



Karolína Hrdá

# Multidisciplinární tým v akci

Materiál vznikl s podporou Nadačního fondu Veolia poskytnutou z grantového programu Stále s úsměvem - Aktivně po celý život zaměřeného na zvyšování kvality života seniorů. V letech 2015 - 2017 v něm bylo podpořeno 61 projektů v celkové výši 4,3 milionu korun. [www.nfveolia.cz](http://www.nfveolia.cz)



Domov Sue Ryder, řešitel projektu Multidisciplinární tým v akci, děkuje Nadačnímu fondu Veolia za poskytnutou podporu.

ISBN 978-80-907190-1-9

Mgr. et Mgr. Karolína Hrdá

# Multidisciplinární tým v akci



# Obsah

Průvodní slova	7
Předmluva	13
Úvod	14
Vstup do tématu multidisciplinárních týmů v domovech v ČR	16
Co je to multidisciplinární tým?	16
Výzva sociálně-zdravotního pomezí	17
Fáze vývoje týmu	18
Kultura organizace – kultura péče – vize týmu	20
Cyklus realizace cílů a plánu péče v MDT	22
Sběr informací, identifikace potřeb	24
Domluva na cílech v MDT	25
Domluva na postupu/intervencích	28
Realizace cílů/plánů péče	29
Vyhodnocení naplnění	30
Systém předávání informací	31
Vedení dokumentace	31
Porady a hlášení	36
Sdílený prostor profesí	39
Dovětek k efektivitě předávání informací	40
Struktury MDT	42
Vztah mezi MDT v domově	42
Velikost týmu	43
Účel a identita týmu	43
Struktura MDT	44
Řízení MDT	47
Nastavení kontroly	49
Podpora shora, prostředky pro fungování MDT	50
Charakteristika člena MDT a komunikační dovednosti, atmosféra v týmu	52
Člen MDT – jaký by měl být?	52
Komunikační dovednosti	54
Atmosféra v týmu	56
Práce s kapacitou	57
Dovětek k výzvám ve spolupráci	59
Shrnutí a otázky pro diagnostiku tématu	60
Závěr	62
Příloha č. 1 – Umožnění nahlížet oprávněným osobám do zdravotnické dokumentace	63
Zdroje	64





## Průvodní slovo: MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

### **Proč v zařízeních dlouhodobé péče usilovat o multidisciplinární přístup a o pravidelná setkání multidisciplinárních týmů**

Situace v tzv. péčové oblasti na zdravotně-sociálním pomezí se významně proměňuje. Nejen z hlediska financování či organizačního uspořádání, ale především složení klientů/pacientů a jejich potřeb, a také počtu personálu, jeho kvalifikační struktury, kompetencí, a tím i metodiky péče.

Lidi na zdravotně-sociálním pomezí charakterizuje taková míra zdravotního postižení, která vede k dlouhodobému či trvalému omezení či pozbytí soběstačnosti, mnohdy dokonce základní sebeobsluhy. Problematika těchto lidí je ze samé své podstaty zdravotně-sociální – nelze nalézt klienta, který by byl zdravý, jen „sociální případ“, jehož zdravotní stav by nebyl křehký, proměnlivý, který by nevyžadoval kombinaci léků a časté, rychle dostupné zdravotnické intervence. Právě tak nelze nalézt pacienty, u nichž by jejich zdravotní problémy nebyly neoddelitelně provázány se závažnými sociálními souvislostmi a důsledky.

Jde o pacienty ošetrovatelsky náročné, vyžadující časté kontroly a delší čas ke komunikaci i provedení výkonů, např. ošetrovatelských, o lidi s instabilitou a pády, částečně či zcela imobilní, inkontinentní, se syndromem demence, mentální retardace či se zpomalením psychomotorického tempa, s poruchami chování (bloudění, agitovanost, apatie, negativismus), s delirantními stavy, se smyslovými deficity včetně kombinované poruchy zraku a sluchu, s multimorbiditou, polypragmazií a závažnými nežádoucími účinky léků, s malnutricí i dehydratací, s domněle či skutečně krátkou životní prognózou implikující ucelenou paliativní péči.

Z hlediska právního a etického jde o lidi vyžadující náročné ucelené posuzování, neboť hrozí zanedbání péče, neoprávněná paliativizace přístupu i naopak dystanatické odepření kvalitní péče hospicové. Přesto zůstávají na okraji odborného i laického zájmu. Se zdravotně sociální komplexitou potřeb kontrastuje stávající resortní roztrženost služeb. Ty spadají buď do resortu zdravotnického, nebo sociálního se zcela rozdílnou metodikou péče a její kvality, s rozdílným personálním vybavením i financováním, s narušenou vzájemnou komunikací.

Hrozí až diskriminační nedostupnost potřebné zdravotní péče v sociálních zařízeních „bez lékařů“, někdy i bez zdravotních sester, či nízká kvalita života s ohrožením základních lidských práv a důstojnosti v zařízeních zdravotnických. Hrozí nepochopení potřeb daného člověka, jeho priorit i smyslu (povahy) přijetí do zařízení. Pracuje se více s „chorobami“ (tzv. disease model) a výkony než s člověkem. Běžně chybí ucelené hodnocení (comprehensive geriatric assessment, CGA), z něhož jediné lze odvinout účelné nastavení zdravotně-sociální podpory i dílčích intervencí (geriatric evaluation and management, GEM), a to personalizovaně, tedy v kontextu pacientova/klientova života, jeho smyslu a priorit.

Plán péče pak často zahrnuje bezobsažná uniformní klišé, nebo jen dílčí úkony. Navíc metodická i legislativní opatření staví bariéry mezi jednotlivé profese, především mezi zdravotníky a pracovníky v přímé péči. Nesmí existovat jednotná dokumentace, ucelená představa o pacientovi/klientovi/uživateli ani jasná zodpovědnost za to, co, proč a s jakými výsledky se s ním děje, či neděje.

Nepochopení, roztříštěnost a rozostření zodpovědnosti výrazně zvyšují riziko chyb, nízké kvality života pacientů/klientů, zbytečné míry jejich utrpení a také neúčelnosti výdajů a překračování kompetencí, frustrace, vyhoření, ba právních postihů na straně personálu. Tím závažnější jsou úvahy o zavádění paliativní péče, jak obecné, tak specializované, do systému tak nebezpečně nastaveného pro klienty i zaměstnance.

Nejde jen o podfinancování s nedostatkem personálu. Jde též o nedostatek odborné podpory, metodického vedení, supervize, o tlak na přebírání kompetencí, které dané profesi odborně ani právně nepřísluší (např. hodnocení zdravotních obtíží a postupů pracovníky v přímé péči) či o používání omezovacích postupů z důvodu nedostatku personálu v rozporu s odborným i etickým přesvědčením zaměstnanců.

Ti jsou často ponecháni v nejistotě o správnosti svých postupů, o možné vině za utrpení či neblahý osud pacientů/klientů. To vede k jejich odchodu, nebo vyhoření do otrlé rutiny. Zvláště chybí pozitivní komunikace s lékařem, který by vysvětlil situaci pacientů, prognózu, postup a měl za ně jasnou zodpovědnost. V sociálních pobytových zařízeních dnes neexistují ústavní lékaři. Vytváří se falešné zdání, jako by jejich obyvatelé byli zdraví lidé ve stabilizovaném stavu, kteří lékaře nepotřebují a pokud ano, „zajedou si za ním jako z domova – vždyť Domov se stal jejich přirozeným sociálním prostředím. Kdyby potřebovali lékaře více, byli by v nemocnici“.

Přitom bývá obtížné, aby praktičtí lékaři klienty vůbec registrovali, natož aby si našli čas na skutečné návštěvy u nemocných, nejen na vyplňování poukazů na zdravotní pomůcky či receptů na dálku. Leckdy pacienti i několik let vůbec nevidí. Jindy lékaři, často alternující lékaři, jen proběhnou Domov a vykonají „pokyny“ zdravotní sestry, která problém prezentuje – na víc není čas. Negativní důsledky jsou zřejmé a dále se mohou vyostřit implementací paliativní péče bez lékařů, spočívající reálně v minimalizaci kontaktu klientů označených za „paliativní“ se zdravotnickými službami.

K nejučinnějším nástrojům proti uvedeným jevům patří týmový multidisciplinární přístup. Týmovost vnáší skupinovou dynamiku včetně prvků supervize a možnosti diskutovat pochybnosti a stresy, posiluje partnerskou atmosféru a sdílení informací. Multidisciplinarita obnovuje ucelenost pohledu na člověka nad rámcem specializačních výsečí a zásadně zlepšuje kvalitu a obecné pochopení toho, co se s klientem děje a co potřebuje.

Důležitá je vzájemná korekce představ, korektivní zpětná vazba. Lékař se dozvídá, jak skutečně pacient reaguje na léčbu či přistupuje k rehabilitaci, fyzioterapeut si ujasňuje, proč z hlediska celkové prognózy navrhuje lékař u daného člověka právě takový, a ne jiný pohybový režim. Vzájemné pochopení zvyšuje bezpečnost a vstřícnost postupů pro pacienty/klienty a snižuje riziko vyhoření z toho, že jednotliví zaměstnanci nechápou, proč se u jejich svěřenců postupuje právě tak, když u jiných jindy jinak.

Předkládaná příručka se podrobně zabývá různými aspekty multidisciplinární týmové práce a jejich metodikou. Základní a možná vůbec nejdůležitější je ovšem ono jednoduché: pochopení, že roztříštěnost je cesta do pekel pro pacienty/klienty i zaměstnance a že nezbytné je společně si sednout, mluvit a vzájemně se informovat v zájmu optimálního pochopení každého jednotlivého člověka.

Zásadní je, aby se setkání týmu účastnil lékař! Pro jeho omezené časové možnosti (omezený by však neměl být jeho zájem podílet se na setkáních) jsou důležité časová únosnost i výběr pacientů vyžadujících lékařskou konzultaci. Dostačovat by mělo 30–60 minut týdně či 1x za 2 týdny. Probírání by měli být lidé v nestabilním stavu, s nejasnými problémy, ti, u nichž vznikl nesoulad mezi profesemi, noví klienti v adaptační fázi, lidé v paliativním režimu s krátkou životní prognózou.



Setkání se mají účastnit všechny profese schopné poskytnout relevantní informace či oprávněné přijmout zásadní rozhodnutí. Obvykle jimi jsou lékař, zdravotní sestra (staniční sestra) daného úseku, sociální pracovníce, klíčový pracovník v přímé péči, fyzioterapeut, nutriční terapeut a je-li k dispozici, tak ergoterapeut. Z jednání týmu má vždy vzniknout stručný zápis s konkrétními výstupy. Je třeba si přát, aby se pravidelné neformální schůzky multidisciplinárních týmů staly klíčovým nástrojem pochopení klientů, účelnosti a bezpečnosti poskytované péče i spokojenosti zaměstnanců.

*V Praze dne 13. 2. 2018*

*MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.  
internista, geriatr, publicista, předseda správní rady Cesty domů*



## Průvodní slovo: Mgr. Martina Pojarová

### Cesta k dobré péči

Měla jsem opakovaně v minulých třech letech možnost být přítomna snaze o nalezení optimálního modelu péče o obyvatele domova pro seniory Sue Ryder. Bylo radostné sledovat zápal, s kterým připravovali v tomto domově zavádění změn a testovali nové formy péče. Často jsem nestíhala sledovat vývoj a rozhodně jsem nebyla jeho kontinuálním svědkem. Proto jsem s radostí přijala možnost zařadit se mezi první čtenáře textu Karolíny Hrdé „Multidisciplinární tým v akci“. A potěšilo mne i ono „v akci“, protože akceschopnost je jedna z hlavních charakteristik michelského „multitýmu“.

Tým vedoucích Sue Ryder je zaměřený na změnu a změna nebývá v domovech pro seniory nejvítanějším hostem. Z předkládaného textu máme možnost skládat si mozaiku jednoho hledání modelu dobré péče, tentokrát zacíleného na multidisciplinární rozměr pečujících týmů.

Multidisciplinarity chápe autorka jako nutnou podmínku dobré, celostní, na člověka orientované péče. Optimálně fungující profesionálové soustředění okolo seniora, postupně nebo náhle ztrácejícího soběstačnost, nepochybují o svých kompetencích, respektují své „kolegy v péči“. A to přesto, že přicházejí z různých prostředí, různě profesně vybaveni a nezřídka zaměřeni na prosazování různých hodnot. Tito profesionálové, schopni formulovat společně s klientem cíle péče a následně plán péče, nevynechávají z rozhodování rodinu a umí řešit dilemata, která jim život a péče přinášejí.

Ze zkušeností (nejen) domova pro seniory Sue Ryder, které nám autorka předkládá v jinak velmi teoretické reflexi v oddělených odstavcích, si můžeme skládat příběh formování multidisciplinárního prostředí v konkrétním domově. Vidíme za nimi část těžkostí s „překládáním“ profesních jazyků a formování společného slovníku srozumitelného všem.

Autorka nás nezřídka vybízí otázkami typu „A jak to děláte vy?“ Těmito výzvami, které mi někdy zněly až provokativně, „Jak zacházíte s důvěrou mezi členy týmu?“, se z textu stává učebnice pro ty, kteří se snaží vybatit se na cestu k funkční multidisciplinarity prověřeným návodem.

Jako oporu pro vedoucí, kteří se zas a znova snaží ladit pohledy zdravotníků zaměřených na fyzický komfort a bezpečí seniorů s pohledy sociálních profesionálů, kteří, jak Karolína Hrdá pod čarou v pozn. č. 11 trefně ukazuje, jsou zaměřeni spíše na autonomii seniorů, dostáváme do ruky nástroje, o které je vskutku možno se opřít.

Vize, jako sdílený ideál, ke kterému naše konání směřuje a ke kterému je možné odkazovat ve chvílích konfliktů a dilemat, dobré vymezení kompetencí jednotlivých členů týmu, zamýšlení se nad kulturou organizace a z ní plynoucí definování kultury péče, ale i popis různých fází vývoje týmu, nám může pomoci nepřicházet o odvahu ve chvílích, kdy nejde vše, jak bychom si přáli. Jak to u učebnic bývá, po jejich přečtení získáme mnoho odpovědí, ale ještě více otázek: Jak se v multidisciplinárním týmu zachází s hierarchií? Jak dobře vymezit kompetence v realitě se překrývajícími profesemi? Kde stojí v celém multidisciplinárním prostředí rodinný příslušník, který je sám pro-

fesionálem (dcera lékařka, manžel fyzioterapeut)? Jak pracovat s členy týmu v odporu? Jak dlouho celý proces přechodu k multidisciplinárnímu přístupu trvá a co je k němu všechno potřeba? A jak vysvětlit týmům potřebu změny a nedegradovat jejich zažitou dlouholetou praxi? Byla bych ráda, kdyby tento text nekončil publikací, ale pokračoval v diskuzích a sdílení dobrých (i špatných) praxí ostatních zařízení žijících na území na zdravotně-sociálním pomezí.

*V Praze dne 19. 2. 2018*

*Mgr. Martina Pojarová  
ředitelka Pečovatelského centra Praha 7*



## Předmluva

Multidisciplinární tým je často užívaným až módním souslovím tam, kde se hovoří o kvalitním poskytování péče. Co ale znamená multidisciplinární tým v prostředí pobytových sociálních služeb pro seniory? Jakých podob zde nabývá? Jak poskytovat personalizovanou péči v multidisciplinárním uspořádání? Co podporuje fungování týmu, a co mu naopak brání naplňovat svůj účel?

V kontextu zkušeností s postupující implementací přístupů zaměřených na člověka, tj. Psychobiografického modelu péče a paliativního přístupu, a probíhajících změn v týmech našeho domova, jsme se r. 2015 začali výše uvedenými a souvisejícími otázkami intenzivně zabývat. Věděli jsme, že daná problematika je aktuální nejen pro nás, ale i pro další poskytovatele. Vyhlíželi jsme proto partnera, který by nás podpořil v dalším zkoumání tématu i sdílení zkušeností. Měli jsme velké štěstí v tom, že jsme se setkali s PhDr. Blankou Šrámkovou z Nadačního fondu Veolia.

Předkládaná publikace vznikla jako příspěvek ke kultivaci prostředí pobytových sociálních služeb za laskavé podpory NF Veolia. Má přispět k odborné diskuzi a podpořit význam kvalitního řízení sociálních služeb a s tím související kvalitu vedení toho nejcennějšího zdroje v soc. službách – pracovníků.

Děkujeme všem kolegům, kteří se podíleli na vzniku materiálu. Ať už poskytl rozhovor, pomáhali s formulováním myšlenek či s konzultacemi materiálu nebo s vlastní produkcí publikace. Velké díky patří Matěji Lejsalovi, Markétě Heřmanské, Janě Hrachové, Aleně Gaudlové, Janě Milcové, Kristýně Traplové, Věře Vodičkové, Radce Dvořákové, Petru Krbcovi, Markétě Bémové, Magdaléně Kosové, Alžbětě Pospíšilové, Kateřině Grušové, Haně Netušilové, Lucii Simonové za jejich aktivní zapojení.

Rovněž děkujeme pracovníkům z organizací Centrum sociálních služeb Praha 2, Domov pro seniory Chodov, Domov důchodců Bystřany, Domov důchodců Čáslav, kteří poskytli své rozhovory. Děkujeme i všem dalším, se kterými jsme měli možnost hovořit mj. o spolupráci v multidisciplinárním týmu.

## Úvod

Evropská společnost demograficky stárne. Prodlužuje se střední délka života, prodlužuje se i délka života prožitá ve zdraví. Ne však dostatečně rychle. Pro představu r. 2015:

- Naděje na dožití u mužů v ČR činí 75,7 let, předpoklad života prožitého ve zdraví při narození pak činí 62,4 roku.
- Naděje na dožití u žen v ČR činí 81,6 let, předpoklad života prožitého ve zdraví při narození pak činí 63,7 roku (Eurostat, [online]).

Průměrně přes 13 let svého života prožijí muži s některým zdravotním omezením, ženy dokonce téměř 18 let. S tím můžeme předpokládat v čase vzrůstající závislost na pomoci druhé osoby. V řadě případů mohou senioři s potřebou péče zůstat v domácím prostředí, v některých případech je nejlepší volbou, pro zachování kvality života, péče v pobytových službách pro seniory (dále jen „domovy“).

Do domovů již v současné době přicházejí senioři čím dál tím méně soběstační. Často se jedná o seniory žijící s jedním a více nevléčitelnými onemocněními, s postupně se rozvíjejícím syndromem geriatrické křehkosti. Z demografického vývoje společnosti můžeme usuzovat, že počet seniorů závislých na péči druhé osoby poroste. Domovy stojí před otázkou, jak zajistit kvalitní péči v místě, kde senioři prožijí až několik let svého života.

Domovy by měly usilovat o poskytování péče zaměřené na člověka, kterou zahraniční literatura dává do souvislosti s péčí nejvyšší kvality (Hrdá, 2016). Hybatelem takové péče je obyvatel domova. Aktivně se podílí na rozhodování, jak má péče o něj vypadat. Poskytovaná péče je holistická – pracuje s duchem, duší i tělem člověka. Pro praktické provádění jsou zásadní přístup, postoje a hodnoty těch, kdo péči poskytují, neodmyslitelně však také jejich odbornost. Aby mohli senioři v domovech žít kvalitní život s důstojností po celou svou dobu pobytu, měla by se do péče zapojit celá řada odborností spolupracujících v multidisciplinárním týmu. Právě na něj se v tomto materiálu zaměřujeme.

### Proč se věnujeme multidisciplinárnímu týmu?

Práce multidisciplinárního týmu (dále jen MDT) má pozitivní přínos pro klienty, zaměstnance i organizaci (Nancarrow et al., 2013, [online]).

Pro klienty:

- Zlepšuje se kvalita péče, klienti jsou spokojenější (Nancarrow et al., 2013, [online]).
- Přináší možnost zajistit kontinuitu péče, prospět člověku, o kterého pečujeme, díky identifikaci a naplnění jeho potřeb (Rosen et al., 2005).

Pro zaměstnance:

- Čím lépe fungující MDT, tím jsou spokojenější zaměstnanci; pokud pracují pracovníci v týmech, mj. se zvyšuje úroveň rozlišení přínosnosti každého pracovníka, zvyšuje se duševní zdraví a motivace (Effectiveness Project, [online]).
- Umožňuje budování profesionální identity, tak i přináší potřebný náhled na naplňování vlastní role v týmu (Gendron et al., 2016).

Pro organizace:

- Čím jsou spokojenější zaměstnanci, tím je nižší fluktuace a nižší míra abstenteismu; organizace spoří zdroje – lidské, finanční – celkově se zvyšuje kvalita péče (Nancarrow et al., 2013, [online]).
- Dobře fungující tým dává prostor pro budování kultury učící se organizace, pro implementaci přístupů zaměřených na člověka a implementaci dalších inovativních myšlenek.
- Fungující MDT jsou efektivnější, produktivnější, účelněji využívají své zdroje.

Naším cílem je popsat překážky i podpůrné mechanismy pro fungování multidisciplinárního týmu.

Postupně se věnujeme:

- MDT v kontextu péče zaměřené na člověka a problematice sociálně-zdravotního pomezí.
- Realizaci cílů a plánů péče v MDT.
- Aspektům, které ovlivňují kapacitu i fungování MDT.

Tam, kde nám to zkušenosti umožňují, dáváme praktické příklady či doporučení.

---

Ke každé oblasti uvádíme otázky, v textu je ohraničujeme modrými linkami.

---

*Zkušenost v textu označujeme kurzivně modrou barvou.*

V textu shrnujeme:

- teoretické znalosti k fungování multidisciplinárních týmů<sup>1</sup>
- naše zkušenosti; to, co se podařilo, i to, co je pro nás stále výzvou<sup>2</sup>
- zkušenosti dalších domovů pro seniory<sup>3</sup>

Doufáme, že se publikace stane inspirací, která přispěje jak k rozvoji spolupráce v multidisciplinárních týmech, tak i k větší personalizaci poskytovaných pobytových sociálních služeb.

---

1 na základě provedené rešerše

2 na základě zápisů, záznamů, polních poznámek z prostředí našeho Domova a rozhovorů k diplomové práci

3 provedené rozhovory s vedoucími pracovníky v rámci tohoto projektu, výstupy rozhovorů a fokusních skupin v projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořeného NF Avast

# Vstup do tématu multidisciplinárních týmů v domovech v ČR

## Co je to multidisciplinární tým?

Zahraniční zdroje pro spolupráci využívají různých termínů v závislosti na prostředí, ve kterém se péče děje, a míře integrace. Setkáme se např. s pojmy multidisciplinární, interdisciplinární, transdisciplinární. V českém prostředí v domovech pro seniory se běžně používá souloví multidisciplinární tým či multidisciplinární spolupráce, proto se jej držíme i v této publikaci.

Definice týmu:

- je skupinou osob, které spolupracují na naplnění určitého cíle či cílů
- za naplňování cílů nesou jeho členové společnou odpovědnost
- vyznačuje se vlastní skupinovou dynamikou
- členové mají mezi sebou rozvinuté vztahy, jsou na sobě vzájemně závislí
- v týmu každý člen zastává svou roli, v některých případech i vícero
- každý cíl by měl přispívat k naplnění vize organizace
- má sdílenou identitu, v to zahrnujeme i normy, zvyky a pravidla (Hawkins, Shohet, 2000; Reeves et al., 2010)
- tým má rozvinutou strukturu předávání informací - v to zahrnujeme i pravidelné setkávání, vedení dokumentace, způsoby předávání

Definice multidisciplinarity:

- „multidisciplinární spolupráce existuje, pokud spolu dvě nebo více sociálních a zdravotních profesí pracují společně v týmu“ (Nancarrow et al., 2013, [online])

V materiálu se k uvedeným definicím průběžně vracíme.



## Výzva sociálně-zdravotního pomezí

V prostředí domovů se setkáváme s celou řadou profesí. V případě našeho domova se na péči podílí profese sociálního pracovníka, pečovatele<sup>4</sup>, zdravotní sestry<sup>5</sup>, nutričního terapeuta, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, kaplana, lékaře<sup>6</sup>.

O domovech se hovoří jako o zařízeních na tzv. zdravotně-sociálním pomezí<sup>7</sup>. Užívané sousloví v lecčems vystihuje i řadu výzev, se kterými se domovy potýkají. Pomlčka v tomto případě jako by symbolicky dokreslovala šedou zónu a těžkosti, se kterými se každý domov vyrovnává po svém. Jako na poskytovatele zdravotně-sociálních služeb se na nás vztahuje legislativa z oblasti sociální i zdravotní<sup>8</sup>. V domovech působí jak profese zdravotní, tak sociální. Liší se úroveň a způsob jejich právního zakotvení<sup>9,10</sup>, nároky na profesní přípravu aj. Liší se též základní hodnoty daných profesí<sup>11</sup>, způsob jejich naplňování v každodenní praxi, a tím i rozdílné vnímání a pojetí kvality služby<sup>12</sup>. V každodenním běhu péče profese hledají, resp. by měly hledat, jak efektivně spolupracovat ve prospěch člověka, který žije v domově a o kterého pečují. Zkušenost říká, že je to těžký úkol, který se někde daří více, někde méně, někde vůbec.

O týmu, týmové dynamice apod. existuje řada zdrojů, vybíráme témata, která se nám na cestě k funkčnímu akce schopnému MDT jeví jako zásadní.

---

4 Korektně pracovníka v sociálních službách

5 Korektně všeobecné sestry v sociálních službách, odb. 913

6 Specifickou úlohu z pohledu naplňování potřeb zastávají též dobrovolníci

7 Někdy sociálně-zdravotním pomezí v závislosti na tvůrci konkrétního dokumentu.

8 Např. zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, hygienické předpisy, legislativu souv. s poskytováním zdravotní péče aj.

9 Srov. zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a zákon č. 95/2004 Sb. Změnový zákon se vztahuje na všeobecné sestry, ergoterapeuty, nutriční terapeuty, fyzioterapeuty aj.

10 Srov. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky

11 U sester můžeme hovořit o hodnotě bezpečí, u sociálních pracovníků pak o sebeurčení člověka.

12 Tendence u sociálních profesí je nahlížet spíše optikou subjektivní kvality života člověka, u zdravotních profesí sledujeme více objektivizující náhled (jakost) – kvalita má jasné parametry.

## Fáze vývoje týmu

Každý tým prochází určitými vývojovými fázemi. R. 1965-1974 zformuloval Bruce Tuckman notoricky známé fáze vývoje skupiny.

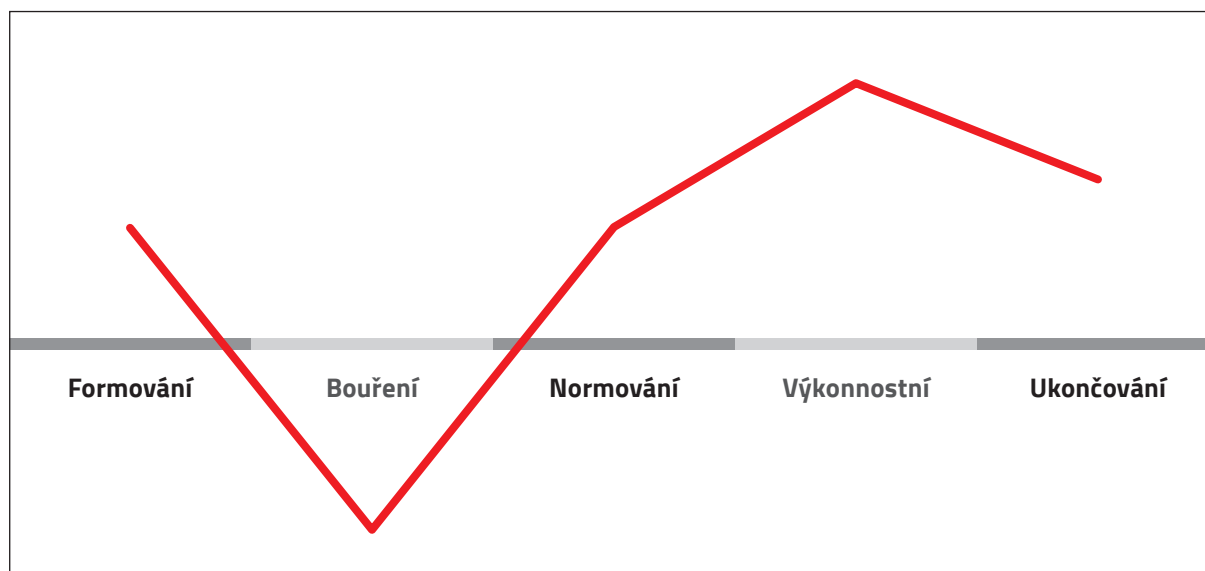


Schéma č. 1 – Výkonnost skupiny ve fázích vývoje dle klasifikace B. Tuckmana; zdroj: (Envigogika, [online])

Jednotlivé fáze netrvají stejně dlouho, zároveň není ani jasně daná doba, jak dlouho by trvat měly. Každá fáze s sebou nese výzvy pro fungování, stejně jiné nároky na manažerské chování. Jak ukazuje schéma výše, v průběhu vývoje se mění výkonnost skupiny. Dále shrnujeme základní body k jednotlivým fázím (Tuckman, 1965).

- **Formování** – členové se seznamují, nastavují se první pravidla. Každý se rozhoduje, zda se ke skupině připojí, či nikoliv. Spíše než o týmu hovoříme o skupině jedinců, kteří se snaží přijít na to, co je jejich společným úkolem. Členové testují hranice, zjišťují, co je v dané skupině ještě akceptovatelné. Rozvíjí se hierarchie ve skupině, nastavují se striktní pravidla, která snižují nejistotu, zvyšují však závislost na vedení. Při formování je potřeba jasně vymezit kompetence, role, úkoly a cíle – vyžaduje direktivnější přístup ve vedení. Také však podporu mezilidských kontaktů a vztahů.
- **Bouření** – typický je konflikt mezi členy skupiny daný rozdíly v osobnostech, profesních náhledech. Střetávají se osobní cíle člena skupiny s požadavky nesenými skupinovým úkolem. Členové volají po svých individuálních právech, bojují o vyjasnění své role ve skupině. Atmosféra je spíše dusná. Ve fázi bouření si členové potřebují porozumět, nalézt k sobě důvěru. Manažer zprostředkovává příležitosti a prostor pro porozumění.
- **Normování** – začíná se utvářet identita skupiny, mění se na tým. Rozvíjí se formální i neformální vazby mezi členy týmu. Jsou rozdělené kompetence, role. Tým generuje vlastní jazyk, hodnoty, pravidla, postupy, podle kterých se řídí. Členové chtějí dosáhnout harmonie ve vztazích. Každý člen přináší specifický náhled, v týmu je prostor pro jeho sdílení. V normování dochází k rutinnímu provádění úkolů. Manažer by měl vést členy k samostatnosti a odpovědnosti.

- **Optimální výkon** – členové znají své role, kompetence, kooperují za naplněním úkolů. Každý člen má dostatek autonomie, mezilidské vztahy se těší vzájemnosti. Tým se stává efektivním řešitelem každodenních problémů. Rozdělení rolí a kompetencí se stává nástrojem k dosažení účelu týmu. Práce týmu je konstruktivní. Při optimálním výkonu tým dokáže řešit i nenadálé situace svépomocí. Manažer se může věnovat dalším záležitostem mimo řízení týmu (Tuckman, 1965).
- **Ukončení** – dochází k odchodům členů týmu. Tým se buď rozpadá, nebo se přeorientuje na naplnění jiného cíle či úkolu (Projectman, [online]).

Úlohou manažera je spolu s týmem projít co nejrychleji do fáze optimálního výkonu. Pokud se vymění členové, proces začíná od začátku. Na stabilitě zbývajících týmu a zkušenostech manažera pak závisí, jak rychle se dokáží noví členové integrovat (Projectman.cz, [online]).

*Pozor! Fáze vývoje je dobré mít na paměti, i pokud se mění organizační struktura a stávající zaměstnanci se přesouvají na jiné pozice. Také však v případě, že se některý z členů týmu vrací po dlouhodobé pracovní neschopnosti.*

Dosáhnout optimálního výkonu v domovech není jednoduché. Domovy velmi často bojují s fluktuací zaměstnanců, zejména pak na úrovni přímé péče (pečovatelé, zdravotní sestry). Právě mezi těmito odbornostmi nejčastěji vzniká nepochopení. Může být dáno různými faktory i jejich kombinací např. osobnostním nesouladem, rozdílem v přístupu k lidem, nedostatkem partnerského nastavení, neefektivní komunikací, prostým faktem, že se spolu dostávají nejčastěji do kontaktu, tak vzniká i nejvíce příležitostí pro tření aj.

*Rozvoj týmu je manažerská dovednost založená na zkušenosti. Pokud se pracuje s MDT, u kterého nemá vedoucí dostatečné zkušenosti s provázením fázemi vývoje, může být pro organizaci výhodné najmout externí agentury či experty. Např. na Celostátní konferenci paliativní medicíny hovořil 8. 9. 2017 PhDr. Tomáš Mertin o spolupráci Centra dohody v rozvoji mmj. nemocničních týmů. Počítejte s tím, že rozvoj týmu vyžaduje soustředěnou práci a vymezený čas určený pro rozvoj.*

Nepřiměřeně dlouhé setrvání v některé z prvních tří fází s sebou nese neefektivitu týmu, kdy tým optimálně nenaplní svůj účel. Rizikem pro tým může být zacyklení v prvních dvou fázích, tj. formování a bouření – pokud se nedaří překonat a přejít do fáze normování, dochází k frustraci a odchodu pracovníků. S novými přichází tým do fáze formování, cyklus se opakuje. Někde tak dlouhodobě MDT nedostanou šanci rozvinout svůj potenciál. Ve výsledku na to nejvíce doplácí ti, o které tým pečuje. Znalosti vývoje týmu a jeho zákonitosti a dovednost reflexe týmu je nutným předpokladem pro rozvoj a učení se týmu jako celku. Zároveň i nabízí manažerovi prostor pro získání odstupu od dění.

---

V jaké fázi se Váš tým/Vaše týmy nachází?

Pracujete cíleně s rozvojem týmu?

Víte, kam tým směřujete?

Máte veškeré zdroje – znalosti, dovednosti, čas aj. – potřebné k práci s týmem?

---

## Kultura organizace – kultura péče – vize týmu

Každá organizace má svou kulturu, ta se potom v nějaké míře promítá do všech interakcí, které se v daném prostředí dějí. Kulturu tvoří normy, hodnoty a chování všeprostupující organizační prostředí (Kotter, 2000). Projevuje se i v užívaném jazyku. Některé z produktů kultury jsou v organizaci reflektované, jiné jsou přítomné na nevědomé úrovni, jsou nerefléktované<sup>13</sup>. Pracovník, který nově přichází do organizace, prochází procesem akulturace – přivýkáním na kulturu daného prostředí. Ta musí být alespoň částečně v souladu s jeho vlastními hodnotami. Jinak zpravidla pracovník odchází.

Kultura organizace se rovněž promítá do kultury péče. To, jak k sobě pracovníci navzájem přistupují, jak spolu komunikují, se promítá i do jejich vztahu směrem k obyvatelům. V jedné organizaci se mohou tvořit i subkultury (Bělohlávek, 2016) – příkladem jsou různá oddělení domovů nebo různé úseky péče (týmy). Rozdíly ve vnímání pak mohou přinášet vzájemné nepochopení a potenciální napětí. V prostředí domovů můžeme vytváření subkultur sledovat u organizací, které jsou v procesu transformace od institučního nastavení k personalizované službě (Hrdá, 2016).

Na podkladě kultury daného prostředí (ať už se jedná o organizaci, oddělení nebo tým) se utváří vize a naopak. Dobře zformulovaná vize má potenciál formovat kulturu organizace, stát se sdíleným mentálním modelem, ke kterému se mohou pracovníci vztahovat. Aby s vizí bylo možné pracovat, měla by být explicitně jasně, stručně, výstižně a srozumitelně vyjádřená (Kotter, 2000; Drucker, 2002). Pracovníci také musí vizi znát a rozumět jí. Jsme toho názoru, že na rozdíl od cílů v péči, které se každodenně realizují, nemusí být vize péče v dohledné době dosažitelná.

Pokud jsou v organizaci přítomné subkultury, doporučujeme cíleně pracovat i se sjednocující vizí pro péči, příp. organizaci. Může pomoci ujasnit si cíle služby/služeb. Protože by vize péče měla vzejít ze vzájemné shody, má v sobě i prvek závazku, ke kterému se mohou členové týmu odvolávat.

*V organizaci Domov Sue Ryder se setkáváme s různými subkulturami. Jinou má osobní asistence, domov pro seniory, dobročinné obchody, také však jednotlivé administrativní úseky, např. fundraisingové oddělení. Rozdíly najdeme i ve službách samotných – např. dříve rozdílné subkultury na odděleních. Třebaže se všichni vztahují k heslu organizace, tj. „Šance na důstojné stáří“, každý úsek si jej vykládá jinak; v týmech existuje jiný sdílený mentální model konceptu důstojnosti. V praxi můžeme sledovat různé termíny, kterými mezi sebou komunikují členové týmu. Jiné osvědčené způsoby organizace práce formované na základě rozdílných zkušeností. Jiný styl řízení týmu. Rozdíly s sebou čas od času nesou komunikační šumy a zjitřené emoce. Proto postupně pracujeme na sjednocení pojetí vize napříč organizací. V případě služby domov pro seniory nejprve pracujeme s vizí péče MDT vedoucích.*

Vize péče udává MDT směr. Pro tým se jedná o směr, kterým by měl poměřovat všechny kroky a rozhodnutí, která dělá. Pokud tým o vizi přemýšlí, může být i cennou pomůckou pro účelnější vynakládání energie. Ví-li, kam jde, hledání alternativ postupů bude svižnější. Žitá vize péče pomáhá překlenout rozdílnosti představ, se kterými každý profesionál do domova přichází.

<sup>13</sup> Shrnujícím vyjádřením může být: „Takhle se tady věci prostě dělají.“

Na prvním setkání Akademie zazněla v MDT vedoucích pracovníků potřeba odsouhlasit si, že pro všechny zúčastněné je „klient na prvním místě – po všech stránkách“. Sdílená vize péče byla pro účastníky natolik zásadní, že pokud by někdo tuto hodnotu vnímal jinak, neměl by být součástí týmu. Druhým takto zásadním momentem byl konsenzus na tom, že jinak než v multidisciplinárním týmu, není možné péči poskytovat. Každý má v týmu svou roli v péči o člověka, také svou specifickou odbornost, kterou jiná odbornost zastoupit nemůže.

Níže uvedené schéma znázorňuje vztah péče zaměřené na člověka a multidisciplinárního týmu.



Schéma č. 2 – znázornění MDT v kontextu PCC, zdroj: vlastní tvorba

---

Jak pracujete s vizí organizace a vizí péče?

Promítá se vize péče do každodenního běhu? Je žitá?

Jsou všichni pracovníci s vizí v souladu?

---

## Cyklus realizace cílů a plánu péče v MDT

Domlouvání se na cílech péče, resp. plánu péče, a jejich následnou realizaci považujeme za mistrovskou dovednost MDT. Jako kterákoliv jiná dovednost vyžaduje společné učení se. Každý tým, pokud má dobře naplňovat svůj účel, ji musí ovládnout. Pokud nejsou společně domlouvány cíle, MDT těžko může vědět, kam směřuje, a pro co jeho členové vydávají energii. Pochopitelně domlouvání se na cílech má smysl jen tehdy, pokud dochází k jejich realizaci.

*Jedna z respondentek prohlásila, že ne domluva, ale realizace je v případě její praxe to nejnáročnější. S každou domluvou je spojena energie. Pokud vyjde naprázdno, je to frustrující.*

Jak můžeme vidět ve schématu č. 2, ve středu zájmu je obyvatel. Ten by rovněž měl být nositelem rozhodnutí. V případě ubývajících schopností o sobě rozhodovat nabývá na důležitosti participace rodiny. Při rozhodování, jak v konkrétním případě postupovat, by tým měl vzít v potaz vlastní já obyvatele, jeho přání, schopnosti, možnosti, dovednosti, potřeby, přirozené vazby. Vždy však také prostředí, ve kterém člověk žije<sup>14</sup>.

V textu využíváme označení – naplňování cílů a plánu péče. V péči nastávají situace, které jdou za rámec domluveného plánu péče<sup>15,16</sup>, i na ně se vztahuje níže uvedený cyklus.

Aby tým mohl činit správná rozhodnutí<sup>17</sup> a postupovat efektivně, potřebuje:

- Mít dostatek sdílených informací pro co nejobektivnější posouzení konkrétního momentu<sup>18</sup>, který vyžaduje týmové rozhodnutí.
- Umět společně zformulovat cíl/cíle.
- Domluvit se na společném postupu/intervencích.
- Domluveným postupem cíle/plán realizovat a dávat zpětnou vazbu o jejich naplnění.
- Naplnění cíle/plánu vyhodnocovat<sup>19</sup>.

14 Domov má své limity a možnosti dané personálním, materiálním, technickým a dalším zázemím. V domově člověk nežije sám, ale s dalšími obyvateli, z nichž každý má své potřeby.

15 V rétorice standardů kvality se hovoří o individuálním plánování. V praxi ovšem neexistuje shoda na tom, jaké jsou náležitosti individuálního plánování. Proto označení „individuální“ v textu cíleně vypouštíme.

16 Plán péče by měl vycházet z domluvy mezi pracovníkem a uživatelem.

17 Správná v kontextu přístupu zaměřeného na člověka

18 Potřeby, situace...

19 Inspirací pro formulaci jsou varianty různých cyklických procesů užívaných v různých oborech a disciplínách, např. projektovém řízení, řízení kvality, ošetřovatelství aj.



Schéma č. 4 – cyklus realizace cílů a plánu péče v MDT, zdroj: vlastní tvorba

## Sběr informací, identifikace potřeb

Jednotliví členové MDT mají k obyvatelům a jejich rodinám různý vztah, přichází s nimi do kontaktu s různou četností. Zároveň obyvatelé nebo jejich rodiny vystupují vůči jednotlivým členům jinak, sdělují jim rozdílné informace.

At' už tým pracuje na nastavení a realizaci plánu péče nebo se řeší jakákoliv situace, prvním krokem je shromáždění informací. Pokud možno všech dostupných.

Příkladem otázek ke sběru informací/identifikaci potřeb může být:

- Co víme o této konkrétní situaci?
- Máme informace od všech členů, kterých se situace týká?
- Co chce obyvatel? Co obyvatel sděluje svým projevem?
- Co říká rodině? Členům MDT?
- Co nám říká dokumentace?
- Co nám říká pozorování?

Popis situace by měl být takovým způsobem, kterému bude každý člen MDT rozumět. Tzn. pokud možno bez profesního žargonu s využitím pouze nezbytně nutné odborné terminologie. Pokud člen MDT použije v popisu odbornou terminologii nebo odborný koncept, měl by je rovněž vysvětlit.

*Příkladem může být oznámení, že paní má diabetes. Pro některé členy týmu s sebou nese tato informace i jasný postup, další členové třeba registrují jen slovo. Další k tomu potřebují slyšet – Co to znamená? Jak se diabetes projevuje? Co se může stát, pokud se paní nají sladkého? Co se může stát, pokud se nenají? Mám někomu hlásit, že si paní píchla inzulin? Aj.*

Pokud víme, že nemáme dostupné všechny relevantní informace získatelné za přiměřeného úsilí a času, měli bychom se snažit je zjistit. Můžeme se dostat do situace, kdy nevíme, co nevíme. Tj. nic nám nenaznačuje, že bychom něco nevěděli.

*V jedné hře, kterou jsme sehráli v rámci setkání Akademie MDT, právě k tomuto došlo. V daném momentě řídicí pracovníci neměli dostupné zprávy o tom, že by jim nějaké informace scházely. Zároveň neměli v daném momentě možnost, jak skutečnost zjistit.*

V každodenní praxi se s touto skutečností musí smířit nejen manažeři. Z hlediska postoje to od pracovníků vyžaduje pokoru před neznámým, zároveň i otevřenost k možnosti, že se objeví nečekaná informace.

Postup by měl aplikovat každý pracovník i MDT, který potřebuje rozhodnout ve věci, která ovlivňuje práci druhého a dalšího kolegy v týmu.

*Několik kazuistických setkání v loňském roce jsme zahájili právě otázkou: Co se děje. Pomohla k tomu, aby se všichni členové vzájemně slyšeli. Zpravidla bylo ad hoc setkání MDT vedoucích svoláno v případě, kdy určitá situace vyvolala v přímé péči emoce, které tým oddělení nebyl schopen řešit svépomocí.*



I sestavování plánu péče vyžaduje mnohvrstevnatou práci s informacemi. Plán péče by měl být sestaven v první řadě spolu s obyvatelem, a to na základě důkladné znalosti a pochopení jeho potřeb. V Rakousku v současnosti existuje legislativně upravený systém práce s dokumentací a zjišťování potřeb. Sleduje se 5 základních oblastí: kognice a komunikace, mobilita a pohyb, onemocnění a zátěž člověka onemocněním, sebepéče, život v prostředí člověka. Rovněž se zjišťují přání, potřeby a očekávání seniora (Marianne Kochanski, 11. 12. 2017, Praha).

V ČR jsme se spíše setkali s tím, že každý domov ke zjišťování potřeb a plánování péče přistupuje podle svého.

---

Jaké metody využíváte pro sběr informací o situaci?

Jaké metody využíváte pro identifikaci potřeb?

Kdo informace k identifikaci potřeb zjišťuje?

Zapojují se ve sběru všechny odbornosti, nebo jen některé?

---

## Domluva na cílech v MDT

Umění domlouvat se na cílech je klíčovou dovedností a mistrovskou disciplínou v práci MDT, také však tou nejnáročnější. Každý člen týmu si tvoří vlastní názor o vhodném výsledku a intervenci mj. na základě:

- Informací, ke kterým má přístup a se kterými pracuje.
- Paradigmatu své profese.
- Vlastní osobnosti.
- Vztahem, který má k obyvatelem, rodině, ostatním účastníkům, kteří se podílejí na naplnění potřeby, vyřešení situace aj.<sup>20</sup>

Každý člen týmu nese svůj náhled na to, co obyvateľ potřebuje, svým vystupováním sleduje určitý cíl. V praxi se tak můžeme setkat s jevem na schématu č. 3. Každý člen týmu má na mysli to nejlepší pro obyvatele. „To nejlepší“ bývá z pohledu každého člena týmu jiné.

---

20 Ve službách by měli působit profesionálové. V ideálním případě reflektuje profesionál svou osobnost, vztahy a profesi (ve které se rozvíjí), usiluje o přístup k informacím a týmovou spolupráci. V realitě se ovšem setkáváme s tím, že někteří pracovníci činí rozhodnutí pouze na základě osobních sympatií/antipatií, bez jakékoliv reflexe a nemají vůli na své chování a jednání nahlédnout. Svou péčí někdy dokonce až „škodí“.

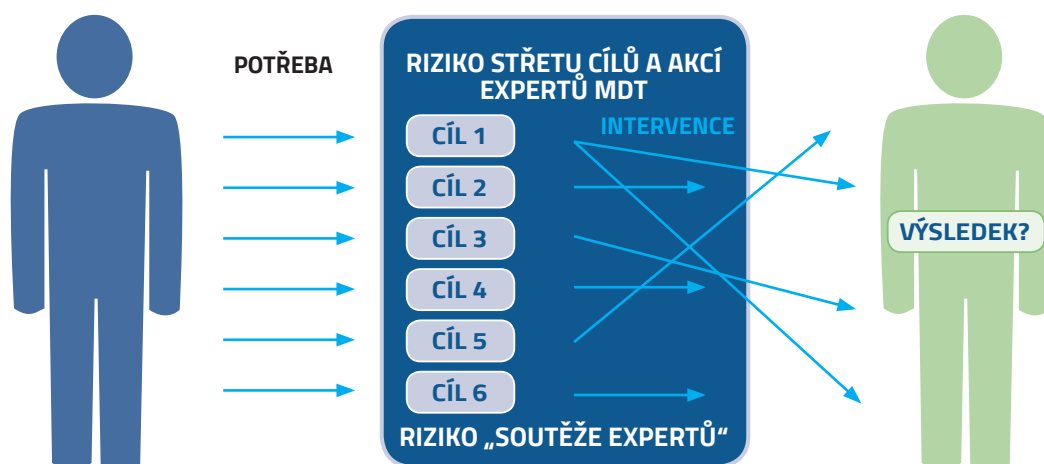


Schéma č. 3 – cíle profesí, hledání společného cíle – náročnost domluvy, zdroj: Matěj Lejsal

*V rozhovorech, které jsme vedli v průběhu let 2015-2017, jsou zřejmě nejvýraznější rozdíly v profesních hodnotách mezi zdravotními sestrami a sociálními pracovníky, příp. pečovateli. U zdravotních sester se jako významná hodnota objevuje bezpečí<sup>21</sup>. U sociálních pracovníků sebeurčení.*

Pokud se tým společně nedomluví na tom, jak bude v konkrétní situaci (případu, plánu...) postupovat, může se snadno stát, že se intervence minou účinkem, a to i přes to, že všichni sledují zájmy obyvatele. Určité intervence dokonce mohou být kontraproduktivní.

*Rovněž interakce, které plynou ze sledování různých cílů, jsou matoucí – pro obyvatele, rodinu, spolupracovníky.*

Pokud se tým nedohodne o cílech, rozdílné postupy mohou vést k napětí v týmu. V domovech navíc MDT sledují a realizují mnoho různých cílů a plánů každý den. Cíle se liší v délce<sup>22</sup>, komplexitě<sup>23</sup>, potřebou zapojení členů MDT, koho se cíl týká<sup>24</sup> aj.

Co se může ukázat jako problematické při domlouvání se o cílech v MDT?

- Není sjednocená „informační základna“, navrhovaným cílům tak nemusí všichni rozumět.
- Členové týmu mají pocit, že se na cílech domluvili, nemají ale stvrzení domluvy, a tak ani ověření, že všichni vědí, co je cílem.
- V domlouvání cíle nejsou zapojeni všichni, kterých se cíl týká – ať už je důvodem úmyslné vynechání z rozhodování nebo nedostatečná průraznost členů.
- Někteří členové týmu nerozumí, proč jiný člen týmu navrhuje to, co navrhuje; profese nerozumí východisku jiné profese – na cíli se neshodnou.
- Někdo z týmu domluvu nezaznamenal, i když byl místně přítomný.
- Členové týmu nejsou pro domlouvání se dostatečně zralí.
- Cíle nejsou SMART.

21 Tj. bezpečné provádění ošetrovatelské péče; provádění péče lege artis zajišťující i bezpečí profesionálové a organizaci. Sestra v důsledku nese v určitých momentech odpovědnost za rozhodnutí o postupu ve zdraví obyvatele.

22 Krátkodobé, střednědobé, dlouhodobé

23 Pro naplnění některé vyžadují zapojení celé řady členů MDT i vnějších zdrojů

24 Některé cíle se týkají přímo konkrétního obyvatele, jiné oddělení, další rodin atp.

SMART cíle zvyšují úspěšnost v jejich realizaci.

### Význam akronymu SMART

Písmeno	Význam	Komentář
<b>S</b>	Specifický	Měly by být popsány takovým jazykem, kterému budou rozumět všichni členové týmu. Popis může být z více vět.
<b>M</b>	Měřitelný	Naplnění může být stanoveno např. dosažením určitého parametru (ujede 100 m), činnosti (výlet v červnu do hor; domluva s rodinou) aj.
<b>A</b>	Ambiciózní/ Dosažitelný <sup>1</sup>	Ambiciózní cíle zvyšují motivaci, musí být ovšem dosažitelné. Pokud není cíl pro péči dosažitelný, zvýší se frustrace.
<b>R</b>	Realistický	V realističnosti je potřeba zohlednit ostatní parametry (tedy S,M,A,T).
<b>T</b>	Termínovaný	Každý cíl má mít termín dokončení. Odpovědností těch, kdo se na cíli podílí, by pak mělo být informování o postupu.

*Zkušenost říká, že přestože význam SMART členové MDT znají, v praxi se jej vždy nedrží. Na jednom ze setkání Akademie se ukázalo, že SMART bývají častěji cíle, na kterých má participovat více členů MDT než ty, které si stanovuje člen týmu sám.*

Pokud se domluvíte, doporučujeme stvrdit si domluvu<sup>25</sup>. V případě jednoduchých cílů postačí ústně. Doporučujeme si věci stvrzovat i písemně. Tím spíše, čím je náročnější domluva, rozsáhlejší cíl a komplexnější postup.

*Jak říkají kolegové: Míříte do kanceláře, než projdete chodbu, máte 5 nových úkolů, 2 schůzky. Proto každé shrnutí a domluvu, které přijdou písemně, vítají. Ne vždy mají k dispozici papír a tužku, aby si vše poznačili.*

Někdy se zvládnou členové MDT domluvit mezi sebou. Jindy tým potřebuje, aby byl určený facilitátor procesu, příp. na místě někdo, kdo rozhodne. Zpravidla se jedná o tyto situace:

- Do domluvy se potřebuje zapojit více členů MDT.
- Řeší se komplexnější „problém“.
- Členové se mezi sebou nedokáží dohodnout<sup>26</sup>.

Poměr využití facilitátora vs. nositele rozhodnutí záleží mj. na vyspělosti konkrétního MDT, vzájemných vztazích, důvěře, potřebě rychlého rozhodnutí, kultuře organizace i týmu<sup>27</sup> atp.

Funkce facilitátora může být putovní – tj. tým se v začátku domluví, kdo v daném případě bude domluvu facilitovat. Facilitátor vede proces domluvy, rozhodnutí náleží zúčastněným.

25 Tím si i ověřit porozumění formulaci

26 Důvodem může být cokoliv, např. osobní antipatie, vzájemná nedůvěra, nedovednost cíle zformulovat, nedostatek kompetencí aj.

27 Výsledkem facilitace je shoda na řešení založená na rozhodnutích „vlastněných“ týmem. V případě vedení jde o shodu založenou na respektu autority vedoucího. Facilitace bude častěji využívána tam, kde jsou členové samostatnější, nastavení týmu více partnerské.

I funkce nositele rozhodnutí v jednom MDT může být putovní, nicméně pravomoc by měla být formálně dána.

V praxi se často role facilitátora a role nositele rozhodnutí slučuje. Na konkrétním člověku a jeho dovednostech záleží, jak jednotlivé role odliší.

Facilitátor zpravidla provádí nejen formulací cíle, ale i postupem a rozdělením rolí vzhledem k nutné kontrole postupu k cíli. Pokud nese rozhodnutí vedoucí pracovník, předpokládá se, že buď on sám, nebo jeho podřízený, odpovídá za kontrolu naplnění. Pravomoc by měl explicitně delegovat.

Pokud vznikají v týmu konflikty, zvažujte, zda jsou členové týmu dostatečně zralí a kompetentní na to, aby konflikt řešili svépomocí. Pokud nikoliv, hledejte způsoby, jak zajistit přítomnost vedoucího, který může ve věci rozhodnout. Důležité je, aby se pracovníci na pracovišti i v interakcích cítili bezpečně.

Vývoj týmu je dynamickým jevem, proto by měl tým, respektive manažer, přehodnocovat způsoby řízení týmu, za současného bilancování zapojování jednotlivých členů.

---

Jak docházíte k dohodě o cílech ve Vaší organizaci?

Jak se rozhodujete o tom, který cíl zvolíte?

Jak si ověřujete porozumění?

Jaké jsou zvyklosti ve Vaší organizaci stran stvrzování domluvy, realizace cílů aj.?

Jak postupujete v případě konfliktních názorů?

Zvládáte realizovat cíle, i pokud nejsou SMART?

---

## Domluva na postupu/intervencích

Po shromáždění informací a domluvě na SMART cílech se potřebujeme domluvit na postupu. A to se všemi, které potřebujeme zahrnout do realizace cíle.

Pro lepší představu o důležitosti domluvy na postupu uvádíme následující příklad komplexnějšího cíle.

*Příkladem může být např. realizace výletu na chalupu v Beskydech u obyvatele, který má 3. stupeň příspěvku na péči, pohybuje se pouze na vozíku, potřebuje dopomoci s min. šesti základními životními potřebami včetně hygieny, má řadu onemocnění, pro jejichž zvládnutí potřebuje několik léků. Do realizace se zapojila sociální pracovníce v komunikaci se synem ohledně zajištění cesty, vedoucí zdravotní sestra pro zajištění nezbytných vyšetření, léků, komunikaci s lékaři a poučení rodiny, fyzioterapeutka pro nácvik přesazování a kontrolu vozíku před cestou, komunikaci s ČD, vedoucí pečovatelka pro zajištění všech věcí běžné potřeby před odjezdem, pečovatelky a zdravotní sestra pro zajištění v den odjezdu, v jednom z případů i řidič pro dopravu na nádraží a z nádraží.*

At' už je cíl jakékoliv povahy, z hlediska domluvy na postupu by ti, kdo se podílejí na naplnění cíle, měli vědět:

- Jaký je SMART cíle.
- Jaká je jejich role v naplnění cíle a jejich úkoly.
- Kdo všechno další se na naplnění cíle podílí a jaká je jejich role a úkoly.

- Komu všemu se mají předávat informace o průběžném plnění cíle a s jakou frekvencí.
- Jakým způsobem se mají informace předávat.
- Komu a jak se dává zpráva o dokončení úkolu.
- Kdo je odpovědný za realizaci daného cíle.
- Jak se úkoly připomínají.
- V případě komplexnějších úkolů pak, kdo cíl koordinuje (a kdo tedy potřebuje mít přehled o všech informacích).

*Pokud se nepředávají informace o postupu, snadno se může stát, že úkol zapadne. Také se může stát, že někteří pracovníci začnou činnost dublovat v domněnání, že se nic neděje. Může se rovněž zvyšovat frustrace u pracovníků z toho, že mají pocit, že vše musí pořád připomínat, případně že domluva nedojde realizace (DS Chodov; náš Domov).*

Opakujeme zde doporučení: Stvrzujte si dohody. Pokud je to možné, domluvu si zašlete i písemně.

## Realizace cílů/plánů péče

Účelem MDT přímé péče je nejen domluva na cíli a rozdělení úkolů, ale právě jejich plnění.

*Výše uvedené kroky pro formulování cílů a postupů zvyšují šanci toho, že se cíle realizují. Pokud chybí kterákoliv složka, zvyšuje se šance toho, že nedojde k naplnění cíle, případně že zapadne, vyšumí. Případně dochází cíl naplnění díky odhodlání některého člena, členů, ovšem za vyššího výdaje jejich energie. V dlouhodobém horizontu se pochopitelně může zvyšovat frustrace těchto členů.*

Jako varovný signál frustrace mohou zaznívat některé hlášky, např.: „tohle už jsem zkoušela, nemá to smysl“, „nikdo mě neposlouchá“, „pořád to stejné dokola“, „nikdy nic neudělá včas“ aj.

Na poskytování péče MDT se odráží několik aspektů, kterým se věnujeme v následujících kapitolách. Konkrétněji:

- systému předávání informací
- strukturám MDT nutným pro fungování a souvisejícímu
- osobnostním charakteristikám a způsobům komunikace mezi členy
- práci s kapacitou

---

Jakou máte úspěšnost na plnění cílů?

Jakým způsobem je zaznamenáváte?

Kolik cílů a úkolů, o kterých víte, jste nesplnili?

Jak odhadujete úspěšnost dalších členů v týmu?

---

## Vyhodnocení naplnění

Každá organizace by měla mít stanoveny, jakým způsobem se vyhodnocuje dosažení cíle. Platí to jak u plánů péče, tak u dalších cílů. Tzn.

- kdo naplnění cílů vyhodnocuje
- s jakou frekvencí
- komu reportuje
- jak a kam se naplňování cílů zaznamenává

*V domovech, kde jsme hovořili o plánování péče podrobněji, plány vyhodnocují. Liší se osoba, která je vyhodnocuje. Někde je to klíčový pracovník, jinde sociální pracovník. Někde rekapituluji každý týden, jinde vyhodnocuji měsíčně, nebo i kvartálně (podle velikosti domova).*

MDT by měly to, co se podařilo, oslavovat. Jakýmkoliv způsobem. Pochvalou, poplácáním po rameni, poděkováním, večírkem atp.

*Péče je nekončícím posláním. Zpravidla se bere automaticky (za normu), že se některý cíl podaří naplnit. Přitom na jejich naplnění MDT vydávají velké množství energie. Na druhou stranu, pokud se něco nedaří, problému se věnuje pozornost. Někdy dochází i k výčtkám. V praxi se tak snadno může stát, že pracovníci přestávají vidět to, co se daří<sup>28</sup>, slyší jenom to, co se nedaří. Tím se snižuje motivace pro to něco dělat.*

Oslava splnění cíle navíc dává pocit ukončení, tak i umožňuje věci pustit z mysli a soustředit se na budoucnost. Pomáhá také vidět výsledky, což je důležité ve spojitosti se smyslem práce (T. Mertin, příspěvek o multidisciplinární spolupráci, 2017). Konkrétní a upřímně míněná pochvala navíc pomáhá posilovat žádoucí chování.

---

Jak oslavujete úspěchy u Vás v organizaci?

Chválíte sebe? Chválíte jiné?

---

<sup>28</sup> Protože se tomu nevěnuje pozornost.

## System předávání informací

Každý den se děje v péči množství událostí – pro kvalitní realizaci péče MDT potřebuje efektivně předávat informace. Tady přistupuje problematika práce v MDT a zároveň i práce s informacemi:

- Každý jedinec má určitou schopnost přijímat a dovednost zpracovávat informace; u každého se tato schopnost liší
- Při zpracovávání množství informací si zapamatujeme jenom ty věci, které jsou pro nás podstatné; pro běžného člověka není možné si zapamatovat vše.
- Pro každého člena MDT je podstatné něco jiného – jiná informace je důležitá pro zdravotní sestru, jiná pro sociálního pracovníka, jiná pro psychologa, pečovatele, jakoukoliv další odbornost; na určitý druh informací je konkrétní odbornost citlivější.
- V praxi však také platí, že to, co je důležité pro jednu odbornost, může být nepodstatné pro odbornost druhou; tak se stává, že si i nezáměrně odbornosti informace nepředají.
- V objemu informací se navíc stává, že některou informaci pečující zapomenou.
- Svou roli zastávají i nejasnosti legislativní z hlediska přístupů profesí do dokumentace konkrétní odbornosti.

Dále se zabýváme předáváním informací písemných a ústních. Konkrétně pak poradami a hlášeními různého druhu, vedením dokumentace a důležitostí sdílení prostoru.

### Vedení dokumentace

Každá služba musí vést dokumentaci o průběhu služby. Dokumentace má sloužit pro:

- evidenci poskytování služby
- evidenci prováděných činností
- vyhodnocování a přehodnocování poskytované služby

Řádně vedená dokumentace může být:

- Podporou pro odborné poskytování služeb.
- Oporou MDT pro rozhodování.
- Ochranou MDT i poskytovatelů v případě, že obyvatel, příp. rodina rozporuje ve věcech péče.
- Podporou pro argumentaci se zřizovateli, dárci, politiky (na úrovni agregovaných dat, anonymizovaných kazuistik aj.).
- Sloužit vědeckým a dalším účelům, tak přispívat k rozvoji konkrétní služby i segmentu sociálních a veřejně prospěšných služeb.

### **Jaká je naše představa ideálního dokumentačního systému?**

- Dokumentace umožňující plánovat, evidovat poskytovanou péči a snadno vyhodnocovat intervence členy MDT.
- Dokumentace, kterou nalezne každý, kdo do ní potřebuje zapsat, na jednom místě – rychle dostupnou.
- Dokumentace, ve které každý pracovník nalezne všechny informace relevantní pro výkon své profese.
- Dokumentace, která je přehledná.
- Dokumentace, která je názorná.
- Dokumentace, u které nebude žádný pracovník provádět duplicitní i triplicitní zápisy.
- Dokumentace, ve které se nevedou zbytečné zápisy, které nedávají pracovníkům smysl.
- Dokumentace, která je uživatelsky přívětivá.

V praxi jsme se setkali s většími či menšími potížemi organizací výše uvedené naplnit. Dále uvádíme některé ze zmiňovaných.

### **Dichotomie sociálně-zdravotního pomezí**

I do vedení dokumentace se promítá dichotomie sociálně-zdravotního pomezí.

*Jak podotkla jedna naše kolegyně: „máme jednoho klienta, ale mnoho dokumentací.“*

V závislosti na konkrétním domově jsme se setkali s vedením i několika dokumentací, zpravidla sociální, zdravotnické, pečovatelské, někdy i dalších profesí.<sup>29</sup>

*Nejmenší počet dokumentací v rozhovorech byl 3: zdravotnická, individuálního plánování, sociální. (DS Chodov)*

Jak zákon o sociálních službách<sup>30</sup>, tak zákon o zdravotních službách<sup>31</sup> ukládají vedení dokumentace. Obvykle domovy striktně dokumentace oddělují. Zpravidla se tak děje z několika důvodů:

- Z obav z právního postihu, pokud by např. pečovatelé nebo sociální pracovníci věděli cokoliv o zdravotním stavu klienta.
- Z obav ze špatného vyložení informací.
- Z obav z překročení kompetencí vlastní profese a informování neuceleným způsobem, který ve vztahu může napáchat více škody než užitku.

Co se týká první obavy, dle právního názoru Mgr. Aleny Hájkové (pro úplnost viz příloha 1), k informacím týkajícím se zdravotního stavu mohou mít přístup: „...bez souhlasu pacienta jsou to v prvé řadě osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci po-

29 Fyzioterapie, ergoterapie aj.

30 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

31 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů



skytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání..." Tj. mohou nahlížet i sociální pracovníci a pečovatelé. Určení nezbytně nutného rozsahuby měl vymezit poskytovatel. S tím souvisí i druhá a další obava.

Pokud se týká poskytování péče, zejména pečovatelé potřebují rozumět tomu, co který zdravotní stav, u kterého obyvatele při pečování s sebou nese. To se týká celého průběhu péče.

Pečovatelé musí vědět, že paní XY trpí cukrovkou. Musí vědět, co se může stát v konkrétním případě, pokud si dá např. zákusek nebo i více, protože třeba u konkrétní paní se může potenciálně jednat o život ohrožující stav. Rovněž syndrom demence i hlavní choroba, se kterou je spojen syndrom demence<sup>32</sup>, s sebou nese určité projevy. Celý tým musí rozumět, jak k tomu kterému člověku přistupovat, co může i z medicínského hlediska nastat. S tím souvisí i např. znalost prognózy onemocnění aj.

*Z neformálních rozhovorů s pečovateli vyplynulo, že právě znalost diagnózy, resp. projevů s ní v konkrétním případě spojených, je pro ně pro péči velmi důležitá. Postrádají, pokud obdobné informace u některého z obyvatel nemají.*

Nároky praxe ve službách, povinnosti stanovené zákonem a průběh vzdělávání a profesní přípravy pečovatelů nejsou v souladu s potřebami pro kvalitní poskytování služeb. Zákon nesymetricky přenáší odpovědnost pouze na poskytovatele, bez odpovídajících zdrojů. Jinými slovy: poskytovatel, který chce zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči, na vlastní náklady zajišťuje profesní přípravu pečovatelů, kteří měli dostatečnou kvalifikaci získat před příchodem do konkrétní sociální služby. V poměru k nárokům navíc chybí odpovídající finanční ohodnocení práce a společenská prestiž.

Přístup k informacím vyžaduje i nastavení mechanismů komunikace směrem k rodinám obyvatel a jejich respektování napříč MDT.

Třebaže náhled nezdravotnických profesí na aspekty zdravotního stavu se v domovech diskutuje zřejmě nejčastěji, i sociální pracovníci a další profese mají obsah dokumentace, u kterého je na zvažení, zda k němu další profese potřebují přístup.

*Jako příklad můžeme uvést smlouvu o poskytování sociální služby, různé informované souhlasy, vyřízení příspěvku na péči aj.*

Zkrátka – management by měl zajistit, aby každý pracovník měl všechny informace, které potřebuje pro výkon své profese s ohledem na potřeby péče MDT v souladu s vizí péče.

Způsob a forma je vždy na zvážení<sup>33</sup>.

Dokumentační systém zpravidla zasahuje do celé organizace a ovlivňuje MDT poskytující péči, proto by odpovědnost za odpovídající kvalitu dokumentace měl mít právě poskytovatel.

32 Např. Alzheimerova choroba

33 Kupříkladu se dá do pečovatelské dokumentace vložit list s vysvětlením konkrétního stavu nebo se dá alespoň informace předávat ústně, i když to není vzhledem k rychlým změnám ve zdravotním stavu a potřebě zajištění kontinuity péče zcela ideální.

## **Roztříštěnost dokumentace, multiplikace zápisů, příp. výpadek informace**

V praxi se setkáváme s tím, že se vede nejen více dokumentací jednotlivých profesí, ale v některých případech se vede částečně elektronicky, částečně papírově. Pokud elektronicky, tak někde v dokumentačním systému, jinde ve sdílených složkách.

Protože profese potřebují ke své práci řadu shodných informací, resp. dat, v případě, že jsou vedené oddělené dokumentace, některé zápisy se buď duplikují, nebo ta která profese nahlíží do dokumentace jiné profese.

*Například sestry a další zdravotničtí pracovníci potřebují pro diagnostiku a výběr vhodné intervence informace, které sbírají pečovatelé – jako typické příklady můžeme uvést např. vedení záznamu o pitném režimu, množství snědené stravy, vylučování, váze aj. Všechny profese potřebují přístup k domluveným cílům péče u konkrétního obyvatele a potřebují rozumět své roli v nich.*

V případě, že domov vede dokumentaci i částečně v papírové podobě, pak se může stát, že jednotlivé části dokumentace jsou od sebe i prostorově vzdálené – v závislosti na tom, kde je zázemí konkrétní profese.

Pokud má MDT dokumentaci dělenou, případně se informace v některé podobě multiplikují, pak zápisy, vyhodnocení a přehodnocení péče bývá náročnější, snadno se může stát, že některá informace zapadne.

Pracovníci rovněž hovořili o dalších problémech:

- Zapisuje se všechno, i nepodstatné informace.
- Některé věci se naopak nezapisují nebo se nezapisují správně.
- Některé informace jsou zapsány subjektivně nebo zaobaleně.

Výše uvedené v každém případě znesnadňují vyhodnocení průběhu poskytované péče, vyhodnocení a přehodnocení péče, plánování dalších intervencí. V případě nesprávně vedených nebo subjektivně podaných informací může dojít k návrhu nenasedajících intervencí. Tj. potřeba, situace nemusí být správně vyhodnocena, navržená intervence se může minout účinkem.

## **Papíry a záznamy, které dávají smysl**

V dokumentaci pro péči by se měly nacházet jenom dokumenty, které mají své opodstatnění a u kterých každý rozumí jejich účelu. V opačném případě se jedná o „papír pro papír“.

*V jednom z domovů zavedli dokument pro klienty v paliativním režimu. Zdravotní sestry ani pečovatelé nerozuměli jeho účelu, chápali jej jako zbytečnost. Z jednoho ze setkání odjížděli s tím, že se zasadí o zrušení onoho papíru. Z pohledu koordinátorky svůj význam měl – všechny informace dostupné na jednom místě, se zapisováním hodnot, které se doposud nezapisovaly.*

## Přiměřený čas spojený s vedením dokumentace

Velmi častým steskem se stává čas nutný pro vedení dokumentace. V zájmu organizace by proto mělo být čas nutný pro zápis co nejvíce zkrátit. Toho se dá docílit např.

- Důsledným promyšlením toho, co je a není nutné zapisovat <sup>34</sup>.
- Uživatelskou přívětivostí zapisovaných informací <sup>35</sup>.
- Vhodným typem dokumentace, viz dále.

## Formy vedení dokumentace

Každá organizace by si měla odpovědět na otázku, jakým způsobem efektivně vést dokumentaci vzhledem k potřebám řízení procesu péče.

Obecně existuje dokumentace v elektronické a papírové podobě.

*Každá z dokumentací má své výhody i nevýhody. Někdy to, co se může zdát nevýhodou, je vlastně v něčem výhodné. V DS Chodov v současné době přecházejí na elektronický dokumentační systém. Doposud měli všechny složky v papírové podobě. Informace o potřebných změnách a požadavky si zasílali mezi odděleními a úseky e-mailem. Pokud došlo k realizaci nějakého cíle, musela pracovnice dojít na příslušné oddělení, kde byla dokumentace uložena, viděla se s pracovníky na oddělení. Při přechodu na elektronický systém odpadne chození po domově, nicméně se v tento moment ztratí i pravidelný poměrně intenzivní kontakt s pracovníky na oddělení.*

V praxi organizace povětšinou pracují s dokumentací částečně elektronickou, částečně papírovou. Jak jsme uvedli výše, využívaní s sebou nese svá úskalí. Důvodů, proč organizace nepřechází na vedení dokumentace pouze v elektronické formě, může být mnoho mj.

- komerčně dostupné systémy nevyhovující potřebám a představám poskytovatelů <sup>36</sup>
- nedostatečná uživatelská proškolenost v práci se systémem
- nedostatečná ICT gramotnost
- neporozumění výhodám elektronické dokumentace
- zvyky v organizaci, neochota učit se nové v určitých oblastech
- nákladnost provozu IT systému – software, hardware, údržba, licence aj.
- nedostatečné hardwarové vybavení
- zapisování určitých částí dokumentace může být jednodušší v papírové formě

Zřejmě ještě nějakou dobu potrvá, než organizace přejdou na zcela elektronickou formu dokumentace, nicméně můžeme očekávat, že tímto směrem vývoj povede. V současné době se zdá výběr možných softwarů pro pobytové sociální služby poměrně úzký <sup>37</sup>, víme, že některé organizace si nechaly vyvinout systém na míru. Nevýhodou je nákladnost <sup>38</sup> a dlouhá doba vývoje. Než se podaří vychytat vše, co poskytovatel potřebuje, může to trvat rok a více.

34 Inspirací může být nově zkušební systém v Rakousku, kdy se zapisují pouze změny z obvyklého stavu obyvatele

35 Např. jasností toho, co kam vypsát; rychlou dostupností k příslušnému dokumentu; v případě elektronické dokumentace pak vyplňování formulářů takovým způsobem, který nevyžaduje přílišnou uživatelskou zdatnost

36 Např. pro nepřehlednost, složitost, uživatelskou nepřívětivost, chybějící funkcionality aj.

37 Při zběžném prohledávání jsme objevili 4 alternativy.

38 Nízké stovky tisíc až jednotky milionů – z rozhovoru se dvěma organizacemi, které si nechaly vyvinout systém na míru

*Jak přisvědčila ředitelka jednoho domova, vývoj systému na míru stál za to.*

---

Má každá profese přístup k plánu péče klienta/individuálnímu plánu?

Pracuje s ním?

Má každá profese veškeré informace, které potřebuje pro výkon profese?

Má každý dokument návaznost na plánování péče

Obsahuje dokumentace jen podstatné zápisy?

Máte určeno, co přesně se má zapisovat a proč se ten který zápis/dokument vede?

Víte, kdo a co zapisuje do dokumentace?

Umožňuje dokumentace snadné zápisy, rychlé vyhodnocení a přehodnocení?

Existují stejné informace, které se zapisují do více dokumentů, příp. dokumentací? Pokud ano, je to nezbytně nutné?

Vyhovuje využívaný dokumentační systém potřebám práce v MDT – at' už se jedná o papírový nebo elektronický?

---

## Porady a hlášení

Do systému předávání informací dále patří porady a různá „hlášení“. Platí, že pokud má MDT dobře fungovat, měl by se pravidelně osobně setkávat (Sfetcu, 2013). Pravidelné setkávání se MDT pomáhá zajistit kontinuitu i komplexnost péče.

*Zkušenost jednoho z domovů sdělení potvrzuje. Nepovažují se za MDT, neboť se setkávají pouze v případě, kdy se něco děje, nikoliv pravidelně.*

V prostředí domovů pak četnost závisí na účelu konkrétní úrovně MDT.

V domovech můžeme rozdělit 3 typy osobního setkávání se MDT

- hlášení
- porady
- ad hoc setkání

**Hlášení** je převažující formou osobního setkávání se v MDT, které poskytují přímou péči. Jedná se o krátká setkání<sup>39</sup> MDT při směně. Cílem je zajistit hladkou péči o obyvatele.

*Zkušenost 1: Jako ideální se v tomto případě jeví setkávání se vícekrát v průběhu dne. Den začíná ranním hlášením, na kterém se předají informace z dění v noci a rozdělí se úkoly pro daný den.*

*Zkušenost 2: Pokud tým nesdílí společné prostory, osvědčuje se vprostředku dne zařadit další krátké hlášení pro kontrolu postupu uprostřed dne. Udrží se tak orientace celého týmu v průběhu směny.*

---

39 Krátké znamená do půl hodiny. Jsou domovy, kde zvládají za 10, 15 minut. Vincent Docherty na CrossculturalTension (Praha, 23. 5. 2017) charakterizoval jako poradou, při které se stojí. Porady, při kterých se sedí, trvají déle.

*Druhé hlášení je výhodné i pro kontrolu vývoje zdravotních stavů, resp. možných projevů onemocnění. Běží např. v CSSP2.*

Výhodou hlášení je i možnost flexibilně se přizpůsobit změně podmínek pro poskytování péče – typicky pokud ze směny vypadne některý z pečovatelů nebo i dalších odborností.

*V domově máme vypracovaný tzv. Semafor. Postup při nedostatku pečovatelů na směně. Zpravidla se vyhláší právě po ranním hlášení, kdy si přítomné odbornosti na směně rozdělily úkoly a již se ví, co je potřeba zajistit. Červenou na Semaforu vyhláší vedoucí pečovatelka oddělení, píše, co konkrétně potřebuje zajistit – zpravidla doprovody, příp. dopomoc při stravování na oddělení – asistentka ředitelů následně zajišťuje doprovody z řad administrativních pracovníků.*

V ideálním případě by měli být přítomni všichni členové, kteří pečují o klienty na daném oddělení<sup>40</sup>.

*Protože o obyvatele pečuje celý MDT, nejen zdravotní sestry a pečovatelé, je výhodou, pokud se mohou zúčastnit všechny profese, které jsou součástí daného týmu. Naše zkušenosti říkají, že pokud některý člen MDT chybí na ranním hlášení, trvá mu pak podstatně delší dobu, aby se dostal k důležitým informacím, které zazněly. Pokud na ranním hlášení nebývá a nevyskytuje se zcela pravidelně na oddělení, snadněji se stane, že na něj druzí při výkonu své profese nezáměrně zapomínají.*

Struktura ranního hlášení se liší domov od domova, také podle toho, kdo konkrétní domov a oddělení vede.

*Jsou domovy, kde se jako první čtou zdravotní stavy obyvatel, práce se organizuje podle toho, co je v kterém domově potřeba udělat s ohledem na zdravotní stav.*

*V případě našeho domova jako první čtou pečovatelské záznamy o průběhu dne obyvatele, zdravotní sestra doplňuje své informace - dává doporučení k tomu, co je a není možné s ohledem na konkrétní zdravotní stav, sděluje další důležité informace (např. návštěvy lékařů). Další odborní pracovníci doplňují informace ze své odbornosti.*

**Porad** existuje mnoho druhů, zpravidla se jedná o delší setkání<sup>41</sup>, která se opakují. Na poradách se zpravidla setkávají vedoucí pracovníci. Jejich frekvence se liší dle potřeb konkrétního MDT. Systémy porad má každý domov jiný.

40 Alternativně úseku či jiné jednotce.

41 Hodinu a více

*Zkušenost 1: V Domově probíhá každý týden: tzv. Briefing MDT. Účastní se ho vedoucí pracovníci daných odborností, řeší se pouze klientské záležitosti. Plynule navazuje Provozní porada DpS, které se účastní i další pracovníci, kteří se podílejí na zajištění provozních záležitostí. Zpravidla každý týden probíhají tzv. Multiporady k nastavení individuálních plánů. Pravidelně jednou měsíčně pak tzv. Skórování péče. V současné době probíhá již zmíněná Akademie MDT.*

*Zkušenost 2: V CSSP2 přibližně jedenkrát měsíčně probíhají porady vedoucích jednotlivých budov a služeb. Slouží k přenosu zkušeností, zajištění provozních i některých klientských záležitostí, k sjednocení procesů napříč domovy. Uvnitř domova probíhají každý týden multiporady k nastavení, změnám v individuálních plánech.*

**Ad hoc setkání**<sup>42</sup> se dějí v různém složení, mohou sloužit k různým účelům – nastavení procesů, řešení nenadálých situací, komplexních situací, které potřebují náhled aj. Běží v každém domově.

### **Obecná doporučení k poradám, hlášením, ad hoc setkáním aj.**<sup>43</sup>

- Každé setkávání se MDT potřebuje mít svůj jasně vymezený účel, tj.: proč se scházíme.
- Určete místo, čas konání.
- Vyberte vhodné prostředí – mělo by být komfortní, s pohodlným sezením, všichni účastníci by na sebe měli vidět.
- Definujte, kdo a proč se porad/daného setkání účastní<sup>44</sup>.
- Určete vedoucího porady, vysvětlete jeho roli.
- Všichni účastníci v dané poradě/setkání musí vidět benefit.
- Na poradu buďte připravení, předem si rozmyslete téma.
- Určete výstup porady.
- Určete, jak dlouho setkání potrvá, čas dodržte. Myslete na to, že musí být efektivně využito<sup>45</sup>.
- Držte se pravidel, na kterých jste se dohodli.
- Začínajte na čas, doporučujeme vypnout alespoň zvonění na telefonech – působí jako rušivý element.
- Dejte setkání rámeček a strukturu, struktury se držte.
- V průběhu doporučujeme dát krátkou pauzu. Ideálně po 45 minutách, nejdéle po hodině. Zpravidla pak opadá pozornost.
- V průběhu shrňte, kam jste zatím dospěli.
- V závěru shrňte výstupy, rozdělené úkoly, koncepční otázky, které vyvstaly.
- Kontrolujte realizaci domluvených výstupů a úkolů z porad.

42 Dodáváme pro úplnost

43 Doporučení jsou kompilátem zkušeností, dále publikací (Raine et al., 2014), (Smith et al., 2012, [online]), přednášky T. Mertina o multidisciplinární spolupráci (Brno, 2017)

44 Maximální počet účastníků by neměl překročit 15 (Odyssey, 2006, [online]). Počítejte s tím, že s vyšším počtem účastníků se prodlužuje délka porady. Pokud vyžadujete, aby se každý v MDT vyjádřil, uvažujte i o prostoru, který chcete účastníkům dát.

45 U porad zvažujte rovněž maximální možnou délku vzhledem k efektivitě. Doporučuje se cca po 45 minutách zařadit pauzu pro klesající pozornost (tamtéž).

Úkolem vedoucího je dohlížet na dodržování pravidel a struktury, shrnovat slyšené, směřovat každého účastníka k naplnění cíle setkání, pracovat s interakcemi mezi účastníky, dát každému prostor se projevit, ujistit se o naplnění cíle setkání. V případě, že to role vedoucího umožňuje, pak i má pravomoc určit rozdělení úkolů. V opačném případě facilite domluvu, vede skupinu ke shodě na rozdělení úkolů. Některé z úkolů vedoucího porady může delegovat <sup>46</sup>.

Z každé porady, setkání delšího rázu, doporučujeme vyhotovit zápis, který je i stvrzením domluveného, pokud k dokumentu nepřijdou připomínky. Protože často s sebou zápis nese i záznam domluvených úkolů, měl by být vyhotoven v co možná nejkratší době po konání porady.

*Jak podotkla jedna respondentka: „...zápisy z porad by měly být do týdne, protože než se udělá zápis z porady, tak je prodleva někdy týden, a některé ty úkoly nebo některé ty věci, které se musí udělat operativně...bylo potřeba udělat včera.“*

Pochopitelně čím častěji porady jsou, tím rychleji je třeba zápis vyhotovit. Na konkrétní poradě to může být funkce putovní, případně k tomu může být určena konkrétní osoba.

---

Setkáváte se v MDT pravidelně?

Jaký je u vás systém porad?

Jaké ohlasy porady mají?

Využíváte hlášení v přímé péči?

Kdo je na hlášení přítomen?

Máte vždy jasně stanovenou domluvu, kdo poradu povede?

Máte u porad, hlášení aj. stanovené kompetence vedoucího porady? Může přidělit úkoly?

---

## Sdílený prostor profesí

Za zcela zásadní pro efektivitu předávání informací se ukazuje sdílení společného pracovního prostoru profesemi. Ideální je, pokud spolu mají profese možnost sedět v jedné kanceláři, případně sdílet jeden pracovní prostor.<sup>47</sup>

V době výkonu práce člověk také telefonuje, hovoří, sděluje rychlé myšlenky, někdy i sdílí frustraci. Pokud s někým sedíme v kanceláři, pak je rozhodně rychlejší zeptat se dotyčného přímo, než mu psát e-mail nebo s ním komunikovat přes Skype. Právě v bezprostřednosti je velká síla.

*Sídlíme v prostorách rekonstruované historické budovy, obecně bojujeme s rozmístěním kancelář v prostoru budovy. Za poslední tři roky jsme provedli řadu přesunů mezi kancelářemi. Místo, kde člověk sedí, příp. tráví společný čas, značně ovlivňuje informace, které bude dotyčný přijímat.*

---

46 Např. hlídání času, zápis, dohled nad pravidly aj.

47 Např. sesterny

Z hlediska každodenní péče je výhodné, pokud spolu pracovní prostor sdílejí zdravotní sestry a pečovatelé.

*Vyzkoušeli jsme si, že při přemístění pečovatelské dokumentace na sesterny se zlepšila i interakce a komunikace mezi sestrami a pečovateli. Zkušenost důležitosti sdílení společného prostoru potvrzuje i respondentka z CSSP2.*

Spolu by měly v ideálním případě sedět ty profese, které spolu mají nejvíce společných agend. Sdílení společného prostoru se dá využít i pro rozpohybování komunikace – např. spolu může sedět sociální pracovník a vedoucí zdravotní péče aj.

Architektonické členění rovněž může určité úseky oddělit.

*Zkušenost 1: Dveře působí i jako mentální bariéra. Někdy se až zdá, jako by za nimi byl jiný svět.*

*Zkušenost 2: Platí to i v případě oddělených budov té samé organizace. Častěji v rozhovorech jsme se setkali s tím, že každá z budov má jinou vnitřní kulturu, někdy i proti sobě soupeřící.*

Pokud jedna organizace sídlí ve více budovách, sjednocení vize péče i subkultur budov může být náročné. Od ředitele to vyžaduje vytvoření dostatečného množství příležitostí se potkávat, sjednocení postupů, dokumentací v budovách aj.

*Pokud má organizace více budov, výhodou je, že pracovníci mohou dle potřeby přecházet mezi budovami. Nicméně vždy by měli manažeři myslet na to, co střídání udělá s obyvateli, zejména pokud pečovatelé i sestry zpravidla pracují na jednom oddělení, úseku.*

---

Mají možnost se místně setkávat?

Které profese spolu sedí?

Pokud existují architektonické bariéry ve vašem domově/budovách, jak s nimi pracujete?

---

### **Dovětek k efektivitě předávání informací**

Systém předávání informací tvoří veškeré produkty vzájemné interakce. Věnovali jsme se z našeho pohledu těm nejzásadnějším.

Do celkového systému předávání informací však patří i telefonická a e-mailová komunikace, osobní schůzky různého druhu.

*Na základě zkušeností z Akademie doporučujeme domluvit se na struktuře e-mailové komunikace kvůli jednotnému postupu. Pro někoho je velmi důležité mít potvrzení o přijetí dokumentu, pro druhého, když nic nepíše, znamená to, že je vše OK. Někdo preferuje potvrzení schůzek, jiný, když nic nenapíše, znamená to, že automaticky dorazí. Tak se mohou zahlcovat kapacity pro příjem informací u jednotlivých členů MDT. Nebo docházet k frustraci z nedostatku interakce.*



Každý člen MDT potřebuje komunikovat. Množství informací, které se předávají, je velké. Je na každém týmu, aby zvolil co nejušpornější mód při získání všech potřebných informací. Čím méně času se stráví nad předáváním informací, tím více času mohou členové MDT věnovat obyvatelům.

Svým přístupem se na tom podílí každý člen. Nejvíce je to pak patrné u vedoucích pracovníků. Každý z nich by se měl ptát:

- Jaký je nejvhodnější způsob předání informace vzhledem k tomu, co potřebuji sdělit? Je to e-mail? Telefon? Osobní setkání?
- Koho všeho k řešení potřebuji?
- Potřebují být přítomní všichni členové MDT nebo stačí, pokud se k nim dostane informace o výsledku řešení?

Společný čas na řešení MDT potřebuje, nicméně nesmí to překročit únosnou mez. Pokud zaznívají hlasy typu: „pro porady nic jiného neděláme, nestíháme,“ musí se MDT, příp. jejich nadřízení zamyslet nad tím, co je za tím, jak postupovat.

V každém případě počítejte s tím, že zejména vedoucí pracovníci čas na poradách a osobních schůzkách stráví. Je to součást jejich práce, stejně jako individuální a týmové učení se, promýšlení, jak zvyšovat efektivitu společného fungování včetně systému předávání informací.

## Struktury MDT

Aby mohly MDT v domově fungovat, měly by mít nastavená i pravidla týkající se struktury – tj. rámec, dle kterého fungují. Konkrétně:

- vyjasněný vzájemný vztah mezi všemi MDT v domově
- určitou velikost
- vyjasněný účel a identitu
- vyjasněnou strukturu
- podporu shora a prostředky pro své fungování

Postupně se výše uvedeným oblastem věnujeme.

### Vztah mezi MDT v domově

Pokud v domově existuje více MDT, potom by měl být vyjasněn vztah mezi nimi vzhledem k účelu a úkolům, které MDT naplňují.

*Počet MDT v domovech bývá různý, stejně jako mají domovy různou hierarchii, uspořádání nadřazených a podřízených útvarů.*

Jasně rozdělení úkolů jednotlivých úrovní MDT napomáhá mj.

- k řešení situací a těžkostí co nejbližší místu vzniku, zároveň na odpovědné úrovni vedení – vede ke zmocňování členů
- k vymezení odpovědností
- jasnosti v předávání informací
- efektivnímu využití kapacit členů MDT
- k možnosti nastavení indikátorů kvality pro danou úroveň MDT, daný MDT

Rozdělení se ukazuje jako výhodné zejména v těch případech, kdy se pracovníci zároveň angažují ve více multidisciplinárních týmech napříč domovem.

*Zkušenost 1: V domově pro seniory SueRyder mohou být příkladem odborní vedoucí profesí – vedoucí sestra, nutriční terapeutka, vedoucí sociální pracovníce, vedoucí pečovatelky, vedoucí ergoterapie, vedoucí rehabilitace aj. U některých obyvatel jsou primárními pracovníky za danou odbornost, aktivně působí v MDT na odděleních, zároveň jsou v MDT vedoucími pracovníky. Z naší zkušenosti vyplývají i následující stručné definice jednotlivých úrovní MDT (Hrdá, Lejsal, s. 76-77, [online]):*

- a) *„Případový MDT— každý pracovník každé odbornosti má přidělené obyvatele, kterým poskytuje své služby. U každého obyvatele tak můžeme sepsat jmenný seznam odborníků různých profesí. V případě, že má vzniknout individuální plán nebo je z jakéhokoliv důvodu potřeba komplexní zhodnocení potřeb seniora, příp. řešení náročné situace, sejdou se právě tito odborníci.*

- b) *Provozní MDT— sestává z týmu konkrétního oddělení. V praxi vyvstává potřeba zajistit péči o všechny obyvatele bez ohledu na to, zda jsou zrovna „jejich“ odborníci z případového MDT přítomni (klíčoví pracovníci i zdravotní sestry jsou ve směnném režimu). Cílem provozního uspořádání je zajištění hladkého běhu služby, materiálně-technického vybavení a nastavení pravidel každodenního fungování oddělení.*
- c) *MDT vedoucích— nastavuje obecné principy, politiky a zastřešující pravidla pro poskytování péče a vodítka pro jejich uplatnění při řešení konkrétních každodenních otázek, které ovlivňují běh péče na nižších úsecích (v našem případě na odděleních).*

*Zkušenost 2: V Domově důchodců Bystřany jsme se setkali s projektovými MDT, které mají na starosti implementační aktivity různých projektů a programů – v současnosti se zabývají tématem sexuální asistence.*

---

Kolik multidisciplinárních týmů v domově máte?

Jakého typu?

---

## **Velikost týmu**

Třebaže se to zdá minoritní, velikost MDT je důležitá vzhledem k říditelnosti, průchodnosti komunikace i např. poradám. Smith et al. (2012, [online]) udávají, že tým by neměl překročit velikost 12 osob. Větší týmy mají tendenci rozpadat se do podskupin. Shortel (in Smith et al., 2012, [online]) na základě výzkumu tvrdí, že ideální velikostí MDT v péči o pacienty s chronickou nemocí vzhledem ke zvyšování kvality je 8-10 osob.

---

Jaká je velikost Vašeho týmu?

---

## **Účel a identita týmu**

Každý tým by měl vědět, proč existuje, také jaké jsou jeho cíle. Vyjasnění proč i návazných cílů nutně musí být v souladu s vizí organizace i péče.

Jasně nadefinování účelů a cílů opět týmu pomáhá pracovat se svou kapacitou, také si však uvědomit, jaké jsou jeho možnosti a kde jsou hranice, dokdy bude konkrétní MDT existovat.

*V DD Bystřany projektový MDT po určitém čase, po naplnění všech stanovaných cílů, zaniká.*

Určení triády účel-cíl-úkoly pomáhá v případě potřeby pro předání odpovědnosti za určitý úkol či cíl dalším pověřeným osobám nebo útvarům.

*V našem domově může být příkladem převedení odpovědnosti za plánování personálního obsazení směn, objednávání zdravotnického a dalšího materiálu a dalších úkolů z provozního MDT na provozní asistentku, která spadá pod pracovníky administrativy.*

Pokud je některá část procesu nebo úkolu dána jiné pozici, roli, než která ji vykonávala doposud, musí všichni členové rozsahu rozumět.

Odpověď na otázku „proč tento MDT existuje“ pomáhá také budování identity týmu, utváření hodnot, norem, postupů. Jasně definování cílů jednotlivých MDT a týmů v konkrétním domově pomáhá vzájemnému porozumění<sup>48</sup>.

Důležitým projevem identity týmu je i využívaný jazyk, specifické pojmy a terminologie. Pokud se do týmu dostane nově příchozí, nezapomínejte na to, že může potřebovat překlad. Na přejímání jazyka rovněž můžeme poznat akulturaci nového člena týmu. Také však využívání jazyka hovoří o personalizaci služby<sup>49</sup>.

Za podstatné považujeme, že existují jak pojmy s jasným obsahem, tak i pojmy, u kterých členové týmu nemají obsah sjednocený.

*Příkladem může být pojem paliativní péče, paliativní přístup a další.*

Jedním z úkolů MDT pak je společně najít shodu v této terminologii, aby byli všichni členové schopní domlouvat se<sup>50</sup>.

---

Má každý váš MDT stanovený účel? Cíle? Případně „trvanlivost“?

Které termíny se užívají u vás v organizaci?

Které termíny se užívají u vás v konkrétním MDT?

U kterých pojmů existuje terminologická nejasnost?

---

## Struktura MDT

Předně podotýkáme, že neexistuje nic jako optimální struktura MDT, šířeji neexistuje ani optimální organizační struktura. Vždy záleží na konkrétním prostředí, čase a okolnostech, ve kterém se daný domov nachází. Kultura organizace, stejně jako organizační struktura se mohou stát překážkou či facilitátorem pro uplatnění principů týmové práce.

*Každý domov, se kterým jsme se setkali, měl jinou organizační strukturu. Také jinak uspořádanou hierarchii uvnitř MDT.*

---

48 Pokud je v rámci organizace jasný účel a cíle každého týmu, nemělo by zaznívat: „vlastně nevím, proč tady jsou.“, jak můžeme zaslechnout v určitých oblastech i u nás v Domově.

49 Typickým příkladem je oslovení obyvatel – paní Nováková, nebo jen Nováková, případně Ta na 408? Ležák, nebo imobilní klient? Tak bychom mohli pokračovat.

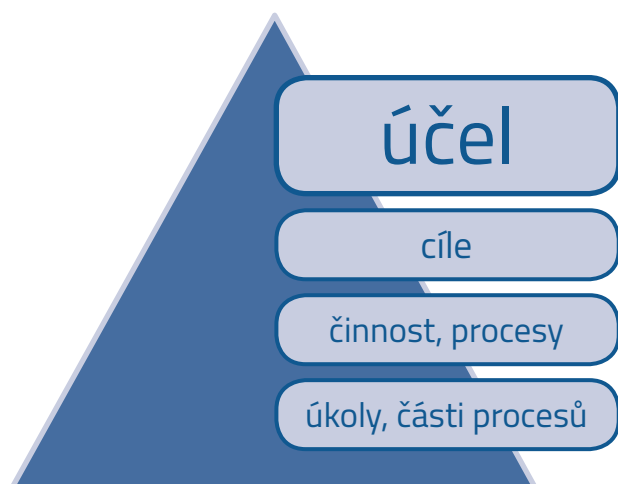
50 Např. na dalším rozvoji oblasti

Aby mohly MDT fungovat, potřebují

- Rozumět organizační struktuře a svému místu v ní.
- Znat a respektovat hierarchii uvnitř MDT.
- Mít rozdělené kompetence, role, odpovědnosti.
- Mít definované vzájemné vazby.
- Mít nastavené kontrolní mechanismy.

Každý MDT si vzhledem ke svému účelu musí položit několik otázek

- Jak nejlépe naplníme svůj účel?
- Které cíle potřebujeme realizovat, abychom naplnili účel?
- Které činnosti, procesy potřebujeme naplňovat, abychom zajistili konkrétní cíl?



**Schéma č. 4 – Dekonstrukce účelu MDT pro určení rolí, kompetencí, odpovědností a vazeb; zdroj: vlastní tvorba**

U každého úkolu, činnosti/procesu, cíle i účelu musí být určená odpovědnost za provedení.

Odpovědnost můžeme přiřadit na základě:

- Odbornosti, resp. odborné kompetence, která jsou vlastní dané profesi na základě vzdělání a zkušeností.
- Domluvy – tam, kde není zcela jasné, pod kterou odbornost činnost či úkol spadá, se tým potřebuje domluvit.

V případě domluvy doporučujeme činnost/proces či úkol přiřadit s uvážením

- Výsledků, kterých chcete dosáhnout.
- Dovedností, které má konkrétní člen MDTv případě specifického typu činností.
- Kapacit, které má daný člen MDT či daná odbornost.

*Příkladem činností, na které se MDT potřebují domluvit, je komunikace s rodinou.*

Pro některé procesy může být dokonce účelné vytvořit novou roli.

*V DD Bystřany mají vytvořenou pozici Asistentů klienta. Ti klienta provází adaptačním procesem.*

Zejména v práci provozního MDT<sup>51</sup>, kdy v praxi dochází k překryvu jednotlivých odborností, se snadno může stát, že za některé úkoly či činnosti prováděné jedním pracovníkem odpovídají různí vedoucí, resp. spadají do jejich kompetencí.

U takových činností a úkolů je důležité pojmenovat si

- Co odpovědnost znamená.
- Jakou pravomoc může vůči druhému pracovníkovi v konkrétním úkolu či činnosti, za které nese odpovědnost, uplatnit.
- Jak postupovat v případě, že úkoly či činnosti nejsou pracovníkem naplňovány v požadované kvalitě.

Mnoho momentů můžeme nalézt na úrovni provozního MDT.

*V praxi se setkáváme s tím, že některé činnosti vykonávají členové MDT na základě své odbornosti – např. odborné úkony<sup>52</sup>. Některé procesy prochází celou péčí MDT. V rozhovorech respondenti zmiňovali např. implementaci různých koncepcí péče, proces individuálního plánování, kvalitu péče aj.*

Některé z domovů právě tyto průběžné procesy svěřují specifickým pozicím<sup>53</sup> nebo rolím<sup>54</sup> nebo ad hoc vzniklým projektovým týmům.

*Zkušenost 1: Pokud pozice nezapadá do tradičního vztahu nadřízenosti a podřízenosti, ale jde do struktury MDT horizontálně, je extrémně důležité jasně vysvětlit úkoly a činnosti, které tato pozice má, stejně jako vazbu pozice k liniovým vedoucím a pracovníkům přímé péče. Předejdete tím možné frustraci.*

*Zkušenost 2: V MDT mohou vznikat nové pozice, případně přicházet noví členové. Počítejte s tím, že potřebujete nejen popsat a vysvětlit úkoly a činnosti dané pozice, ale i pracovat s obavami stávajícího personálu. Opakovaně vysvětlovat důvody vzniku nové profese. Zkušenost mají v DD Bystřany z doby zavádění nové pozice, tzv. geriopracovníka (aktivizační pracovník) i asistenta klienta.*

51 Platí to samozřejmě pro každý MDT

52 Např. ošetrovatelské úkony prováděné sestrou; úkony péče prováděné pečovatelem

53 Např. metodik služeb

54 Např. koordinátor paliativní péče

*Zkušenost 3: V DD Bystřany ustavují pro implementaci programů a koncepcí rozvoje péče<sup>55</sup> či průřezových aktivit, které péči ovlivňují<sup>56</sup>, projektový tým. Ta má SMART cíle. Účel týmu, stejně jako úkoly a harmonogram, jsou známy ostatním pracovníkům.*

Cílem veškerého snažení při nastavování kompetencí, odpovědností, rolí i vazeb má být co nejhladší naplňování účelu MDT. Řadu činností mohou vykonávat různí členové týmu, existují různé alternativy pro přidělení odpovědností. Také různé řešení nadřízenosti a podřízenosti v rámci jednoho týmu. Vždy si ověřujte, že nejen každý člen MDT ví, co má dělat, co je jeho odpovědností, ale že to ví a rozumí tomu i ostatní v MDT! V opačném případě si připravujete prostředí pro vznik tření, komunikačních šumů – zkratka pro neoptimální fungování MDT.

---

Jak řešíte překryvy v odpovědnostech jednotlivých profesí?

Jak postupujete v případě, že pracovník, který není z Vašeho týmu, nenaplňuje dobře svou pracovní pozici?

Jsou některé pozice, které jdou u Vás do struktury MDT horizontálně?

Jak máte vymezené odpovědnosti u členů MDT, kteří vstupují do struktury MDT horizontálně?

Jak máte definované vazby mezi členy MDT a horizontálními pozicemi?

---

## **Řízení MDT**

Vedení konkrétního MDT musí být jasné. Jak uvádí Smith et al. (2012, [online]), vyšší jasnost vedení vede k vyšší

- jasnosti týmových cílů
- míře participace
- tahu po dokonalosti
- míře podpory inovací

Stejně jako má být jasně vymezen popis a kompetence každé profese, platí to i pro vedoucího.

Pokud se jedná o tým MDT vedoucích, bývá hierarchie jasnější. Ze zkušenosti méně jasná bývá situace na úrovni provozního MDT.

*Přítomnost vedoucího na místě se ukazuje jako důležitá.*

Jak jsme uvedli dříve, při poskytování péče spolu s nejvyšší intenzitou pracují zdravotní sestry a pečovatelé. V některých domovech má každá z profesí svého vedoucího. Někde jsou zdravotní sestry nadřazeny pečovatelům, jinde se jedná o separátní úseky, kdy pečovatelé spadají pod sociální pracovníky. Jinde jsou pečovatelé svébytnou profesí, která je na roveň ostatním odbornostem. Mezi profesemi se mohou objevovat obtíže v domluvě.

---

<sup>55</sup> Např. sexuální asistence, paliativní péče aj.

<sup>56</sup> Např. příprava k certifikaci Vážka, nutričního standardu, SAK aj.

*Ze zkušenosti víme, že se objevují.*

Nadřazení jedné profese nad druhou může některé věci usnadnit, zejména pokud nejsou týmy profesí dostatečně zralé na to, aby se jako MDT domlouvaly. Pokud je však uvnitř MDT dána nadřízenost a podřízenost, narušuje se rovnováha, někdy i partnerské nastavení, může se stát, že plný potenciál, který MDT má, nebude z důvodů nerovnováhy využit.

*V listopadu 2016 jsme z různých důvodů přistoupili k transformaci MDT. Původně byli pečovatelé a zdravotní sestry vedeny staniční sestrou na oddělení. V novém uspořádání dostala každá profese svého vedoucího. Na úrovni spolupráce pečovatelů a zdravotních sester se doposud vyrovnáváme s obtížemi ve spolupráci. Z rozhovorů před touto změnou víme, že spolupráce nebyla optimální, změna citelněji vynesla třecí plochy na světlo. Po roce vedoucí zdravotní sestra pronesla: „spolupráce (mezi pečovateli a sestrami) se konečně někde začíná dařit...“*

*Cesta ke vzájemnému porozumění vede přes jasné vymezení odpovědností a kompetencí. K tomu sdělení vedoucí pracovníce z DD Bystřany: „...pomocný personál musí opravdu vědět, že má odpovědnost i za zdraví klienta, takže musí hlásit veškeré změny na těle klienta, změny nálad, příjmu tekutin, stravy. Všechno musí hlásit sestře a sestra pak za to je zodpovědná. Ale pomocný personál musí vědět, že on je odpovědný za předání informace. A to si myslím, že je hodně důležité... i v týmu vůbec, aby věděli, kdo za co zodpovídá, aby opravdu každý dělal tu svoji práci tak, jak má.“*

Pokud jsou si některé profese na roveň na úrovni MDT vedoucích, jsou si rovné i na úrovni provozního MDT. V každodenním běhu se pak stává, že může na místě chybět autorita, která rozhodne. Ne vždy je smysluplné v daný moment volat vedoucí služby.

*V našem provozním MDT právě hledáme řešení výše uvedeného. Možnou variantou je zřízení tzv. manažerů dne, kteří mohou v příslušné věci rozhodnout. Uvažujeme o nich jako o putovní funkci. Praktičnost obdobné funkce potvrzuje např. i DS Chodov.*

*S obdobnou funkcí jsme se setkali i na exkurzích v Holandsku v nemocnici Meander v Amersfoortu. Funkci manažera dne zde přebírá sestra nejvyšší úrovně na oddělení. V případě, že jsou dvě, domlouvají se operativně. Jejím úlohou je řídit rozhodovací procesy v případech složitých a nenadálých případů.*

Na úrovni provozního MDT se setkáváme ještě se zvláštním jevem, tzv. vyměňování klobouků. V některých momentech totiž odborní vedoucí MDT vystupují jako vedoucí, v jiných momentech jako odborníci dané profese. Praxe vyžaduje, aby odborní vedoucí své klobouky reflektovali a otevřeně s nimi pracovali. Nereflektovanost může být rizikem pro kvalitu výstupů (Sešit sociální práce, 2015, [online]).

## **Styl řízení**

Existují různé styly řízení MDT. S tím se váže i různá míra odpovědnosti v rozhodování, kterou buď konkrétnímu členovi, nebo dané odbornosti svěříte – k tomu přináleží i odpovědnost za rozhodování ve věci využití zdrojů.



Pokud má MDT dobře naplňovat vizi péče zaměřené na člověka, potřebují jednotlivé odbornosti i tým jako celek mít značnou míru autonomie v rozhodování o využití prostředků pro řešení konkrétní situace či pro naplňování cílů.

V případě kompetentních a zralých členů týmu je vhodná struktura služby plochá, pracovníci ve všech MDT jsou si sobě rovni. Plní své odpovědnosti, práci odvádí ve vysoké kvalitě. Umí se efektivně domlouvat podle zaběhnutých pravidel, když je to potřeba, přicházejí i na nekonvenční řešení. K dané situaci, danému cíli umí efektivně určit zdroje k naplnění<sup>57</sup> a ví, kde je sehnat. Umí si stanovit postupy, domluvit si pravidla, sami jsou aktivní iniciátoři změn. Vždy zvažují rizika a důsledky svého jednání. Jednají eticky. Svého vedoucího potřebují k facilitaci domluvy, jako konzultanta postupů a pravidel, pro schvalování finančních zdrojů, koordinaci náročných procesů a jako reprezentanta týmu směrem do organizace.

Ideály jsou důležité, protože umožňují směřovat rozvoj jedinců i celku. V praxi je každý MDT na jiné úrovni, více či méně schopen se domlouvat a efektivně pracovat za naplněním svého účelu. Vedoucí musí být schopen vybrat adekvátní styl řízení vzhledem k fázi rozvoje každého jedince i týmu jako celku. Někdy je potřebná vyšší míra kontroly, jindy nižší. Některý tým potřebuje, aby vždycky vedoucí rozhodl, v jiných jsou členové MDT schopní se domluvit<sup>58</sup>. Některé týmy jsou schopny zajistit i koordinčně náročnou agendu<sup>59</sup>, jiné tam zatím nedozrály.

Ať tak či onak, vedoucí by měl svůj tým zmocňovat, podporovat v samostatnosti. Rozvíjet jej tak, aby on sám byl třeba co nejméně – viz schéma č. 1. Pak může svou kapacitu věnovat na další rozvoj služby, týmu, svůj. Čím vyšší míra participace na rozhodování existuje, tím spíše členové přilnou k hodnotám týmu a naplňování účelu. Naproti tomu striktní centralizace moci zvyšuje stádnost myšlení (Smith et al., 2012, [online]). Z dlouhodobého hlediska není výhodná, pokud má MDT poskytovat péči zaměřenou na člověka.

---

Jaké kroky činíte ke zmocňování členů MDT?

Máte vždy jasno, kdo vede konkrétní MDT i na provozní úrovni?

Máte vždy na místě někoho, kdo může rozhodnout?

Jaký je Váš ideál MDT?

---

## Nastavení kontroly

Nedílnou součástí fungování MDT je nastavení kontroly. Kontrola funguje jako zdroj toho, aby se domluvené činnosti děly, nebo naopak, aby se některé věci neděly. Kontrola je též zdrojem podpory. Kontrola může být prováděna nadřízenými pracovníky, ale i jako peer kontrola.

*Součástí je kontrola určitých úkolů, příp. produktů členy MDT na stejné hierarchické úrovni. V Domově uplatňujeme např. při sestavování individuálních plánů, kdy prvotní návrh provádí klíčový pracovník, následně kontroluje vedoucí pečovatelka, která je nadřízenou, pak sociální pracovník, který je odpovědný za integritu individuálního plánu.*

57 Ať už se jedná o lidi, materiál, finance, školení a další

58 Častěji pak na úrovni MDT vedoucích

59 Např. proces plánování péče v závěru života či proces individuálního plánování

Aby byla kontrola účinná, musí být prováděna pravidelně a systematicky. Členové MDT by měli znát hodnotící kritéria. Po provedení kontroly musí MDT dostat zpětnou vazbu. Pokud je třeba, pak i stanovené termíny pro nápravu.

*Pokud jsou pracovníci na kontrolu zvyklí, přijímají ji automaticky. Sami se ptají, kdy bude a ptají se i na výsledky – např. u inspekcí, akreditací aj. (DD Bystřany; CSSP2), těší se z úspěchu.*

---

Jak provádíte kontrolu práce?

Jaký máte systém?

---

## **Podpora shora, prostředky pro fungování MDT**

Pokud má MDT fungovat, potřebuje podporu vedení a prostředky pro zajištění naplňování účelu.

Práci a fungování MDT musí podporovat každý člen vedení – od nejvyššího vedení<sup>60</sup>, přes vedení služby, liniový management. Bez toho má MDT jen minimální možnost, že bude optimálně naplňovat svůj účel.

Prostředky pro zajišťování naplnění účelu, zde máme na mysli

- čas věnovaný rozvoji
- zdroje pro rozvoj MDT – finanční, lidské

*V našem případě jsme stvořili program Akademie MDT pro vedoucí pracovníky. Popudem byly situace, ve kterých si členové profesí nerozuměli, vznikala nepříjemná atmosféra. Cílem Akademie je dát prostor naučit se lépe domlouvat v MDT pro jeho další rozvoj. Akademie neslouží k řešení kompetencí, nastavení a rozhodování strukturálních změn aj. K tomu slouží další ad hoc setkání. Akademie běží od října, v podstatě každý měsíc. Pokračuje i v novém roce. Vycházíme zde z myšlenky, že pokud se naučíme vzájemně si porozumět a budeme dodržovat domluvená pravidla komunikace, budeme schopni se i efektivněji domlouvat ohledně optimalizace struktur<sup>61</sup>. Program Akademie tvoříme na základě analýzy jednotlivých setkání za získání souhlasu členů MDT. Stavíme jej na základě principů zážitkové pedagogiky.*

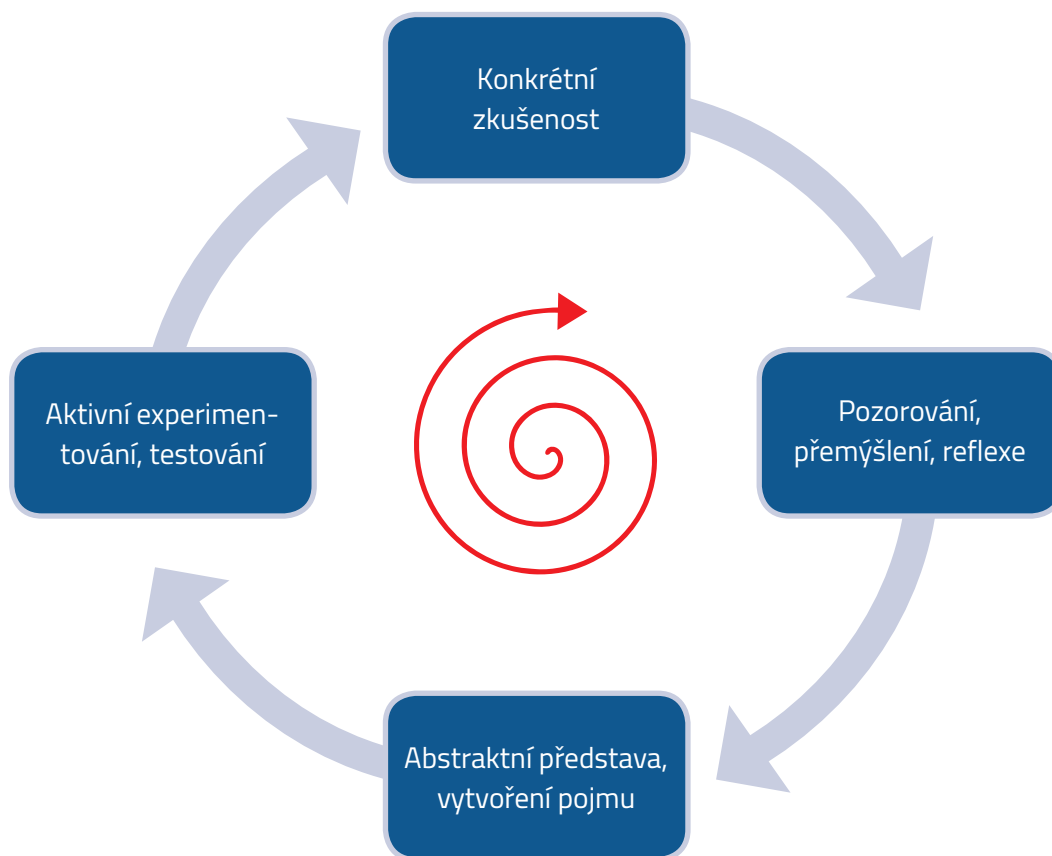
Počítejte s tím, že rozvoj MDT stojí čas každého člena týmu – účastníka. V každodenním běhu péče se vám však jen těžko podaří vytvořit podmínky pro společné učení se týmu. Už jen z podstaty toho, že se málokdy sejdou všichni členové dohromady, aniž by museli řešit další záležitosti.

Společné učení se ze zkušenosti vede k rozvoji, viz schéma č. 5. Právě na základě reflexe zkušeností získáváme nejvíce poznání. Kolbův cyklus je spirálou, která nikdy nekončí.

---

60 Ředitelku, ředitele

61 Běží paralelně



**Schéma č. 5 – Kolbův cyklus učení se ze zkušenosti; zdroj: Managementmania, [online]**

Stejně jako u každé změny, vzdělávání aj. musíte mít pro rozvoj podporu daného MDT. Výhodnější proto je, pokud tým sám potřebu formuluje.

*V daném okamžiku volání zaznívalo od různých profesí v MDT vedoucích.*

Jsou různé organizace, které dělají podobné služby na zakázku. V tom případě počítejte i s dalšími finančními náklady.

---

Jaký prostor věnujete rozvoji MDT?

Jak podporujete MDT ve Vaší organizaci?

---

## Charakteristika člena MDT a komunikační dovednosti, atmosféra v týmu

Můžete mít skvěle vymyšlený systém výměny informací, promyšlené struktury a pravidla na teoretické úrovni. MDT však tvoří lidé, konkrétněji odborníci různých profesí. Právě jejich osobnostní charakteristiky a komunikační dovednosti rozhodnou o tom, zda bude ve výsledku spolupráce MDT plodná, tedy zda z ní bude profitovat obyvatel, a zda bude na pracovišti pohodová atmosféra.

### Člen MDT – jaký by měl být?

#### Osobnost člena MDT

- Být empatický, autentický.
- Respektovat sebe i druhé.
- Chut' pracovat v MDT. Můžete mít v týmu skvělé odborníky, pokud to ale budou sólisti, daleko nedojdete.
- Každý člen musí rozumět výhodám MDT, umět je doceňovat.
- Být spolupráci s dalšími členy týmu otevřený, chtít sdílet.
- Usilovat o partnerské nastavení.
- Také se zajímat o to, co druhá profese dělá, chtít ji pochopit.
- Být pokorný – souvisí s respektem k druhému. Pokud některý člen, členové, nebo dokonce celá odbornost vystupuje tak, že může bez obtíží zastat práci jiné odbornosti a „vše ví nejlépe“, budete narážet.
- Důvěřovat.

*Bez důvěry v MDT se nepohnete, to je absolutní základ. Pokud jeden člen týmu nevěří druhému, že to, co dělá, dělá dobře a nejlépe, jak může, těžko bude ve vztahu panovat důvěra. Z hlediska práce v MDT se navíc zdá, že neshody s jedním či dvěma členy jiné odbornosti mají tendenci formovat percepce k celé odbornosti.*

- Nebát se vystoupit z komfortní zóny (Northumbria, [online]).
- Být čestný, disciplinovaný, kreativní, zvědavý a zvědavý (Mitchell et al., 2012).
- Být spolehlivý – být schopen dodržovat dohodnuté, říkat jasné „ano“ a „ne“ (T. Mertin, příspěvek o spolupráci MDT, 2017).
- Velkou výhodou je, pokud mají členové MDT vzdělání z více oborů a ti členové, kteří při aplikacích teorií do praxe podporují eklekticismus (Sešit sociální práce, 2015, [online]).

## Profesionalita člena MDT

Nejen lidské kvality, ale i kvality člena týmu jako profesionála jsou důležité.

Členové týmu by měli:

- mít správný přístup
- být vzdělaní
- mít patřičné odborné kompetence pro výkon profese
- chtít se učit
- umět se učit ze zkušenosti
- ctít a v praxi dodržovat etické kodexy – profese i zaměstnavatele
- být v práci profesionálem<sup>62</sup>

V MDT v ČR se setkáváme s nerovností ve vzdělání, která se na některých úrovních promítá do spolupráce v MDT. Každé odbornosti stačí jiná úroveň vzdělání proto, aby mohla vykonávat svou profesi. Zatímco u většiny profesí zákon stanovuje min. vyšší odborné až vysokoškolské vzdělání, u pečovatelů stačí 150hodinový kvalifikační kurz.

*Tento kurz se pro výkon profese v domovech ukazuje jako zcela nedostatečný. Zpravidla je na zaměstnavateli, aby zajistil vlastními silami to, s čím měla odbornost již přijít vybavena – minimálně dovedností provádět bezpečně základní ošetrovatelské úkony v kontextu péče o geriatricky křehké obyvatele a přístupem. Z tohoto důvodu jsme pro interní potřeby akreditovali několik vzdělávacích kurzů, kterými každý pečovatel musí projít. Kurzů se účastní i další odbornosti.*

## Osobnost vedoucích

Kromě vlastností výše uvedených pochopitelně i vedoucí MDT musí podporovat spolupráci, usilovat o její rozvoj.

*Jak řekla vedoucí Domova, v některých případech to znamená fakticky dělat překladatele.*

Vedoucí služby by měl mít schopnost i dovednost vést MDT (Wilson, Pirrie, 2000).

Každý odborný vedoucí by měl mít dostatečné schopnosti a dovednosti pro výkon sekvenčních a paralelních manažerských činností<sup>63</sup>. Důležitou dovedností je umět pracovníky podpořit, dát jim pocit důležitosti, tj. že na něm záleží. V domovech, kde se soustředíme na to, aby se dobře žilo obyvatelům, se zdá, že na tuto základní skutečnost zapomínáme. Prostředí domovů je přitom sdíleným životním prostorem, principy péče, zaměřené na člověka, by měly postupovat napříč celým prostředím, všemi aspekty organizace. Tedy nejen k obyvatelům, ale i ke kolegům navzájem.

62 Tj. profesi vykonávat lidsky, avšak jako expert; nenosit si osobní problémy na pracoviště; umět rozlišovat a reflektovat osobní a pracovní

63 Sekvenční činnosti – plánování, organizování, výběr a rozmístění pracovníků, vedení lidí, kontrola; paralelní činnosti – analyzování řešených problémů, rozhodování, realizace/implementace

Odborný vedoucí by na jednu stranu měl umět stát za svým týmem a být k němu loajální, na stranu druhou je potřeba, aby tým nechránil za každou cenu. V MDT se potřebují rozvíjet všichni pracovníci na všech úrovních. Při přílišné ochraně se prostor pro rozvoj zužuje.

---

Jaká je Vaše představa o žádoucích osobnostních charakteristikách člena MDT?

Jaká je Vaše představa o žádoucích osobnostních charakteristikách u vedoucího?

Které charakterové vlastnosti v popisu výše u člena i vedoucího postrádáte? Které dovednosti?

---

## **Komunikační dovednosti**

Efektivní komunikace má zásadní dopad pro soudržnost týmu a jeho efektivitu.

Očekáváme, že pomáhající profesionálové, kteří přichází do organizace, budou umět komunikovat. Realita je ovšem jiná.

Pozitivní zprávou je, že komunikace je naučená dovednost, dá se rozvíjet (Mitchell et al., 2012). Potřebuje však soustředěný čas na rozvoj a podporu.

Podobně jako u jiného, základem je chtít.

Dále shrneme některé z komunikačních technik, které vidíme jako důležité.

Některé z nich jsme v rámci Akademie převedli s MDT do pravidel a dali je na tzv. Karty. V příslušných částech text karet najdete ve zkušenostech.

### **Techniky aktivního naslouchání**

Konkrétně se jedná o:

- povzbuzování
- objasňování
- parafrázi
- reflexi – zrcadlení pocitu
- shrnutí
- uznání

### **Zpětná vazba**

Zpětnou vazbou v tomto případě máme na mysli jednak poskytování zpětné vazby, částečně v sobě i obsahuje techniky aktivního naslouchání.

*V našem Domově zvládnutí právě této dovednosti vidíme jako důležité pro fungování.*

Zpětnou vazbu musí členové umět poskytovat, také však přijímat. Je důležitou součástí praxe učící se organizace. V přednášce T. Mertina (Brno, 2017) zaznělo, že zpětná vazba slouží nejen k popisu toho, co a jak se daří, ale toho, co se nedaří. Napomáhá odstraňování špatné praxe.

Text karty ke zpětné vazbě:

### **PRAVIDLA PRO ZPĚTNOU VAZBU**

- Druhý ví, že dávám zpětnou vazbu - ZV předávaná v nevhodném okamžiku, nepřípravenému, není šťastná
- Věta začíná Já- vztahuji to k sobě; Ty, vy je obviňující
- Používám smyslová vyjádření - slyším, cítím, vidím, hmatám
- Jsem konkrétní - nezevšeobecňuji; popisuji věci tak, jak se udály
- **Nepoužívám slova**
  - **Proč** - útočné, přivádí druhého do úzkých
  - Alternativy - co Tě vede k tomu, že?  
Z jakého důvodu to tak bylo?
  - **Ale** - mimo literární význam znamená ale NE
  - Když nesouhlasím, řeknu, že nesouhlasím

### **Vedení dialogu**

S principy dialogu jsme se seznámili v publikaci Pátá disciplína (Senge, 2016). Pomáhá formování praxe učící se organizace. Vedení dialogu v sobě, kromě výše uvedeného, obsahuje důležitý prvek odložení vlastních předpokladů a představ, také však důležitost objektivního popisu konkrétní situace.

*Právě na dovednost objektivně popsat situaci – co, kde, kdy, jak se stalo, jak na situaci nahlížíme – často narážíme. V komunikaci s různými členy MDT se velmi často setkáváme s paušálními vyjádřeními a proklamacemi, hodnocením. Reprezentanty jsou např. slova: každý, vždycky, všechno, všude, pořád, nikdy, nikde, nikdo...*

Můžeme ji též říkat: dostat se k jádru pudla.

Karta k vedení dialogu:

### **PRAVIDLA VEDENÍ DIALOGU**

- Dávám najevo svůj názor, jak jsem k němu došel/a
- Vyzývám ostatní k ověření názoru - „myslím si, že je to takhle a myslím si to proto, rozumím logice tímto způsobem...“
- Odkládám předpoklady a předpoklady
- Jsem otevřený/á
- Mám důvěru v to, že mě ostatní vyslechnou a že respektují stejná pravidla

## Řešení konfliktů

Souvisí s dovednostmi každého člena týmu postavit se ke konfliktu a umět s ním pracovat.

Tým by však také měl mít domluvená pravidla, jak postupovat, pokud se konflikt na pracovišti objeví. Úlohou manažera je, kromě jiného, právě vzniku konfliktů předcházet (Sešit sociální práce, 2015, [online]).

Konflikty se zákonitě objeví. Rizikem mohou být v okamžiku, kdy se přehlídí nebo se neřeší.

---

Jak podporujete efektivní způsoby komunikace v MDT u Vás v organizaci?

---

## Atmosféra v týmu

Právě na atmosféře v týmu se projeví, pokud existuje nějaké tření.

*Naše zkušenosti říkají, že málokdy tenzi v týmu způsobuje jedna příčina. Spíše jich bývá řada vzájemně provázaných, kdy jedna souvisí s druhou.*

Aby se mohl tým rozvíjet, musí se členové v MDT cítit bezpečně. Potřebují cítit, že mohou bez obav vyjádřit své názory, emoce.

T. Mertin ve svém příspěvku (Brno, 2017) zmínil mj.

- Důležitost přijetí každého názoru, i když se nezdá být na místě. Odmítnutí může vést k tomu, že příště již člen MDT svůj názor neřekne.
- Nutnost parkovat názory, které se objeví – řada z nich zraje časem.
- Dávat všem prostor pro to projevít se. Pokud se někdo vůbec neprojevuje, ptejte se, co je za tím.
- Kočírovat authority, aby sdílely své myšlenky, ne, aby ostatní usměřňovaly.

S pocitem bezpečí rovněž souvisí důvěra. V tomto případě jako součást profesní etiky. Pokud se od člověka dozvíte informace, které myslíte, že by měl vědět někdo další, vezměte si souhlas konkrétního člena.

Pokud jsou členové týmu otevření hovořit o tom, co se děje a jak to prožívají, máte možnost společně pracovat na změně.

---

Jak pracujete s důvěrou mezi členy MDT u Vás v organizaci?

Na stupnici od 1 do 10, kde 10 je nejvíce, jak byste ohodnotil/a otevřenost prostředí ve Vaší organizaci?

---



## Práce s kapacitou

Každý den se realizuje mnoho různých cílů, z toho vyplývá velké množství úkolů, také však odpovědnosti. Snadno může docházet k přehlcení jednotlivých členů MDT – častěji pak vedoucích pracovníků, kteří se podílejí nejen na přímé péči o obyvatele, ale mají na starosti i fungování svého oddělení.

Platí přímá úměra: čím lépe chtějí pracovníci svou práci dělat, tím více se starají, tím více cílů si kládou a úkolů na sebe berou. Také jich více zvládají. Větší množství potřeb přitahuje jejich pozornost. Pokud je podobných jedinců v MDT více, pak se vysoké pracovní nasazení a snaha zvládat vše může stát v MDT normou. Jasným rizikem se v čase stává možná únava členů týmu a související vyšší riziko vyhoření, až odchod pracovníků.

Pomocníkem při práci s kapacitou se mohou stát různé týmové nástroje pro kontrolu úkolů.

*V Domově zkušenost nemáme, z jedné organizace jsme slyšeli o využívání aplikace Remember the Milk.*

Na zátěži se podepisují i zvyklosti konkrétního týmu MDT ve způsobech řešení situací.

*V případě našeho Domova je obvyklé, že se pro řešení různých situací v přímé péči i pro nastavení pravidel schází MDT vedoucích. Protože je mnoho věcí, které vyžadují jejich pozornost, času na různých schůzkách je mnoho. Postupně proto hledáme způsoby, jak se domlouvat tak, aby každý vedoucí měl více času na vykonávání svých agend.*

Stejně jako v jakémkoliv vztahu, i MDT a služba jako celek si musí nastavit hranice toho, co je možné zvládnout. Hranice by měly být nastavené tak, aby reagovaly na změny v podmínkách vnitřních i vnějších.

*Otázka nastavování hranic, resp. toho, o koho se zvládne MDT konkrétního domova postarat a co zvládne zajistit při kvalitě péče, kterou chce domov poskytovat, je velmi komplexní. Začali jsme se jí zabývat v souvislosti s celkovým přehlcením. První otázka, na kterou hledáme, odpověď zní: kdo je náš klient? Oproti ostatním domovům máme výhodu toho, že do značné míry můžeme rozhodnout o tom, koho přijmeme.*

*Ne každý domov má tuto možnost. Mělo by však zazníť, že určitou kvalitu péče je možné zajistit jen s dostatečným personálním zajištěním, při odpovídající úrovni vzdělání a kvality pracovníků. Pokud je nastaven standard brát jen seniory s vysokou potřebou péče (3. a 4. stupeň příspěvku na péči), pak pro realizaci individuálního přístupu nestačí 1 pečovatel na 15 obyvatel<sup>64</sup>.*

Pokud si organizace stanoví hranice toho, co je schopná zvládnout, pak se dají dobře využít i při komunikaci s rodinou, v argumentaci, kde domov očekává zapojení rodiny.

<sup>64</sup> Podobný propoččet není výjimkou.

*Pokud se dobře podaří nastavit hranice při vstupu do služby, spolupráce je splavnější.*

Práci se zátěží usnadňuje i místo řešení jednotlivých událostí a situací. Zejména v těch případech, kdy jsou pracovníci zapojeni do více MDT napříč domovem.

---

Jak metody využíváte při práci s kapacitou týmu?

Na jaké úrovni a jakým způsobem nastavujete hranice služby?

---

## Dovětek k výzvám ve spolupráci

Do naplňování účelu MDT se na určité, třebaže ne vždy zcela uvědomované úrovni, promítá nejistota vedoucích pracovníků, kde se domovy nacházejí z hlediska sociálně-zdravotního pomezí. Nejvýrazněji se nejistota projevuje v rozhodování o přístupu k informacím.

*Jedna respondentka zmínila, že do zákona o sociálních službách o zdravotním stavu mohla vědět bez omezení, po zákoně o sociálních službách pro ni v tomto ohledu nastala změna.*

Ne vždy mají vedoucí pracovníci jasno, jak který zákon vyložit, případně kde danou informaci v zákonech dohledat, co mohou od kterého aktéra <sup>65</sup> požadovat. Z obavy, aby nepřekročili hranice a nebyli postižitelní, zpravidla dělají více, než zákon ukládá. Tj. jsou restriktivnější. V řadě případů se jejich odůvodnění zakládá na domněnkách nebo zachycení slyšeného.

Další výzvou pro partnerské nastavení v MDT je vzdělávání profesí. Pokud jedna profese a priori nahlíží na druhou jako na níže postavenou, znesnadňuje se zohlednění všech názorů v péči, ze kterých může obyvatel ve výsledku profitovat.

*Setkáváme se s tím mezi všemi profesemi.*

Pokud se týká samotné spolupráce MDT, překvapením pro nás byla skutečnost, že systémová úroveň nebyla reflektovaná v oblasti odměňování členů MDT, kdy literatura hovoří o tom, že pro fungování MDT jsou důležité rovné odměny členů MDT. Pokud srovnáme platy různých členů MDT, víme, že v českých domovech jsou i výrazné rozdíly mezi jednotlivými pozicemi. Přesto žádný z pracovníků tuto skutečnost nezmiňoval. Důvodem může být neznalost mzdových a platových poměrů, také však chápání rozdílů v ohodnocení jako normální.

65 Praktičtí lékaři, pojišťovny a další

## Shrnutí a otázky pro diagnostiku tématu

Čas od času se může objevit nesoulad v běhu některého MDT v domově. Pokud je prostředí ve Vašem domově otevřené, nesoulad zaznamenáte. Může se jednat o přechodnou chmuru, kterou si pracovníci mezi sebou zvládnou vyřešit sami, také však o problém hlubšího rázu, který má smysl řešit. To zejména tehdy, pokud i po přiměřeně dlouhé době stejný „problém“ v MDT přetrvává, případně se k němu přidávají další. Obecně platí, že o tom, co se děje, mezi sebou pracovníci hovoří, nějak k sobě přistupují. Tam, kde je napětí v MDT patrné, promítá se i do péče o obyvatele. Pracovníci nemusí být vnitřně v klidu, rychleji se vyčerpávají. V některých případech povídání si o problému zabere čas, který by jinak mohli věnovat obyvatelům či dalším souvisejícím činnostem.

V závěru kapitol jsme do rámečku dávali otázky k různým aspektům tématu fungování multidisciplinárních týmů. Následující tabulka shrnuje některé otázky, které nám pomáhají při identifikaci témat k řešení.

Otázka	Komentář
Co se děje?	Otevírací otázka. K informacím, které jste obdrželi, vždy zjišťujte názory dalších osob a pracovníků z MDT, minimálně těch, kteří jsou přímo angažovaní, lépe i těch, kdo si o dané situaci mohou vytvořit názor <sup>2</sup> . Dalšími vhodnými metodami jsou pozorování, studium dokumentace, informace řečené na poradách, hlášeních aj. Získejte konkrétní informace, konkrétní popisy situací, konkrétní pocity, které jsou se situacemi spojené. Dívejte se, ptejte se, poslouchajte.
Týká se dané téma konkrétního pracovníka nebo se týká MDT?	Pokud se ptáte na shodné otázky více členů, získáváte informace z více zdrojů, budete schopní určit, zda se jedná o problém jednoho pracovníka nebo téma, které hýbe MDT <sup>3</sup> .
Pokud se týká MDT jako celku, navazuje na některé téma, které se již dříve objevilo?	Zkušenosti nám říkají, že témata se v týmech s určitou pravidelností vrací. Mohlo se však stát, že konkrétní vzorec unikl dříve Vaší pozornosti nebo měl trochu jinou podobu. Nyní může dodat důležitý rozměr Vašemu přemýšlení, pomoci reflektovat předpoklady. Odhalit však také vzorec, který je hluboce zakořeněný nejen v MDT, ale i v kultuře služby, organizace. Příp. se jedná o problém, který se dříve vyřešit nepodařilo. Zkušenosti nám dále říkají, že to, co se zdá na první pohled jako problém, který máme řešit, je pouze špičkou ledovce, kterou vidíme z našeho pohledu.
Je téma tím, čím se skutečně zdá?	Přemýšlejte o příčinách. Pokud je téma, které chcete řešit pouze následkem, za čas se Vám objeví znovu.

<p>Pokud se týká MDT jako celku, vyžaduje si pozornost jedno téma nebo jich je více?</p>	<p>Může se stát, že si o pozornost říká více témat<sup>4</sup>. Sepište si je.</p>
<p>Pokud více, jaké povahy jsou témata?</p>	<p>Jak dlouho se téma MDT nese? Jakou energii předpokládáte, že budete potřebovat pro řešení? Jaké zdroje předpokládáte, že budete potřebovat? Jakou má z Vašeho pohledu prioritu? Jedná se o spojitá či nespojitá témata? Pokud je to možné, rozhodněte se v MDT. Určete si priority v řešení. Nelze řešit vše najednou. Pokud jich budete řešit více, pozornost týmu se rozštěpí.</p>
<p>Máte podporu celého MDT pro řešení?</p>	<p>Pokud ano, skvělé. Pokud nikoliv, potřebujete ji získat. Bez ní s problémem pravděpodobně nehnete.</p>
<p>Čeho chcete společně docílit vyřešením?</p>	<p>V MDT si stanovte SMART, postupujte podle kapitoly Cyklus realizace cílů. Pamatujte, že existují různé alternativy řešení. Vyberte pro sebe tu nejlepší.</p>

## Závěr

V publikaci jsme se věnovali problematice multidisciplinárních týmů v pobytových sociálních službách pro seniory v České republice. Konkrétně jsme se zamýšleli nad překážkami v jeho fungování i aspekty, které mohou MDT podpořit.

Výstupy jsme vytvořili na základě rešerše literatury, studia dokumentů a zápisů, reflexe vlastních zkušeností, rozhovorů vedených nejen k tématu multidisciplinární spolupráce.

I přes množství zdrojů, ze kterých jsme při tvorbě vycházeli, materiál zcela jistě nepokrývá všechna témata, která se k problematice MDT vztahují. A to dokonce ani v oblasti jeho fungování. Metodologicky jsme neusilovali o teoretickou saturaci dat – čas ani zdroje pro to nebyly dostačující. Může se tak stát, že narazíte na téma zde nepokryté. Pokud tomu tak je, budeme velmi rádi, dáte-li nám vědět.

Předkládaný materiál považujeme za užitečnou sondu do tématu. Za vstupní bránu, která nám umožňuje podrobněji nahlédnout na každou jednotlivou oblast – a že by každá vyšla, když ne na samostatnou publikaci, tak na článek určitě. Publikaci považujeme za vhodný prostor, který nám umožnil shrnout si myšlenky. Klást si další otázky, které povedou k zefektivnění činnosti MDT, tak i kvalitněji poskytované péči našim obyvatelům. Doufáme, že materiál poslouží nejen nám, ale že bude inspirací i pro další domovy pro seniory.

## Příloha č. 1

### Umožnění nahlízet oprávněným osobám do zdravotnické dokumentace

Mgr. Alena Hájková

Okruh osob oprávněných nahlízet do zdravotnické dokumentace pacienta je uveden v § 65 zákona o zdravotních službách. Vedle pacienta, zákonného zástupce a opatrovníka pacienta jsou to zejména osoby určené pacientem, osoby blízké pacientovi a další osoby stanovené zákonem; bez souhlasu pacienta jsou to v první řadě osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání, a dále z důvodu splnění úkolů podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů a při hodnocení správného postupu při poskytování zdravotních služeb, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu.

Zákon tedy apriori nevylučuje, aby do zdravotnické dokumentace nahlíželi i nezdravotníci (např. sociální pracovníci). Je však podstatné zdůraznit, že jejich oprávnění nahlízet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta nutno chápat restriktivně, tj. skutečně jen v rozsahu nezbytně nutném pro řádné poskytování zdravotních a sociálních služeb, kupř. tehdy, kdy je poskytovatelem sociálních služeb a ošetrovatelské péče vedena jedna komplexní zdravotnická dokumentace. Pro praxi nelze než doporučit, aby pacient byl informován o okruhu osob, které standardně v rámci poskytovatele nahlízejí do jeho zdravotnické dokumentace, a vyslovil s tím souhlas.

Zároveň platí, že na zdravotníky, další odborné pracovníky ve zdravotnictví a další fyzické osoby výslovně uvedené v § 51 odst. 5 zákona o zdravotních službách, se vztahuje povinná mlčenlivost ohledně všech skutečností, které se dozvědí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to i po skončení výkonu jejich povolání<sup>66</sup>.

66 Text byl přejet z Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. Rovněž je dostupný na stránkách: [www.sue-ryder.cz](http://www.sue-ryder.cz)

## Zdroje

### Publikace, články

- BĚLOHLÁVEK, František. Organizační chování: Jak se každý den chovají spolupracovníci, nadřížení, podřízení, obchodní partneři či zákazníci. Olomouc: Rubico, 1996. ISBN 80-85839-09-1.
- DRUCKER, Peter F. To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku. Praha: Management Press, 2002.
- GENDRON, Tracey L., et al. Teaming as a Mechanism to Promote Professional Identity Development. *Clinical Gerontologist*, 2016, 39.3: 252-259.
- HAWKINS, Peter, SHOHEET, Robin. Supervision in the helping professions: an individual, group and organization approach. 2nd. ed. Open University Press, 2000. ISBN 0-335-20118-0.
- HRDÁ, Karolína. Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií. Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Praha, 2016. Diplomová práce. Vedoucí práce: Ing. Mgr. Matěj Lejsal
- KOTTER, John P. Vedení procesu změny: Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice. Praha: Management Press, 2000. ISBN 80-7261-015-5.
- MITCHELL, Pamela, et al. Core principles & values of effective team-based health care. Washington, DC: Institute of Medicine, 2012.
- Raine R, Wallace I, Nic a' Bháird C, Xanthopoulou P, Lanceley A, Clarke A, et al. Improving the effectiveness of multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a prospective observational study. *Health Serv Deliv Res* 2014;2(37).
- ROSEN, Alan; CALLALY, Tom. Interdisciplinary team work and leadership: issues for psychiatrists. *Australasian Psychiatry*, 2005, 13.3: 234-240.
- SENGE, Peter M. Pátá disciplína: teorie a praxe učící se organizace. Praha: Management Press, 2016.
- SFETCU, Raluca. Collaborative practices in mental health care: multidisciplinary team work or inter-professional collaboration groups? *Management in sanatae*. 2013, 17.2: 21-24.
- Tracey L. Gendron PhD, E. Ayn Welleford PhD, Christine Jensen PhD
- TUCKMAN, Bruce W. Developmental sequence in small groups. *Psychological bulletin*, 1965, 63.6: 384.
- WILSON, Valerie; PIRIE, Anne. Multidisciplinary team working indicators of good practice. Scottish Council for Research in Education, 2000.

### Legislativa

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů



## Přednášky a příspěvky

- Marianne Kochanski. Nový zákon pro dlouhodobou péči v Německu a psychobiografický model péče. Příspěvek pronesený na konferenci Etická dimenze péče. 11. 12. 2017 v Praze.
- PhDr. Tomáš Mertin. Jak úspěšně spolupracovat v multidisciplinárních týmech v paliativní péči. Příspěvek pronesený na IX. Celostátní konferenci paliativní medicíny. 8. 9. 2017 v Brně. Prezentace ke stažení na [www: https://konference.paliativnimedicina.cz/materialy-ke-stazeni/](https://konference.paliativnimedicina.cz/materialy-ke-stazeni/)
- VicentDocherty. Intercultural Tension in Multidisciplinary Teams. Příspěvek pronesený na konferenci Cross cultural Tension in Multidisciplinary Teams. 23. 5. 2017 v Praze.

## Elektronické zdroje

- Metodika týmové spolupráce a tvorby týmů pro vysokoškolské vzdělávání. Znázornění fází vývoje skupiny dle Tuckmana. Online, cit. 12/2017. Dostupné z [www: https://www.envigogika.cuni.cz/index.php/Envigogika/article/view/150/280](https://www.envigogika.cuni.cz/index.php/Envigogika/article/view/150/280)
- Eurostat. Statistika naděje na dožití a předpoklad života prožitého ve zdraví. Online, cit. 12/2017. Dostupné z [www: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en](http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en)
- Hrdá, K., Lejsal, M. Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě – zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder. Fórum sociální práce, 2017, 2: 75-80. Dostupné z [www: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2017/12/Hrda\\_Lejsal\\_75-80.pdf](https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2017/12/Hrda_Lejsal_75-80.pdf)
- Managementmania. Kolbův cyklus učení se ze zkušenosti. Dostupné z [www: https://managementmania.com/cs/kolbuv-cyklus-uceni](https://managementmania.com/cs/kolbuv-cyklus-uceni)
- Nancarrow, S; Booth, A; Arris, S; Smith T. et al. Human Resources for Health. Ten principles of good interdisciplinary team work Online, cit. 12/2017. Dostupné z [www: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-19](https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-19)
- Northumbria. What is the biggest barrier to multidisciplinary team success. Debate led by Steven Kyffin. Dostupné z [www: https://www.northumbria.ac.uk/static/worddocuments/desdocs/events/1289179.doc](https://www.northumbria.ac.uk/static/worddocuments/desdocs/events/1289179.doc)
- Projectman. Fáze vývoje projektového týmu podle Tuckmana. Online, cit. 12/2017. Dostupné z [www: http://www.projectman.cz/clanky/posts/105-faze-vyvoje-projektoveho-tymu-podle-tuckmana-cim-vsime-si-vas-tym-muze-po-svem-vzniku-projit](http://www.projectman.cz/clanky/posts/105-faze-vyvoje-projektoveho-tymu-podle-tuckmana-cim-vsime-si-vas-tym-muze-po-svem-vzniku-projit)
- REEVES Scott, LEWIN, Simon, ESPIN, Sherry, ZWARENSTEIN, Merrick. Interprofessional Team work for Health and Social Care. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/273794153\\_Interprofessional\\_Teamwork\\_in\\_Health\\_and\\_Social\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/273794153_Interprofessional_Teamwork_in_Health_and_Social_Care)
- Smith, T., Cross, E, Arris S., Booth, A., Nancarrow, S., Enderby, P., Blinston A. The Interdisciplinary Management Tool. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation (NIHR SDO), 2012. Dostupné z [www: https://www.researchgate.net/publication/234093973\\_The\\_Interdisciplinary\\_Management\\_Tool](https://www.researchgate.net/publication/234093973_The_Interdisciplinary_Management_Tool)
- Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Sešit sociální práce, 2015, 3. Garant sešitu Pavla Kodymová. Dostupné z WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>
- Team Working and Effectiveness in Health Care. Health Care Team Effectiveness Project. Research was carried out by: Borril C., West M., Dawson J., Shapiro D., Carter A. et al. Dostupné z [www: http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf](http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf)
- Vedení porad. Skripta. Národní ústav odborného vzdělávání a občanské sdružení Projekt Odysee. 2006. Dostupné z WWW: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GrdN-zJ1urVol:www.nuv.cz/file/254\\_1\\_1/+&cd=5&hl=cs&ct=clnk&gl=cz](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GrdN-zJ1urVol:www.nuv.cz/file/254_1_1/+&cd=5&hl=cs&ct=clnk&gl=cz)





