujeme vedenie administratívy, ako aj riadenie dokumentácie za dôležitý nástroj zabezpečovania a kontroly kvality v sociálnej oblasti, práve tak ako je to v iných odvetviach služieb. Desiatky auditov v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku preukázali chybovosť, pochybenia, vážne mimoriadne udalosti, ako aj ohrozenia, ktoré vzhľadom k zákonu o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z., už nie je možné v ďalších rokoch tolerovať.

Sociálne služby majú svoje špecifické prvky v odvetviach služieb z ktorých potom vyplývajú aj iné nároky a potreby na administratívu a dokumentovanie.

**Špecifikum 1: Sociálna služba je reálnou ekonomickou kategóriou.** V spoločenskom povedomí sa stále viac hovorí o tom, že sociálne služby majú podobne ako zdravotnícke služby charakteristiku tzv. financovania bez dna. Predovšetkým z dôvodu demografického



vývoja sa spoločnosť obáva, že potreba po sociálnych službách (predovšetkým pre nárast seniorov) sa bude zvyšovať a už ju nebude možné dostatočne financovať. Dvadsaťte storočie zažilo revolúciu v dlhovekosti. Priemerná očakávaná dĺžka života sa od roku 1950 zvýšila o 20 rokov, to znamená na 66 rokov a očakáva sa, že do roku 2050 sa predĺži o ďalších 10 rokov. Tento demografický triumf a rýchly rast populácie v prvej polovici dvadsaťteho storočia znamená, že počet osôb starších ako 60 rokov sa zvýši zo 600 miliónov (r. 2000) na takmer 2 miliardy v roku 2050. Takáto celosvetová demografická transformácia má hlboké dôsledky pre každý aspekt individuálneho, spoločenského, národného a medzinárodného života. Bude sa vyvíjať každá stránka humanity: sociálna, ekonomická, politická, kultúrna, psychologická a duchovná.“ (Medzinárodný akčný plán o starnutí, Madrid, 8.-12. apríl 2002). Medzinárodný plán opatrení pre starnutie (2002) vyžaduje zmeny v postojoch, v politike a postupoch na všetkých úrovniach. Podľa najnovších štatistík, prípadne na každú druhú osobu v skupine generácie od 40 do 60 rokov najneskôr v roku 2050 jedna osoba staršia ako 80 rokov. To v nás vyvoláva obavu, že súčasné nastavenie ekonomiky nebude zvládať nárast potreby a tým nebude vykrytá potreba s ponukou. Táto ekonomická kategória poukazuje na to, že finančné náklady, ktoré narastajú a budú narastať, bude potrebné administratívne ošetriť. To znamená, bude potrebné zhromažďovať údaje v podobe faktov a čísiel. A aj keď sa sťažujeme na veľkú byrokratickú administratívu, je potrebné si priznať, že k dnešnému dňu máme ešte veľa nedostatkov zaznamenávania a zhromažďovania ekonomických údajov, ako aj práce s nimi. Napríklad pri plánovaní, zlepšovateľských projektoch, využívaniach najnovšej technológie po prepočtoch na personálne náklady a i. Prichádza doba, kedy nastáva boj o finančné prostriedky nielen zo štátnych a verejných zdrojov, ale aj o klientove peniaze. *Prichádza doba, kedy klient bude chcieť preukázať účelnosť, účinnosť, hospodárnosť a spravodlivosť nakladania s jeho finančnými zdrojmi. Sme na to pripravení? Vedeťme takú dokumentáciu?*

**Špecifikum 2: Sociálna služba sa produkuje a poskytuje s cieľom uspokojiť potreby iných ako jej producentov.**

Pri zavádzaní systémov manažérstva kvality, ale už aj pri samotnej implementácii podmienok kvality podľa Zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. sme zistili, že niektorí pracovníci v zariadeniach sociálnych služieb nie sú oboznámení s touto charakteristikou. Prvou indíciou bolo zistenie, že zariadenia sociálnych služieb nemajú identifikované potreby svojich klientov. A tak veľmi ťažko, môžu poskytovať služby so

zreteľom uspokojovania potrieb svojich klientov. Vzhľadom k tomu, že každý SMQ (systém manažérstva kvality) si vyžaduje identifikovanie potrieb klientov, bolo nevyhnutné splniť túto požiadavku, a tu sme narazili na problém samotnej identifikácie potrieb. Problémy s identifikáciou potrieb sme zaznamenali nielen u obslužného personálu, ale aj u odborných pracovníkoch, ktorí majú ukončené vysokoškolské vzdelanie, napr. v odbore sociálna práca. Bez správnej identifikácie potrieb klienta však nebude možné splniť nasledovné procedurálne podmienky kvality:

Podmienka kvality I.1.: Určiť postupy, spôsoby a podmienky poskytovania sociálnej služby a aj jej rozsah a formy.

Podmienka kvality I.2.: Určiť postupy a pravidlá na dosiahnutie účelu a odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby prostredníctvom metód, techník a postupov sociálnej práce a zásad poskytovania sociálnej služby.

Podmienka kvality I.3: Určiť postupy a pravidlá na vypracovanie individuálneho rozvojového plánu prijímateľa sociálnej služby alebo práce s prijímateľom sociálnej služby.

Podmienka kvality I.6: Poskytovať informácie záujemcom o sociálnu službu a prijímateľom sociálnej služby v im zrozumiteľnej forme, podľa ich individuálnych potrieb a schopnosti a cieľov.

Podmienka kvality I.8: Poskytovať pomoc prijímateľovi sociálnej služby pri sprostredkovaní a využívaní inej sociálnej služby podľa jeho potrieb a schopnosti.

Podmienka kvality I.9: Určiť postupy a pravidlá na zisťovanie spokojnosti prijímateľov sociálnej služby so všetkými zložkami poskytovanej sociálnej služby a využívanie zistených skutočností pri zvyšovaní kvality poskytovanej sociálnej služby.

Podmienka kvality I.10: Hodnotiť poskytovateľa sociálnej služby, či je spôsob poskytovania sociálnej služby v súlade s potrebami prijímateľa sociálnej služby a v súlade s cieľmi poskytovanej služby. Pri implementácii akéhokoľvek SMQ bolo zistené, že niektorí pracovníci v sociálnych službách nie sú zameraní na cieľ splnenia potrieb a požiadaviek klienta, ale vo veľkej miere na svoj pracovný výkon, organizačné pokyny a smernice. Pred očami nemá pracovník klienta, ale „hotový výkon“. Práve z tohto dôvodu veľmi ťažko a s nevôľou prijímajú pracovníci vyššie uvedené požiadavky k podmienkam kvality.

Poskytovatelia sociálnych služieb stoja pred novou úlohou. A tou je pripraviť si systém, alebo spôsob zisťovania a dokumentovania individuálnych potrieb klientov a ich

rodinných príslušníkov. Kvalitu poskytovania sociálnych služieb dnes už nezabezpečíme plnením všeobecných legislatívnych požiadaviek. Naopak legislatíva nám nariaďuje individuálny prístup.

**Špecifikum 3: Sociálne služby sú produkty práce, ktoré sú užitočné ináč ako tvorbou hmotných statkov.**

**Špecifikum 4: Sociálne služby svoju užitočnosť prejavujú prostredníctvom užitočného efektu, ktorý je výsledkom poskytnutia služby.**

**Špecifikum 5: Poskytnutie (výkon) sociálnej služby sa nedá spravidla priestorovo ani časovo oddeliť, t.j. služby sa zvyčajne spotrebovávajú v tom čase a mieste, kde sa produkujú, čo vyplýva z ich nehmotnosti.**

**Špecifikum 6: Pri poskytovaní sociálnych služieb je potrebná predovšetkým živá práca, výsledky tejto práce sa pri poskytovaní spotrebovávajú.**

Zopakujeme spoločné prvky vyššie uvedených špecifik. Sociálne služby sú nehmotné, spotrebúvajú sa pri výkone, preto sa správajú ako neviditeľné. Ide tu o tzv. nemateriálnosť (nehmotnosť, nehmatateľnosť). A práve pre tieto charakteristické črty je potrebná administratívna a dokumentačná činnosť. Živá práca sa pomíňa a my nemáme dôkaz kvalifikovaného ani kvalitného výkonu. Ale ani naopak. Nemáme dôkaz zanedbanej alebo nebezpečnej starostlivosti. Ak nevedieme správne a úplne napríklad individuálne rozvojové plány, nemôžeme preukázať ani dokázať kvalitný a odborný výkon. Preto v riadiacich a hodnotiacich kritériách nájdeme menej hmatateľných a hmotných dôkazov kvality, alebo nekvality. Sociálne služby meriame z hľadiska dopadu na zdravotný alebo sociálny stav klienta/občana a jeho spokojnosť. Posúdenie stavu klienta, hodnotenia individuálnych rozvojových plánov, ako aj dopady musíme aktuálne dokumentovať.

**Špecifikum 7: Sociálne služby sú mnohotvárne vo výkone, čo vyplýva z charakteru práce a z úseku, v ktorom a pre koho sa poskytujú.**

**Špecifikum 8: Komplexnosť**

Vzhľadom k sociálnemu statusu a sociálnemu stavu klienta sa v dnešnej dobe preferuje holistický prístup ku klientovi a preto aj služby (všetky činnosti) v zariadeniach sociálnych služieb je potrebné vytvárať tak, aby sa služby navzájom nevylučovali, ale súčinne dopĺňali.

(Príklad): Pri auditoch sa zistilo, že napr. rehabilitačná pracovníčka sa nedozvie pri preberaní klienta do procesu rehabilitácie o tom, že klient má napr. ťažkosti s vylučovaním, a už viac dní má problémy so spánkom a preto je veľmi unavený, nevrleý

a nechce spolupracovať. Klient to pracovníkovi nepovedal, opatrovatelka, ktorá odovzdala klienta o tom tiež mlčala a tak rehabilitačný pracovník konštatoval, že klient nespolupracuje, odmieta rehabilitáciu a preto navrhol ukončiť rehabilitačný proces. Rehabilitačný pracovník nemá k dispozícii dokumentáciu z opatrovateľského procesu, alebo dokumentácia výkonov sa neuskutočňuje. Preto je potrebné jednotlivé činnosti v zariadeniach sociálnych služieb

- a) prepojiť/zosieťovať (k tomu je najlepší nástroj procesné riadenie),
- b) a podávať o nich komplexný obraz prostredníctvom riadenej dokumentácie.

Ďalšiu takú spoločnú triedu špecifik tvorí etická rovina. Zaraďujeme tam:

**Špecifikum9: humánnosť,**

**Špecifikum10: dodržiavanie princípu solidarity,**

**Špecifikum11: dodržiavanie princípu spravodlivosti**

**Špecifikum12: dodržiavanie rovnosti príležitosti a zabezpečovanie dôstojnosti človeka.**

**Špecifikum13: zabezpečovanie kvality života človeka**

Podmienky kvality vyžadujú preukazovanie dodržiavania ľudských práv, práva na súkromie, ochranu osobných údajov, ako aj ochranu dôstojnosti a ochranu majetku klientov.

**Pýtame sa, vedia zariadenia sociálnych služieb preukázať profesionálny prístup podľa ukazovateľov etických zásad a miery zaistenia humánnosti a dôstojnosti človeka?**

Pre sociálnu prácu je dôležitá hodnota života a umenie žiť a to so zvýraznením východiskovej polohy rešpektovania suverenity jednotlivca. V sociálnej službe ide o pomoc slabším jedincom. V poslednej dobe sa v sociálnej práci venuje zvýšená pozornosť individualite človeka, čo zohráva veľkú a podľa nás aj rozhodujúcu rolu pri určovaní kvality života človeka. Každý človek sa nachádza v konkrétnom prostredí, ktoré je vytvorené súhrnom životných podmienok, okolností, zážitkov, skúseností a vplyvov vzťahujúcich sa na určitú osobu, alebo kolektív a bezprostredne, alebo sprostredkované sa ho dotýka. V sociálnej oblasti sa jedinec vníma ako individualita človeka v neopakovateľnej jednote svojich schopností, rozumu, citu a vôle a neopakovateľných, spoločenských vzťahov a postavení a v neopakovateľných nevyspytateľných reakciách.

Práve v tejto súvislosti je potrebné si uvedomiť akú rolu môže zohrať práca s autobiografickými údajmi. A opäť sa pýtame, nakoľko poznáme individualitu človeka o

ktorého sa dennodenne staráme? Poznáme jeho autobiografický portrét? Vedia sociálni pracovníci, opatrovatelia, terapeuti pracovať s biografickými údajmi? Zaznamenávame biografické údaje? Alebo len nejaký stručný životopis klienta. Ako dokumentovať biografický portrét, ako zaznamenať rodinnú a sociálnu anamnézu tak, aby nám údaje čo najviac pomáhali pri odborných, ale aj pri obslužných výkonoch?

Dnešná situácia v Európskej únii, ktorá vyzýva k princípu solidarity, si začína vyžadovať novú administratívu a dokumentáciu. Je potrebné viesť dokumentáciu na preukázanie solidarity a spravodlivosti? My sa domnievame, že áno. Nestačí poukazovať na princípy, je potrebné preukázať aktívny príspevok solidarity toho, kto príspevok dáva, ako aj pasívny prístup prijímateľa príspevku solidarity. Zároveň sa budú objavovať požiadavky klientov, ktorí si platia služby, aby im boli preukázané nielen náklady na ich opatrovanie, ale aj príspevok solidarity. Príde doba, kedy klient bude chcieť, aby boli aj sociálne služby poskytované na princípe spravodlivosti. Vieme si predstaviť systém dokumentovania princípu solidarity a spravodlivosti?

Ako dokumentovať kvalitu života? Kvalita života je odrazom subjektívneho prežívania a jeho životnej spokojnosti. Aj veľmi chorý človek môže mať subjektívny pocit vysokej kvality života. Naopak relatívne zdravý, ale so svojim životom nespokojný človek, môže mať pocit, že jeho život má nízku kvalitu. Pojem kvalita života možno všeobecne chápať ako úroveň fyzických, psychických a sociálnych aktivít človeka vo vzťahu k jeho ekosystému. Týka sa naplnenia životných potrieb a spokojnosti v živote a vyjadruje mieru adaptácie chorého alebo postihnutého na jeho životnú situáciu. WHO v roku 1993 definovala kvalitu života ako „vnímanie vlastnej pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na životné ciele, očakávania, štandardy a záujmy. Tento koncept je komplexným spôsobom ovplyvňovaný fyzickým zdravím a psychickým stavom človeka, úrovňou jeho nezávislosti vzťahmi k významným znakom prostredia“ (WHO, QoL Group, 1993). V zariadeniach sociálnych služieb sa začali písať dotazníky spokojnosti. Otázkou však je, či sú vypracované profesionálne, či dokážu zozbierať také ukazovatele, ktoré sa dajú vyhodnotiť a pomôcť pri zabezpečovaní a zlepšovaní kvality poskytovaných služieb a zvyšovaní subjektívnych pocitov spokojnosti klienta.

#### **Špecifikum 14: obraz dôveryhodnosti**

Môžeme odborne vykonávanou administráciou a vedením dokumentácie zabezpečiť obraz dôveryhodného zariadenia sociálnych služieb? Odpovedáme áno. Ako to uskutočniť? Obraz dôveryhodnosti smerom do spoločnosti sa dá preukázať nástrojmi

zverejňovania obrazu zariadenia a to prostredníctvom: Príručiek kvality, transparentnými internetovými stránkami, vlastnými časopismi, alebo zmluvami.

### **Špecifikum 15: neskladovateľnosť**

Ak nepočítame papierovú formu dokumentovania činností za ich výstupy – teda dokumentovaná forma nie je ich cieľom, ale len sprievodným produktom, bude prevažná časť sociálnych služieb neskladovateľná. To znamená, že výstupy nevieme uskladniť, ani pre horšiu, ani pre inú dobu. Sociálne služby si vzhľadom k potrebám a požiadavkám klienta vyžadujú aktuálnosť a flexibilitu reakcie na zmeny potrieb a požiadaviek klientov. Keďže nevieme výkon uskladniť, musíme výkon aspoň zdokumentovať, aby sme vedeli preukázať sledovateľnosť. Ak budeme dokumentovať výkony, budeme vedieť:

- preukázať sledovateľnosť výkonov,
- nájsť začiatok problémov,
- zistiť príčiny zmien zdravotného a sociálneho stavu,
- určiť zodpovedného pracovníka za daný stav,
- posúdiť reakcie klienta a situáciu atď.

### **Špecifikum 16: variabilita (rôznorodosť, premenlivosť alebo individuálnosť)**

Zdravotný a sociálny stav každého klienta je individuálny. Zároveň aj sociálna situácia a potreby každého občana v danej sociálnej situácii sú rôznorodé a individuálne. Preto činnosti, ako aj výstupy si vyžadujú takú formu a obsah, ktoré reagujú na rôznorodosť, premenlivosť a individuálnosť klienta/občana. Okrem zdravotného a sociálneho stavu klienta je premenlivé aj prostredie v ktorom sa klient/občan nachádza. Rôznorodosť, premenlivosť a individuálnosť je potrebné zakomponovať do administratívneho a dokumentačného systému. A tu sa stretávame so slabými stránkami dokumentácie a to nielen sociálnej, ale aj zdravotnej dokumentácie v zariadeniach sociálnych služieb, alebo aj v poradenskej činnosti. To, že máme ku klientovi pristupovať individuálne, a že klient má svoje individuálne požiadavky a potreby, ešte neznamená, že každá dokumentácia, alebo záznam môže byť rozdielne zapísaný. V súčasnosti nie sú vypracované postupy dokumentovania ani pre odborné procesy: opatrovateľský, proces základného poradenstva, proces bývania, stravovania ani terapeutický. Takmer v každom zariadení nájdeme inú dokumentáciu. Podobne je to aj s metodikou individuálnych rozvojových plánov. Čo je ešte horšie je to, že nie je prijatá aspoň akademickou spoločnosťou jednotná terminológia. Naopak, nachádzame aj v odbornej literatúre veľké rozdiely v terminológii. Pričom

variabilita, rôznorodosť, premenlivosť a individuálnosť pri práci s klientom si vyžaduje pevne stanovenú terminológiu, aby sme mohli merať a namerané hodnoty vyhodnocovať.

**Špecifikum 17: nezastaviteľnosť.** Pri nesprávnom úkone, posúdení, alebo pri nesprávnej komunikácii (zlej informácii) v priebehu práce s klientom, činnosti mnohokrát automaticky nezastanú, ale nasledujúce činnosti preberú tento nesprávny akt a môžu ho rozvinúť v jeho nesprávnych účinkoch. Človek je schopný prijať nesprávny výsledok do seba, integrovať ho cez množstvo ďalších odborných činností, ktoré sú na neho aplikované bez toho, aby to tieto následné činnosti zastavilo. Suma týchto nesprávnych postupov môže vytvoriť tzv. nebezpečnú službu, voči ktorej nemá klient fakticky žiadnu ochranu. Ak je vykonaný nesprávny opatrovateľský, alebo ošetrovateľský výkon, môže dôjsť k zhoršeniu sociálneho, ale aj zdravotného stavu, k trvalému poškodeniu, ale aj k samotnej smrti klienta. Preto zachytenie odborného, ako aj obslužného výkonu, ale aj napríklad samotnej aktivity klienta, jeho situácie, reakcie na danú situáciu, je veľmi dôležité. Že sme do dnešného dňa neboli svedkami súdnych sporov, nevďačíme tomu, že máme bezchybnú starostlivosť. *Vedeli by sme však v prípade potreby postaviť obhajobu na dôkazoch podložených dokumentáciou? Vedeli by sme vysledovať čo sa vlastne stalo?*

**Špecifikum 18: kolektívnosť.**

Klient prechádza v rámci sociálnych služieb prostredníctvom výkonov v opatrovateľskom, ošetrovateľskom, terapeutickom, stravovacom, ale aj v upratovacom procese cez viacerých pracovníkov (obslužného, a odborného personálu), podľa toho, ako sa jeho zdravotný aj sociálny stav mení, ako sa menia jeho potreby a požiadavky, ale aj podľa stanovenej organizácie práce. Preto je potrebné všímať si v rámci činnosti všetkých procesov atribút kolektívnej práce, ktorá aj keď nemusí mať manažérske prvky tímovej práce, zachováva si pracovnú kultúru kolektívneho jednania a kolektívneho prístupu. Špecifikum kolektívnosti si vyžaduje kvalitnú a odborne vedenú administratívu a dokumentáciu.

**Špecifikum 19: nenahraditeľnosť.**

Sociálne služby sú nenahraditeľné. Nevieme ich nahradiť inými službami. Pri výkonoch môžeme nahradiť pracovné prostriedky, pomôcky, prístup, pracovný postup, techniku, ale ak máme klienta hladného tak nemôžeme zameniť kŕmenie za výkon komunikácie s klientom. Ani kúpanie nevieme nahradiť polohovaním. Správna identifikácia výkonov musí byť zosúladená s individuálnymi potrebami a požiadavkami klienta. Následnosť výkonov, ako aj individuálne požiadavky a potreby v danej situácii je potrebné

zadokumentovať. Prečo sme urobili tento výkon, alebo prečo sme daný výkon nevykonali, musíme zdokumentovať, aby sme zdôvodnili naše odborné rozhodnutia.

**Špecifikum 20: neopakovateľnosť, alebo relatívna opakovateľnosť (jedinečnosť).**

Sociálne služby nemôžeme vykonávať podľa nášho rozhodnutia, keď máme na to čas, alebo keď máme na to peniaze. Naopak. Klientov zdravotný, ale aj sociálny stav (jeho potreby a požiadavky) sú pre personál signálom k výkonu. Za nesprávne sa považuje pracovať podľa tzv. režimu dňa. Sociálne služby sú ovplyvňované nielen podmienkami v práci, ale aj samotným klientom. Rýchlosť zmien v psychickom, ale aj fyzickom tele u klienta si vyžaduje aj zmenu pri výkone. Pri jednotlivých výkonoch môžeme nastaviť odborné štandardy výkonov, ale pri konkrétnom výkone má personál akceptovať zmeny u klienta. Preto môžeme pri výkonoch sociálnych služieb hovoriť o tzv. relatívnej opakovateľnosti.

*Praktická aplikácia:* Klienta, ktorý je v dobrom psychickom stave kým inak, ako klienta, ktorý má zlý deň a odmieta kŕmenie. V sociálnej starostlivosti sa ku klientovi pristupuje ako k individuálnej jednotke. V rámci sociálneho procesu je potrebné brať na vedomie :

- prístupy diagnostikovania
- prístupy individuálnych opatrovateľských, ošetrovateľských, terapeutických a rehabilitačných modelov a postupov.
- individuálnu dokumentáciu klienta pri všetkých činnostiach, teda v rámci všetkých procesov.

Posledné špecifikum sa týka manažmentu sociálnych služieb.

**Špecifikum 21: Služby predstavujú vyhranenú oblasť vynakladania práce uskutočňovanú organizovaným spôsobom podnikmi, organizáciami alebo inými subjektmi.**

S vyššie uvedenou charakteristikou môžeme súhlasiť aj pri sociálnych službách. Keď sa však budeme chcieť konkrétnejšie zamerať na definíciu „organizovaného spôsobu“, teda riadenia (manažmentu) dôjdeme k zisteniam, ktoré nebudú veľmi pozitívne. Každé zariadenie sociálnych služieb je samozrejme riadené. Pri auditoch však boli identifikované tieto najčastejšie slabé stránky:

- organizáciám chýbajú systémové prvky manažmentu.



- organizácie nemajú vytvorené komplexné riadenie všetkých výkonov, čo vytvára priestor pre vznik bielych miest, ktorým sa nikto nevenuje, alebo ktoré nie sú kontrolovateľné.
- organizácie nemajú popísané riadiace akty pre všetky úrovne riadenia.
- vedúci pracovníci nevedia popísať svoje vlastné riadenie.
- mnohé riadiace činnosti sú vykonávané ad hoc a nie sú popísané. Predovšetkým ako operatívne výkony, ktoré si vyžiadala mimoriadna situácia. Preto organizácie nie sú nastavené na preventívne opatrenia.
- personál pracuje zaužívaným spôsobom, ktorý v organizácii funguje buď od nástupu posledného riaditeľa, alebo poslednej vrchnej sestry, či sociálneho pracovníka.
- pri implementácii systémov manažérstva kvalita sa často stáva, že pracovníci odmietajú nové prvky riadenia, pretože „už tridsať, alebo dvadsať rokov to takto fungovalo a fungovalo to dobre.“ Keď však majú popísať systém organizácie svojej práce, majú s tým vážne problémy. Ku každej zaužívanej praktike totiž musia preukázať odbornú spôsobilosť a odborne správny postup, metódu a techniku.
- k autorizácii správnosti výkonu sa personál bojí pristúpiť. *Na jednej strane tvrdí, že je to správne, lebo tak robili roky a nikto im nepovedal, že je to nesprávne a prešli x kontrolami, ale na druhej strane nevedia identifikovať, kto verifikoval správnosť postupov a nevedia ani podať dôkazy, ktoré by správnosť potvrdili, pretože sa v zariadeniach sociálnych služieb takmer vôbec výkony nedokumentovali.*

### **Odporúčania**

Navrhujeme, aby akademickí pracovníci pripravili pedagogické osnovy k administratívnym výkonom, metodické návrhy na dokumentáciu odborných výkonov pre všetky procesy v zariadeniach sociálnych služieb a mimoriadnu pozornosť venovali administrácii terénnej sociálnej práci. K spoločnej práci by mali pozvať odborníkov z praxe.

### **Zoznam bibliografických odkazov**

- [1.] Medzinárodný akčný plán o stárnutí, Madrid, 08.- 12. Apríl 2000
- [2.] MATEIDES, Alexander, ĎAĎO, Jaroslav, Služby, Bratislava, Epos, 2002. ISBN 80-8057-452-9. Špecifická sféry služieb, s. 40-50.

### **Kontakt**

Mgr. Mária Kovaľová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety,

Ústav Dr. Pavla Blahu v Skalici

Potočná 58, 90901 Skalica, 0905 543245,

E-mail: [stredisko.vpc@gmail.com](mailto:stredisko.vpc@gmail.com)

## Eticky senzitívna administrácia a dokumentácia v sociálnych službách

*Andrej MÁTEL, Ladislav ROMAN*

### **Abstrakt**

Administrácia je integrálnou a dôležitou súčasťou sociálnej práce a pomôckou sociálneho pracovníka. Príspevok sa venuje vybraným etickým aspektom administrácie a dokumentácie v sociálnych službách. Osobitým systémovým nástrojom k posilneniu etickej citlivosti je etický kódex zariadenia sociálnych služieb. Sociálna práca ako profesia založená na hodnotách môže užívať administráciu a dokumentáciu ako nástroj posilňovania a zmocňovania klientov k uvedomovaniu si svojich práv, povinností a vlastnej hodnoty.

### **Kľúčové slova**

Administrácia, dokumentácia, etická dilema, etický kódex, informovaný súhlas.

Administrácia a dokumentácia patria integrálne k činnostiam sociálnych pracovníkov v sociálnych službách. V praxi tieto bývajú nezriedka vnímané ako byrokratické nástroje, ktoré preťažujú i tak náročnú prácu s klientmi. Cieľom príspevku je poukázať na etickú citlivosť v procese administrácie a dokumentácie, ktorá môže prispieť nielen k zlepšeniu kvality poskytovanej služby, ale aj k ich pozitívnejšiemu vnímaniu samotnými klientmi, pre ktorých môžu byť dokonca nástrojom k posilňovaniu vlastnej identity a právneho vedomia.

### **Sociálna administrácia a jej funkcie**

Podľa Novosada (2004, s. 29) sociálnou administráciou rozumieme súbor administratívno-legislatívnych postupov vedúcich k posudzovaniu, dokumentovaniu a riešeniu klientovej situácie. Oveľa širšie ponímanie uvádza Barker (2003, s. 8) v americkej sociálnej práci, kde sa administrácia často používa synonymne s pojmom (sociálny) manažment. Pod administráciou v sociálnej práci rozumie súbor metód užívaných tými, ktorí majú administratívnu zodpovednosť určovať organizačné ciele pre sociálne agentúry a iné organizačné jednotky. V duchu tohto ponímania Mühlpachr (2008, s. 54 - 55) v rámci typológie rolí sociálneho pracovníka, rozlišuje aj sociálneho pracovníka *administrátora*, ktorým rozumie vedúceho pracovníka alebo riaditeľa zariadenia, ktorý plánuje, rozvíja a zavádza spôsoby práce, služby a programy v zariadeniach sociálnych služieb. K jeho funkciám patrí najmä manažment. V predložennom príspevku budeme vychádzať z užšieho ponímania administrácie s vedomým, že administrácia patrí do spektra manažmentu organizácie.

Administráciu vnímame ako integrálnu a dôležitú súčasť sociálnej práce a pomôcku sociálneho pracovníka. Táto plní viaceré dôležité funkcie (por. Novosad, 2004, s. 29 - 30):

- sociálni pracovníci pri jej spracovávaní opätovne premýšľajú a posudzujú celý prípad;
- slúži na ochranu klienta (napr. vzhľadom na ochranu osobných údajov alebo dôverných informácií), ale aj sociálneho pracovníka v sporných situáciách alebo pri obvinení (klientmi, kolegami alebo nadriadenými);
- dokumentuje vývoj klientovho prípadu, pokroky aj ťažkosti, ktoré pri jeho riešení nastali;
- slúži na komunikáciu a informovanosť ostatných sociálnych pracovníkov v rámci organizácie a taktiež pri prevzatí prípadu iným sociálnym pracovníkom alebo inou organizáciou;
- používa sa na informovanie orgánov vykonávajúcich administratívne rozhodnutia, eventuálne slúži ako podklad pre rozhodnutie súdu či orgánov štátnej správy;
- zaisťuje kontinuitu sociálnej práce po ukončení kontraktu a jeho opätovnom uzatvorení v neskoršom období;
- slúži na hodnotenie efektívnosti sociálnej práce a sociálnych služieb a na posúdenie práce jednotlivých sociálnych pracovníkov;
- starostlivo a metodicky vhodne zvolená riadená dokumentácia patrí k štandardom kvality poskytovania sociálnych služieb;
- je základným prameňom informácií pre rozličné štatistické šetrenia, pre komunitné plánovanie služieb, a pre výskum v sociálnej práci;
- používa sa pri konzultáciách prípadovej štúdie klienta, resp. kazuistiky v rámci supervízie, pri výcviku mladých a začínajúcich pracovníkov alebo v rámci vzdelávania študentov sociálnej práce.

V súvislosti s administráciou v sociálnej práci jestvujú dva extrémny (Mátel, In Mátel – Oláh – Schavel, 2011, s. 186 - 187):

1. *Byrokratizácia* – uprednostňovanie administrácie pred kontaktnou sociálnou prácou s klientom; „papiere sú dôležitejšie ako osoby a klienti“.
2. *Deadministrácia* – zaznávanie administrácie ako úplne zbytočnej, byrokratizujúcej súčasti priamej sociálnej práce; ako prostriedok obštrukcie a manipulácie zo strany nadriadených orgánov; „papierovanie je zbytočné“.

### **Etická citlivosť v administrácii**

Sociálna práca je profesia založená na hodnotách. Medzi kľúčové hodnoty súčasnej sociálnej práce – ktoré sú zvyčajne explicitne uvedené v medzinárodnom alebo národných etických kódexoch – patria *rešpektovanie ľudských práv a ľudskej dôstojnosti; podpora*

*sociálnej spravodlivosti, kompetencia, integrita a služba* (por. Mátel, 2011, s. 198). Všetky tieto hodnoty by mali byť integrálnou súčasťou sociálnej práce v sociálnych službách, vrátane administratívnych úkonov.

Sociálna pracovníčka alebo pracovník má primárnu zodpovednosť za klienta. Znamená to, že z profesionálneho etického hľadiska sú prvoradá záujmy klienta, nie záujmy jeho samotného ani organizácie, v ktorej pracuje. Vzhľadom na preferencie by administrácia v sociálnej práci nikdy nemala stáť pred priamou prácou so samotným klientom. V opačnom prípade veľmi ľahko dôjde k extrému byrokratizácie. Tomu, aby samotný klient bol ako osoba dôležitejší ako papiere, treba prispôbiť aj rozsah, zrozumiteľnosť a spôsob administrácie, ktorým sa vykonáva, resp. spôsob ako sa o nej informuje. V inštitúciách sociálneho sektora sa nezriedka stáva, že zmysel a dôvod administratívnych rozhodnutí a nástrojov dokumentácie poznajú najvyššie organizačné zložky, ale nie samotní sociálni pracovníci pôsobiaci aj v rolách administrátorov a už vonkoncom nie klienti. Sociálni pracovníci by sa preto mali iniciatívne zaujímať aj o dôvody, PREČO je to-ktoré opatrenie súčasťou administrácie, aby mohli klientov zodpovedne informovať o tom, prečo musí prejsť zdĺhavým administratívnym procesom. Veľmi dôležitú zodpovednosť nesie sociálny pracovník aj za to, AKO bude klienta informovať o administratívnych úkonoch. Z hľadiska metód sociálnej práce tu sociálni pracovníci už poskytujú klientom základné sociálne poradenstvo. Ak sú klienti kompetentne a citlivo informovaní o tom, PREČO, KDE a AKÉ doklady, potvrdenia a formuláre sú potrebné pre poskytnutie sociálnej pomoci, resp. sociálnej služby, nebudú ich vnímať ako „byrokratický nástroj“, ale ako prostriedok k dosiahnutiu sociálnej pomoci. Vo veľkej miere je viacero administratívno-organizačných opatrení súčasťou ochrany samotných klientov. Napríklad, ak je súčasťou „domáceho poriadku“ útulku pre ľudí bez domova, ktorý nemá nízkoprahový charakter, zákaz vstupovania do zariadenia pod vplyvom alkoholu a omamných látok, môže ísť primárne o zabezpečenie ochrany ostatných klientov a zabezpečenie úspešného resocializačného procesu. Ak sa v zariadení sociálnych služieb vyplní formulár „súhlasu dotknutej osoby v zmysle § 7 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov“, jeho účelom nie je zaťažovať klienta, ale práve naopak informovať ho o jeho zákonných právach ohľadom ochrany osobných údajov, ako aj etickej povinnosti všetkých sociálnych pracovníkov vzhľadom na zachovávanie dôverných informácií, o ktorých sa dozvedia od klienta v priebehu poskytovania sociálnej služby i po jej ukončení. Ak bude klient náležite, zrozumiteľne a dostatočne informovaný, nebude pre neho „byrokratickou záťažou“ dávanie resp. odmietnutie „informovaného súhlasu“ v prípadoch, ak

tretia osoba, inštitúcia alebo samotný sociálny pracovník, budú chcieť použiť akékoľvek informácie o ňom. Práve naopak, takýto klient sa bude cítiť posilňovaný a rešpektovaný vzhľadom na svoje práva.

Osobitým systémovým nástrojom k posilneniu etickej citlivosti pri poskytovaní sociálnych služieb – vrátane administrácie v rámci nich – môže byť etický kódex zariadenia sociálnych služieb. V porovnaní s národnými etickými kódexmi resp. medzinárodným etickým kódexom sociálnej práce (IFSW / IASSW 2004), sú tieto konkrétnejšie, detailnejšie a špecificky prispôbené cieľovým skupinám, forme a druhu sociálnej služby. Ich pravidelnou aktualizáciou sa môže pružne reagovať na novo vzniknuté etické problémy a dilemy, ktoré sa v priebehu práce v zariadení vyskytli. Napríklad etický kódex „Azylového centra Betánia v Malackách“ (2009) obsahoval etické princípy vychádzajúce z aktuálnych problémov zariadenia (por. Máteľ, 2010a, s. 72):

*Sociálny pracovník alebo pracovníčka nezneužíva klientov ani klientky k vlastnému prospechu, nebude nadväzovať s nimi romantický alebo sexuálne orientovaný vzťah. (č. 3.4)*

*Sociálna pracovníčka alebo pracovník je povinný chrániť všetku dokumentáciu klientov a klientok pred prípadným zneužitím. (č. 3.5)*

*Pracovník je povinný vyžiadať si súhlas klienta alebo klientky k nadviazaniu kontaktu s iným subjektom a pri informovaní o záležitostiach týkajúcich sa ich osoby. Pracovník je povinný vyžiadať si písomný súhlas klienta alebo klientky k nahrávaniu rozhovorov s nimi, resp. ich zverejneniu pre študijné účely. (č. 3.6)*

Iným príkladom je Kódex profesionálneho prístupu Depaul Slovensko (2009), ktorý obsahuje aj osobitú časť s titulom „vedenie záznamov“:

*Zamestnanci musia zabezpečiť, aby záznamy boli vedené stručne, presne, zrozumiteľne a čitateľne, aby boli vedené v zodpovedajúcom jazyku a kedykoľvek to bude možné, aby sa vyhli používaniu nespisovných výrazov alebo skratiek. (č. 14.1)*

*Zamestnanci musia zabezpečiť, aby sa záznamy zamerali skôr na fakty skutočností, ktoré sa udiali, než na ich osobné názory a domnienky. V prípadoch, kedy písomné záznamy majú odzrkadľovať vlastné posúdenie situácie zamestnancom, je potrebné ozrejmiť túto skutočnosť, ako aj dôvody, prečo sa tak robí. (č. 14.2)*

*Dôverné informácie o klientoch by sa spravidla mali uchovávať v ich spisoch v súlade so smernicou organizácie Depaul Slovensko o vedení záznamov. V prípadoch, kedy sa odkazy na klientov zaznamenávajú do iných kníh záznamov (napríklad do denníka), je potrebné starostlivo sa postarať o zabezpečenie zachovania mlčanlivosti o tomto klientovi. (č. 14.3)*

*Zamestnanci musia zabezpečiť, aby spisy klientov boli uchovávané v uzamknutých skrinách za účelom zabezpečenia ich utajenia. (č. 14.4)*

*Zamestnanci nesmú umožniť nikomu inému než oprávneným zamestnancom prístup k spisom a záznamom, s výnimkou prípadov, kedy to v súlade s príslušnými právnymi predpismi vyžadujú orgány činné v trestnom konaní, súdy atď. V takýchto prípadoch vždy prediskutujte žiadosť tretej osoby o poskytnutie informácií s vaším líniovým manažérom skôr, než budete súhlasiť s umožnením prístupu a zabezpečte, aby sa s takýmito žiadosťami zaobchádzalo v súlade s príslušnými predpismi o ochrane osobných údajov. (č. 14.5)*

*Zamestnanci v žiadnom prípade nesmú nechať klientov alebo návštevníkov v kanceláriách bez dozoru. (č. 14.6)*

*Zamestnanci musia zabezpečiť, aby kancelárie boli počas doby, kedy sa nepoužívajú, alebo keď sa v nich v danej chvíli nebude zdržiavať žiaden zamestnanec, vždy uzamknuté. Dôverné spisy musia byť uschované pod zámkom a prístup k informáciám uloženým v počítačoch by mal byť zodpovedajúcim spôsobom kontrolovaný zatvorením dokumentov pred odchodom od počítača a používaním primeranej úrovne heslovej ochrany. (č. 14.7)*

Keller (2010, s. 12) uvádza, že ak raz vytvoríme pravidlá, ktoré redukujú chaos, nemôžeme ľuďom zabrániť, aby na týchto pravidlách lipli. Ak však na nich lipnú príliš, stávajú sa byrokratmi. V rámci penitenciárnej práce v tejto súvislosti upozornil T. Roman (2010, s. 95) na skutočnosť, že „náplň práce pedagóga (ním môže byť aj sociálny pracovník) je tak široká a administratívne povinnosti v takom rozsahu, že čas venovaný administrovaniu môže viesť len k minimálnemu posúdeniu odsúdených a jeho komunikácia s nimi býva často len na úrovni krízovej intervencie, čím sa zásadným spôsobom znižuje možnosť naplniť požiadavky sústavnej prípravy na riadny život občana.“ Obdobne to, žiaľ, platí aj v niektorých zariadeniach sociálnych služieb. Geißler a Hegeová (2004, por. In Levická 2008, s. 151) preto výstižne zdôrazňujú, že administratívne záznamy majú byť také veľké, aby poskytli všetky potrebné informácie a také malé, aby sa v nich nenachádzali žiadne „zbytočné“ alebo „prázdne“ informácie. Úlohou všetkých sociálnych pracovníkov, ktorí pracujú v priamej kontaktnej práci s klientmi, je odovzdávať spätnú väzbu tým riadiacim (sociálnym) pracovníkom, ktorí sú zodpovední za administratívne opatrenia ohľadom ich (ne)primeranosti, (ne)vhodnom rozsahu, (ne)vhodnom jazyku a pod. Dobrí manažéri sociálnych inštitúcií – ktorí si uvedomujú skutočnosť, že „papiere nemôžu byť dôležitejšie ako klienti“ – sa takejto spätnej väzby budú sami dožadovať. Pravidelná evaluácia administratívy je dôležitým systémovým nástrojom skvalitňovania sociálnych služieb.

## Dokumentácia v sociálnych službách

Ak sociálna pracovníčka pracuje v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo sociálnej inštitúcii, je povinná poznať a uplatňovať všetky vnútorné predpisy tohto zariadenia a starostlivo s precíznosťou viesť dokumentáciu. Zvyčajne je rozsah, obsah a forma vedenia dokumentácie bližšie definovaná v jednotlivých inštitúciách, zariadeniach sociálnych služieb alebo zariadeniach SPODaSK. Tieto je preto dôležité poznať a rešpektovať (Mátel, In Mátel – Oláh – Schavel, 2011, s. 188).

Na Slovensku podľa zákona č. 448/2008 Z. z. patria medzi prevádzkové štandardy kvality poskytovania sociálnej služby určenie postupov, pravidiel a spôsobu spracúvania a vedenia evidencie dokumentácie o prijímateľovi sociálnej služby a jej archivácie.

*Spis klienta* nám slúži ako prehľad o všetkých aktivitách, ktoré sociálny pracovník v spolupráci s klientom vykonal. Zmyslom vedenia tejto evidencie je uchovávať všetky dostupné, známe a objektívne informácie o klientovi a posudzovanej situácii tak, aby bolo možné v prípade potreby kedykoľvek pokračovať v práci (Levická, 2008, s. 150).

Základným dokumentom v spise klienta je *zmluva o poskytovaní sociálnej služby* medzi poskytovateľom a klientom, v ktorej je písomnou formou zdokumentovaný kontrakt medzi nimi (minimálne štandardy tejto zmluvy uvádza zákon č. 448/2008 Z. z.). Hoci uvedený zákon taxatívne vymenováva len niektoré sociálne služby pre ktoré je táto zmluva povinná, z hľadiska poskytovateľa aj prijímateľa je vhodnejšie, ak je vzájomný kontrakt zdokumentovaný písomnou formou. Na druhej strane v sociálnej práci s osobitými skupinami klientov, ktorá sa z hľadiska metód realizuje najmä streetworkom, nemožno viesť evidenciu a dôslednú dokumentáciu pre dodržanie diskretnosti a anonymity, čo je zásadou nízkoprahového prístupu práce s ľuďmi bez domova, závislými klientmi, klientkami v oblasti prostitúcie, obchodovania s ľuďmi a pod. Preto sa aj v novele č. 551/2010 Z. z. zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. uvádzajú špecifické prípady, keď nie je nutné viesť evidenciu klientov.

Zmluva o poskytovaní sociálnej služby nie je ani zďaleka jedinou súčasťou spisovej dokumentácie. Reamer (1998, s. 166) okrem toho uvádza zložky dokumentácie, ktoré sa zvyčajne používajú v americkej klinickej sociálnej práci a môžu byť užitočné aj pre sociálne služby v našich podmienkach (por. In Mátel, 2010, s. 123 - 124):

- kompletná sociálna história a kompletná anamnéza (osobná, rodinná, profesijná, resp. školská, prípadne aj zdravotná);



- poradenský plán zameraný na odstránenie problémov klienta a obnovenie porúch psycho-sociálneho fungovania (v rámci neho je vhodné uviesť dôvody na požiadanie o službu, objektívny a náležitý časový plán, stratégiu intervencií, plánovaný počet stretnutí a ich trvanie, spôsoby vyhodnocovania rozvoja, plán ukončenia služieb a dôvody ukončenia);
- súhlas so spracovaním osobných údajov (na Slovensku v zmysle § 7 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a v súlade sú zákonom č. 448/2008 Z. z. v z. n. p.); tento súhlas sa nevyžaduje vtedy, ak spracúvanie osobných údajov je nevyhnutné na ochranu životne dôležitých záujmov osoby, ktorá nemá spôsobilosť na právne úkony alebo je fyzicky nespôsobilá na vydanie súhlasu, a ak nemožno získať súhlas jej zákonného zástupcu (podľa § 7 ods. 4 písm. c. zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v z. n. p.);
- postupy a spôsoby poskytovania informovaného súhlasu;
- krátky opis všetkých rozhodnutí a intervencií, ktoré vykonal sociálny pracovník v priebehu poskytovania služieb, vrátane zvolených metód a techník sociálnej práce;
- záznamy všetkých kontaktov vytvorených s treťou stranou (členmi rodiny, známymi, inými odborníkmi), ich spôsoby (osobne, telefonicky, písomnou korešpondenciou, e-mailom), stručný opis a všetky dôležité informácie, ktoré boli poskytnuté;
- záznamy všetkých konzultácií s inými profesionálmi, vrátane dátumu, na ktorom sa klient dohodol pokiaľ ide o ďalšie stretnutia;
- informácie zahŕňajúce akékoľvek kritické incidenty (napr. suicidálne sklony, ohrozovanie iných, nadmerné požívanie alkoholu alebo omamných látok, kríza v rodine) a reakcia sociálnych pracovníkov na ne;
- akékoľvek pokyny, odporúčania a rady poskytnuté klientom, vrátane distribúcie a odporúčania konzultovania s iným špecialistom;
- opis všetkých kontaktov s klientmi, vrátane formy (osobne, telefonicky...), dátumu a času kontaktu;
- rozhodnutia, ktoré urobil vo veciach klienta sociálny pracovník, resp. sociálna inštitúcia (napr. rozhodnutie o priznaní dávky v hmotnej núdzi a pod.) a rozhodnutia, ktoré urobil vo veciach klienta odborník z inej profesie (napr. psychiater), inštitúcie (napr. súd, škola) alebo v prípade maloletých rodič, resp. iný zákonný zástupca;
- záznamy o neúspešných alebo odvolaných stretnutiach;

- sumarizovanie predchádzajúcich alebo súčasných psychologických, psychiatrických alebo iných lekárskeho vyšetrení, dôležitých pre intervenciu sociálnych pracovníkov;
- zdokumentovanie priebehu a výsledku dilematických situácií, čo je dôležité aj kvôli eventuálnym sťažnostiam, obvineniam zo zneužitia právomoci alebo pri súdnom konaní;
- dôvody pre ukončenie poskytovania sociálnej služby;
- záverečné zhodnotenie celého prípadu;
- návrh ďalších podporných opatrení aj po skončení kontraktu, resp. možností opätovného kontaktovania sociálneho pracovníka, resp. inštitúcie;
- kópie všetkých dôležitých dokumentov ako sú podpísaný súhlas klienta, korešpondencia, dohoda o spôsobe platby a súdne listy.

### **Vybrané etické aspekty dokumentácie**

Z etického hľadiska je dôležité pripomenúť, že *klient má právo kedykoľvek do svojej spisovej dokumentácie nahliadnuť*. Za neetické sa považuje akékoľvek falšovanie dokumentácie alebo poskytnutie úmyselne nepresných záznamov – nezávisle od toho, či by šlo o prospech alebo neprospech klienta. Zvlášť dôrazne to platí pre sociálnych pracovníkov s rozhodovacou právomocou pokiaľ ide o poskytovanie alebo neposkytnutie finančnej alebo materiálnej sociálnej podpory (Mátel, In Mátel – Oláh – Schavel, 2011, s. 123).

Z hľadiska etiky je dôležitým aspektom sociálnej práce dôvera medzi poskytovateľom služby, resp. sociálnym pracovníkom alebo poradcom a samotným klientom. Táto sa nemôže minimalizovať na zákonný rámec ochrany osobných údajov a povinnej mlčanlivosti. Uvedená povinnosť trvá aj po skončení pracovného pomeru (v zariadení sociálnych služieb). Mnohé z informácií, ktoré sa sociálny pracovník od klienta dozvie v priebehu poradenského vzťahu, ležia v oblasti dôvernosti (Mátel, 2010a, s. 130). Barker v Slovníku sociálnej práce (2003, s. 90) dôvernosť definuje ako „etický princíp, podľa ktorého sociálny pracovník alebo iný profesionál nesmie poskytnúť informácie o klientovi bez jeho súhlasu. Tieto informácie zahŕňajú identitu klienta, obsah rozhovorov, profesionálne mienky o klientovi a materiály zo záznamov. Dôvernosť však nezabraňuje poskytovať náležité informácie o klientoch kolegom v pracovnej organizácii. V špecifických prípadoch sa súdnou cestou môže od sociálnych pracovníkov a ostatných profesionálov vyžadovať poskytnutie niektorých informácií o klientoch (napr. v prípadoch násilia, objednaných zločinov a pri podozrení zneužívania detí).“ Hoci by sa prezradením dôverných informácií tretej strane (vrátane blízkych rodinných príslušníkov), bez súhlasu klienta, neporušil zákon, išlo by o závažné

etické zlyhanie sociálneho pracovníka. Jedným z dôležitých nástrojov administratívno-dokumentačných nástrojov udržiavania dôvery v sociálnej práci je práve tzv. „*informovaný súhlas*“. Barker (2003, s. 217) ho definuje ako „poskytnutie súhlasu klienta sociálnemu pracovníkovi a organizácii alebo inej profesionálnej osobe k použitiu špecifickej intervencie, vrátane diagnostiky, terapie, vyšetrenia a výskumu. Toto dovoľenie musí byť založené na všetkých informáciách potrebných k rozumnému súhlasu. Informovaný súhlas musí byť založený na poznaní rizík a alternatív (pozn. povinnosť mlčanlivosti zamestnanci nemajú, ak je to podľa osobitného zákona nevyhnutné na plnenie úloh orgánov činných v trestnom konaní.). Jedným z najväčších rizík zneužitia profesionálnej právomoci je zanedbanie získania informovaného súhlasu.“ Informovaný súhlas sa okrem poskytovania informácií tretej strane týka súhlasu k fotografovaniu, audio a video záznamu pre médiá. Písomný informovaný súhlas by mal patriť k dôležitým súčasťam dokumentácie v zariadeniach sociálnych služieb.

Sociálna pracovníčka alebo pracovník sa v sociálnych službách môžu ocitnúť v nezávideniahodnej situácii, keď majú robiť rozhodnutia v dilematických situáciách svojej profesijnej činnosti. Etickou dilemou sa rozumie výber medzi dvomi alebo viacerými neželanými možnosťami. Keďže žiadnu z možných spôsobov riešenia nie je možné označiť za „dobrú“, výber je rozporuplný a konečné rozhodnutie má byť „menším zlom“ alebo „menším utrpením“. V dilematických situáciách sa robia rozhodnutia veľmi ťažko. Od profesionálnych sociálnych pracovníčok a pracovníkov sa vyžaduje, aby vedeli robiť náležité rozhodnutia aj v takých situáciách, ktoré môžeme označiť za dilematické. Z hľadiska profesionálnych kompetencií a zodpovednej etickej prípravy sociálnych pracovníkov by títo mali vedieť systematicky postupovať k riešeniu takýchto situácií. V priebehu systematického procesu prípravy na vykonanie rozhodnutia sa často vyjasňuje, ktorý smer riešenia prinesie viac prospechu a menej zla. Napriek tomu sociálny pracovník nebude vnímať 100 %-nú istotu. To je však súčasťou povahy etických dilem. Rozhodnutie je jednoducho nutné spraviť. Sociálny pracovník musí byť pripravený svoje rozhodnutie zdôvodniť klientovi, zamestnávateľom (vedeniu organizácie), kolegom a náležitým úradom. A práve k tomuto účelu slúži zdokumentovanie celého procesu (por. Mátel, 2010b). Dôsledná dokumentácia je dôležitá aj kvôli eventuálnym sťažnostiam, obvineniam zo zneužitia právomoci, pri súdnom konaní, alebo na ochranu života klienta, ktorý nemá spôsobilosť na právne úkony alebo je fyzicky nespôsobilá na vydanie písomného súhlasu.

## Záver

Administrácia a dokumentácia patria k integrálnym činnostiam sociálnych pracovníkov sociálnych službách. Ich eticky citlivé užívanie, zdôvodňovanie a prezentovanie klientom môže byť dôležitým nástrojom skvalitňovania sociálnych služieb. Sociálna práca ako profesia založená na hodnotách môže dokonca užívať administráciu a dokumentáciu ako nástroj posilňovania a zmocňovania klientov k uvedomovaniu si svojich práv, povinností a hodnoty.

## Zoznam bibliografických odkazov

- [1]BARKER, R. L. 2003. *The Social Work Dictionary*. 5<sup>th</sup> Ed. Washington, DC : NASW, 2003. 493 s. ISBN 0-87101-355-X.
- [2]DEPAUL SLOVENSKO. 2009. *Kódex profesionálneho prístupu Depaul Slovensko*. Bratislava : Depaul Slovensko, 2009. 21 s.
- [3]GEIBLER K. A. – HEGE, M. 2007. *Konzepte sozialpädagogischen Handelns: Ein Leitfaden für soziale Berufe*. 11. Auflage. Weinheim, München : Juventa Verlag, 2007. 222 s. ISBN 978-3-7799-2013-7.
- [4]INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS. 2004. *Ethics in social work: Statement of principles*. Geneva : IFSW, 2004.
- [5]KELLER, J. 2010. *Sociologie organizace a byrokracie*. 2. vyd. Praha : Slon, 2010. 184 s. ISBN 978-80-86429-74-8.
- [6]LEVICKÁ, J. 2008. *Na ceste za klientom*. 2. vyd. Trnava : Oliva, 2008. 284 s. ISBN 978-80-89332-03-8.
- [7]MÁTEL, A. 2010a. *Etika sociálnej práce*. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2010. 183 s. ISBN 978-80-89271-85-6.
- [8]MÁTEL, A. 2010b. Systematický postup řešení etických dilemat v sociální práci. In PITNEROVÁ, D. – SKARUPSKÁ, H. *Akční pole sociální práce IV*. Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci 23. března 2010. Brno : Paido, 2010, s. 41 – 45. ISBN 978-80-7315-211-6.
- [9]MÁTEL, A. 2011. Sociálna práca ako profesia založená na hodnotách. In ONDRUŠKOVÁ, E. – KOSCUROVÁ, Z. (eds.) *Realita a vízia sociálnej práce*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského, 2011. ISBN 978-80-223-3075-6, s. 193-199.
- [10] MÁTEL, A. – OLÁH, M. – SCHAVEL, M. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.

- [11] MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. et al. 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 442 s. ISBN 978-80-8132-009-5.
- [12] MÜHLPACHR, P. 2008. *Úvod do sociální práce*. Brno : VŠ ZaSP sv. Alžbety v Bratislave – IMS, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7392-070-8.
- [13] NOVOSAD, L. 2004. *Základy teorie a metod sociální práce. II. díl*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2004. ISBN 80-7083-890-6.
- [14] REAMER, F. G. 2006. *Social Work Values and Ethics*. 3<sup>rd</sup> Edition. New York : Columbia University Press, 2006. 240 s. ISBN 978-0-231-13789-8.
- [15] ROMAN, T. 2010. Administratívna práca pedagóga ako riziko formálnej práce v penitenciárnom zaobchádzaní. In *Rizika sociální práce*. Sborník z konferencie VII. Hradecké dny sociální práce. Hradec Králové : Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-086-3, s. 95-100.
- [16] Zákon č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.
- [17] Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

## Kontakt

doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD.  
Katedra sociálnej práce  
VŠ ZaSP sv. Alžbety  
Nám. 1. mája 1, P.O. Box 104,  
810 00 Bratislava  
andrej.matel@gmail.com

PhDr. Ladislav Roman, PhD.  
Katedra sociálnej práce  
VŠ ZaSP sv. Alžbety v Bratislave  
Nám. 1. mája, č. 1, P.O. Box 104,  
810 00 Bratislava  
ladisla.roman@gmail.com

## **STN EN ISO 9000 a podmienky kvality v zákone o sociálnych službách**

### **ISO verzus „štyri štyri osmička“**

*Ondrej BUZALA*

#### **Abstrakt**

Príspevok porovnáva niektoré aspekty normy STN EN ISO 9001:2008 s podmienkami kvality pre sociálne služby, ktoré sú uvedené v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Upozorňuje na problematické prvky pri integrovaní podmienok kvality do systémového prostredia aplikovanej normy ISO v sociálnych službách, ako aj na úskalia hodnotenia dosiahnutej úrovne kvality podľa zákona o sociálnych službách.

#### **Kľúčové slová**

Kvalita sociálnych služieb, systémy manažérstva kvality, podmienky kvality, hodnotenie kvality, zákon o sociálnych službách.

#### **Úvod**

Kvalita sociálnych služieb je na Slovensku diskutovanou témou už viac ako desaťročie. Z pôvodných teoretických diskurzov sa počas tohto obdobia rozvinula do niektorých praktických aplikácií rôzneho zamerania. V prvých rokoch presadzovania sa tejto témy na Slovensku, bolo veľa písaného a hovoreného najmä o dôvodoch, pre ktoré sa majú sociálne služby skvalitňovať. V tomto období rezonovali ako hlavné oblasti etika, odbornosť, dôstojnosť človeka, ekonomika, konkurencie schopnosť, trvalá udržateľnosť a podobne. V posledných rokoch ustupuje dominancia dôvodov a ich etických alebo odborných východísk a začína sa objavovať logicky nadväzujúca téma a tou je - ako zaistiť kvalitu, jej udržateľnosť a opakovateľnosť. Prechod od témy dôvodov k téme spôsobov a krokov naznačil, že požiadavka na poskytovanie kvalitných sociálnych služieb je odbornou verejnosťou už všeobecne akceptovaná. Potvrdil to aj nový zákon o sociálnych službách, ktorý bol prijatý v roku 2008 a explicitne uviedol požiadavku na zaistenie kvality sociálnych služieb do legislatívy.

#### **Zákon a kvalita sociálnych služieb**

Aplikácia kvality do sociálnych služieb sa rozbehla v niekoľkých smeroch. Tie by sa dali rozdeliť v podstate na štyri základné:

1. Kvalita a vhodnosť odborných postupov práce s klientmi a s tým súvisiaca kvalita a odborná spôsobilosť personálu.

2. Kvalita života klienta, dodržiavania jeho základných ľudských práv a slobôd a subjektívne vnímanie kvality sociálnych služieb klientom.

3. Kvalita infraštruktúry a environmentu pre zabezpečenie sociálnej služby.

4. Kvalita riadenia všetkých činností, dokumentovanie výkonov a zaisťovanie kontrolovateľnosti a opakovateľnosti kvality.

V roku 2008 bol prijatý zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (ďalej len „zákon o sociálnych službách“), ktorý poskytovateľom sociálnych služieb stanovil vo vzťahu ku kvalite poskytovanej sociálnej služby tieto povinnosti [1]:

1. plniť procedurálne podmienky, personálne podmienky a prevádzkové podmienky poskytovania sociálnej služby podľa prílohy č. 2 písm. A.

2. Oboznámiť svojich zamestnancov a prijímateľov sociálnej služby s postupmi, pravidlami a podmienkami spracovanými v súlade s prílohou 2 písm. A

3. Umožniť vykonanie hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby a poskytnúť súčinnosť pri tomto hodnotení.

Tieto požiadavky sú dnes už prevádzkovateľom dobre známe z predmetnej prílohy. Je ich dvadsať štyri a v zásade sa snažia riešiť prvú až tretiu tému kvality, ktorú sme uviedli vyššie. Štvrtej téme, ako kvalitu zaviesť, riadiť, kontrolovať, vyhodnocovať, zaisťovať jej opakovateľnosť a možnosť porovnávania sa s inými zariadeniami sociálnych služieb, sa venujú systémy riadenia kvality. Avšak tie vo svojej štruktúre v rozličnej podobe pokrývajú tiež aj prvé tri témy.

### **Norma ISO a zákon o sociálnych službách**

Podobne ako pri samotnej téme kvality v sociálnych službách, ustáva taktiež diskusia o tom, či systémy manažérstva kvality (ďalej len SMQ) do sociálnych služieb implementovať alebo nie. Odbornou verejnosťou začína byť akceptovaný názor, že áno. Napomáha tomu aj zjavný fakt, že v rámci štátov Európskej únie nejde o novinku, ale zabehanú a overenú prax. Ani na Slovensku už nie sú výnimkou zariadenia sociálnych služieb, ktoré majú niektorý zo systémov zavedený. Jedná sa hlavne o STN EN ISO 9001:2000 a nasledujúce. Predpokladáme, že tento trend bude pokračovať a v nasledujúcej dekáde budú zariadenia so zavedeným SMQ skôr v prevahe. Diskusia sa v tejto oblasti začína posúvať do polohy ako a

ktorý SMQ, alebo či je nevyhnutné zaviesť ucelený SMQ alebo postačí na začiatok aplikovať niektoré ich systémové prvky.

Po objavení sa zákona o sociálnych službách však logicky vyvstala ďalšia diskusia. Otvoril ju manažment zariadení sociálnych služieb, ktorý aplikoval, aplikuje, alebo sa bezprostredne pripravuje na aplikáciu normy ISO do svojho zariadenia. Základná otázka, ktorá ju spustila znie: „Zabezpečí nám plnenie normy ISO taktiež plnenie požiadaviek podmienok kvality, ktoré sú uvedené v zákone o sociálnych službách?“ Inštitút kvality sociálnych služieb k tomu pridal ešte jednu zásadnú otázku: „Zabezpečí plnenie podmienok kvality, ktoré sú uvedené v Prílohe č.2 zákona o sociálnych službách splnenie všetkých kvalitatívnych požiadaviek, ktoré sú kladené zákonom na prevádzkovateľa sociálnych služieb?“ Na obe otázky by sme mohli jednoducho odpovedať „nie“ a „nie“ a uzavrieť tak celú diskusiu. Ide však hlavne o aplikačnú prax, ktorá nutne integruje obe platformy kvality do jedného celku. Jednoduché „nie“ nám teda nič nevyrieši, na problém sa treba pozrieť bližšie.

Pre orientáciu v uvažovanej problematike je nutné porozumieť tomu, že požiadavky normy ISO „iba“ dopĺňajú požiadavky na produkty, teda v našom prípade na poskytované sociálne služby - a nie ich nahrádzajú. Nie sú teda v „konkurenčnom postavení“, ako je občas ich vzájomný vzťah z neznalosti alebo nepochopenia hodnotený. Tiež kladie dôležitú podmienku, že organizácia musí preukázať plnenie ostatných legislatívnych požiadaviek. Zákon o sociálnych službách je kľúčovým zákonom pre prevádzkovateľov sociálnych služieb, musia teda preukázať plnenie všetkých jeho požiadaviek, nie iba vyšpecifikovaných podmienok kvality! Samotná norma ISO je predovšetkým štruktúrovaným a systémovým nástrojom na zaisťovanie kvality. Práve štruktúrovanosť normy ISO, respektíve jej zavedenie do chodu zariadení sociálnych služieb, sa začalo štruktúrne prekrývať s niektorými ustanoveniami podmienok kvality v zákone o sociálnych službách. Z tohto prekrytia začali vznikať otázky, či je potrebné spracovať a popísať prevádzku a jej činnosti z pohľadu normy ISO a súčasne spracovať tie isté oblasti jazykom a pohľadom zákona o sociálnych službách. Inak povedané – je nutná duplicita? Alebo ešte inak otočená otázka – bude kontrola na dodržiavanie podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách rozumieť ich spracovaniu jazykom a systémom normy ISO? Bude vedieť toto spracovanie posúdiť, zhodnotiť, akceptovať, alebo bude vyžadovať niečo im bližšie, „sociálnejšie“?

Aby sme mohli odpovedať spôsobom, ktorý je použiteľný pre implementátorskú prax, je potrebné urobiť aspoň základné porovnanie oboch platforiem.



## A. Systémovosť

Normu ISO, keďže rieši implementáciu systému manažérstva kvality a má za sebou relatívne dlhú aplikačnú históriu, je možné hodnotiť ako intencionálny systém. Znamená to, že aplikovaná systémovosť je jasným a ľahko identifikovateľným *zámerom* autorov. Odráža sa to aj v štruktúre, nie v tom zmysle že štruktúru má, ale v tom zmysle, že jednotlivé časti jej štruktúry sú vzájomne prepojené. Tento fakt sa dá vyčítať aj zo samotnej normy, no zjavnejší je pri samotnej aplikácii. Pri spracovaní jednej skupiny jej požiadaviek sa vytvárajú predpoklady na dobré spracovanie nadväzujúcej skupiny požiadaviek. To ocení každý implementátor.

Pri podmienkach kvality v zákone o sociálnych službách je situácia kriticky iná. Na jednej strane nemožno poprieť isté súvislosti medzi niektorými podmienkami kvality, na strane druhej len ťažko možno hovoriť o systémovom prepojení. Aj v prípade identifikácie niektorých týchto prepojení, vyznievajú tieto v celkovom kontexte skôr ako prirodzené väzby, než ako intencionalita autorov. Nezámernosť sa prejavuje aj v celkovej štruktúre. Plnením podmienok si teda nie vždy vytvárame priame predpoklady na plnenie ďalších podmienok. Vytvárajú sa skôr uzavreté, autonómne okruhy.

Dôležitá rozdielnosť medzi oboma platformami je ale predovšetkým v tom, že podmienky kvality ako také (až na niektoré výnimky) neobsahujú mechanizmus na prehodnocovanie kvality predpokladov ani výsledkov. Inak povedané, sú statické. Samé o sebe majú síce potenciál zvýšiť kvalitu sociálnych služieb z nejakej štartovacej úrovne na úroveň zamýšľanú zákonom o sociálnych službách, no zároveň ju tam zakonzervujú. Na tento konzervačný efekt si musí dať implementátor pozor.

## B. Štruktúra a prekrývanie požiadaviek

Keď prekryjeme požiadavky normy ISO počínajúc skupinou „4 Systém manažérstva kvality“ s podmienkami kvality zákona o sociálnych službách, zistíme, že štruktúra je rozdielna. Môžeme síce veľmi ľahko nájsť analógie požiadaviek v jednej aj druhej platforme a spárovať ich, ale keď to urobíme, norma ISO sa nám v štruktúre podmienok kvality rozháďže (a naopak). Isteže, nie je možné kritizovať legislatívnych pracovníkov za tento nesúlad, pretože zámerom podmienok kvality nie je pripodobňovať sa norme ISO. Ale implementačná prax sa na prekrývanie pýta, pretože sa manažéri kvality a manažment zariadení sociálnych služieb v ktorých je aplikovaná norma ISO prirodzene bránia duplicitnej práci. Bolo teda nutné urobiť prevodové mostíky medzi týmito dvoma platformami a práve toto začalo vyjasňovať odpoveď na vyššie položenú základnú otázku. Nielenže je norma ISO „rozháďaná“ v podmienkach kvality, ale zároveň norma ISO nerieši niektoré oblasti

prevádzkovaní sociálnych služieb, ktoré sú podmienkami kvality riešené. Je preto nutné zdefinovať vo všetkých opatreniach týkajúcich sa aplikovania normy ISO prepojenia na príslušné podmienky kvality, aby nedošlo k duplicitě, ale zároveň zväžiť či je plnenie konkrétnej podmienky kvality naozaj zaistené púhym splnením „párovej“ požiadavky v norme ISO. Je rovnako nutné zaistiť aj plnenie tých podmienok kvality, ktoré norma ISO vôbec nerieši. Keďže v „pároch“ ide často skôr o analógie, na posudzovanie nestačí dobrá znalosť iba litery jednej aj druhej platformy. Je žiaduce aj pochopenie ich „ducha“, teda ich zámerov a poslania. To predpokladá dobrú znalosť nielen normy ISO a zákona o sociálnych službách, ale aj dobrú znalosť teórie a praxe sociálnej práce a ich terminológie. Iba mechanické prekrytie a vyhodnotenie týchto dvoch platforiem môže totiž v praxi spôsobiť protipól duplicity, tzv. biele miesta.

### **C. Hodnotenie dosiahnutého stavu**

Cieľový stav je v oboch platformách zadaný ustanoveniami normy ISO aj samotnými podmienkami kvality. Aby bolo možné zvoliť optimálnu cestu na jeho dosiahnutie, je potrebná identifikácia stavu, v akom sa nachádza prevádzkovanie sociálnej služby, teda štartovná pozícia. To nám zaistí diagnostiku, rovnako ako nám zaistuje aj posúdenie zhody medzi dosiahnutým stavom a normou alebo požiadavkami. Pre skúseného implementátora nie je problém spracovať si formu, obsah a metodiku diagnostiky podľa normy ISO. Môže k tomu využiť samotnú normu alebo si vypomôcť normou ISO pre vykonanie auditu.

Iná situácia však nastáva pri posudzovaní miery zhody reality a požiadavkami podmienok kvality v zákone o sociálnych službách. V časti B. a C. je uvedená hodnotiaci škála (od 0 – 5 a od 0 – 3) a v časti C je uvedené samotné hodnotenia podľa dosiahnutého súčtu všetkých bodov. Avšak pre priradenie jednotlivých bodov pre posudzovanú podmienku chýbajú kritériá alebo indikátory. Súčasný stav je teda taký, že hodnotiaci škála a samotné vyhodnotenie je nepoužiteľné. Zákon taktiež neurčil kompetencie k tomu, aby tieto doplnkové údaje boli niekým dopracované a autorizované ako záväzné. Pritom pokles na 59% úroveň z možných dosiahnutých bodov je hodnotené tak, že podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby nie sú splnené.

Pre implementátora je vždy dôležité, či existuje autorizovaný postup či hodnotenie, ktoré by mohol použiť oprávnený orgán verejnej správy a ktoré teda musí zohľadňovať pri svojej praxi aj diagnostike sociálnych služieb. V dnešnej dobe je pri tom zrejmé, že implementácia podmienok kvality do sociálnych služieb sa už rozbehla a formy, obsahy aj metodiky na ich posúdenie sa začínajú rôzniť. V praxi teda nezostáva nič iné, ako si vytvoriť vlastný postup

alebo sa prikloniť k existujúcim a riskovať, že jedného dňa sa objaví autorizovaný postup hodnotenia, ktorý bude nekompatibilný s implementačnou praxou vynútenými návrhmi. Práve túto oblasť je možné považovať za najkritickejšiu, nakoľko logická požiadavka manažmentu ktorý implementuje ISO je, aby poskytovateľ sociálnych služieb „automaticky“ po implementácii normy ISO splnil aj požiadavky podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách. Ako však posúdiť dosiahnutý stav a hlavne zhodu a nezhodu?

### **Záver**

Doterajšie porovnanie normy ISO a požiadaviek zákona o sociálnych službách, ako aj implementačná prax ukazujú, že schematickým splnením požiadaviek normy ISO nie je možné splniť všetky podmienky kvality, ktoré sú definované v Prílohe č.2 v zákone o sociálnych službách. A to aj napriek tomu, že sa väčšina z nich dá medzi sebou spárovať. Mechanické vzájomné prekrytie oboch platforiem nesie v sebe značné riziko vytvorenia tzv. bielych miest v prevádzke z pohľadu zákona o sociálnych službách. Je potrebné tiež pochopiť, že norma ISO a podmienky kvality nie sú v konkurenčnom postoji, nejedná sa o holé „buď – alebo“. Tiež treba ale jasne povedať, že spoločná implementácia normy ISO a predmetných podmienok kvality, zabezpečí úplné splnenie všetkých kvalitatívnych požiadaviek, ktoré kladie zákon o sociálnych službách na prevádzkovateľa len vtedy, ak sa dobre porozumie zámeru jednej aj druhej normy. Obe platformy je nutné chápať nielen v ich litere, ale aj v ich duchu, pričom táto spojená implementácia oboch platforiem do zariadení sociálnych služieb je nutne podmienená aj znalosťou teórie a praxe sociálnych služieb, predovšetkým ich terminológiou. Keďže dnes nie je možné vyhodnotiť kvalitu sociálnych služieb podľa hodnotiacej škály uvedenej v zákone o sociálnych službách, implementátor si musí vytvoriť obdobnú diagnostiku úrovne kvality sociálnych služieb, ako v prípade posudzovania prvkov systémov manažérstva kvality pri aplikácii normy ISO. Nie je možné kritizovať zákon o sociálnych službách za to, že sa v ňom definované podmienky kvality sociálnych služieb tak výrazne odlišujú od systému ISO. Ich vzájomná podobnosť nebola úmyslom tejto legislatívy. Žiada sa však ich zosystematizovanie, pridanie dynamizujúcich prvkov a hlavne ujasnenie si kritérií a indikátorov pre vyhodnotenie dosiahnutého stavu. Je možné argumentovať, že dosiahnuť takto zadefinované podmienky kvality sociálnych služieb je relatívne ľahké, lacné a rýchle. S tým je možné súhlasiť, no našou prvou aj poslednou otázkou zostáva, či takto poňatý systém je aj dobrý.

Ponúka sa aj iná možnosť – zrušiť celý experiment s podmienkami kvality v zákone a zadefinovať povinnosť pre zaistenie kvality iným spôsobom. V ňom sa o svoje miesto pod

kvalitárskym slnkom môžu uchádzať aj podmienky kvality sociálnych služieb, ktoré by nemali výlučnosť v zákone, ale boli by na voľnom trhu s ostatnými možnosťami (ako ISO, CAF, EFQM a iné). Je totiž dosť pravdepodobné, že celkovej kondícii podmienok kvality, by pobyt na takomto slnku prospel.

### **Kontakt**

Ing. Ondrej Buzala

Tabita s.r.o. – Inštitút kvality sociálnych služieb

Web: [www.tabitasro.sk](http://www.tabitasro.sk)

E-mail: [tabitasro@tabitasro.sk](mailto:tabitasro@tabitasro.sk)

## Sociálne programy implementované v samospráve Bziny a možnosti ich exaktného merania

*Ján BEŇUŠ, Daniela GIERTLIOVÁ*

### **Abstrakt**

V sociálnej práci je náročné exaktne merať efektivitu sociálnych služieb. Skôr sa kladie akcent na subjektivitu samotného poberateľa sociálnej služby. Očami predstaviteľa samosprávy si dovoľím tvrdiť, že aplikácia sociálnych služieb v komunite je veľmi náročná. Súčasný zákon o sociálnych službách, kladie veľký dôraz na prirodzené prostredie, avšak mnohým samosprávam chýbajú finančné prostriedky na realizáciu aktuálnych sociálnych služieb a programov, ktoré by mohli byť implementované v danej komunite. Sociálne problémy, a to je jedno, či sú to problémy starších občanov, alebo mladých rodín sa riešia len na povrchu zvyčajne reštitučným opatrením. V komunitách chýba kvalitná sociálna prevencia, ktorá by zachytávala sociálne problémy hneď na začiatku a tým by prispela k zdravšej komunite.

V príspevku sa zameriavame na sociálne služby a ich exaktné merania. Ich uskutočniteľnosť v súčasnosti považujeme za najdôležitejšie. Implementovať kvalitnú sociálnu službu v komunite nie je jednoduché, ak chceme od danej služby, aby bola efektívna. Práve efektivita sociálnej služby súvisí s jej exaktným vymedzením.

### **Kľúčové slova**

Efektivita. Exaktné metódy merania sociálnych programov. Implementácia. Sociálny program. Sociálny pracovník. Zručnosť.

### **Úvod**

Sociálny program by mal smerovať k uspokojeniu klienta – občana v komunite. Je potrebné povedať, že v lokálnej politike absentujú programy, ktoré by zohľadňovali základné atribúty kvalitných sociálnych programov.

Zákon o sociálnych službách, ktorý sociálnu službu definuje ako: „odbornú činnosť, obslužnú činnosť alebo ďalšiu činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,

- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.“ (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách)

Z toho vyplýva, že sociálny program by mal byť zameraný predovšetkým na sociálny rozvoj nielen jednotlivca a celého jeho prirodzeného prostredia – teda komunity. Skúsenosti nám ukazujú, že práve sociálne programy, ktoré sa realizujú v obecnej politike žiaľ predstavujú neefektívne služby, v dôsledku, ktorých sa samospráva miest a obcí zadlžuje. A pre samotné správne riadenie predstavujú veľmi náročnú administratívnu uskutočniteľnosť. V dôsledku danej aplikačnej náročnosti tieto sociálne služby sa v mnohých samosprávach nedajú exaktne merať a kontrolovať. V príspevku vychádzame z teoretických, ale aj praktických skúseností.

### **Implementácia sociálnych programov zameraných na aktivizáciu nezamestnaných občanov**

Vo svojom príspevku sa zameriavame na sociálne programy, ktoré sme priamo realizovali v komunite. Ide o programy, ktoré sa týkajú riešenia hmotnej núdze. Zákon o hmotnej núdzi definuje hmotnú núdzu, ako stav: „keď príjem občana a fyzických osôb, ktoré sa s občanom spoločne posudzujú, nedosahuje životné minimum a občan a fyzické osoby, ktoré sa s občanom spoločne posudzujú, si príjem nemôžu zabezpečiť alebo zvýšiť vlastným pričinením“. (Zákon č. 599/2003 Z. z. o dávke v hmotnej núdzi)

Z praktického pohľadu ide o sociálne programy, ktoré súvisia s aktivizáciou nezamestnaných občanov, s čiastočnou možnosťou sociálnej integrácie občana do komunity. Ide o štyri elementárne sociálne programy: aktivačnú činnosť, menšie obecné služby, verejnoprospešné práce, absolventskú činnosť. Všetky programy sa týkajú problematiky služieb zamestnanosti. Sú aplikovateľné predovšetkým u dlhodobo nezamestnaných, u ktorých je doba nezamestnanosti dlhšia ako 3 mesiace a týkajú sa všetkých vekových kategórií.

Pri bližšom zadefinovaní jednotlivých programov vychádzame zo zákona o dávke v hmotnej núdzi (Zákon č. 599/2003 Z. z. o dávke v hmotnej núdzi) a zákona o službách zamestnanosti (Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti)

- a) Aktivačnú činnosť môžeme definovať na základe zákona o dávke v hmotnej núdzi (Zákon č. 599/2003 Z. z. o dávke v hmotnej núdzi), ktorý ju definuje ako dávku viazanú na vykonávanie činností, ktoré vedú k zvýšeniu zamestnateľnosti ako vzdelávanie, zvyšovanie kvalifikácie štúdiom alebo pracujú dobrovoľne pre obec – inú verejnoprospešnú organizáciu. Pre dlhodobo nezamestnaných občanov sa aktivačný príspevok vypláca aj súbežne so mzdou po dobu 6 mesiacov od nástupu do zamestnania

– ak mu pred nástupom bola vyplácaná dávka v hmotnej núdzi. V samospráve Bziny aktivačnú činnosť realizujeme od roku 2006. Je to sociálny program, ktorým sme dokázali pomôcť už niekoľkým občanom, ktorí pracovali na rôznych verejnoprospešných prácach v obci Bziny. Daný sociálny program sme aplikovali po monitoringu mikroprostredia a makroprostredia v obci Bziny. Vypracovali sme plán sociálneho rozvoja s akcentom na mobilizáciu dlhodobo nezamestnaných občanov. Pri aktivačnej činnosti sme sa snažili vyhnúť krátkodobej zamestnanosti nezamestnaných občanov. Na danú aktivačnú činnosť sme sa snažili aplikovať ďalší sociálny program. Tým sme chceli dospieť k tomu, aby sme občanovi poskytli väčší priestor osvojenia si pracovných zručností.

- b) Menšie obecné služby môžeme definovať ako služby pre obec. Dlhodobo nezamestnaný občan vykonáva nepretržite najdlhšie šesť kalendárnych mesiacov v rozsahu najviac 20 hodín týždenne okrem týždňa, v ktorom sa aktivačná činnosť začala, s možnosťou jej opakovaného vykonávania najviac počas ďalších šiestich kalendárnych mesiacov.
- c) Absolventskú prax, definuje zákon o službách zamestnanosti (Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti) nasledovne: činnosť smerujúcu k získaniu odborných zručností a praktických skúseností u zamestnávateľa, ktoré zodpovedajú dosiahnutému stupňu vzdelania absolventa školy, získanie alebo prehĺbovanie odborných zručností alebo praktických skúseností uchádzačom o zamestnanie do 25 rokov veku, ktoré rozšíria ich možnosti uplatnenia na trhu práce.
- d) Na rozdiel od uvedených sociálnych programov, ktoré existujú pre občanov v prirodzenom prostredí, verejnoprospešné práce sú služby, ktoré slúžia pre marginalizované skupiny, ku ktorým sa viaže aj sociálna exklúzia pričinením občana – napr. trestný čin. Je to nástroj, ktorým spoločnosť chce nielen pomôcť občanovi v uplatňovaní sa na trhu práce, ale aj umožniť mu sociálnu integráciu do komunity.

Jednotlivé sociálne programy stoja na reziduálnom princípe, ktorý bol známy už v druhej polovici 19. storočia. Zásadou reziduálneho princípu je, že rozhodnutia komunity súvisia s miestnymi prioritami a hodnotami, akceptujú zodpovednosť jednotlivca a koncipujú systém sociálnej ochrany. Predstavitelia sociálnych programov by mali zaistiť len to, čo jednotlivci a rodiny zaistiť nemôžu. V takomto prípade štát poskytuje len minimum pomoci. V praxi sa však ukazuje, že problém pre realizátorov sociálnych programov v komunite nie je len finančná nedostatočnosť jednotlivých príspevkov, s čím súvisí aj motivačný faktor, ale aj byrokratickosť štátneho systému. Často krát mnohí realizátori narážajú na bariéry a nedostatky, ak sa rozhodnú reagovať na výzvy úradov práce, sociálnych vecí a rodiny.

## **Možnosti exaktného merania efektivity sociálnych služieb zrealizovaných v komunite Bziny smerom k aktivizácii nezamestnaného občana**

Efektivitu sociálnych programov sme hodnotili nielen na základe realizovateľnosti sociálneho programu, ale aj na základe účinnosti, ktorá sa dá merať prostredníctvom subjektívnej spokojnosti komunity a klienta, čím by sme uplatnili teóriu ekvity, ktorej predstaviteľom je J. S. Adamse. (In: Fiala, 2008)

V praxi sme sa stretli s rôznymi názormi klientov na hodnotenie jednotlivých sociálnych programov. Boli niektorí klienti, ktorí program hodnotili viac pozitívne, iní zastávali názor, že sociálny program je pre nich skôr príťažou ako pomocou. V rámci praktických analýz, však zisťujeme, že mnohé sociálne programy v rámci hodnotenia klientom sú skôr vnímané negatívne. Dôvodom výsledkov, ktoré nám vyšli z danej analýzy je výška sociálnych programov, ako aj samotný nárok. Napríklad pri implementácii menších obecných služieb, vzniká problém aj na strane realizátora aj na strane klienta. Realizátor z daných služieb nemá žiadnu úhradu nákladov, ktorá sa viaže k zamestnateľnosti občana komunity. Na strane klienta je problémom číslo jedna nárokovateľnosť – sociálny program môžu využívať tí, ktorým nevyšla dávka v hmotnej núdzi. Čo v prípade, ak ide o rodinu, kde jeden z manželov je zamestnaný za minimálnu mzdu a druhý je dlhodobo nezamestnaným, predstavuje pomerne nízky príjem.

Ďalším nástrojom, hlavne pri plánovaní sociálnych programov, ktorý využívame v samospráve Bziny je predovšetkým SWOT-analýza. Z osobných skúseností, aj keď v rámci komunitného plánu sociálneho rozvoja sa práve na SWOT-analýzu kladie dôraz, ako na nástroj, ktorý by sa mal pri pláne využiť z praktických skúseností vieme, že v nej chýba naratívna zložka, ktorá by poukazovala na skúsenosti a názory spokojnosti klientov s daným sociálnym programom.

V SWOT – analýze sa predovšetkým odzrkadľuje pragmatický spôsob, hodnotenie na základe ekonomických priorít, čo v otázke sociálnej práce by nemalo predstavovať základný spôsob hodnotenia, ale mala by odrážať aj postoj klientov – zastúpenosť aj naratívnej zložky.

Efektivitu sociálnych programov v komunite pri zohľadnení naratívnej zložky získame dvoma úrovňami: divergentnosťou a konvergentnosťou.

Pre sociálnu prácu to znamená, že sa vychádza nielen z potrieb ekonomického rozvoja, ale aj potrieb občanov komunity a potrieb cieľových skupín.

Z pohľadu naratívnej zložky – nástroj - ktorým predstaviteľ sociálneho programu získava klientov je dôležitým meradlom efektivity. Ak realizátor používa nástroje, ktoré môžeme



označiť ako nástroje založené na direktívnom prístupe a kontrole, konštatujeme, že sociálny program nevychádza ani tak z potrieb klienta ako z potrieb jeho realizátora. V praxi tento prístup vnímame napríklad v mnohých postupoch riešenia otázok rómskej menšiny.

Ak sa zriaďovateľ riadi sociálnymi princípmi, hlavne princípom participácie a subsidiarity, získava priestor aj pre klientovu autonómnosť, čo znamená, že uplatňuje postoj klienta, ktorý je predpokladom toho, že daný program bude orientovaný na klientove potreby.

Najlepším nástrojom na meranie efektivity sociálneho programu sa nám javí Dimenzia Excellence, ktorú sformuloval Lawtone. (Molek, 2009). Dimenzia Excellence je marketingová metóda, ktorá obsahuje všetky prvky, ktoré nám absentovali pri SWOT-analýze. Z čoho vyplýva, že pri hodnotení sociálneho programu je možné chápať sociálny program ako „produkt“ bez ohľadu na jeho typ alebo formu, ktorý je podľa (Sakál, 2004) výsledkom procesu a má pre klienta „výsledný úžitok“.

Realizátora sociálnych programov zaujíma skôr proces implementácie sociálnych programov do terénu, jeho nákladovosť, administratívna uskutočniteľnosť a v neposlednom rade aj možnosť eliminácie sociálnych problémov komunity. Konkrétneho klienta – užívateľa sociálneho programu zaujíma len konečný efekt – výsledný úžitok. Práve tieto dilemy sú pre realizátora pri exaktnom meraní dôležité. Metóda ôsmich dimenzií (ďalej len 8E) mu umožňuje poznať cieľ dosahovania rovnováhy medzi všetkými dimenziami. Každá dimenzia sa posudzuje na základe štyroch hľadísk:

1. čo v dimenzii znamená výborný – excellence,
2. stupeň, v akom sa táto dimenzia meria pomocou presných ukazovateľov,
3. organizácia, ktorá je v tejto dimenzii príkladom výbornosti alebo naopak príkladom jej absencie,
4. čo z toho vyplýva pre implementáciu sociálneho programu.

Pri implementácii 8E sme sa dopracovali k nasledovným zisteniam, ktoré sú pre hodnotenie efektivity našich sociálnych programov, ktoré sme realizovali od roku 2006, kľúčové, ide o:

- sociálne programy, ktoré prispeli k sociálnej integrácii dlhodobo nezamestnaného občana (1D), avšak išlo len o krátkodobé zamestnanie sa, čo pre občana predstavuje znova riziko sociálnej dezintegrácie,
- čiastočne sme odstránili sociálny problém, ktorým bola dlhodobá nezamestnanosť (2D) a tiež sme eliminovali sociálne konflikty v obci Bziny, avšak sociálne programy sa zameriavali len na jednej smer – zamestnateľnosť, z čoho vyplýva, že v nich absentovali

sociálne, zdravotné a etické prvky, ktoré by prispeli k dôkladnejšej systematickosti a komplexnosti,

- vytvorili sme niekoľko pracovných miest v rámci aktivačnej činnosti a následne menších obecných prác, chránené pracoviská a tiež absolventskú prax, pre mladých absolventov škôl (3D). Opäť išlo o krátkodobé programy, z pohľadu časového hľadiska občanovi stále hrozilo riziko spätnej sociálnej situácie – nezamestnanosti,
- zabezpečili sme informovanosť, ktorá v sociálnej práci nie je dostatočná, tým, že sme nielen informovali účastníkov sociálnych programov, ale aj informovanosťou v internom prostredí komunity a externom prostredí (úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, spoluprácu s inými obcami a pod.) (4D a 5D), avšak na vlastné náklady, pretože vieme, že v rámci celkového sektoru verejnej správy neexistuje kvalitná efektívna informovanosť ohľadom riešenia sociálnych potrieb, ani pre samosprávy miest a obcí, ani pre občanov,
- dopracovali sme sa k nedostatkom zrealizovaných sociálnych programov, kde sme zistili, že dané sociálne programy majú krátkodobý efekt pre klientov, ich administratívna uskutočniteľnosť je časovo a vecne veľmi náročná (6D),
- aj posledné dimenzie sú obsadené, pretože splňajú očakávania a potreby predstaviteľa obce. (7D, 8D). Je však potrebné zdôrazniť, že tu vnímame veľké nedostatky, hlavne čo sa týka plánovania a administratívnej uskutočniteľnosti.

Z nasledovného vyplýva, že v súčasnosti je pomerne veľkým problémom aj otázka využiteľnosti sociálneho programu v komunite. Mnohé výzvy, ktoré vychádzajú z vyhlásenia štátnej správy sú pre niektoré komunity neaktuálne z dôvodu nepragmatickosti, čo sa v konečnom dôsledku odráža aj na hodnotení sociálnych programov. Takýmito výzvami sa v súčasnosti stávajú otázky riešenia aktivačných činností a menších obecných prác.

Problémom pri hodnotení efektivity sa ukazuje aj komplexnosť sociálneho programu, v ktorom sa odráža časové hľadisko. Jednotlivé sociálne programy realizované v komunite sú z časového hľadiska len krátkodobým spôsobom riešenia sociálneho problému komunity. Chýbajú následné sociálne programy, ktoré by vychádzali z piatich komponentov. Štyri z nich zdôraznil Krupa (2009) vo svojej monografii, ide o nasledovné:

1. Rodinou. „V pestrosti vzťahov a ľudských štruktúr má rodina výsadu jedinečného prvenstva nie na základe matematickej demokracie, ale zo sily prirodzeného zákona v srdci každého človeka, lebo neprenosným spôsobom a kvalitou dáva život ľudskej

bytosti, humanizuje ľudskú bytosť a spoločnosť a divinizuje ľudskú bytosť a spoločnosť“ (Bielová, Šuvada, Giertliová, 2011).

2. Pomáha svojim členom vrasť do spoločnosti, ktorá by mala byť súhrnom „osôb organicky spojených princípom jednoty, ktorý presahuje každú z nich. ... ako viditeľné a súčasne duchovné spoločenstvo osôb pretrvá v čase: dedí minulosť a pripravuje budúcnosť.“ (KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI: čl. 1880, SSV, Trnava 1998.)

„V nižších formách života vybavenosť inštinktmi znamená vrchol a určitú kvalitu ochrany a bezpečia jedinca i druhu. U človeka je inštinkt základom, na ktorom buduje jedinečný, neopakovateľný dôkaz, že je tvoriacim bytím. Schopnosť tvoriť je jeho mocou, podnecuje sa predovšetkým v rodine. Môže sa stať veľkým sociálnym dobrodením ale i skazou. Predstavuje určitú moc. Bezmocnosť človeka je sociálna diagnóza a problém pre neho samotného, jeho rodinu i spoločnosť.“ (Bielová, Šuvada, Giertliová, 2011)

2. Úctou, ktorú Krupa (2000) vidí ako jeden z hlavných sociálnych komponentov architektúry dôstojnosti človeka. Z nasledovného tvrdenia, konštatujeme, že úcta v otázke sociálnych programov má svoje významné postavenie, nakoľko ide o nevynucovaný a dobrovoľný postoj ovplyvnený sociálnym správaním – etikou, v ktorej rešpektujeme jeden druhého. Teda úcta vytvára rámec pre občiansku slobodu a vedie občana k zodpovednosti za seba samého i za svoje okolie.

3. Akceptáciou, čo v problematike sociálnych programov znamená ich prijímanie. Predstavuje druhý základný rozmer vzťahov medzi ľuďmi. Filozofiou princípu akceptácie je poznanie seba samého a poznanie potrieb druhého človeka – partnera. Takýto prístup vedie k spoluzodpovednosti a solidarite. Vytvára možnosť obhájenia svojich požiadaviek a posilňuje účasť na riešení požiadaviek a priorít komunity. (Krupa, 2007)

4. Subsistenciou, kým úcta a akceptácia vychádzajú z hodnotovej orientácie, zotrvávanie je dôsledkom týchto postojov. Proces kvalitných sociálnych programov je podmienený vzájomnou úctou, akceptáciou druhého človeka ako partnera a zotrvávaním s ním v jeho sociálnej situácii. V tomto priestore je potrebné pracovať s kvalitnou sociálnou sieťou, v ktorej fungujú sociálne zákony. V prípade porušovania týchto pravidiel dochádza k narušeniu a destabilizácii rovnováhy medzi ľuďmi v komunite. (Scherie, 2009)

5. Osamostatňovaním, ako princípom, ktorý vytvára priestor pre podporu klienta v samostatnosti. Miera samostatnosti je určená predovšetkým samotným klientom a kvalitou sociálneho prostredia. (Krupa, et. al., 2000)

Práve kvôli časovému hľadisku sa stáva, že klient, ktorý sa čiastočne sociálne integroval je opäť členom marginalizovanej skupiny. Krátkodobý synergický efekt úspešnosti bol zbytočný

a pre klienta sa daná situácia stáva zmätočnou. Klient nedosahuje stratifikačný postup, ale skôr stratifikačný zostup.

Veľkým problémom mnohých obecných komunít je aj volebné obdobie štyroch rokov a návrhy, ktoré sa realizujú v rámci len volebného obdobia. Tu sa stretávame s tým, že nie je dôležité presadiť bezpečie a spokojnosť klienta, ale bezpečie volebného plánu, ktorý má časovú obmedzenosť.

Nielen problém mnohých interpersonálnych ťažkostí v hodnotení efektivity sociálnych programov hrá dôležitú úlohu, ale aj intrapersonálna dimenzia, ktorá sa nachádza mimo komunity: finančné a personálne rezervy mnohých obecných komunít.

Predstavitelia sociálnych programov môžu realizovať svoj program len v otázke svojho obecného rozpočtu, z čoho vyplýva, že ak by malo ísť o kvalitnú sociálnu prácu sociálneho pracovníka, je nemožná.

Najväčším problémom dneška pre obecnú sociálnu politiku sa stáva fakt preťaženia predstaviteľov sociálnych programov z dôvodu presúvania kompetencií a z personálneho a finančného nedostatku.

## **Záver**

Uvedomujeme si súčasný stav Slovenska a preto v praktických návrhoch do budúcnosti stanovujeme v rámci komunitného plánovania špecifické ciele, ktoré by mohli byť uskutočniteľné.

Na základe získaných skúseností zdôrazňujeme nasledovnú schému implementácie sociálnych programov do praxe:

1. Vychádzať z potrieb danej komunity – lokality, v ktorej implementujeme sociálny program. Prax ukazuje, že mnohé komunity realizujú sociálny program len na základe donorskej výzvy, čo mína podstatu komunitného plánovania. V skutočnosti sa riešia problémy, ktoré nie sú až tak aktuálne a prioritné.
2. Nepracovať s klientom len v rámci krátkodobých služieb zamestnateľnosti, ale mať na zreteli dlhodobý sociálny rozvoj klienta. Pre naplnenie práce s klientom v rámci dlhodobého hľadiska je potrebný v rámci obecnej sociálnej pomoci nielen dostatok finančných prostriedkov, ale aj kvalitné personálne vybavenie tímu sociálneho programu. Dôležité je ponúknuť samospráve miest a obcí také výzvy, ktoré by pomohli vytvoriť priestor pre dlhobehjšiu prácu klienta a umožnili by mu sociálnu integráciu. Takýmto programom by mohla byť napríklad aj tvorba a implementácia kvalitných sociálnych podnikov v obecnej sociálnej politike.

3. Poskytovať kvalitnejšie sociálne poradenstvo, ktoré vychádza z hlavných princípov sociálnej politiky a zohľadňuje aj situáciu klienta. Často sa ukazuje, že v rámci obecnej sociálnej práce chýbajú klientovi dôležité informácie, ktoré by mu pomohli zorientovať sa v jeho probléme. Klient sa tak stáva akýmsi nástrojom byrokratického procesu. Vstupuje do nových organizácií, vypisuje nové náležitosti. Mnohí nezamestnaní klienti sa napríklad musia hlásiť na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny dva razy do mesiaca, čo pre mnohých, predovšetkým zo vzdialenejších komunít od úradu, je finančne náročné a z praktického pohľadu bezvýznamné.
4. Vykonávať kvalitnejšiu sociálnu prevenciu, ktorá by bola zakomponovaná v komunitnom sociálnom plánovaní. Problémom komunitnej sociálnej práce je aj sociálna prevencia, ktorá na sociálny problém reaguje až pri jeho vzniku.
5. V rámci zhodnotenia synergetického efektu zohľadniť aj stav klienta a jeho pohodu. Prax ukazuje na fakt, že málokedy sa dáva dôraz na pohodu a spokojnosť klienta – cieľová skupina.
6. Zhodnotiť sociálny program menších obecných služieb a aktivačných príspevkov a prijať jeho skvalitnenie, aby sa v jednotlivých sociálnych programoch odrážali hodnoty akceptácie a samostatnosti.
7. Absolventskú prax priblížiť čo najviac podmienke zamestnania. Skúsenosti ukazujú, že absolventská prax je len akýmsi nástrojom, ktorý síce poskytuje mladému uchádzačovi možnosť sebarealizácie, ale v rámci trhu práce sa vymyká realite.
8. Na sociálne programy poskytnúť kvalitný odborný tím, ktorý sa zameriava na sociálnu inklúziu a dostatočné finančné prostriedky. Decentralizácia právomoci, ktorá sa začala presúvať na obce v od roku 2002, má mnohé nedostatky, ktoré súvisia s núteným výkonom pracovných pokynov a cieľov. Chýba kvalitný tím, ktorí by vykonával decentralizované činnosti a dostatok finančných prostriedkov, ktoré v dôsledku šetriacich opatrení sú z roka na rok nižšie.
9. Presunúť niektoré kompetencie v rámci diagnostiky a rekonštrukcie sociálneho prostredia na samosprávneho sociálneho pracovníka, ktorý by mal aj dostatočné finančné ohodnotenie. Nielen výkon sociálnej práce v samospráve poukazuje na nutnosť presunu diagnosticko-terapeutických kompetencií. Sociálny pracovník v prípade akútnych sociálnych problémov rodiny by mal mať možnosť priameho zásahu – intervencie, na základe ktorej by on sám vypracoval komplexnú správu. Skúsenosť však ukazuje, že problémom vo výkone sociálnej práce v samospráve sa stáva aj nedostatočná finančná

motivácia. Mnohí sociálni pracovníci túto prácu vykonávajú skôr na princípe dobrovoľnosti, chýba kvalitné finančné ohodnotenie ich odbornosti.

Aj napriek navrhnutým možnostiam a praktickej činnosti neprestávame upozorňovať na rôzne bariéry, ktoré sa týkajú zákonných predpisov a noriem, alebo sú to nepísané bariéry komunit. Konštatujeme, že je potrebné pracovať na skvalitňovaní medziľudských vzťahov v komunite a na eliminácii sociálnych problémov a kolízií danej komunity. Aby implementácia sociálneho programu bola efektívna, realizátor potrebuje dostatok materiálno-personálnych a finančných prostriedkov.

Fakt, že mnohí prosociálni realizátori sociálnych programov svoju úspešnosť majú ohodnotenú dobrým pocitom, ktorý im ostáva pri podaní ruky bývalému klientovi, nemôže byť trvalou normou zodpovednosťou sa riadenej spoločnosti. Má to byť iba časť subjektívnej sebahodnoty odborníka. Ľudská bytosť je veľké tajomstvo. Plne sa realizuje, iba ak sa realizuje na troch úrovniach: humanizácie, spiritualizácie a divinizácie. Sociálna práca z roviny obce stojí najbližšie k podstate prvej roviny – roviny humanizácie. Ľudskosť potrebuje zostať trvalou črtou každého spoločenského systému.

#### **Zoznam bibliografických odkazov**

- [1] FIALA, R. 2008. *Základy manažmentu*. Jihlava : VŠPJ, 2008. 109 s. ISBN 80-7863-234-1
- [2] KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI: čl. 1880, SSV, Trnava 1998. ISBN 80-7162-253-2.
- [3] KRUPA, S. – HOLÚBKOVÁ, S. – VARCHOLOVÁ, J. 2000. *Kvalitné sociálne služby*. Košice : Veinala, 2000, 119 s., ISBN 80-88922-17-8
- [4] MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7367-310-9
- [5] MOLEK, J. 2009. *Marketing sociálních služeb*. Praha : VÚPSV, v.v.i., 2009. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4
- [6] SAKÁL, P. PODSKL'AN, A. 2004. *Strategický manažment*. Bratislava : STU, 2004. 257 s. ISBN 80-227-2153-0
- [7] SCHERIE, N. 2009. *Investitionsschub für ein Idyll*. In. AGORA Magazin der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Drasdan : Waldnergruppe, 2009, s. 34
- [8] ŠUVADA, J., BIELOVÁ, M., GIERTLIOVÁ, D. 2011. *Význam správneho videnia, nazerania a slobody v rodine*. In: Sociálna patológia rodiny 2011. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 365 s. ISBN 978-80-8132-000-2.

[9] Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách k zamestnanosti s účinnosťou 4. 12. 2004

[10] Zákon č. 599/2003 Z. z. o dávke v hmotnej núdzi s účinnosťou 30. 10. 2008

**Kontakt:**

PhDr. Ján Beňuš

Ústav sociálnej práce Tomislava  
Kolakoviča, Trstená

E-mail: [benusjan@zoznam.sk](mailto:benusjan@zoznam.sk)

PhDr. Daniela Giertľiová, PhD.

Ústav sociálnej práce Tomislava  
Kolakoviča, Trstená

E-mail: [danielagiertlioiva@zoznam.sk](mailto:danielagiertlioiva@zoznam.sk)

## **II. SEKCIA ZDRAVOTNÍCTVA A OŠETROVATEĽSTVA**



## Poskytovanie zdravotnej starostlivosti a informovaný súhlas

*Zdenko MIKULIČKA*

### Abstrakt

Od roku 2004 platí u nás Zákon o poskytovaní ZS č. 576 a stále sa vyskytujú nedostatky u poskytovateľov pri zákonnej povinnosti zabezpečiť informovaný súhlas pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti. V tomto príspevku sa budem snažiť o zjednodušený náčrt postupu zdravotníckeho pracovníka pri napĺňaní tejto povinnosti.

### Kľúčové slová

Poučenie pacienta, informovaný súhlas, zdravotná dokumentácia, zákonný zástupca.

Integrita osobnosti každého človeka je u nás – v našom právnom poriadku, zaručená Ústavou SR, ktorá v podstatnej miere prevzala práva a slobody z Listiny ľudských práv a slobôd prijatej ešte za existencie ČSFR ústavným zákonom č. 23/1991 Zb. Dňa 4. apríla 1997 bol v Oviade podpísaný dohovor o ľudských právach a biomedicíne, ktorý sa stal záväzným pre SR od 1.12.1999. Oba tieto dokumenty, spolu s Ústavou SR teda tvoria základný systém práva v oblasti ľudských práva ich dodržiavania i v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Z týchto základných zákonov vychádza aj zákonná úprava celého zdravotného systému založeného zákonmi 576 – 581/ 2004 Z. z. v znení zmien a doplnkov prijatými novelizáciami.

**Zdravotnou starostlivosťou /ďalej len ZS/ je podľa zákona 576, súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci .... s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Pričom zdravotný výkon predstavuje ucelenú činnosť zdravotníckeho pracovníka, ktorá predstavuje základnú jednotku poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace poskytuje poskytovateľ a zdravotnícki pracovníci za podmienok stanovených v zák. 578/2004 Z. z.**

Podľa ustanovenia § 4 ods. 4, zákona 576/2004 Z. z. sa na **poskytovanie zdravotnej starostlivosti vyžaduje informovaný súhlas**. Podmienkou poskytnutia zdravotnej starostlivosti je teda získanie informovaného súhlasu osoby, ktorej sa má ZS poskytnúť. Informovaný súhlas však môže poskytnúť osoba alebo jej zákonný zástupca len ak je vopred riadne poučená. Zákon upravuje,  **kto je oprávnený a povinný poučenie poskytnúť**, presne definuje  **o čom** sa má poučenie vykonať,  **kto** musí byť poučený a ešte aj  **akým** spôsobom sa

musí poučenie jeho prijímateľovi podať. Poučenie je možné aj odmietnuť, o tejto skutočnosti musí byť urobený písomný záznam

Až takto poučená osoba / alebo osoba, ktorá odmietla poučenie / môže poskytnúť zákonom požadovaný **informovaný súhlas / IS /**, ktorým je súhlas s jediným atribútom a to, že musí byť **preukázateľný. Písomná forma** sa však vyžaduje len v zákone uvedených prípadoch / účasť na biomedicínskom výskume, odoberanie orgánov, tkanív a buniek z tiel živých darcov, prenos orgánu, tkaniva a buniek do tela príjemcu a v prípade sterilizácie /, ďalej pred vykonaním invazívnych zákrokov v anestézii / lokálnej i celkovej / a pri zmene diagnostického alebo liečebného postupu, ktorý nebol obsahom už predchádzajúceho informovaného súhlasu.

#### **Informovaný súhlas dáva**

- a) **osoba**, ktorej sa má ZS poskytnúť
- b) **zákonný zástupca**, ak osoba podľa a) je nespôsobilá dať informovaný súhlas, ale aj tak sa podieľa na rozhodovaní o ňom v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti

Ak zákonny zástupca odmietne dať informovaný súhlas a poskytovateľ usúdi, že je v záujme takejto osoby, aby sa zdravotná starostlivosť poskytla môže dať návrh na súd, aby tento súhlas vydal.

Je len samozrejmé, že ten kto je oprávnený informovaný súhlas dať, môže ho aj kedykoľvek odvolať

IS sa nevyžaduje v prípadoch kedy logicky ho nie je možné získať pre nemožnosť a neodkladnosť, alebo pre zákonnú prekážku, alebo z dôvodu všeobecného záujmu / prenosná choroba a duševná porucha v spojená s ohrozením okolia /

Spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie IS a odvolanie IS sú súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie./ § 19 ods. 2., písm. b) zák. 576/2004 Z. z. /

A ak ho dal zákonny zástupca osoby, potom je súčasťou i vyjadrenie osoby nespôsobilej ho dať. Zákon o zdravotnej starostlivosti 576/ 2004 Z. z. v dvoch paragrafoch vniesol do povinností poskytovateľa príliš veľa právnych podmienok a riešení, ktoré sú zdrojom možných pochybení z dôvodu ich neznalosti, resp. časovej postupnosti a ktoré môžu byť a často aj sú predmetom súdnych sporov a uložených sankcií.

Všeobecne sa dá povedať, že treba veľmi podrobne skúmať všetky možné otázky, tak ako ich zákon ukladá. Treba vedieť odlíšiť jednotlivé právne stavy osoby, orientovať sa v zákonom zastupovaní, dodržať časovú postupnosť, dodržať predpísanú formu úkonu,

zabezpečiť riadnu preukázateľnosť vykonaných úkonov a ešte všetko správne zadokumentovať.

Žiadnemu poskytovateľovi sa nevyplatí, aby túto právnu procedúru bagatelizoval, alebo presúval na jedného z pracovníkov / napr. sestru /, pretože túto povinnosť majú všetci ošetrojúci zdravotnícki pracovníci – teda zdravotnícki pracovníci určení poskytovateľom zrejme v poradí, v akom nastupujú v časom slede poskytovania zdravotnej starostlivosti a to najmä vtedy, ak sa začína poskytovať ZS v nejakej jednoduchej podobe a postupne sa diagnosticky zdravotný problém rozširuje a rieši. Problémy často nebývajú ani v tom, že by sa pacienti nepoučili a nezískal sa ich informovaný súhlas, ale v tom, že nevieme poučenie preukázať, niekedy ani informovaný súhlas, najmä v liečbe, ktorá postupuje. Vedenie zdravotnej dokumentácie je vyžadované taktiež v časovom slede, naviac sa vedie spoločne ale predsa len v dvoch podobách – všeobecnú vedie ošetrojúci lekár, a potom iný ošetrojúci zdravotnícky pracovník /napr. sestra - teda najmä ošetrovateľská časť dokumentácie / v rozsahu ním poskytovanej ZS. Zodpovednosť za poučenie a informovaný súhlas teda má jednoznačne ošetrojúci lekár. Ostatní zdravotnícki pracovníci len v rozsahu nimi poskytovanej ZS.

Kompletný zoznam zdravotníckych pracovníkov je uvedený v § 27 zákona 578/ 2004 Z. z. Všeobecne je teda zdravotníckym pracovníkom fyzická osoba, ktorá vykonáva zdravotnícke povolanie. Ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom je potom zdravotnícky pracovník, ktorého určil **poskytovateľ** ZS aby zdravotnú starostlivosť poskytol konkrétnej osobe.

/ všeobecne je to určené štatútom organizácie, alebo organizačným poriadkom, prevádzkovým poriadkom, alebo iným vnútorným predpisom poskytovateľa /

Ostáva teda otvorená otázka kedy a kým začať s poučením osoby / pacienta / . Prakticky už vtedy, keď sa dostane prvý zo zdravotníckych pracovníkov poskytovateľa do osobného kontaktu s pacientom a začne sa riešiť jeho zdravotný stav. Od tohto momentu nastáva povinnosť poskytovateľa, aby cestou ním určených ošetrojúcich pracovníkov, začali s pacientom riešiť jeho zdravotné ťažkosti a problémy a začali aj viesť zdravotnú dokumentáciu. Zistenie a zapísanie osobných údajov a potrebnej anamnézy je, takpovediac, prvým krokom a o každom nasledovnom úkone už musí byť pacient / osoba alebo jej zákonný zástupca / poučený opísaným spôsobom a v potrebnom rozsahu. Najmä pred vyslaním pacienta na ďalšie odborné diagnostické alebo zákrokové vyšetrenia. Už k tomuto úkonu potrebuje ošetrojúci zdravotnícky pracovník / lekár / informovaný súhlas pacienta. A následne každý z ďalších ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov pred svojím úkonom. Najdôležitejším zodpovedným zdravotníckym pracovníkom však je zrejme v poučení pacienta

ten, ktorý sumarizuje všetky vykonané diagnostické úkony a rozhoduje o možnej liečbe, jej alternatívnych riešeniach a očakávaných výsledkoch liečby, prípadne o následkoch pri jej odmietnutí. Toto všetko sa musí dostať chronologicky do zdravotnej dokumentácie pacienta a takto časovo usporiadané musia byť i súhlasy pacienta s vykonávanými vyšetreniami a liečebnými zámkami a výkonmi príslušných zdravotníckych pracovníkov. Potom sa dá povedať, že poskytovateľ mal v danom okamžiku k jednotlivým poskytnutiam zdravotnej starostlivosti osobe / pacientovi / jeho **informovaný súhlas**.

### **Záver a odporúčania pre prax**

Záverom sa dá konštatovať, že dnešná doba vyžaduje riadne a na vysokej profesionálnej úrovni sa vyrovnáť s touto zákonnou povinnosťou, lebo obyčajne sa poskytovateľ stretne s problémami až vtedy, keď v liečbe pacienta nastalo neželané zhoršenie zdravotného stavu, alebo sa nedosiahli výsledky, ktoré očakával najmä pacient, alebo jeho príbuzní. Žiaľ, stáva sa to aj vtedy, keď poskytovateľ nemá na tejto skutočnosti žiadnu vinu a urobil pre to všetko, aby sa takýto stav vylúčil.

Najjednoduchším riešením pre poskytovateľa je zabezpečiť pre všetkých svojich pracovníkov, ktorí vstupujú do poskytovania zdravotnej starostlivosti ako ošetrojúci zdravotnícki pracovníci riadne preškolenie v týchto otázkach. Pravdepodobne by sa vyplatilo i nácvik jednotlivých situácií v oblasti poučovania a získavania informovaného súhlasu pacienta. Podrobne by sa žiadalo oboznámiť týchto pracovníkov s posudzovaním statusu osoby pacienta, ak sa vyžaduje poučenie a súhlas zákonného zástupcu. Ďalšou podmienkou, ktorú zákon vyžaduje je forma a obsah zápisu do zdravotnej dokumentácie pacienta. Jej obsah i formu by mal naštýlizovať všeobecne práva znalý pracovník a v neposlednom rade je potrebné vo vedení zdravotnej dokumentácie vytvoriť taký kontrolný systém, ktorý zaručí včasné podchytenie aj drobných nedostatkov v tejto oblasti.

### **Použitá literatúra**

Zákony 576/2004 a 578/ 2004 Z. z. v znení zmien a doplnkov

Vlček R., Hrubešová Z., : Zdravotnícke právo, Bratislava. EPOS 2007

Tóth. K. a kol. : Právo a zdravotníctvo, Bratislava, Herba 2008

### **Kontakt**

JUDr. Zdenko Mikulička, MPH,

Nová 1230, 908 01 Kúty

Kontakt: mob. 0905 761 524, [medisonplus@gmail.com](mailto:medisonplus@gmail.com)

## **Manažment starostlivosti o nehojace sa rany v domácom prostredí**

*Júlia POLÁKOVÁ, Henrieta NOVKOVÁ*

### **Súhrn**

Autorky približujú manažment ošetrovania a starostlivosti o nehojace sa rany v domácom prostredí. Poukazujú na liečbu a využívanie moderných metód a zaoberajú sa dostupnosťou materiálov na ošetrovanie nehojacích sa rán.

### **Kľúčové slová**

Manažment, pacient, chronické rany, ošetrovateľská starostlivosť, priebeh hojenia, liečba, prieskum, vlhké liečenie.

### **Úvod**

Manažment starostlivosti o nehojace sa rany v domácom prostredí zahŕňa komplexnú celkovú starostlivosť o pacienta. Nehojace – chronické rany sa vyskytujú väčšinou u imobilných pacientov s pridruženými inými ochoreniami. V posledných rokoch dochádza v téme ošetrovania chronických rán k významným pokrokom. Napriek tomu, že sú kvalitné liečebné postupy ešte stále medzi pacientmi, ale aj ich príbuznými prevládajú mylné informácie, ktoré ovplyvňujú prístup k terapii chronických rán. Chronické rany sú veľkým problémom populácie. Sú pacienti, ktorí si liečia rany a sú i tí o ktorých nevieme.

### **MANAŽMENT**

proces zameraný na dosiahnutie definovaných cieľov za využitia ľudských a iných zdrojov

### **SESTRA MANAŽERKA**

- na čele agentúry
- zodpovedá za úroveň ošetrovateľstva vo svojom zdravotníckom zariadení
- plánuje
- organizuje
- vedie
- kontroluje

### **Pracovné výkony sestry manažérky**

- riadenie služieb
- riadenie financií
- riadenie ľudí
- riadenie informácií

### **Manažment ošetrovania nehojacích sa rán**

#### **KOŽA**

- pre pochopenie procesu hojenia rán sú dostatočné znalosti o koži, jej funkcii, stavbe a cievnom zásobení.

#### RANY

- narušenie integrity tkanív telesného povrchu, ktoré je spojené so stratou hmoty
- **Akútne rany**
- **Mechanické**
- **Technické a chemické**
- **Nehojace sa rany**

#### Vredy - chronické rany

#### Starostlivosť o ošetrovanie nehojajúcich sa rán - zahŕňa

- prevenciu vzniku rán
- liečbu rán
- ošetrovanie rán
- zacelenie rany
- celkovú rekonvalescenciu pacienta
- rehabilitáciu
- kompletne vyliečenie rany
- prevenciu opätovného vzniku chronickej otvorenej rany

#### Ošetrovateľské intervencie sestry

- zistenie príčiny rany
- systematické, nepretržité posudzovanie rany
- zaznamenávanie frekvencie ošetrovania a stav rany
- sledovanie a zaznamenávanie mechanizmu hojenia
- redukovať počet preväzov
- zabezpečiť jednoduchú toaletu a ošetrovanie rany
- podporovať proces hojenia rany

#### HOJENIE RÁN

##### Fázy hojenia rán

- čistiaca
- granulačná
- epitelizačná
- Primárne hojenie
- Odložené primárne hojenie

- Sekundárne hojenie

### **Faktory ovplyvňujúce proces hojenia**

#### **Vnútorne faktory:**

- Krvné zásobenie
- Imunodeficit
- Rádioterapia.
- Stav výživy – podvýživa
- Obezita
- Lieky
- Fajčenie
- Stres
- Nedostatok bielkovín, vitamínov, železa, kalcia, zinku, stopových prvkov.

#### **Vonkajšie faktory:**

- Trauma
- Infekcia

### **Ošetrovanie chronických rán vlhkou terapiou**

- **Roztoky vhodné k aplikácii oplachu rany**
- Materiály vlhkej terapie nielenže eliminujú zápach a vytekanie sekrétu z rany, ale umožňujú pacientovi zaradenie do života.

## **MAPY MANAŽMENTU OŠETROVANIA RANY**

### **Mapa prípravy preväzu**

- Preväz vykonáva sestra.
- Prístup sestry.
- Príprava potrebných pomôcok.
- Popísanie pacientovi presný postup preväzu. Edukovať pacienta .
- Sestra postupuje šetrne pre pacienta.

### **Mapa ošetrovania vo fázach hojenia**

- Zhodnotenie rany.
- Prostriedky
- Preväzy
- Kontaktná vrstva
- Sacia vrstva
- Absorpčná vrstva

- Potreby biologické
  - Potreby pacientov
- Záverečné práce

## **PRIESKUM**

### **Vymedzenie problému**

- Využívajú sestry v ošetrovaní nehojácich rán v domácom prostredí vlhkú terapiu alebo radšej využívajú suchú terapiu.
- Predmetom prieskumu sú sestry pracujúce v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

### **Ciele prieskumu**

- Zistiť dôvody a prekážky brániace sestrám používať metódu vlhkého hojenia rán.
- Zistiť záujem sestier o metódu vlhkej terapie a jej využívanie.
- Posúdiť vedomosti sestier o ošetrovaní nehojácich sa rán metódou vlhkej terapie.
- Zistiť aké ošetrenie nehojácich rán v domácom prostredí preferujú sestry v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

### **Predpokladané hypotézy**

#### **Hypotéza č.1**

- Predpokladáme, že prekážkou, aby sestry v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti používali metódy vlhkej terapie je nedostatok financií a neochota lekárov v predpisovaní týchto materiálov.

#### **Hypotéza č.2**

- Predpokladáme, že sestry majú záujem o metódy vlhkej terapie a radi by ju aj využívali.

#### **Hypotéza č.3**

- Predpokladáme, že sestry majú dostatočné vedomosti o vlhkej terapii ošetrovania rán.

#### **Hypotéza č.4**

- Sestry najradšej preferujú vlhkú terapiu hojenia nehojácich sa rán, ale stále používajú suchú terapiu alebo podľa ordinácie lekára.

Respondentskú vzorku tvoril 80 sestier rôzneho stupňa vzdelania pracujúcich v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Z 80 dotazníkov sa vrátilo len 76 dotazníkov, čo je 95% návratnosť dotazníkov.

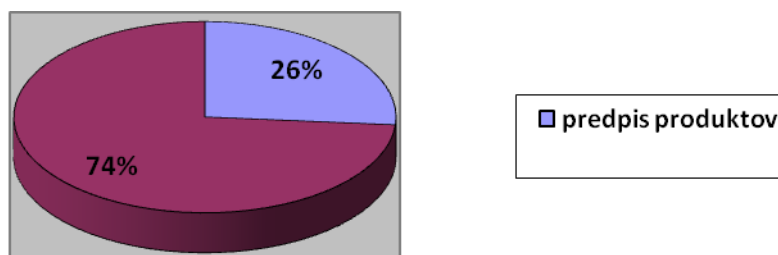


Metódou prieskumu bol dotazník, ktorý obsahuje 21 otázok a odpovedí podaných písomnou formou. Jeho výhodou je časová nenáročnosť pre respondentov. Dotazníky boli rozposlané sestram agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku.

Zo 76 respondentov uviedlo, že 54 ich pracuje ako sestry čo je 71% a 22 respondentov vedú ADOS sú to teda odborní zástupcovia.

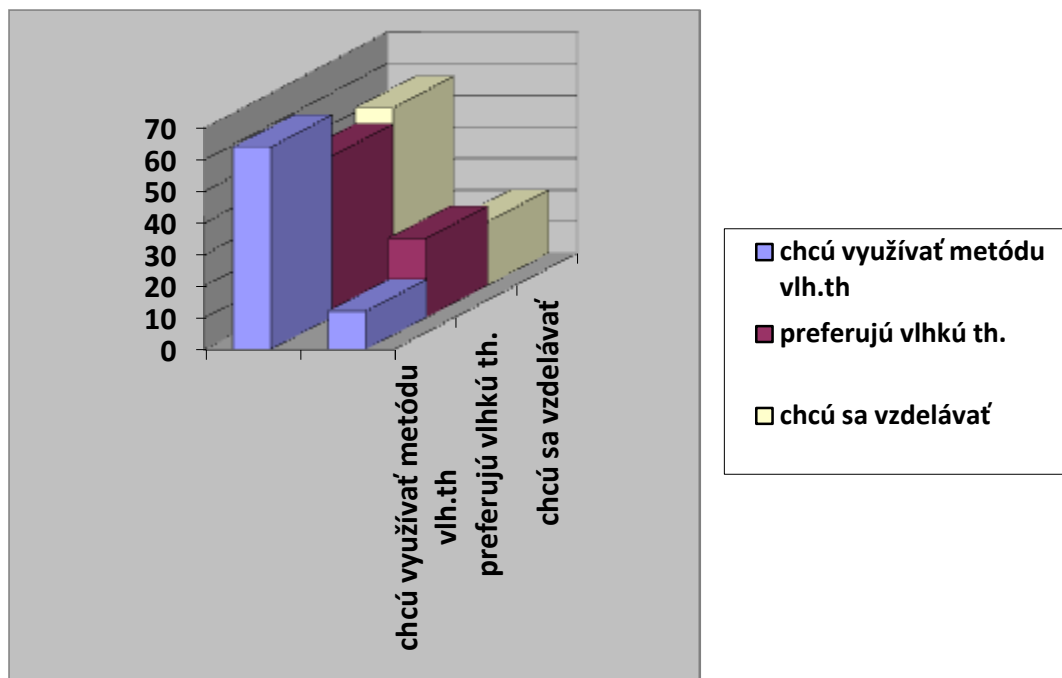
V hypotéze 1 sme predpokladali, že prekážkou, aby sestry v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti používali metódy vlhkej terapie je nedostatok financií a neochota lekárov v predpisovaní tohto materiálu. V spojitosti s hypotézou boli kladené otázky č. 16, 17, 18, 19, 20. Hypotéza sa nám nepotvrdila ale ani nevyvrátila. V prieskume bolo zistené, že lekári predpisujú produkty vlhkej terapie aj keď to často okomentujú. Respondenti potvrdili, že 26% lekárov produkty predpíše a 45% lekárov predpíše s neochotou ale nakoniec áno. Ďalšou prekážkou v používaní metódy vlhkej terapie sa nám potvrdilo nedostatok financií a to v otázke č.19,20. Financie hrajú u pacientov a zdravotníkov veľkú úlohu. 74% sestier potvrdilo, že nepoužíva vlhkú terapiu z finančných dôvodov.

Prekážky brzdiace používať metódy vlhkej terapie.

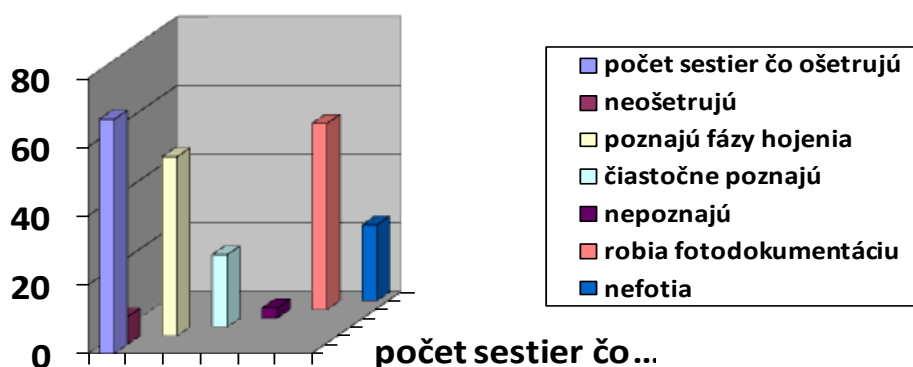


V hypotéze 2 sme predpokladali, že sestry majú záujem o ošetrovanie rán vlhkou terapiou. V spojitosti s touto hypotézou boli kladené otázky č.7,8,9,19,21. Hypotéza sa nám potvrdila. 64 sestier čo je 84% sa vyjadrilo, že by najradšej využívali ošetrovanie rán pomocou vlhkej terapie. 51 sestier tvrdí, že liečba touto metódou je kratšia. Záujem o vzdelávacie programy má 56 sestier, čo znamená, že sestry by radi získali nové poznatky o liečbe chronických rán v domácnostiach.

Záujem sestier o vlhkú metódu ošetrovania rán.

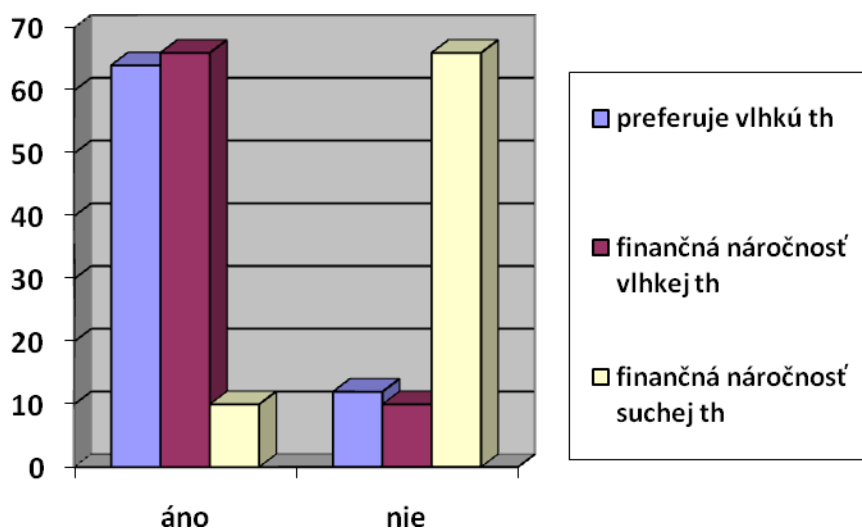


Hypotézou 3 sme predpokladali a zisťovali vedomosti sestier o ošetrovaní chronických rán v domácom prostredí. Túto hypotézu overovali otázky č. 1,2,3,4,5,6. Hypotéza sa nám aj nepotvrdila ale ani nevyvrátila. Takmer všetky sestry v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti ošetrujú chronické rany, ale len 52 sestier pozná fázy hojenia rán a 22 sestier pozná len čiastočne. 3 sestry fázy hojenia vôbec nepoznajú. Z prieskumu som zistila, že sestry z agentúr sledujú hojenie rán a dokonca 54 sestier si robí aj fotodokumentáciu hojenia.



V hypotéze 4 sme predpokladali, že sestry radšej preferujú metódu vlhkej terapie, ale stále ešte používajú metóda suchej terapie liečenia rán alebo len podľa ordinácií lekára. Túto hypotézu sme zisťovali pomocou otázok č.6, 8,19,20.Hypotéza sa nám potvrdila. 64 sestier

preferuje radšej liečenie metódou vlhkej terapie ale stále využíva aj suchú terapiu. 66 sestier uviedlo, že vlhká terapia je finančne náročná a 10 sestier naopak, že suché liečenie je finančne náročné.



### ODPORÚČANIA PRE PRAX

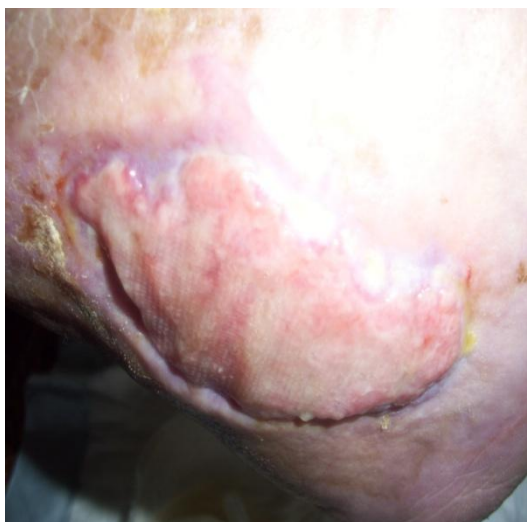
- zvýšiť informovanosť sestier a pacientov o metódach vlhkej terapie ošetrovania chronických rán
- viac preferovať liečenie chronických rán metódou vlhkej terapie medzi lekármi
- vzdelávanie sestier v oblasti ošetrovania chronických rán
- zriadiť ambulancie pre ošetrovanie chronických rán
- zriadiť poradne pre pacientov
- **Kazuistika**
- 75 ročná pacientka, čiastočne imobilná. Syn volal ADOS, lebo jej to sám ošetroval a zľakol sa. V rane sa nachádzali červy. Rana následne ošetrovaná cestou ADOS. Umývanie slabou ružovou roztokom KMnO<sub>4</sub>, ringerov roztok. Aplikácia Purilon gel + Seasorb Ag, v granuláčnej fáze prípravky s aktívnym uhlím, v epitelizačnej striedanie Aktisorb a Inadine. Bandáže DK.



Vlastné foto ( jún,2009).



Vlastné foto (júl,2009).



Vlastné foto (september,2009).

## Záver

Z prieskumu vyplynulo, že sestry by radi využívali túto metódu, no najviac im bránia lekári, ktorí nie sú naklonení predpisovať produkty vlhkej terapie a na prvom mieste finančná nedostupnosť produktov. Z toho vyplýva, že sestry používajú kvôli financiám suchú terapiu.

Pre pacientov v domácnostiach sú prínosom zdravotné sestry z ADOS, ktoré sú tak isto ako aj pacienti odkázaní na pomoc lekára v zmysle predpisania vhodného materiálu na vlhké hojenie rán a tam tento proces a starostlivosť o pacienta veľakrát zlyháva. A v mnohých prípadoch by stačil len poukaz na zdravotnícku pomôcku. Väčšina produktov je plne hrazená zdravotnou poisťovňou, teda bez doplatku pacienta. Materiály môže predpísať chirurg, dermatológ alebo aj praktický lekár s odporúčením odborného lekára.

## Zoznam bibliografických odkazov

- [1.] BUREŠ, I. 2006. *Léčba rány*. Praha: Care.Galén. 2006. 79s. ISBN 80-7262-413-X
- [2.] DOSTÁL, J. 2002. *Starostlivosť o ranu*. Sestra, odborný časopis roč. 1, 2002, č.3, Sanoma Magazines Slovakia, s.r.o.s. 40-41. ISSN 1335-94.
- [3.] FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatel'stvo teória*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-18.
- [4.] FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2002. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002, ISBN 80-8063-111-5.
- [5.] GROHAR-MURAY, M.E. 2003. *Zásady vední a řízení v oblasti ošetrovatel'ské péče*. Praha: Grada Publishing, 2003. 320s. ISBN 80-247-0267-3.
- [6.] HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *KKomunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta 2004. 280s. ISBN 80-8063-155-7.
- [7.] HARTMAN – RICO, SPOL. S.R.O. 2002. *Fázové ošetrovanie chronických rán: ulcus cruris venosum*. Bratislava. 2002. 63s. ISBN 3-929870-26-6.
- [8.] INTERNETOVÝ ZDROJ Obväzový materiál účinný striebrom a aktívnym uhlím. <http://www.lohmann-rauscher.sk/enid/1ccbc96f5e1f9d595a877ea5a0919dfe>
- [9.] KILÍKOVÁ, M. JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta 2008. 150s. ISBN 978-80-8063-290-8.

## Kontakt

PhDr. Júlia Poláková

ADOS – OSES, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, DP Skalica

Mgr. Henrieta Novková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, DP Skalica, NsP Skalica

## Obezita v detskom veku - možnosti jej prevencie

*Dagmar MIKULIČKOVÁ*

### **Abstrakt**

Analýzy International Obesity Task Force (IOTF) a Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) založené na zbere údajov zo 191 krajín sveta dospeli k zisteniu, že na svete je 1,1 miliardy dospelých jedincov s nadváhou a obezitou. Jej rýchly nárast za posledných 20 rokov sa označuje ako epidemický.

### **Kľúčové slová**

obezita, nadváha, prevalencia, incidencia

Obezita je hlavným rizikovým faktorom mnohých chronických ochorení. Podstatné sú zdravotné riziká, psychologicko-sociálne dôsledky, ako aj finančné náklady vyplývajúce z obezity. Jednoducho povedané obezita a priberanie na hmotnosti je dôsledkom energetického príjmu, ktorý dlhodobo presahuje energetický výdaj. Táto definícia sa najčastejšie vyjadruje rovnicou energetickej rovnováhy:

$$\text{Príjem energie} = \text{výdaj energie}$$

### **Špecifiká detskej obezity**

Dieťa sa nerodí obézne, ale stáva sa ním v priebehu svojho vývoja, vplyvmi dedičnosti, výchovným pôsobením rodiny, psychosociálnymi a kultúrnymi podmienkami spoločnosti, v ktorej žije (Kňourková Marie, 1990).

Každodenné nesprávne návyky dospelých sú mnohokrát prenášané aj do života našich detí. Nedodržiavanie zásad zdravého stravovania, nedostatok pohybovej aktivity, absencia oddychu a relaxácie, stres a mnoho ďalších činiteľov dnešnej uponáhľanej doby sa podieľa na vzniku mnohých ochorení a možných komplikácií zdravotného stavu, už aj v detskom veku. Obezita, ktorá bola typická zvlášť pre populáciu dospelých, si nachádza svoje prioritné miesto aj medzi deťmi.

Dnes už môžeme konštatovať: „Detská obezita - epidémia 3. tisícročia“. A určite sa nemýlime! Predsa alarmujúce čísla štatistík a ulice plné obéznych detí sú tomu jasným dôkazom.

Uvádza sa, že v priemyselne vyspelých krajinách je 5 - 30 % detí obéznych, z toho v dospelosti ostáva obéznych 70 – 80 %. Naopak, 30 % dospelých obéznych jedincov bolo obéznymi už v detstve (Kúšková M., 1998, In: Šašinka M., Šagát T.).

Najkritickejšími obdobiami sú:

- dojčenecké obdobie (obezita, ako dôsledok prekrmovania)
- obdobie adolescencie (hormonálne a psychogénne faktory) (Kúšková M., 1998, In: Šašinka M., Šagát T.).

### **Prevalencia detskej obezity**

Odborníci na základe štatistík zameraných na problematiku detskej obezity poukazujú na to, že približne 22 miliónov detí mladších ako 5 rokov vo svete trpí výraznou nadváhou.

Podľa Medzinárodnej skupiny boja proti obezite (IOTF – International Obezity Task Force) epidémia detskej obezity a nadváhy sa zrýchľuje. Analýza prieskumov, ktoré sa vykonávali v celej Európe od polovice 70-tych rokov odhalila, že počas 90-tych rokov došlo k rapídnej zmene v trendoch obezity. Počet detí s nadváhou a obezitou sa v súčasnosti v celej EÚ zvyšuje o viac než 400 000 ročne. Prevalencia 24 % v roku 2002 je vyššia než sa očakávalo podľa trendov z 80-tych rokov. A je tiež vyššia než očakávaný vrchol pre rok 2010. V 90-tych rokoch v správe o 4 ročnej štúdií Výživa a zdravie v USA, bolo zistené, že v civilizovaných krajinách sú 2/3 úmrtí ovplyvnené stravovacími návykmi, ako najzávažnejší problém sa aj tu javí nadmerný energetický príjem potravou, hlavne v podobe tukov. Viac ako 15% našej populácie má nadváhu, ktorá predstavuje značné zdravotné riziká ( Keller U., Meier R., Bertoli S., 1993).

### **Patogenéza**

Základné príčiny obezity môžeme rozdeliť do nasledovných základných skupín:

- genetické príčiny – radíme sem receptory pre leptin, genetické faktory ovplyvňujúce termogénny efekt potravy a spotreby energie pri fyzickej aktivite a raste, a mnoho ďalších faktorov.
- hormonálne vplyvy – zúčastňujú sa na nej len 1% prípadov.
- metabolické vplyvy – energetické nároky organizmu určuje telesná hmotnosť, pohlavie a stupeň fyzickej aktivity, ale aj napriek tomu existujú rôzne faktory, ktoré energetickú rovnováhu ovplyvňujú. V niektorých rodinách je výskyt obezity častý aj napriek tomu, že osoby s rovnakou výškou a vekom nekonzumujú viac ako u iných rodín. Rozdiel spočíva v množstve energie, ktorá je spotrebovaná po príjme jedla a so stupňom telesnej

aktivity. Vzostup energetickej spotreby po jedle odpovedá asi 12% dennej energetickej dávke. Obézni jedinci majú skôr sklon k nižšiemu tepelnému využitiu prijatej potravy.

- neurogénne vplyvy – pocit sýtosti, alebo hladu sa nachádza v hypotalame ľudského mozgu . Pocit sýtosti býva spojený so serotoninergnými a adrenergnými dráhami, je možné, že porucha serotoninergného systému súvisí so vznikom obezity. Faktory zaviňujúce konzum, tzv. zákuskových sacharidov stimulujú spolu so sacharidmi radu metabolických pochodov a v dôsledku toho aj syntézu serotonínu v príslušných neurónoch. Takto vznikne ukludňujúci efekt.

- psychologické vplyvy – výskumy potvrdili, že u obéznych je príjem potravy zvýšený v závislosti na vonkajších faktoroch a emočnej situácii. Môže to byť reakcia na osamelosť, depresiu, frustrácia, napätie, stres. Rodinné vplyvy a výchovné metódy napomáhajú k rozvoju zvyklostí, ktoré k vzniku obezity prispievajú.

- lieky – niektoré psychofarmaká môžu zvyšovať chuť k jedlu, napr. antidepressíva, neuroleptiká, glukokortikoidy, gestageny a trankvilizery.

- vonkajšie faktory – sem je možné zaradiť vplyv výživy hlavne v prvých rokoch života, fyzickú aktivitu dieťaťa, spôsob života rodiny, „chaos“ v stravovaní, dôležitý vplyv má i pohybová aktivita dieťaťa ako aj jeho rodiny.

### **Diagnostické metódy**

Správna diagnostika obezity spočíva v preukázaní nadmerného množstva tukového tkaniva. U detí sa vzťahuje hmotnosť tela vždy k výške, veku a pohlaviu. Priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky pre jednotlivé vekové obdobia sú známe a uvedené na percentilových grafoch. Za obézne sa považujú tie deti, ktoré sa radia svojou hmotnosťou nad 97 percentilov v percentilovom grafe. Ďalšie hodnotenie stupňa obezity v grafe nie je možné, preto sa obézne deti radia do pásiem smerodajných odchýlok.

Medzi ďalšie postupy diagnostiky detskej obezity radíme:

1. dôkladná rodinná anamnéza, v nej pátrame po nadmernej hmotnosti členov rodiny, po spôsobe stravovania a režime života, po výskyte chorôb, ktoré majú vzťah k obezite (napríklad diabetes mellitus, kardiovaskulárne choroby, choroby žlčníka a ďalšie), po funkčnosti rodiny.

2. osobná anamnéza dieťaťa, pri nej si všimame hmotnosť matky, jej hmotnostný prírastok počas gravidity, pôrodnú hmotnosť a dĺžku dieťaťa, dĺžku kojenia, spôsob stravovania, fyzickú aktivitu a celý režim dňa, prekonané choroby, predovšetkým tie, ktoré boli spojené s imobilizáciou, hmotnostný prírastok v prvom roku života a dĺžku trvania obezity



3. body mass index- BMI = podiel telesnej hmotnosti (v kilogramoch) a telesnej výšky (v metroch na druhú). Body mass index je v súčasnosti v celosvetovom meradle najpoužívanejším telesným indexom. Z minulosti je známy ako takzvaný „Queteletov index“. V období od narodenia do ukončenia rastu sa hodnoty tohto indexu veľmi významne menia. Pri interpretácii hodnôt BMI v pediatrii je nutné pracovať s ich percentilovými, respektíve normalizovanými hodnotami.

4. meranie kožných tukových rias kaliperom (Somet).

### **Komplikácie obezity**

Obezita nie je dnes považovaná iba za kozmetickú závalu, ale má aj radu vedľajších následkov na zdravie dieťaťa. Vyvoláva vážne komplikácie už v detstve a podstatne zvyšuje riziko, že jedinec obézny v detstve, bude obézny i v dospelosti. S nadváhou a obezitou sú spojené závažné zdravotné komplikácie:

- kardiovaskulárne zmeny (ateroskleróza ciev srdca a mozgu, artériová hypertenzia)
- pľúcne komplikácie (Pickwickov syndróm),
- metabolické a endokrinné komplikácie (porucha glukózovej tolerancie, diabetes mellitus, hyperlipoproteinémia),
- cholelitiáza, pankreatitída, stukovatenie pečene,
- bolesti chrbtice, kyfóza, lordóza, ploché nohy.
- záťaž svalového systému,
- psychické poruchy (deprimovanosť, úzkostlivosť, tendencia sociálne sa izolovať).

### **Špecifiká liečby**

Najvhodnejšou liečbou obezity v detskom veku je spojenie :

- diéta
- zvýšená pohybová aktivita
- nácvik správnych stravovacích návykov.

Musia byť stanovené reálne ciele celej terapie. Za bezpečný cieľ liečby je považovaný hmotnostný úbytok približne 0,5 kilogramu za týždeň, maximálny hmotnostný úbytok by sa mal pohybovať medzi 0,5-2 kilogramy za mesiac. Liečba obézneho dieťaťa by mala byť vedená špecialistom endokrinológom, ktorý úzko spolupracuje s obvodným detským lekárom.

Obmedzenie energie musí byť v detskom veku veľmi opatrné, pretože príliš prísna a jednostranná diéta by mohla viesť k poruche rastu dieťaťa. Bezpečný hmotnostný úbytok sa dá dosiahnuť obmedzením energetického príjmu približne o 20-25 %, to je približne o 2 100 kJ (500 kcal) na deň.

Dôležitou súčasťou liečby obezity je pravidelná životospráva, pravidelné raňajky, rozdelenie jedla do piatich menších porcií s tým, že večera musí byť podaná pred 18. hodinou, po ktorej už energeticky bohaté jedlo nenasleduje. Na jedlo musí mať dieťa dostatok času! Bez spolupráce celej rodiny sa liečba obezity nepodarí.

Pravidelná fyzická aktivita je ďalšou podmienkou. Vhodným športovaním pre schudnutie je bicyklovanie, chôdza, plávanie, gymnastika, kalanetika, beh na lyžiach, veslovanie. Silové športy, ako je vzpieranie, posilňovanie, nie sú pre liečbu obezity vhodné. Cvičenie musí byť pravidelné, 3 krát až 4 krát týždenne, pol hodiny až hodinu, s postupne vzrastajúcou primeranou záťažou.

Liečbu je možné doplniť pobytom v kúpeľoch a v rôznych špeciálnych táboroch pre obézne deti, ale najlepšie až v dobe, keď sa už dieťa za pomoci celej rodiny usiluje o zníženie váhy a darí sa mu to. Dlhodobou úspešná je kúpeľná liečba len pri spolupráci celej rodiny.

Preventívne opatrenia detskej obezity

### **Dojčenie**

Obezita v mnohých prípadoch začína práve v prvom roku života. Na jej vzniku sa z určitej časti podieľajú stravovacie návyky. Obezita vzniká z nadbytku dodávky a nedostatku odovzdávania kalórií v strave. Nadbytok sa ukladá do tukového tkaniva, vedie k zmnoženiu tukových rezervných buniek. Obezita teda vzniká už v prvom roku a mnohé deti bude sprevádzať v celom ich živote. Mnohé obézne deti už boli obézne ako dojčatá. Preto treba dávať pozor na výživu už od najmladšieho veku. Najlepšou ochranou proti obezite je dojčenie, pretože dodáva kvalitné živiny, vytvára predpoklad pre ich správne trávenie, najmä tukových zložiek.

Výsledky výskumov, obzvlášť v posledných dvoch desaťročiach, poukázali na to, že v prvých 4 - 6 mesiacoch postnatálneho života fyziologického novorodenca je prirodzená výživa – dojčenie - optimálna a nenahraditeľná.

### **Racionálna výživa v rodine**

Základ prevencie detskej obezity spočíva v rodine, a to predovšetkým v jej zdravom životnom štýle, s dobrými stravovacími návykmi. Rodičia by mali byť vždy príkladom pre svoje deti, ktoré zvyklosti svojich rodičov kopírujú. Rozhodne to platí aj v oblasti výživy. V prvom rade musia mať zásady zdravej výživy osvojené rodičia, aby takto vytvorili základ pre svoje deti.

Pojem racionálna výživa označuje súbor odporúčaní pre príjem stravy, založený na najnovších vedeckých poznatkoch. Správna výživa, založená na vedeckých dôkazoch, vedie k

optimálnemu rozvoju zdravého ľudského organizmu a vytvára podmienky na prevenciu ochorení, vysokú výkonnosť, reprodukciu zdravého potomstva a dosiahnutie dlhého veku.

Základné pravidlá správnej výživy sú nasledovné:

1. Pravidlo kvantity
2. Pravidlo kvality
3. Pravidlo vyváženosti
4. Pravidlo primeranosti

Potrebná je konzumácia primeraného množstva stravy 3 - 5 krát denne. Potrebné je aj zdôrazniť význam ponechania potravín v natoľko prirodzenom stave, ako je to možné. Každá zmena či je to varenie, pečenie, konzervovanie, ochudobňuje potraviny o životne dôležité látky. (Buchanec, 2000)

Hlavné zásady výživy batoliat a starších detí:

- dieťa by malo každý deň vypiť aspoň 0,5 l mlieka,
- aspoň raz za deň by malo zjesť mliečne výrobky (jogurt, tvaroh, syr),
- mäso podávať každý deň,
- tri razy za týždeň podávať vajcia ako prídavok do polievky alebo inak upravené,
- zemiaky a zeleninu podávať raz až dva razy denne v rozličných úpravách, dávať prednosť najmä surovej zelenine,
- chlieb, najmä tmavý, by dieťa malo jesť niekoľkokrát za deň,
- ovocie najmenej dva razy denne,
- strukoviny raz za týždeň ako príkrm alebo ako polievka,
- pri príprave jedla uprednostňovať rastlinné tuky a oleje.

K najčastejším chybám vo výžive starších detí patrí:

- jednostranne zostavený a málo pestrý jedálny lístok - nedostatočné dávky mlieka, mliečnych výrobkov, zeleniny a ovocia, prejedanie sa pečivom, múčnymi jedlami, cukrom a sladkosťami,
- nedostatočné raňajky z hľadiska kvality aj spôsobu,
- nedostatočné zosúladenie výživy doma a v kolektívnych zariadeniach,
- nízka úroveň hygienických a spoločenských návykov.

### **Pohybová aktivita**

Pohybová aktivita je obvykle doporučovaná ako terapeutický i preventívny prostriedok. Kladne ovplyvňuje nielen hmotnosť, stavbu a zloženie tela, ale aj rad biochemických procesov a kardiorespiračných i motorických funkcií. Ďalej prispieva ku zvýšenej telesnej

zdatnosti a fyzickej výkonnosti a má priaznivý vplyv i na psychický stav jedinca. Musí však byť správne indikovaná, dávkovaná a kontrolovaná v spolupráci rodinných príslušníkov s učiteľmi a ďalšími osobami, podieľajúcimi sa na jej aplikácií. Rešpektovať sa musí vhodnosť či nevhodnosť jednotlivých pohybových aktivít vždy s prihliadnutím k individuálnym zvláštnostiam každého dieťaťa.

### **Zoznam bibliografických odkazov**

BUCHANEC, J. a kol. 2000. *Vademékum pediatra*. Martin: Osveta 2000, s.1115 ISBN 80-8063-018-6.

CÍNOVÁ, J., MROZKOVÁ, S., CIBRÍKOVÁ, S. 2005. Detská obezita-epidémia 3. tisícročia. In: *Sestra*, roč. IV., 2005, č.12, ISSN 1335-9444.

ELLIOTTOVÁ, E. 1997. *Jak ochrániť své dítě*. Praha: Portál, 1997.

KELLER, U., MEIER, R., BERTOLI, S. 1993. *Klinická výživa*. Praha: Scientia medica, 1993, s. 240. ISBN 80-85526-08-5.

KOVAĽ, J. a kol. 2008. *Pediatric a pediatrické ošetrovatel'stvo-vybrané kapitoly*. Prešov, 2008 s.251 ISBN 978 -808068-873-0.

### **Kontakt**

PhDr. Dagmar Mikuličková, PhD., MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Ústav Dr. P. Blahu, Potočná 58, 909 01 Skalica

Tel.č.: 0346597521

## Školská mládež a šport

*Daniel KRUTÝ*

### **Abstrakt**

Mládeži, ktorá je ovplyvňovaná zníženou pohybovou aktivitou a zvýšeným prístupom k rýchlemu občerstveniu s vysokým energetickým obsahom sa často mení hodnotový systém kvality života. Pre ich ďalší život je dôležité pokúsiť sa naviesť mládež na zmeny v prospech zlepšenia zdravia.

### **Kľúčové slová**

Nadváha, školská mládež, pohybová aktivita, správne návyky

Už niekoľko, možno i desiatok rokov sa rozpráva, píše a bojuje proti nesprávnemu stravovaniu a životnému štýlu detí vo veku povinnej školskej dochádzky. Dôsledok nesprávneho životného štýlu býva veľmi často nadváha alebo až obezita detí.

Obezita vzniká ako dôsledok dlhodobého nadmerného prijímania energeticky bohatých jedál a nízkeho energetického výdaju.

Svetová zdravotnícka organizácia považuje obezitu za jeden z najväčších zdravotných problémov na celom svete a varuje pred globálnou epidémiou. Odhaduje sa, že 155 miliónov detí a adolescentov má nadváhu alebo je obéznych. Obezita predstavuje zdravotný a spoločenský problém, ktorý môže zapríčiniť vznik ďalších ochorení. Tieto ochorenia výrazne ovplyvňujú zdravotný status detského organizmu.

Nadmerná váha u detí spôsobuje nielen interné ochorenia ako sú kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus 2. typu, tvorbu žlčových kameňov, poruchy odbúravania tukov a iné. Významný negatívny vplyv má aj na správny vývoj kostí, ukladanie minerálov, správnu architektoniku kostí, vývoj kostrového svalstva, zmenu pomeru svalového, elastického a väzivového tkaniva, na architektoniku klenby nohy, kladie enormnú záťaž na vyvíjajúce sa chrupavky nosných kĺbov a tým znižuje ich funkčnosť, ovplyvňuje správnu dynamiku chrčtice a iné. Deti si tieto ťažkosti odnášajú do dospelosti a vo veľkej miere je ich stav už nemenný.

V súčasnosti sú ďaleko viac dostupné elektronické a vizuálne podoby zábavy než v nedávnej minulosti. Veľa detí preto nemá výrazný záujem o pohybové aktivity. Tento

prístup sme schopní v rámci preventívneho boja ovplyvniť. Prioritne v rodinách, kde deti čerpajú často z príkladu rodičov, ale i vo vzdelávacích zariadeniach.

V školách sa vytvárajú podmienky na športové aktivity, v súčasnosti je to hlavne výstavba multifunkčných ihrísk pre kolektívne športy formou financovania z Európskych fondov pre rozvoj. Táto výstavba je veľmi dôležitá aj z hľadiska spoločenskej integrácie jednotlivcov. Nemenej významné však je v rámci športových aktivít rozvíjať fyzické charakteristiky jednotlivých osobností.

Do konca minulého storočia boli zapájaní žiaci druhého stupňa do ľahkoatletických súťaže v zmysle všestranného rozvoja telesných zručností a schopností. Táto súťaž pozostávala z jednotlivých disciplín, ktoré boli na rôznych úrovniach výkonu a veku v rámci celej republiky štandardizované. Žiaci boli motivovaní získaním určitých cien a samozrejme okrem zlepšenia fyzickej zdatnosti sa zlepšovala aj ich psychická pripravenosť a sebadôvera.

Súťažilo sa v krátkych a stredne dlhých bežeckých disciplínach, v hode, v skoku ďalekom a vysokom. V jednotlivých disciplínach bol každý výkon bodovo ohodnotený a súčet bodov dával informáciu o všestrannej fyzickej pripravenosti žiakov. Tieto súťaže sa realizovali od úrovni školského prostredia, to znamená, že sa súťažilo v rámci jednotlivých tried a celých ročníkov v školách, na regionálnej úrovni, krajskej až po celoštátnu úroveň, kam boli vyberaní žiaci z najvyšším ziskom bodov v rámci nižších súťaží, rovnako ako to býva aj pri organizovaní iných súťaží.

Podľa získaných bodov boli žiaci hodnotení získaním tzv. Odznaku zdatnosti. Ten bol kategorizovaný ako Bronzový, Strieborný a Zlatý odznak zdatnosti.

Tieto súťaže viedli k udržiavaniu a zlepšovaniu všestrannej zdatnosti žiakov, podporovali súťaživosť jednotlivcov v ich individuálnych fyzických schopnostiach, napomáhali udržiavať fyzický status školskej mládeže a boli prevenciou proti nadváhe a ochoreniam s obezitou súvisiacich. A takisto, čo je nemenej dôležité, žiaci si vytvárali správne pohybové návyky pre svoj budúci život.

Regióny nášho štátu majú nerovnakú úroveň v možnostiach poskytovania priestoru na rozvoj individuálnych schopností. V rámci metodiky telesnej výchovy si učitelia daných predmetov vytvárajú štandardný systém hodnotenia fyzickej výkonnosti jednotlivcov, hodnotia a sledujú

úroveň vývoja detí. Ale tento prístup je často malo motivujúci a deti neprezentujú svoje schopnosti.

A preto verím, že školský systém s pomocou vplyvu a programového zamerania verejného zdravotníctva sa pokúsi vytvoriť podobný program pre školskú mládež, aby sme vychovávali inteligentných, spoločensky a fyzicky zdatných jednotlivcov tvoriacich blízku i vzdialenú budúcnosť.

### **Zoznam bibliografických odkazov**

- [1.] ÚVZ SR 2007a : Európska charta boja proti obezite. [online] [cit. 2007-02-14].  
Dostupné na internete : <http://www.uvzsr.sk>
- [2.] ÚVZ SR 2007b : Hodnotenie nadhmotnosti a obezity u detí pomocou štandard BMI.  
[online] [cit. 2007-02-14]. Dostupné na internete : <http://www.uvzsr.sk>
- [3.] Hainer, V. 2004b. Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In Hainer, V., 2004.  
Základy klinické obezitologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 31-44. ISBN 80-247-0233-9.

### **Kontakt**

Mgr. Krutý Daniel

## Psychické a fyzické zmeny u žien v období menopauzy

Henrieta NOVKOVÁ, Júlia POLÁKOVÁ

### Súhrn

Príspevok poukazuje na život žien v období menopauzy, s ktorou býva spojená celá rada problémov, či už psychických alebo fyzických.

### Kľúčové slová

Menopauza, Životný štýl, Hormonálna substitučná liečba

### Úvod

Klimaktérium je prirodzené obdobie v živote ženy, kedy dochádza k vyhasínaniu funkcií vaječníkov. Toto vedie k postupným zmenám v rovnováhe pohlavných hormónov zodpovedných za menštruačný cyklus. Menopauza je označenie pre posledné menštruačné krvácanie v živote ženy. Biologicky podmienený vek pre menopauzu je v súčasnosti medzi 45. - 54. rokom života ženy. Rok po menopauze nastáva ďalšie obdobie, ktoré označujeme ako postmenopauza. To znamená, že v postmenopauze prežije žena takmer tretinu svojho života.

### Menopauza

- nevyhnutná realita života
- znížená tvorba ženských pohlavných hormónov *estrogénu* a *progesterónu* ⇒  
vymiznutie menštruácie
  - nie je choroba!!!

### 3 štádiá menopauzy:

- a) **premenopauza** – menštruácia pravidelná, hormonálne hladiny ešte nezačali klesať, obdobie perimenopauzy pred poslednou menštruáciou,
- b) **perimenopauza** – celé obdobie pred poslednou aktuálnou menštruáciou a po nej odvtedy, čo začnú hormonálne hladiny kolísať až dovtedy kým sa ustália nízke hladiny a príznaky kolísania vymiznú,
- c) **postmenopauza** – začína dňom posledného menštruačného krvácania a označuje obdobie po nej.

### Zmeny orgánov a systémov



1. **Koža** – znížená hladina estrogénov zapríčiňuje stratu jej elasticity ⇒ vráskavenie  
- citlivejšia na slnko – zväčšuje sa schopnosť tvoriť pigment, akné, vyrážky.
2. **Vlasy** - vypadávanie alebo rast na niektorých iných miestach (čelo, horná pera, líca).
3. **Brucho** - mení sa rozloženie tuku → boky výrazné, pás hrubší, tuk sa však viacej ukladá do brucha ⇒ tzv. „jablková postava”.
4. **Srdce + krvné cievy** – u žien, ktorých vaječníky ešte tvoria estrogény menšie riziko ISCH = znížené riziko srdcového infarktu ako u žien, ktoré majú odstránené vaječníky.
5. **Kosti** – okolo menopauzy menej *denzné* → krehkejšie s väčšou pravdepodobnosťou zlomenín ⇒ *osteoporóza*.
6. **Svaly + kĺby** – strata pohyblivosti, stuhnutosť, v noci kŕče (↓ hladina kalcia).
7. **Mozog** – zmeny nálady, pamäti, podráždenosť, depresie, úzkosť.

### **Menopauzálne ťažkosti**

➤ **návaly tepla** – preč nedostatok estrogénu pracujú potné žľazy menej efektívne ⇒ zmena stravy + životného štýlu, pravidelné cvičenie, meditácia, doplnková terapia,

➤ **nočné potenie** - často spojené s návalmi tepla

#### **Rady:**

- teplota izby pred spaním 18°C,
- ľahké prikrývky,
- piť viacej vody,
- tesne pred spaním sa osprchovať chladnejšou vodou,
- vyvarovať sa ťažkej fyzickej aktivity.

➤ **únava** - ↓ sa androgén („mužský hormón”), ktorý tvoríme

- ↓ s hladina estrogénu

- strava s ↑ obsahom sacharidov a ↓ obsahom tukov

#### **Rady:**

- raz za týždeň zeleninu,
- bylinky – sibírsky ženšen,
- telocvik – meditácia, joga
- redukcia stresu,
- chem. liečba – testosterónová liečba vo forme krému alebo tabliet.

➤ **nespavosť** –

**Rady:**

- strava – pohár teplého mlieka pred spaním, banány,
- vyvarovať sa konzumácii údeného mäsa, čokolády, nakladanej zeleniny,
- bylinky - mučenka

➤ **problémy s pamäťou** –

**Rady:**

- lúštenie krížoviek, čítanie
- olejnaté ryby, sójové produkty,
- meditácia, aromaterapia,
- levanduľový esenciálny olej do kúpeľa pred spaním

➤ **zmeny nálady** – smútok, úzkosť, podráždenosť

**Rady:**

- strava s obsahom vit. B6, B12, aminokyselina fenylalanín ( v syroch, mäse a rybách),
- bylinky – ginko biloba,
- telocvik,
- psychoterapia – liečba „rozhovorom“.

➤ **bolesti hlavy** – ženy, ktoré trpeli bolesťami hlavy pred alebo počas menštruácie väčšia pravdep. bolesti hlavy aj po menopauze.

➤ **Suchosť pošvy** – ↓ hladina estrogénov, sliznica pošvy sa stenšuje, stáva sa suchšou, strata elasticity ⇒ ↓ krvný prietok ⇒ lubrikácia + hormonálna liečba (krémy, čípky...).

➤ **bolestivosť prsníkov** –

**Rady:**

- nosiť podporné podprsenku,
- počas cvičenia športovú podprsenku,
- prikladať horúce a chladné obklady.

➤ **Zmeny sexuálnych reakcií** – strata libida,

**- pozor na otehotnenie!!!!**

## Ako zlepšiť životný štýl?

### A. Som vystavená nadmernému stresu?

- hľadajte podporu u rodiny a priateľov,
- premýšľajte o zdrojoch stresu a čo je príčinou obáv – premyslieť si aké pozitívne kroky môžete použiť,
- vypracujte si obvyklý postup, aby ste nadobudli pocit kontroly nad vašimi okolnosťami,
- pokúste sa čeliť problémom priamo,
- predvídajte príčiny stresu, ktoré pravdepodobne vzniknú a premýšľajte aké sa s nimi vyrovnáte,
- nebuďte na seba príliš tvrdá
- urobte si pre seba čas, dbajte aby ste mali príležitosť na relax,
- pokračujte v pravidelnom cvičení,
- dbajte na dostatok odpočinku,
- obmedzte príjem alkoholu

### B. Mám zlé návyky?

#### a. Kofeín (ako ho obmedziť)

- pokúste sa nahradiť niektoré kofeínové nápoje bezkofeínovými alebo inými nápojmi
- pite instantnú kávu a slabý čaj
- pite menšie alebo slabšie kofeínové nápoje,
- pokúste sa piť viac vody,
- dbajte na postupné znižovanie príjmu, aby ste sa vyhli nežiaducim vedľajším účinkom.

#### b. Alkohol (ako ho obmedziť)

- dbajte, by ste mali najmenej dva bezalkoholové dni každý týždeň,
- vyhýbajte sa pitiu cez deň v práci,
- v spoločnosti dbajte, aby váš každý druhý nápoj bol bezalkoholický,
- Rozhodnite sa vopred, koľko chcete vypiť a držte sa toho,
- Položte pohár medzi upíjaním, aby ste pili pomalšie

### C. Nikotín

- **náplasti rôznej sily** – pomaly uvoľňujú nikotín do krvi, zabezpečujú v krvi stálu hladinu na zníženie chuti,



- **žuvačka s obsahom nikotínu** – poskytuje ústam nejakú činnosť namiesto fajčenia,



- **inhalátor** – umožňuje poťahovať si z bieleho telieska, ktoré uvoľňuje kombináciu mentolu a nikotínu



- **cukríky s obsahom nikotínu** – cmúľajú sa pomaly, nemali by sa žuť a prehĺtať,



- **nosný sprej** – dostupný len v niektorých krajinách, vyhradený len pre silných fajčiarov, poskytne okamžitú dávku nikotínu, môže však dráždiť nosnú sliznicu.

## Hormonálna substitučná liečba

### Formy:

- **tabletky**



- **náplasti**



- **kožné gély**
- **systémový estrogénový vaginálny krúžok** – okrem liečby suchosti a atrofie pošvy ho možno použiť aj na liečbu návalov tepla a nočného potenia
- **Implantáty** – guľôčky, ktoré sa zavádzajú pod kožu brucha alebo stehna
- **nosné spreje**

## Zoznam bibliografických odkazov

- [1.] LONSDORFOVÁ, Nancy. 2008. *Zralá žena*. Vyd.: Triton, 2008, 232 s., ISBN: 8072549580.

- [2.] JENÍČEK, Jaroslav.2001. *Hormonální substituční terapie a klimakterium*. Praha : Grada, 2001, 104 s., ISBN 80-217-0466-7.
- [3.] Kolektív autorov, 2000. *Zdravoveda pre ženy*. Bratislava : Ikar, 2000, 696.s., ISBN: 8071189235.

### **Kontakt**

Mgr. Henrieta Novková

L. Svobodu 22, Skalica, 90901

E-mail: [Parmelia@azet.sk](mailto:Parmelia@azet.sk)



KOVAL'OVÁ, Mária – MÁTEL, Andrej– ŠTEPANOVSÁ, Martina (eds.)

Administrácia a riadená dokumentácia v sociálnych službách.  
Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie

Vydalo Občianske združenie ELISABETH

Skalica, november 2011

Prvé vydanie

ISBN 978-80-970567-2-8

EAN 9788097056728