

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Michaela Kulíšková

**Bariéry multidisciplinární spolupráce v pobytových zařízeních
pro seniory**

Domovy pro seniory ve Středočeském kraji

Barriers of multidisciplinary cooperation in residential facilities for the
seniors. Retirement homes in Central Bohemian Region

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za cenné rady a čas, který mi věnovala při osobních konzultacích. Děkuji všem respondentům za jejich vstřícnost a ochotu při spolupráci v tomto složitém období.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 10. srpna 2021

Bc. Michaela Kulíšková

Abstrakt

Tato práce se zabývá multidisciplinární spoluprací v pobytových zařízeních pro seniory (*tzv. MTD*). Zaměřím se na domovy pro seniory. Teoretická část se věnuje stáří, zásadním dokumentům vymezující sociální práva a základním hodnotám v péči o seniory. Dále se zabývá spoluprací, složením týmu v domovech pro seniory, fázemi vývoje, principy a bariérami fungování multidisciplinárního týmu. V empirické části se věnuji popisu sběru dat a analýze výsledků z dotazníkového šetření a rozhovorů.

Cílem mé diplomové práce je zjistit s jakými bariérami multidisciplinární spolupráce se domovy potýkají. V empirické části jsem zjišťovala překážky ovlivňující jejich fungování a také co by přispělo k vytvoření týmu v domově pro seniory.

Klíčová slova

spolupráce

multidisciplinární tým

senior

péče

pobytová zařízení

soběstačnost

Abstract

This thesis deals with multidisciplinary cooperation in residential facilities for the elderly (so-called MTD). I'm going to focus on retirement houses. The theoretical part deals with old age, fundamental documents defining social rights and basic values in the care of the elderly. It also deals with cooperation team composition in retirement houses for the elderly, development phases, principles and barriers to the functioning of a multidisciplinary team. In the empirical part I deal with the description of the data collecting and analysing the results of questionnaire survey and interviews.

The aim of my thesis is to find out with what barriers of multidisciplinary cooperation retirement houses deals with. In the practical part, I looked for obstacles affecting their functioning and also what would contribute to the creation of a team in a retirement house.

Keywords

cooperation

multidisciplinary team

seniors

care

residential facilities

self-sufficiency

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	9
2.1	ZÁSADNÍ DOKUMENTY	10
2.2	ZÁKLADNÍ HODNOTY V PÉČI O SENIORY	11
3	SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	13
4	MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE	15
4.1	TYPY A ÚROVNĚ SPOLUPRÁCE	16
4.2	ORGANIZAČNÍ KULTURA.....	18
5	MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	19
5.1	TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE	20
5.2	SLOŽENÍ TÝMU V DOMOVECH PRO SENIORY	22
5.3	KLÍČOVÉ PRVKY SPOLUPRÁCE	23
6	BARIÉRY/ PŘEKÁŽKY MTD SPOLUPRÁCE	27
6.1	NEROVNOST POSTAVENÍ A ODMĚŇOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH PROFESÍ.....	27
6.2	NASTAVENÍ SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	28
6.3	KOMPETENČNÍ ROZDĚLENÍ OBLASTÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE.....	31
6.4	DEFICIT KOMPETENCÍ U PRACOVNÍKŮ	31
7	EMPIRICKÁ ČÁST.....	33
7.1	METODOLOGIE VÝZKUMU	33
7.2	KVANTITATIVNÍ ČÁST – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	35
7.3	KVALITATIVNÍ ČÁST – ROZHOVORY	35
8	ANALÝZA VÝSLEDKŮ – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	37
8.1	ANALÝZA VÝSLEDKŮ – ROZHOVORY	47
	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	56
9	DISKUSE	57
	ZÁVĚR.....	59
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	61

11	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	68
12	SEZNAM ZKRATEK:	70
	PŘÍLOHA 1. OTÁZKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	I
	PŘÍLOHA 2. OTÁZKY K ROZHOVORŮM	III

1 Úvod

Demografické stárnutí obyvatel je sociálním jevem, se kterým se potýkáme na celospolečenské úrovni. Vzdávající počet osob ve věkové skupině nad 85+ let klade zvyšující se nároky na poskytování sociální a zdravotní péče o seniory. Řada nemocí s sebou nese riziko snížené soběstačnosti a tím i odkázání na péči jiné fyzické osoby. V souvislosti se stárnutím populace dochází ke stále užšímu propojení zdravotní a sociální péče.

K výběru tématu mě vedly zkušenosti z praxe. S prvky multidisciplinární spolupráce jsem se seznámila v rámci volitelného předmětu na katedře sociální práce Univerzity Karlovy. Dnes a denně si uvědomuji důležitost předávání informací mezi jednotlivými profesemi, sladění péče o seniora z pohledu managementu, pracovníků ve zdravotní a sociální oblasti. Multidisciplinární spolupráce je opomíjená, až na výjimky postrádá dostatečné a praktické ukotvení v domovech pro seniory. S jakými bariérami se pracovníci při spolupráci potýkají? Které překážky pracovníci považují za důležité? Jaké jsou návrhy pracovníků na zlepšení spolupráce? A do jaké míry může pracoviště dané překážky změnit? Na tyto otázky hledám odpovědi ve své diplomové práci.

Práce se skládá ze dvou hlavních částí, z části teoretické a z části empirické. Na začátku teoretické části se věnuji vymezení stáří a stárnutí, uvádím zásadní dokumenty a základní hodnoty významné v oblasti péče o seniory. Dále se krátce věnuji sociálním službám pro tuto cílovou skupinu a svoji pozornost mířím k domovům pro seniory, ke kterým směřuje i výzkumná část. Podstatnou část tvoří kapitola multidisciplinární spolupráce (*dále jen MTD*). Poslední kapitolu tvoří bariéry MTD spolupráce. Vycházím z odborné literatury, ve které se mj. frekventovaně potýkám s problematikou sociálně – zdravotního pomezí a komunikace jako základního stavebního kamene každé spolupráce. V empirické části popisuji metodologii a způsob sběru dat. Pro účely své diplomové práce jsem využila smíšený design výzkumu kombinující kvantitativní a kvalitativní metody výzkumu. Kvantitativní metoda se skládá z dotazníkového šetření, které zároveň sloužilo jako pilotní část pro realizaci dalšího výzkumu. V rámci kvalitativní metody jsem využila polostrukturované rozhovory.

2 Stáří a stárnutí

Stáří a stárnutí je celospolečenským jevem. Statistická data vypovídají o stárnutí populace. Společnost se k problematice stárnutí staví diferenciálně. Fenomén stáří byl v uplynulých obdobích vnímán s rozdílnou intenzitou. Při řešení otázek spojené se stářím se setkáváme se změnami reprodukčního chování. Změny jsou viditelné nejen ve změnách porodnosti a úmrtnosti, ale i ve věkovém složení společnosti. Očekávaný vývoj počtu obyvatel bude mít dopad na sociální systémy. Můžeme předpokládat zatížení systému sociální péče o seniory (Dvořáčková, 2012). Podle projekce obyvatelstva ČR zpracovaný Českým statistickým úřadem bude v následujícím desetiletí nejvýraznějším rysem demografického vývoje zvyšující se počet obyvatel ve věku 65 let a více. Zastoupení seniorů v populaci současně činí 19,2 % (ČSÚ, 2018-2100).

Dle Pacovského (1990) můžeme rozlišovat dva typy stárnutí: fyziologické (přirozené) či patologické, které bývá označováno jako tzv. předčasné stárnutí. Zkráceně řečeno, kalendářní věk je nižší než funkční věk, jenž se vyznačuje sníženou soběstačností. U většiny lidí probíhá biologické stárnutí v období 60 - 75let. Malíková (2011, s. 13) vnímá stáří jako něco, co je spojeno se zvýšeným výskytem zdravotních potíží a nemocí. Starý člověk ztrácí schopnost plně saturovat většinu svých základních potřeb a je tedy odkázán na pomoci druhých, jeho soběstačnost s přibývajícím věkem klesá. Autorovo pojetí krásně ilustruje následující citace: *„Každé vývojové období nám nabízí určité možnosti, a naopak nás v jiných věcech limituje.“* Stáří může v lidech vzbuzovat asociace nesoběstačné osoby neschopné samostatného života, pro kterou je ústavní zařízení ideálním řešením.

Vágnerová (2007) člení stáří na rané (60-75let) a pravé období (75 let a více). Zatímco Langmajer a Krejčířová (2006, in Malíková. 2011, s. 14) vnímají stáří jako *„souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnost jedince kulminující zejména v terminálním stádiu a ve smrti.“*

2.1 Zásadní dokumenty

Politika stárnutí je řešena napříč všemi resorty na celospolečenské úrovni. V této kapitole zmíním ty nejzásadnější z nich. Mezi první zásadní dokumenty patří: „*Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí*“ (Viedeň, 1982) a „*Zásady OSN pro seniory*“ (1991). Tyto dokumenty obsahují konkrétní návrhy na řešení důsledků globálního stárnutí populace. Pozornost je nově věnovaná potencionálu starších osob pro společnost (podle Madridský mezinárodní akční plán na problematiku stárnutí, 2002, s. 1-4). Jako první ji zdůrazňuje stěžejní dokument OSN „*Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí*“ (Madrid, 2002). V důsledku jeho vzniku byl v ČR vytvořen „*Národní program přípravy na stárnutí pro období let 2003-2007.*“ Na něj navazuje tentýž program pro období 2008-2012. Mezi základní principy řadí právě partnerství vlády a samosprávy nebo také dialog s občanskou společností a sociálními partnery (Kvalita života ve stáří, 2008).

V neposlední řadě zmíním „*Národní akční plán (dále jen NAP) podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-17.*“ NAP využil komunitního přístupu a započal spolupráci s relevantními aktéry a seniory samotnými. Na tento dokument navazuje „*Strategie přípravy na stárnutí společnosti (dále jen Strategie) 2019-2025.*“ Účelem Strategie je formulovat přístup k přípravě společnosti na stárnutí. Reaguje nejen na problémy dotýkající se dnešních seniorů, ale formuluje také opatření přípravy na stárnutí společnosti jako celku. Zdůrazňuje klíčovou roli různých aktérů – krajů, obcí, zaměstnavatelů, společenských institucí včetně jednotlivců jako takových. Všechny zmíněné dokumenty upozorňují na nárůst podílu starých osob, a to mj. vyžaduje přizpůsobení služeb a produktů potřebám seniorům. Nyní uvedu jejich stěžejní cíle, které se zaměřují na:

- Podporu solidarity a soudržnosti mezi generacemi,
- zvyšování pocitu bezpečí a ochranu práv zranitelných skupin starých lidí,
- rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin,
- změnu dosavadních stereotypních pohledů na stárnutí a zlepšení postavení seniorů ve společnosti (NAP, 2013-2017, s. 6-8).

Mezi dokumenty panuje konsenzus, ze kterého vyplývá že politiky zaměřené na řešení stárnutí obyvatel mohou být účinné za předpokladu komplexního přístupu a koordinace všech přijatých opatření. Zmíněná komplexnost směřuje k potřebě vytváření multidisciplinárních týmů v péči o seniory. Je nezbytné zmínit i základní hodnoty, se kterými se při péči o seniory setkáváme.

2.2 Základní hodnoty v péči o seniory

Hodnoty fungují jako stavební kameny kultury, zdroje sociální soudržnosti, motivace a regulátory norem chování (Prudký, 2009). Dříve byla péče o seniory součástí odpovědností rodinného systému. S atomizací rodiny došlo k oslabení rodinných vazeb. Došlo tím i k oslabení jejich odpovědnosti, kterou za ně částečně přebral stát (De Singly, 1999. In Havrdová, 2010, s. 53). Ve vývoji hodnot rezidenčních forem pomoci starým lidem došlo ke změně pozornosti. Od původního materiálního zajištění (poskytnutí přístřeší a zajištění jídla) až k současnému pojetí, jenž klade důraz na zachování hodnot zdraví a na kvalitu života ve stáří (Havrdová, 2010).

Předchozí model poskytování sociálních služeb stál na jiných základech. Tehdejší společnost se snažila udržet zdání, že mezi nimi žijí jen zdraví a schopní jedinci. Převládal direktivní přístup bez hlubšího porozumění osobám jako individualitám. Nesoběstačnost seniorů byla často řešena formou institucionální péče. Senioři byli pasivními příjemci, absentovala možnost vyjádřit se k poskytované zdravotní či sociální péči. Malíková (2011, s. 29) uvádí, že rozhodování fungovalo na bázi „rozhodování o něm bez něj.“ Práva seniorů byla často porušována. Zásadní změny nastaly po r. 1989 a po vstupu platnosti z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Došlo k zásadní transformaci sociálních služeb, na kterou se MPSV připravovalo již před její platností. Řeč je o tzv. **Bílé knize v sociálních službách** (*Dále jen Bílá kniha*) vycházející z níže uvedených vůdčích principů. Zmíněné základní principy představují stěžejní hodnoty, které jsou sdíleny mezinárodními dokumenty. Setkáváme se s nimi při řešení problematiky stárnutí populace, při péči o seniory, ve standardech kvality sociálních služeb aj. (Bílá kniha, 2003).

Obrázek č.1. 7 Vůdčích principů jako základ všech sociálních služeb:

- 1) Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli závislost
- 2) Začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení
- 3) Respektování potřeb – služba je určena individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem
- 4) Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- 5) Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- 6) Rovnost bez diskriminace
- 7) Standardy národní, rozhodování v místě

(převzato z Bílé knihy, 2003, s. 6)

Shodli jsme se, že pro účely této práce je nezbytné zmínit i některé základní hodnoty důležité v péči o seniory a jejich deklarování v zásadních dokumentech. Mou intencí je poukázat na má východiska při konceptualizaci tématu.

Důstojnost a soběstačnost

Listina základních práv a svobod (2/1993) hájí práva všech věkových skupin vč. seniorů. Lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech. Podle § 2 odst. 2 (zákon č. 108/2006 Sb.) musí rozsah, forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost osob. Důstojnost patří mezi základní hodnotu, která náleží všem bez rozdílu. Nordenfelt (2009) ji považuje za hodnotu, o které v běžném životě nehovoříme, a přesto od svého okolí automaticky vyžadujeme její respektování (in Havrdová, 2010, s. 126). Každý máme svůj hodnotový systém, a proto mohou nastat situace, kdy v této oblasti dojde k nedorozumění a k nepochopení mezi jednotlivci. K takovým situacím může docházet zejména ve stáří či v nemoci. Důstojnost patří mezi základní lidská práva, která jsou garantována Listinou základních práv a svobod a Ústavou.

Respektování důstojnosti je deklarováno v profesních kodexech, např; Etický kodex sociálních pracovníků nebo kodex pro zdravotní sestry aj. Důstojnost je také deklarována v Chartách a kodexech týkající se pacientů či jiných specifických skupin. Např. „*Charta umírajících*.“ Senioři patří mezi nejvíce zranitelnou společenskou skupinu. Je potřeba věnovat se této problematice nejen z pohledu osob, které se do dostávají do sociálních či zdravotních zařízení, ale i z pohledu pečujících. Havrdová (2010) apeluje na dostatečné poskytnutí podpory a motivace k dalšímu vzdělávání s cílem zvýšit povědomí o lidské důstojnosti. Člověk má sníženou soběstačnost a je tedy do jisté míry závislý na pomoci druhých. Autonomie neboli samostatnost znamená právo na sebeurčení. Ošetřující personál musí plně respektovat rozhodnutí člověka i v dilematické (obtěžně rozhodnutelné) situaci.

3 Sociální služby pro seniory

V této kapitole se budu věnovat druhům sociálních služeb pro seniory a jejich zařazení do systému sociálního zabezpečení. Pozornost je zaměřena na služby sociální péče pro seniory v pobytové formě.

Sociální služby v ČR jsou v užším a resortním pojetí součástí státního systému sociálního zabezpečení. Chrání občana, tím že něco konají v jeho prospěch (Matoušek, 2011). Sociální služby jsou legislativně definovány zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.). Zákon rozděluje sociální služby na druhy: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V rámci své práce se budu věnovat službám **sociální péče**, jež mohou být realizovány ambulantní, terénní nebo pobytovou formou. Zákon o sociálních službách (§38) definuje služby sociální péče jako „*služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou i psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení*“ (Matoušek, 2011, s. 43).

Služby sociální péče pro seniory:

Mezi pobytová zařízení pro seniory patří: a) domy s pečovatelskou službou, které kombinují pobytové zařízení a pečovatelskou službu. Tato služba napomáhá řešit mnohdy nevyhovující bydlení seniorů nebo těžce zdravotně postižených. b) Dále pak domovy se zvláštním režimem, které poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění, osobám se stařeckou a s jiným typem demence nebo osobám závislým na návykových látkách. c) Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, jejichž zdravotní stav nedovoluje propuštění do ústavní péče do doby, dokud jim není zabezpečena péče jinou fyzickou osobou. d) Domovy pro seniory představují další možnost péče o staré osoby. Institucionální péče přichází na řadu ve chvíli, kdy je soběstačnost člověka snížena natolik, že není schopen žít sám ve svém domácím prostředí a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostatečná nebo zcela absentuje (Dvořáčková, 2012).

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Nástup do domova je zásadním mezníkem v životě jednotlivce, který

ovlivňuje další průběh jeho životní dráhy (Havrdová, 2010). Domovy pro seniory patří mezi instituce poskytující klientům plnou péči, jsou blíže vymezeny ustanovením § 49 odst. 1 zákona o sociálních službách (č.108/2006 Sb.). Přestěhování seniora do zařízení nese jistá omezení. Například omezení soukromí, dezorientace v novém prostředí a v nových vztazích k neznámým lidem. Dochází k zužování životního prostoru a změny v jejich dosavadních zvyklostech. Zařízení pro něj může mít význam odsouzení na doživotí. S pobytem v zařízení jsou spojeny změny dosavadních životních podmínek, které seniora spíše ohrožují. Některá zařízení měla sloužit jiným účelům, než je poskytování ústavní péče. Často jde o staré a památkové budovy, které nesmějí být radikálně přestavovány. Nejzávažnějším problémem je prostorové přetížení ústavů. Ředitelé hledají různé možnosti přestavby, aby službu přizpůsobili civilizovanějším normám, přičemž narážejí na nedostatek prostředků (Matoušek, 1999).

4 Multidisciplinární spolupráce

V literatuře a odborných člancích se můžeme setkat s různými definicemi. Vágnost pojmu multidisciplinární spolupráce umožňuje definovat svou podstatu ve vztahu k různým cílovým skupinám. MTD spolupráci ve své koncepci využívá např. OSPOD (orgán sociálně právní ochrany dětí), využívá se v péči o duševně nemocné, v oblasti paliativní péče a ve zdravotnictví.

Multidisciplinární znamená více profesní. Členy tvoří pracovníci různých oborů, kteří spolu řeší určitý problém/cíl. Multidisciplinarita v sociálních službách reaguje zejména na zvyšující se nároky na kvalitu poskytované služby vyžadující kvalifikovanou přípravu, zkušenosti a osobní zralost zaměstnanců. Metody sociální práce v sociálních službách se neustále vyvíjejí na základě individuálních potřeb jednotlivců, skupin i společnosti (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020). V zařízeních dlouhodobé péče je podle Z. Kalvach (in Hrdá, 2018, s. 7-9.) důležité usilovat o multidisciplinární přístup. Oblast péče v sociálně-zdravotním pomezí se výrazně proměňuje. Nejen z hlediska organizačního uspořádání, financování, složení klientů a jejich potřeb, ale také z hlediska kvalifikační struktury zaměstnanců, jejich kompetencí a počtu. Sociálně – zdravotní pomezí je charakteristické péčí o lidi s takovou mírou zdravotního postižení, které vede k dlouhodobému nebo trvalému omezení soběstačnosti. *„Nelze nalézt pacienty, u nichž by jejich zdravotní problémy nebyly neoddělitelně provázány se závažnými sociálními souvislostmi a důsledky.“* Z dobře nastaveného týmu mohou těžit všichni členové.

Fungující multidisciplinární přístup usnadňuje spolupráci napříč obory. Klíčovým přínosem MTD týmu je také rozvoj koordinované sociálně – zdravotní péče (Jankovský a kol., 2015). Medicína do jisté míry rozhoduje o životě klienta, a proto má mezi pomáhajícími profesemi nejvyšší status. Je také považována za jednu z nejkonzervativnějších profesí, která má kvůli tradičnímu ústavnictví jako jediná značné bariéry mezi jednotlivými profesemi. Další bariéru ve spolupráci lze vidět i v tom, že zdravotní personál není připravený na zvládání emocí klientů. Je potřeba uvědomit si, že klient má potřeby, které jsou limitované jeho nemocí. Zdravotník jakožto profesionál by měl umět jeho potřebám porozumět (Matoušek, 1999).

Definice a vlastní pojetí

Různé zdroje pro spolupráci využívají různých termínů v závislosti na prostředí, ve kterém se péče odehrává. Můžeme se setkat i s pojmem interdisciplinární spolupráce, v překladu mezioborová. Hrdá (2018) se drží sousloví multidisciplinární tým nebo multidisciplinární spolupráce, které se běžně používají v českém prostředí v domovech pro seniory.

K popisu spolupráce se používá široká škála termínů mezi odborníky a často se také používají ve spojení s pojmem týmová práce. Pojem multidisciplinární znamená ve své podstatě více profesní. Předpokladem MTD spolupráce je vytvoření funkčního týmu odborníků, zapojení klienta, členů jeho rodiny nebo nejbližších osob. Každý jednotlivec má své místo (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020). MTD spoluprací rozumím „*spolupráci všech aktérů/osob, kteří se na řešení situace podílejí.*“ Užívat termín "spolupráce vícero odborných profesí" může z pohledu laiků asociovat nutnost mít nějakou odbornost, znalost či kompetenci. Spolupráce se týká klienta i rodiny, proto se přikláním k užívání termínu "aktéři nebo osoby." Rodina i klienti jsou považováni za odborníky na svůj problém. Nicméně je třeba přiblížit MTD spolupráci jejím příjemcům.

Základním atributem spolupráce mezi členy týmu je kvalitně nastavená komunikace čili předávání informací. Jestliže bude spolupráce úspěšná můžeme hovořit o tzv. "*kruhové podpoře*", kde má každý účastník týmu své místo a složení týmu je pak přizpůsobeno individuálním potřebám jednotlivce (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020).

4.1 Typy a úrovně spolupráce

Týmy bývají nejčastěji sestavovány na základě jasně stanoveného cíle. Mohou působit krátkodobě, dlouhodobě nebo mohou po dosažení cíle spolupráci ukončit. Kunclová a kol. (in Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020, s.125-133) uvádí formy MTD týmech v sociálních službách a rozděluje řízení multidisciplinární sociální práce podle:

- cílů organizace
- poskytované sociální služby
- potřeb a očekávání klienta
- řešeného případu a klíčového pracovníka

Petříčková (2011) definuje 3 základní úrovně MTD spolupráce. Ačkoliv je publikace zaměřená na ochranu dětí a jejich rodin, může být inspirací pro poskytovatele jiných sociálních služeb. První úroveň spočívá v získávání informací o jednotlivých resortech a v podpoře vzájemné informovanosti. Kýženým výsledkem je pak navázaná spolupráce, podpora důvěry mezi aktéry a shoda při definování podmínek spolupráce. Druhou klíčovou úrovní je výměna informací mezi profesionály, zde je kladen důraz na vymezení principů a oblastí spolupráce. Kvalitní nastavení této úrovně je nezbytné pro realizaci další úrovně. Třetí úroveň se zabývá spoluprací při řešení konkrétního problému, která spočívá ve scházení týmu kvůli řešení dané situace.

Principy spolupráce

V této části budu vycházet z článku „*Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě – zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder*“ (Hrdá a Lejsal, 2017). Článek vychází ze zkušeností a uvádí 4 základní principy, včetně návodných otázek a instrukcí. Podotýkám, že na fungování MDT nahlíží manažerskou optikou.

Principy spolupráce MTD týmu jsou rozděleny na princip a) **proaktivita** – sdílená odpovědnost za cíle. Spolupráce v MDT je stavěna na zmocnění členů a potvrzení jejich kompetencí. Zmocňuje členy k tomu, aby sami iniciovali setkání týmu nebo, aby sami vyjádřili potřebu na poradě, a to za přítomnosti vedoucí služby. b) **Věcnost** spočívá v konkrétním a věcném slovním vyjádření. Úspěšná MDT spolupráce je založená na společně sdíleném porozumění u odpovědi na otázku „Co se děje?“ Případně „co se děje jinak, než by mělo?“ Čas, který je věnovaný definování určitého problému přispívá k účinnosti spolupráce. Odpověď na otázku vyžaduje dovednost slovního vyjádření, myšlenky a popsání situace. c) Jednou z instrukcí u principu **dialogu** je vysvětlovat názor věcně, srozumitelně a stručně. Je důležité ověřit si, zda ostatní vyjádření porozuměli. Význam dialogu vychází z uznání možného omylu. d) Princip **efektivita** znamená dělat správné věci s využitím odpovídajících zdrojů. Jedná se o klíčový moment pro vnímání úspěšnosti týmové spolupráce. Přesně sdílitelná představa cíle pomáhá rozhodnout, zda aktuální složení týmu odpovídá povaze daného problému. Řešení je třeba hledat uvnitř týmu, kde problém vzniká. Současně může být na místě podpořit tým v oblasti možného deficitu kompetencí. Zkušenost potvrzuje, že tým potřebuje prostor na řešení problémů ve vlastním fungování (Hrdá a Lejsal, 2017).

4.2 Organizační kultura

Koncept organizační kultury můžeme popsat jako pohled na organizaci, který zároveň umožňuje pochopit její fungování (Schultz, 1995 in Lukášová, 2010, s. 15). Existuje mnoho definic. Některé definice popisují organizační kulturu jako názory, přesvědčení nebo jako základní hodnoty dané organizace. Jednodušeji řečeno, organizační kulturu lze vnímat jako to, co se v organizaci děje (Lukášová, 2010).

Organizační kultura je nepochybně důležitým faktorem ovlivňující fungování týmu. Harrison (1997) rozlišuje typologii, která dělí organizační kulturu do 4 typů. Každý z těchto typů by se měl vázat k určité organizační struktuře. Organizace se v průběhu své existence mění. Harrisonova typologie předkládá vizi stálého světa, ve kterém organizace vlastní jen jednu kulturu sdílenou i zaměstnanci. Skutečná organizace tvoří skupiny, týmy a v každé z těchto složek se rozvíjejí osobité rysy a postupy. Významným hybatelem organizačních změn mohou být právě týmy. Pro efektivní fungování týmu je potřeba mít jasně vymezené úkoly, spolehlivé informace, adekvátní školení, vzdělávání a pravidelnou zpětnou vazbu (Hayes, 2005, s. 66-76). Aby mohl tým fungovat je potřeba rozumět organizační struktuře a svému místu v ní. Musí mít rozdělené kompetence, role a odpovědnosti, mít nastavené kontrolní mechanismy a znát jeho vnitřní hierarchii (Hrdá, 2018).

Organizační kultura není jen o atmosféře mezi pracovníky, jedná se o kulturní atributy přispívající k realizaci cílů. Kultura musí být silná, jednotná a vést k dosažení stanovených cílů, aby naplnila svůj účel. Řada organizací se dostává do potíží, protože nemají zavedený motivační systém. Pokud organizace vytvoří nefunkční pracovní prostředí, tak se nelze divit, že jsou jejich zaměstnanci demotivováni a neaktivní ve své práci. Michael Beer (in Cejthamr, c2010, s. 195-197) zavedl pojem "**organizační fitness**" vyjadřující kapacitu či schopnost firem učit se a provádět změny. Nespočet řídicích pracovníků cítí překážky v dosahování organizační efektivity. Často dochází k tomu, že všichni o dané situaci vědí, ale nikdo o ní nechce mluvit. Tyto překážky se nazývají tzv. "**Silent killers**" (nehluční zabijáci). Patří k nim nejasná strategie, nevhodný řídicí styl, nedostatek řídicích schopností aj. Inspirativní publikací je "*Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*" (Havrdová, 2011). Publikace prezentuje výsledky vlastních empirických výzkumů a přináší stručný přehled jakým lze nahlížet na organizační kulturu v sociálních službách.

5 Multidisciplinární tým

Následující kapitola nastiňuje významné informace o multidisciplinárním týmu. Kapitola se věnuje týmové spolupráci a fázím vývoje, kde pro ilustraci uvádím 5 fází podle Tuckmanova modelu. Dále se dotknu složení týmu v domovech pro seniory a závěr této kapitoly se věnuje klíčovým prvkům spolupráce.

MDT týmy mohou mít mnoho podob. Mohou existovat v rámci jednoho pracoviště složeného z více specialistů jedné profese či specialistů více profesí. Existují faktory, na které je při sestavování týmu potřeba dbát. Mezi vnější faktory patří velikost a složení sestavovaného týmu. Je podstatné, aby každý člen znal svou roli. Vnitřní faktory se zabývají celkovou dynamikou týmu¹. „*Multidisciplinární tým je skupinou odborníků, kteří spolupracují v procesu práce s klientem nebo skupinou klientů.*“ (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020, s.134). Malíková (2020) hovoří o MTD týmu v paliativní péči. V rámci týmové práce si je každý vědom svých povinností a kompetencí. Za důležité pokládá flexibilní a spolehlivou spolupráci všech zainteresovaných pracovníků. Ideálním modelem je fungující spolupráce s rodinou.

Při rozhodování o zřízení jakéhokoliv týmu je potřeba rozhodnout o následujících podmínkách. Jankovský a kol. (2015) uvádí přehled podmínek pro fungování týmu, kam řadí např: poslání a složení týmu, dohodnutí cíle, systém kontroly a hodnocení, motivace a zdůrazňuje také kompetence a odpovědnost jednotlivých členů. Stále hovoříme o překážkách, ale MTD spolupráce má i své přínosy. Týmy jsou důležité, protože poskytují mnoho výhod uživatelům i pracovníkům. Přináší komplexnost a kontinuitu péče, holistický pohled na potřeby uživatele a také vzájemnou podporu a vzdělávání (Mental Health Commission, 2006). Ideální spolupráce je otázkou dlouhodobé a pečlivé práce zaměřené na odstranění bariér, např. v komunikaci, nastolení důvěry a zainteresování relevantních aktérů. Členové týmu by měli být rovnocennými partnery, mít jasně vymezené role a úkoly (Petříčková, 2011).

¹ Skupinovou dynamiku lze chápat jako reakci lidí na vývoj ve skupině. Dynamika vyjadřuje děj či změnu. Jednotlivé fáze mohou u každé skupiny trvat různě (Mohauptová, 2005, s. 51).

5.1 Týmová spolupráce

Ze své podstaty spolupracovat neumíme a musíme se to naučit. To znamená ochotu pracovat na sobě a revidovat zaběhlé postupy, poskytnout a přijímat zpětnou vazbu, být si vědom cíle spolupráce, respektovat a naslouchat názory druhých. Z toho vyplývá, že překážky mohou být na úrovni znalostí i techniky. Spolupracovat znamená převzít odpovědnost za své jednání a vnímat sám sebe jako součást celku (Mohauptová, 2005). Stejně jako řemeslník potřebuje poznat svůj materiál i vedoucí potřebuje v týmu specialisty, kteří mají snahu účinně spolupracovat. Pracovní skupina bývá většinou založena na explicitních (zjevných, přímo vyjádřených) společných úkolech, funkčních vztazích a dočasném trvání. Mezi základní charakteristiky patří mj. např. definované členství, skupinové povědomí (členové se považují za skupinu) a představa o společném úkolu (Adair, 1994).

Bernard Babington Smith (in Adair, 1994, s. 97) popisuje tým jako: „*skupinu v níž mají jednotlivci společný cíl a v níž dovednosti každého člena na sebe vzájemně a plynule navazují stejně jako (...) na sebe navazují jednotlivé části skládačky, které dohromady vytvářejí nějaký vzor.*“ Spolupráce více jedinců v týmu přináší větší výkon, než činí součet výkonů jednotlivců, aktivnější zapojení členů skupiny (účast na rozhodování, podávání návrhů a námětů) a rozvoj schopností jednotlivých členů. Předpokladem úspěchu je správná velikost skupiny, ztotožnění všech členů s cílem i s postupem jeho dosažení, existence vzájemné důvěry a tzv. synergie (zmnožení síly a výkonu).

Hartl (2009, s. 545) definuje spolupráci jako společnou činnost jedinců nebo větších společenstvech na vzájemně stanovených cílech (...), kdy výsledek jednoho je podmíněný i úspěchem druhého. Tým popisuje jako skupinu, která spojuje úsilí o dosažení cíle, např. pracovní tým. Efektivní tým lze definovat jako takový tým, který dosáhne svého cíle nejúčinnějším způsobem a je následně schopný převzít i náročnější úkoly. Jedním z atributů týmové práce je, že se členové vzájemně podporují při vyrovnávání se s náročnými situacemi. Je dokázáno že týmová práce zlepšuje pracovní morálku, snižuje fluktuaci, povzbuzuje lidi k větší profesionalitě a plnému převzetí odpovědnosti (Horváthová, 2008). Každý tým se skládá z několika jednotlivců pracujících na dosažení společného cíle. Týmy mají obrovský potenciál stát se uznávanou základní jednotkou organizace. Cílem je přenést úkoly takovým způsobem, aby byl tým schopen samostatně rozhodovat a nemusel žádat o souhlas vedoucí pozice. H. Nicky (2005) také vymezuje základní rysy dobrého týmu, ohledně těchto rysů panuje v literatuře zabývající se řízením a organizací práce jistý

konsenzus. Dobrý tým vstupuje do pozitivní interakce s nečleny týmu, vytváří pozitivní předpoklady a probíhá v něm jasná komunikace.

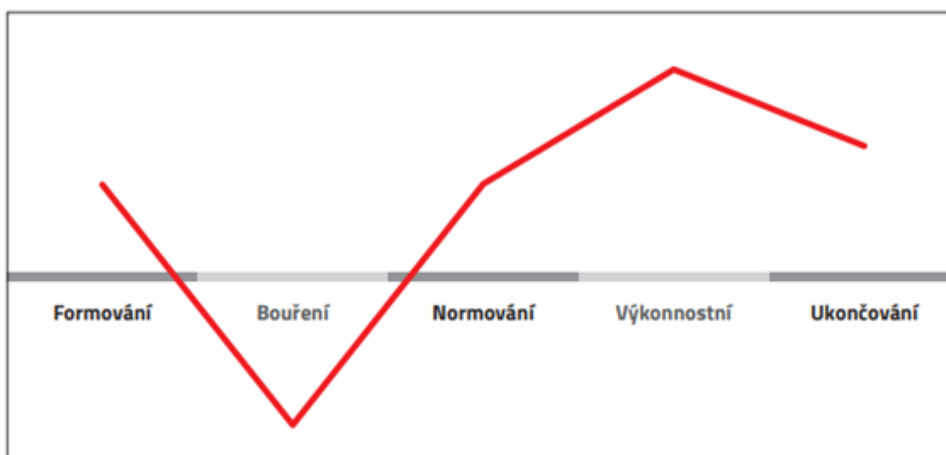
Fáze vývoje

Týmy procházejí určitými vývojovými fázemi. Musí se nejprve zformovat, naučit se společně pracovat a posléze podávat max. výkon. Týmová práce znamená proces, sled jednotlivých fází. Důležitou roli ve všech fázích hraje jeho vedoucí (Payne, 1995). Každý tým prochází několika stádii, které se vyznačují jistými charakteristickými rysy. Pomocí Tuckmanova modelu je možné dosáhnout lepších výsledků v týmu. Doležal (2009) uvádí, že v každé životní fázi je potřeba něco jiného, z čehož vyplývá i změna managementu.

Při nahlížení na dynamiku týmu se nejčastěji přihlíží podle nejuznávanější teorie psychologa Bruce Tuckmana (1956, podle Doležal, 2009, s. 122-23), který rozděluje vývoj skupiny do 5 fází:

1. Formování – Forming: Dochází ke seznámení s členy nebo úkoly. Pro tuto fázi je typické objevování hranic. Členové zjišťují, jaké chování je ve skupině přijatelné na základě reakce ostatních.
2. Bouření – Storming: Označení konfliktu uvnitř skupiny, členové mohou být vůči sobě nepřátelští. Tato fáze se také označuje jako prostředek k vyjádření své individuality. Členové týmu se snaží využít skupinu k prosazení vlastních zájmů a uspokojení osobních potřeb.
3. Normování – Norming: Také jinak rozvoj soudržnosti skupiny. Dochází k přijetí skupiny. Největší prioritou je harmonie. Zefektivňuje se chod týmu, koordinace a kooperace mezi jeho členy.
4. Optimální výkon – Performing: Členové skupiny si osvojili role. V této fázi lze pozorovat konstruktivní pokusy o úspěšné dokončení úkolů. Tým je schopný pracovat i bez svého manažera.
5. Ukončení – Adjourning: K rozchodu týmu dochází po dosažení stanoveného cíle nebo při přeorientování se na jiný úkol. Členové skupiny se uvolňují z vytvořených vazeb.

Obrázek č.2. Výkonnost skupiny ve fázích vývoje dle klasifikace B. Tuckmana:



(Převzato z: Dlouhá a kol., 2011)

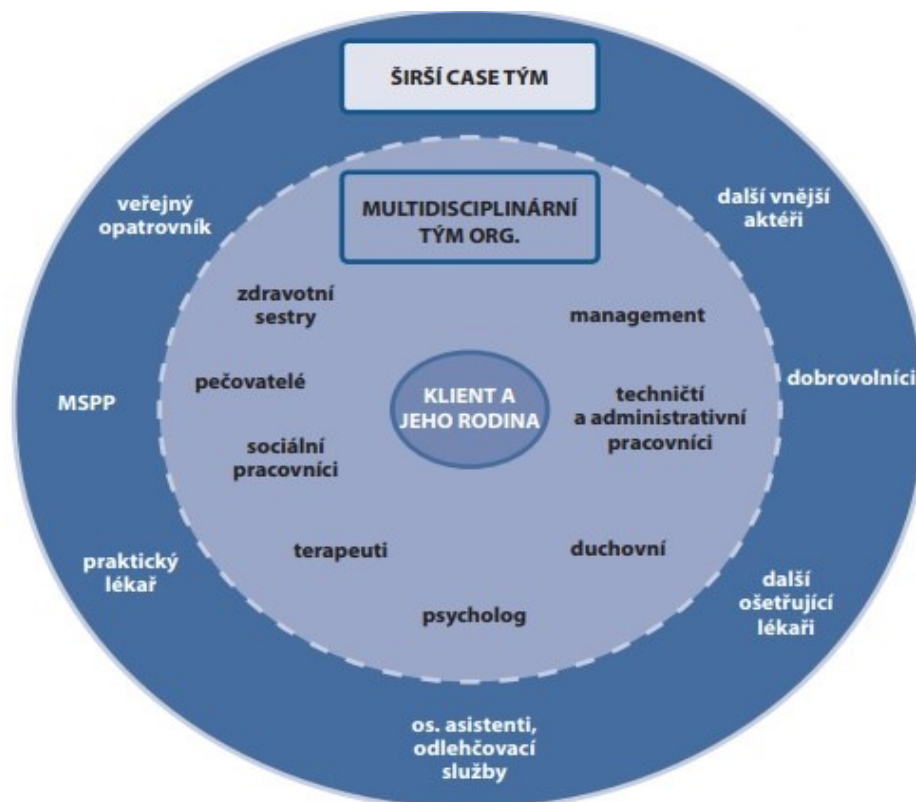
Hrdá (2018) upozorňuje, že v domovech pro seniory není jednoduché dosáhnout optimálního výkonu. Zmiňuje častý boj s fluktuací zaměstnanců zejména na úrovni přímé péče (pečovatelky, zdravotní sestry). Právě mezi těmito profesemi nejčastěji vzniká nepochopení. Může to být dáno různými faktory i jejich kombinací např. osobnostním nesouladem, rozdílem v přístupu k lidem, nedostatkem partnerského nastavení, neefektivní komunikací nebo prostým faktem, že jsou spolu častěji v kontaktu. Faktory jako jsou fluktuace zaměstnanců, kompetence pracovníků, předávání informací a další se budou zabývat v následující kapitole.

5.2 Složení týmu v domovech pro seniory

Složení týmu je přizpůsobeno individuálním potřebám klientů. Členové týmu vykonávají různé pracovní pozice a společně řeší daný úkol (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020). Důležitým prvkem je odborná skladba a sestavení multidisciplinárního týmu s ohledem na znalosti a odbornost jeho členů. Skladba týmu může mít proměnlivý charakter v závislosti na daného klienta nebo zadání (Jankovský a kol., 2015). Ke složení týmu se vyjadřuje řada dalších autorů, např. Marková (2010), podle které péče o seniora vyžaduje komplexní holistické pojetí a dobře zorganizovanou práci. Složení týmu tvoří profese: lékař, zdravotní sestra, pracovníci v sociálních službách a sociální pracovník, nutriční specialista, psycholog, fyzioterapeut a pastorační pracovník. Nedílnou součástí týmu je senior a jeho rodina, popřípadě spolupracující instituce (Hrdá, 2018). Matoušek (1999) popisuje složení pracovníků v ústavním zařízení pro seniory, kde pracuje zdravotní a rehabilitační sestra, sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách (tj.

pečovatelky) včetně externích lékařů a psychologů. Následující obrázek představuje vztah péče zaměřené na člověka a multidisciplinárního týmu.

Obrázek č.3. Znárodnění MTD spolupráce:



(Převzato z Hrdá, 2018, str.21)

5.3 Klíčové prvky spolupráce

V této podkapitole se budu věnovat klíčovým prvkům MTD spolupráce, které uvádí Hrdá (2018) a patří sem: systém předávání informací, struktura MTD týmu, charakteristika členů a práce s kapacitou. Zmíněné klíčové prvky se odráží i ve výzkumné části této diplomové práce.

Systém předávání informací

Základem každé spolupráce je nezbytná, kvalitně nastavená komunikace zahrnující i dostatečně efektivní předávání informací o klientovi a poskytované sociální službě (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020). Tentýž názor sdílí i Havrdová (1999), která považuje komunikaci za základ praktické práce s klientem.

Principy účinné komunikace jsou nám známi už mnoho let s tím rozdílem, že v dnešní době využíváme různé komunikační technologie.

Nelze předpokládat, že všichni pracovníci mají schopnost komunikovat. K předávání informací v MTD týmu se využívá kombinace různých zdrojů zejména telefon, e-mail nebo osobní schůzky. K rozproudění komunikace může napomoc v praxi osvědčený postup, a to sdílení stejných prostor těch profesí, které spolu sdílí nejvíce agend. Například vedoucí zdravotního úseku a sociální pracovník (Hrdá, 2018). Na základě osobní zkušenosti se mi sdílení společného prostoru osvědčilo u zdravotních sester a pracovníků v sociálních službách za podmínky, že je prostor dostatečně vybaven. Dostatečným vybavením mám na mysli dostatek PC k nutným činnostem, jako je zápis individuálních plánů a dostatek místa k odpočinku.

Komunikaci může ovlivnit velikost týmu, přičemž skupiny převyšující 12 osob mají tendenci dělit se do podskupin. Komunikace má zásadní dopad na efektivitu týmu a jeho kohezi. Základem rozvoje komunikace je vůle chtít. Jedná se o naučenou dovednost, kterou lze dále rozvíjet. Ke zlepšení komunikace lze využít různé techniky, např. techniku aktivního naslouchání, vedení dialogu nebo techniku zpětné vazby. Zpětnou vazbu je potřeba umět poskytovat, ale i přijímat. Nelze opomenout komunikaci s rodinou, pozitivním a inspirujícím příkladem je domov pro seniory v Bystřanech. Zde pro tuto oblast vyčlenili pozici asistenta, který klienta provází celým procesem adaptace (Hrdá, 2018).

Struktura MTD týmu

Struktura, tj. rámec podle kterého MTD tým funguje. Důležitými aspekty takové struktury jsou: vyjasnění vzájemného vztahu mezi všemi členy týmu, účelu a podpora od vedení. Podotýkám, že optimální struktura neexistuje. Vždy záleží na konkrétním prostředí, čase a okolnostech, ve kterém se dané zařízení nachází. Kultura organizace stejně jako organizační struktura se mohou stát překážkou i facilitátorem pro uplatnění týmové práce. Jasně rozdělení úkolů jednotlivých úrovní MDT spolupráce napomáhá k řešení situace a zároveň vede ke zmocňování členů a k vymezení jejich odpovědnosti. Rozdělení úkolů se ukazuje jako výhodné zejména v těch případech, kdy se pracovníci angažují ve více multidisciplinárních týmech napříč daného zařízení (Hrdá, 2018). Nejasně nastavená struktura týmu má negativní dopad na práci v týmu, kde je riziko vzniku organizačního

napětí. Každý profesionál má jiné dovednosti a preferuje jiné pracovní postupy. Jedním ze základních kroků při budování týmu je proto vyjasnění rolí a seznámení s náplní práce jednotlivých členů (Jankovský a kol., 2015).

Charakteristika členů MDT

V každé odborné práci je kladen značný důraz na kompetence. Odborník by měl být ve svém oboru plně kompetentní, úzce profilovaný specialista (Jankovský a kol., 2015). Při sestavení multidisciplinárního týmu hraje důležitou roli odborná skladba se zřetelem na znalosti a odbornost jeho členů. Mezi stavební kameny týmu patří asertivní komunikace, aktivní naslouchání a konstruktivní kritika (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020).

Jak už bylo zmíněno MTD tým tvoří odborníci z různých profesí, a právě jejich osobnostní charakteristiky a komunikační dovednosti rozhodují o tom, jak úspěšná bude jejich spolupráce nebo jaká bude atmosféra v týmu. Hrdá (2018, s. 52) uvádí ve stručných bodech jaký by měl člen MDT týmu být. Osobnost člena by měla být:

- Empatická, měl by důvěřovat,
- respektovat sebe i druhé,
- rozumět výhodám MTD týmu a měl by mít chuť v něm pracovat,
- být otevřený spolupráci a chtít sdílet.

Práce s kapacitou

Fluktuace zaměstnanců je jev označující nepoměr v počtu nových a starších zaměstnanců (z hlediska doby působení). Někdy se používá pojem "**začarovaný kruh**" (Bednář, 2018). Poptávka po kvalifikovaných zdravotních sestřách nebo nedostatek pracovníků v sociálních službách není problémem minulých let. S personálním nedostatkem v sociální i zdravotní oblasti se domovy pro seniory potýkají dnes a denně, někteří méně jiní více. Situace je taková, že zaměstnavatelé mají problém obsazovat kvalifikované pracovníky a jsou tak nuceni hledat náhradu. Tím dochází k přetěžování stávajících zaměstnanců.

K přehlcení jednotlivých členů MDT může dojít snadno. Častěji se s tím potkáme u vedoucích pracovníků, kteří se podílejí nejen na přímé péči o klienty, ale i na provozu svého oddělení. Platí přímá úměra – čím výkonnější chtějí pracovníci být, tím více cílů si

kladou. Práce v domovech pro seniory je fyzicky i psychicky náročná. Běžným rizikem v této oblasti je únava v souvislosti s vyšším pracovním nasazením a s tím stoupá i riziko syndromu vyhoření, v krajním případě odchod pracovníků. Vhodným opatřením je nastavení hranic toho, co je možné zvládnout (Hrdá, 2018). Jediným způsobem, jak fluktuaci řešit je ji rozumět. Nejčastějším důvodem odchodu z práce u méně kvalifikovaných lidí je vyšší platové ohodnocení jinde. Příčin je mnoho a je důležité uvědomit si, že příčinou odchodu nemusí být jen ekonomická nebo osobní situace. Příčinou může být i způsob práce se zaměstnanci. Jestliže chceme znát důvod odchodu zaměstnanců musíme se podívat na jejich motivaci a na to, co je v práci drží. Důvodem mohou být finance – základní životní jistota na zabezpečení našich základních potřeb. Poté je to kolektiv nebo lidé, se kterými pracujeme a dále užitek, uspokojení z vykonané práce (Bednář, 2018).

6 Bariéry/ překážky MTD spolupráce

Bariéry MTD spolupráce jsem definovala na základě stěžejní publikace „*Multidisciplinární tým v akci od Karolíny Hrdé*“ (2018). K této problematice se vyjadřují i další níže uvedení autoři. Propojení odborných profesí z různých oblastí se stává nepostradatelnou součástí individuálního přístupu. Nejedna publikace upozorňuje na potřebu věnovat hlubší pozornost překážkám ve fungování MDT týmu.

Hrdá a Lejsal (2017) zmiňují nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí včetně nastavení systému sociálních služeb, které jsou dané platnou legislativou a metodickými pokyny ministerstva. Nicméně nastavení systému zároveň tvoří parametry, které podporují a zároveň i brání nerovnému postavení jednotlivých profesí v sociálních službách. Za významnou překážku považují přetrvávající kompetenční rozdělení oblastí sociální a zdravotní péče a deficit kompetencí u jednotlivých členů. I přes tyto bariéry je možné v řadě pobytových služeb identifikovat prvky nebo alespoň formování MTD spolupráce.

Jak už bylo zmíněno, MTD spolupráci je věnovaná pozornost napříč různými resorty sociální práce, např. Petříčková (2011, s. 13) vydala metodiku spolupráce multidisciplinárního týmu odborníků, která se zaměřuje na poskytování pomoci ohroženým dětem a jejich rodinám. V této metodice vidím paralelu v bariérách ztěžující MTD spolupráci, doplněnou o: **důvěru klienta v organizaci a nedostatečnou důvěru v kompetentnost ostatních členů, konkurenci mezi organizacemi, nevyjasnění rolí a nedostatečnou kooperaci** (podle Hellebrandová, 2006). Právě tato metodika mě inspirovala k zahrnutí těchto překážek do výzkumné části.

6.1 Nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí

Keller (2010, s. 21) konstatuje, že s rostoucí úrovní vzdělání eskaluje rozdíl mezi odměňováním mužů a žen, tzv. příjmová nerovnost. Dále uvádí rozdíly v odměňování různých oborů. „*Někteří vysokoškolsky vzdělaní zaměstnanci jsou platově, i co do podmínek své práce mnohem blíže k lidem s nižším vzděláním než k řídicím pracovníkům.*“ S přechodem poskytování komplexní zdravotně sociální péče vystupují jisté problémy. Rozdílná výše mezd mezi sociálními a zdravotními pracovníky způsobuje problémy v komunikaci, znesnadňuje celkovou spolupráci tolik potřebnou pro nový přístup k zajištění služby (Mátl, c2007).

Náklady na mzdy a platy představují největší podíl na celkových nákladech sociálních služeb. V r. 2019 tvořily až 73% nákladů, za posledních 5 let vzrostly platy a mzdy pracovníků v přímé péči o více jak polovinu – u ostatních pracovníků vzrostly zhruba o 30%. Ke zvýšení platů a mezd došlo především v důsledku vládních rozhodnutí o navyšování tarifů pracovníkům v sociálních službách. Letos byly navýšeny platové tarify v sociální i zdravotní sféře o dalších 10%. Nevyjímaje růst minimální a zaručené mzdy (Analýza financování sociálních služeb, 2019). Pro odměňování pracovníků jsou stanovená jasná pravidla, podle kterých jsou odměňováni. „*Jestliže pracovník vykonává povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 424/2004 Sb., vykonává povolání zdravotnického pracovníka a jako zdravotnický pracovník musí být i odměňován.*“ (Červenková, 2006, s. 60).

6.2 Nastavení systému sociálních služeb

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování služeb má z pohledu státu i z pohledu ostatních subjektů vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším podle Průši (2008) patří:

1. kritéria pro stanovení míry závislosti,
2. struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
3. kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
4. přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních

K jednotlivým faktorům se postupně vyjádřím. Pro lepší orientaci jsou rozděleny do oblastí: příspěvek na péči (*dále jen příspěvek*) a struktura uživatelů, financování a náklady sociálních služeb, poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních a jsou doplněny o prostorové zatížení zařízení, tj. nedostatek lůžek.

Příspěvek na péči a struktura uživatelů v domovech pro seniory:

Příspěvek slouží ke krytí zvýšených životních nákladů v důsledku dlouhodobě snížené soběstačnosti a potřebné péče poskytované druhou fyzickou osobou. Cílem zavedení příspěvku byl přechod od pasivní závislosti k aktivnímu klientství a zvýšení spoluúčasti občana na řešení jeho sociální situace (Průša, 2008, s.15-17). Příspěvek upravuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Příspěvkem se stát podílí na zajištění potřebné sociální

služby. Kritéria nároku se posuzují ve 4 stupních závislosti a hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby (např. péče o domácnost a vlastní osobu, mobilita, komunikace).² Sociální služby jsou využívány především příjemci III. stupně označovaný jako těžká závislost, kdy klient zvládá dva nebo tři úkony a IV. stupně závislosti (žádný až jeden úkon). V roce 2018 pobíralo příspěvek ve III. stupni závislosti přes 84 tisíc příjemců a ve IV. stupni závislosti cca 50 tisíc. Strukturu uživatelů jednotlivých služeb se věnuje Analýza segmentu sociálních služeb (2021). Převážná část klientů (v domovech pro seniory) se skládá z příjemců III. stupně závislosti (65%) a u IV. stupně závislosti hovoříme necelých 20% příjemců (ČSÚ, 2020 podle Analýza segmentu sociálních služeb, 2021, s. 21).

Financování a náklady sociálních služeb:

Financování sociálních služeb je vícezdrojové, to znamená že se na financování podílí více subjektů, seřazeno sestupně: dotace, úhrada klientů, příspěvek na péči, kraje a obce, zdravotní pojištění, evropské a ostatní zdroje. Sociální služby získávají z MPSV necelou polovinu finančních prostředků (Analýza financování sociálních služeb, 2019). Všechny služby by měly být financovány jednotným systémem, dotační řízení neumožňuje pružně reagovat na potřeby dané služby. Kořínková (2008) upozorňuje na situaci, kdy poskytovatel ani uživatel nemají dostatek prostředků na poskytování služby v náležité kvalitě a příspěvek nepokrývá skutečné náklady na službu. Autorka doporučuje poskytování finančních prostředků formou poukázek.

Náklady na sociální služby se liší podle druhu sociální služby nebo kraje. Nerovnoměrný podíl krajů na financování sociálních služeb je patrný i se srovnatelně velkými kraji. Na tyto rozdíly mají vliv další veličiny, a to: velikost služby, cena energií, velikost a stáří nemovitosti, platové a mzdové rozdíly v daném regionu nebo skladba zaměstnanců apod. Dalším determinantem je i cílová skupina. Náklady na sociální službu se podle toho budou lišit, např. domov pro seniory se zaměřením na seniory se stařeckou demencí v porovnání s běžným domovem seniorů (Analýza financování sociálních služeb, 2019). Jako další problém v nastavení systému sociálních služeb je uvedena i chybějící definice ošetrovatelské péče v sociálních službách.

² Seznam základních životních potřeb definuje příloha č. 1 vyhlášky 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

U některých činností chybí přesné rozlišení, zda jde o službu zdravotní nebo sociální. Ve většině domovů pro seniory dochází k přeřazení některých zdravotních pracovníků na pozici pracovníka v sociálních službách (Červenková, 2006).

Poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních pro seniory:

Maximální výše úhrad v domově pro seniory má nastavenou denní sazbu za ubytování (210,- Kč).³ Je důležité zmínit **tzv. úhradovou vyhlášku**, která je součástí systému veřejného zdravotního pojištění. Vyhláška stanovuje limit zdravotních úkonů, které zdravotní pojišťovna uhradí. To v praxi vypadá tak, že zařízení vynakládá finanční prostředky na zdravotní pomůcky nad rámec vykonaných zdravotních úkonů.⁴

Prostorové přetížení – nedostatek lůžek

Domovy pro seniory jsou nejvíce zastoupenou pobytovou sociální službou s kapacitou přes 36 tis. lůžek. V celostátním průměru na každé jednotlivé lůžko čeká jeden další uchazeč. Nedostatek „sociálních“ lůžek v domovech pro seniory je ještě prohlubován tím, že chybějí i příslušná lůžka ošetrovatelské a následné péče v resortu zdravotnictví (Analýza financování sociálních služeb, 2019). Nejzávažnějším problémem ústavních zařízení je podle Matouška (1999) prostorové přetížení. V prostorách určené pro dva jsou 4 postele, s touto situací se můžeme setkat i v některých domovech pro seniory. Zvyšující se věk klientů a náročnost jejich onemocnění mají dopad na kapacitu domovů pro seniory. Analýza segmentu sociálních služeb (2021) do budoucna předpokládá transformaci domovů seniorů na domovy seniorů se zvláštním režimem.

Podle doporučení standardů kvality sociálních služeb pro domovy pro seniory ČR (*Dále jen doporučený standard kvality*) by v zařízení měly být max. 2lůžkové pokoje (2015, s. 6). Problém tkví v tom, že mnohá zařízení nemají možnost své prostory rozšířit nebo snížit kapacitu klientů.

³ Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení podle zákona o sociálních službách č. 505/2006 Sb., část druhá, §15 odst.2.

⁴ Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021, č. 428/2020 Sb.

6.3 Kompetenční rozdělení oblastí zdravotní a sociální péče

Pojem kompetence pochází z latinského výrazu "**competens**" v překladu náležitý, vhodný. V kontextu práva se kompetencí rozumí schopnost chápat a jednat rozumně. Americký slovník sociální práce (in Havrdová, 1999, s. 41) ji popisuje jako schopnost naplnit požadavky povolání, tzv. být způsobilý. Můžeme se setkat s různými aspekty a projevy profesionální kompetence, tzn. jak se realizují v praxi v konkrétních situacích. Významným prvkem je přístup k učení. Mezi projevy nebo aspekty profesionální kompetence patří:

- Schopnost účinně komunikovat,
- schopnost orientace v klientových potřebách a možnostech,
- vymezení oblasti spolupráce,
- pomáhat k soběstačnosti klienta čili rozpoznat jeho silné stránky,
- odborně růst aj.

„Praxe je vnímaná jako diferenciatní zkušenost, kterou není snadné detailně popsat. Je však zcela jasné, že je nenahraditelným zdrojem učení“ (tamtéž).

Zdravotní i sociální oblast mají rozdílné vize a cíle. Pracovník v sociálních službách vykonává přímou obslužnou péči, která spočívá v nácvičce jednoduchých denních činností: pomoc při osobní hygieně a oblékání, podpora soběstačnosti, uspokojování psychosociálních potřeb atd. (Červenková, 2006). Z toho vyplývá, že pracovník v sociálních službách sleduje zejména oblast sociální – zajištění základních životních potřeb v péči o vlastní osobu a prostředí. Zatímco cílem zdravotního pracovníka je sledování a udržení zdravotního stavu.

6.4 Deficit kompetencí u pracovníků

V předchozí podkapitole jsme si vysvětlili, co termín kompetence znamená, dotkli jsme se profesionální kompetence toho a náplně práce pracovníků. Zde se dotknu odborné způsobilosti jako nutného předpokladu pro výkon profese ve zdravotní nebo sociální oblasti.

Podle Havrdové (1999) hraje vzdělání klíčovou roli při formování profesní role. Předpoklady pro výkon povolání v sociálních službách upravuje zákon o sociálních službách (č.108/2006, Sb., § 116). Zákon definuje podmínky výkonu činnosti, které jsou v některých podmínkách totožné jak pro pracovníky v sociálních službách, tak i pro zdravotní pracovníky (svěprávnost, bezúhonnost a zdravotní způsobilost). Odlišné nároky klade na

úroveň odborné způsobilosti v těchto profesích. Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách je základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Přičemž podmínku absolvování kvalifikačního kurzu je nutné splnit do 18 měsíců od dne nástupu do zaměstnání. Zaměstnavatel je dále povinen zabezpečit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin/rok, kterými si pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Na základě osobní zkušenosti je kvalifikační kurz nedostačující. Uvědomuji si, že důležitým atributem je také osobnostní nastavení člověka, motivace k práci a výběr už tak velmi žádaného, ne vždy dostupného personálu. Vráťím se zpět k odborné způsobilosti zdravotních pracovníků. Zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních definuje podmínky získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče. Zákon klade důraz na celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků. Pro dosažení odborné způsobilosti je nutné dosáhnout minimálně tříletého bakalářského studijního oboru u všeobecné sestry (§5, odst.1) a střední zdravotnické školy u praktické sestry (§21b).⁵

Multidisciplinární spolupráce je vnímaná jako zásadní faktor, který se může promítat do poskytované péče o seniory. Množství zdrojů věnující se MTD spolupráci zcela nepokrývá všechna témata, které se k této problematice mohou vztahovat. Situace na zdravotně-sociálním pomezí se významně proměňuje. Z těchto důvodů jsem se při analýze zdrojů zaměřila na multidisciplinární spolupráci v oblasti pobytových sociálních služeb pro seniory. Mým záměrem bylo udržet pozornost u příbuzných témat jako jsou např.: týmová práce nebo spolupráce mezi aktéry podílející se na péči o seniory (rodina, zdravotní sestry, lékaři atd.). Na základě prostudované odborné literatury stále selháváme v navázání MTD sociální práce na přirozenou komunitu a širší odbornou veřejnost. Praxe v této oblasti funguje ojedinele nebo zaostává. Celkově chybí dostatečné propojení systému sociálních služeb. Ze získaných informací vyplývá potřeba hloubkové analýzy MTD spolupráce na sociálně-zdravotním pomezí.

⁵ Odbornou způsobilost činnosti zdravotního pracovníka zvláště upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

7 Empirická část

Empirická část této diplomové práce se zaměřuje na bariéry multidisciplinární spolupráce v domovech pro seniory. Tato kapitola popisuje metodologii výzkumu, cíle, kritéria výběru, výzkumnou metodu a způsob zpracování dat kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Analýza a shrnutí výsledků se nachází v další kapitole.

7.1 Metodologie výzkumu

Pro účely své diplomové práce jsem si zvolila výzkum smíšeného designu. Kvantitativní výzkum tvoří dotazníkové šetření. Tuto metodu jsem zvolila kvůli velkému rozsahu výzkumného souboru a vzhledem k aktuální situaci v období COVID-19. Dotazník byl určen pro pracovníky domova seniorů v oblasti sociální a zdravotní péče, včetně managementu. Data z dotazníkového šetření byla sesbírána elektronicky prostřednictvím platformy Survio (www.survio.cz). Dotazník byl rozeslán prostřednictvím webového odkazu v e-mailu, ve kterém byli respondenti požádáni o součinnost v rámci přeposlání dotazníku jejich kolegům (pracovníkům v sociálních službách, zdravotním sestřám a externím lékařům). Sběr dat probíhal **od 4. února – do 7. března** (30-31 dní na vyplnění). Dotazníkové šetření mělo funkci pilotního výzkumu na základě, kterého jsem následně realizovala kvalitativní metodu výzkumu.

Kvalitativní výzkum se skládá z polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti byli osloveni prostřednictvím e-mailu a telefonu v **období květen–červenec**. Rozhovory probíhaly online – formou skype, zoom, google meets a v případě technických problémů po telefonu. Respondenti byli na začátku rozhovoru obeznámeni s nahráváním a udělili souhlas se zpracováním dat pro účely této diplomové práce. V úvodu jsem respondenty uvedla do problematiky a seznámila je s tématem MTD spolupráce. Rozhovory trvaly v průměru 30-60 minut, probíhaly na základě předchozí domluvy. Obě výzkumné metody byly dobrovolné a anonymní.

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit s jakými bariérami se pracovníci potýkají a identifikovat nové, doposud nezjištěné bariéry multidisciplinární spolupráce. Dalším cílem bylo zjistit, jakým způsobem lze vytvořit vhodné podmínky pro fungování MTD týmů v domovech pro seniory nebo jak jejich fungování podpořit. V rámci výzkumu jsem se zaměřila na spolupráci mezi

jednotlivými profesemi a aspekty, které ji mohou ovlivňovat. Respondenti měli možnost se volně vyjádřit.

K výzkumu jsem stanovila následující výzkumné otázky:

- V jakých oblastech se nejčastěji projevují problémy při spolupráci?
- Které překážky pracovníci považují za důležité?
- Jaké jsou návrhy pracovníků na zlepšení spolupráce?
- Do jaké míry může pracoviště dané překážky změnit?

Výzkumný soubor:

Respondenty jsem vybírala podle níže popsaných kritérií. Oslovila jsem ředitele zařízení, zástupce ředitele, vrchní sestry, zdravotní sestry, vedoucí sociálního i zdravotního úseku, sociální pracovníky a aktivizační pracovníky.

Kritéria výběru:

Výzkum se zaměřoval na domovy pro seniory ve **Středočeském kraji**. Mezi kritéria výběru patřil i **druh zřizovatele**, zaměřila jsem se na veřejné zřizovatele (kraj, obec nebo příspěvkové organizace). Dalším kritériem byla **kapacita/velikost zařízení** do výše 100 klientů nebo lůžek. Některé domovy pro seniory poskytují i jiné sociální služby, na které se výzkum nezaměřoval. Posledním kritériem byly informace o **pracovní skupině** na webových stránkách zařízení. Tato informace nebyla směrodatná, pracovní skupina může v domově fungovat, aniž by to zařízení veřejně sdílelo.

Podle registrů sociálních služeb jsem si vytvořila seznam zařízení, která splňují zmíněná kritéria, tzn. **38 zařízení – 72 respondentů**. V rámci kvantitativního výzkumu jsem oslovila všechny respondenty a u kvalitativního výzkumu jsem oslovila respondenty více profesí z vybraných zařízení, tak aby nebyl výběr respondentů příliš homogenní.

7.2 Kvantitativní část – dotazníkové šetření

Výzkumná metoda

Výzkumnou metodu tvoří dotazníkové šetření, které se skládá z 24 otázek. Z toho 11 uzavřených, 9 otevřených otázek, 3 hodnotící otázky Likertovy škály a 1 otázka na seřazení podle důležitosti. Otázky č. 18, 21-24 byly nepovinné. U některých otázek byla možnost více odpovědí, bylo možné zvolit odpověď **jiná**. Otevřené otázky jsem zvolila z důvodu získání cenných dat potřebné pro další část výzkumu. Dotazník přikládám jako přílohu č. 1 této diplomové práce.

Zpracování dat

Pro přehlednější zpracování dat jsem otázky dotazníkového šetření rozdělila do 4 základních oblastí:

- Demografické údaje a pracovní zařazení (otázky č. 1-4)
- Systém předávání informací, komunikace (otázky č. 5-10)
- Vnitřní nastavení organizace – role managementu (otázky č. 11-16)
- Týmová spolupráce (otázky č. 17-24)

Výsledky uzavřených a hodnotících otázek jsou přeneseny do grafu nebo slovně popsány. Odpovědi otevřených otázek jsem si přepsala a hledala jsem v nich shodné nebo související kódy. Kódy vytvořily jednotný celek, které jsem zanesla do frekvenčních tabulek.

7.3 Kvalitativní část – Rozhovory

Výzkumná metoda

Zvolila jsem formu polostrukturovaného rozhovoru. Na základě analýzy dotazníkového šetření jsem definovala otázky rozhovoru, které jsem rozdělila do základních kategorií:

- Identifikační údaje a pracovní zařazení respondentů,
- složení týmu čili z jakých profesí se skládá a s kým respondenti spolupracují,
- role v týmu,
- spokojenost s komunikací v týmu,
- pocíťovaná podpora od vedení a v týmu,
- bariéry multidisciplinární spolupráce (blíže popsáné v teoretické části),

- komentáře k překážkám, se kterými se respondenti při spolupráci potýkají a nebyly sděleny v průběhu rozhovoru nebo jiná sdělení vztahující se k tématu,
- hodnocení spolupráce s externím lékařem.

Zpracování dat

Pro zpracování dat jsem zvolila přepis a kódování rozhovorů. Následující kapitola se bude věnovat jednotlivým kategoriím a bude doprovázená komentáři nebo odborným textem. Výsledky budu prezentovat deskriptivně čili v psané formě, pro ilustraci a přehlednost využiji grafická znázornění. Otázky k rozhovoru přikládám jako přílohu č. 2 této diplomové práce.

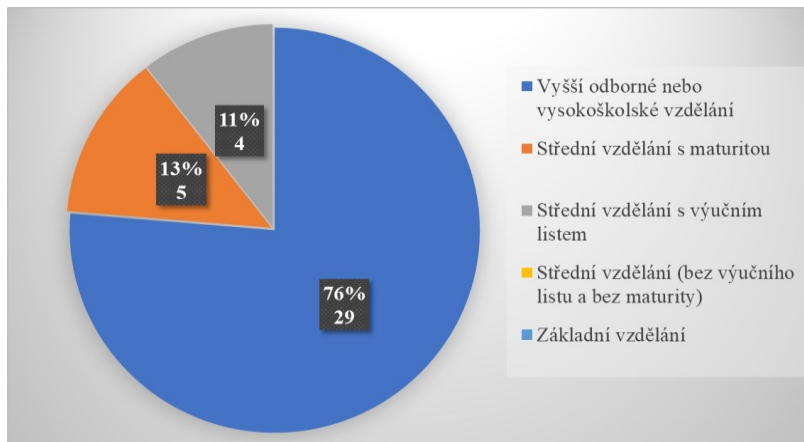
8 Analýza výsledků – Dotazníkové šetření

V této kapitole se budu zabývat vyhodnocením výsledků dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů. V rámci dotazníkového šetření jsem získala celkem **38** (n) dotazníků z celkového počtu **72 oslovených** respondentů. Respondenti se k dotazníku dostali přes webový odkaz přiložený v e-mailu. **Návratnost** dotazníků byla lehce nadpoloviční. Respondenti měli možnost zvolit jednu a více odpovědí, z toho důvodu může být **celkový počet odpovědí vyšší**. Odpovědi trvaly v rozmezí 10-30 min. Jsem si vědoma časovou náročností dotazníku kvůli množství otevřených otázek. Webový odkaz dotazníku navštívilo 106 osob, úspěšnost vyplnění je cca 36%. Dotazníkové šetření vyhodnocuji ve stejném pořadí, v jakém byly položeny otázky.

Pohlaví respondentů:

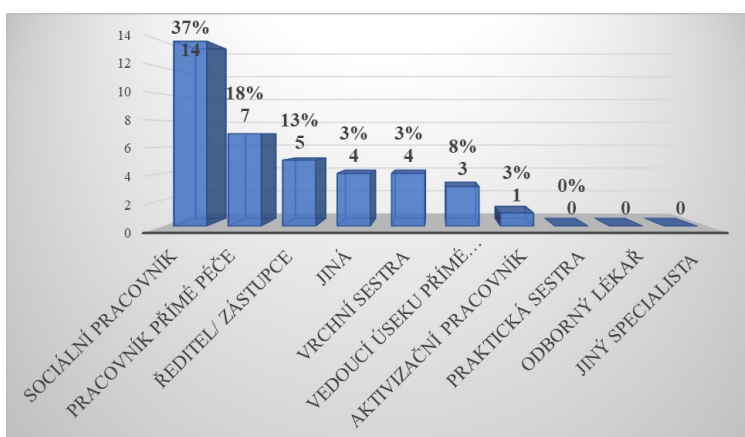
Dotazníky byly vyplněny s naprostou převahou ženami (celkem 32) a 4 muži. Výsledek je zcela očekávatelný vzhledem k typu práce. Je obecně známo, že ženy více inklinují k sociálním činnostem.

Graf č.I. Nejvyšší dosažené vzdělání:



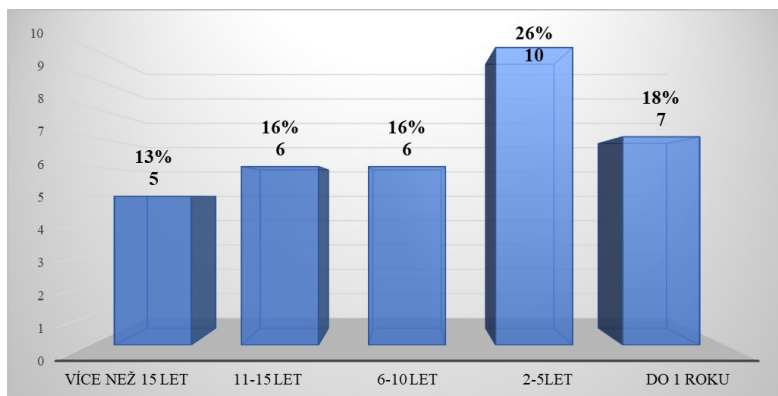
Výsledky výzkumu ukázaly, že vzdělání na základní a střední úrovni (bez maturity a výučního listu) mělo nulové zastoupení. Příčinou je převaha pracovních pozic s podmínkou odborné způsobilosti. Z grafu vyplývá, že převažují respondenti s **vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním**, které v největším zastoupení odpovídá pracovní pozici sociálního pracovníka, poté ředitel/ zástupce a vedoucí sociálního nebo zdravotního úseku.

Graf č.II. Pracovní zařazení respondentů:



Dotazníkového šetření se zúčastnili primárně sociální pracovníci a pracovníci přímé péče. Tato skutečnost může být dána tím, že kontakt na sociálního pracovníka byl k dispozici téměř na všech webových stránkách daného zařízení. Kategorie **jiná** na základě zpětných vazeb od respondentů zahrnovala jiné zařazení zdravotního pracovníka (např: zdravotní sestra, všeobecná sestra). Dotazníkového šetření se nezúčastnili praktické sestry, odborní lékaři ani jiní specialisté (např. psycholog, psychiatr).

Graf č.III. Délka působení na pracovní pozici:

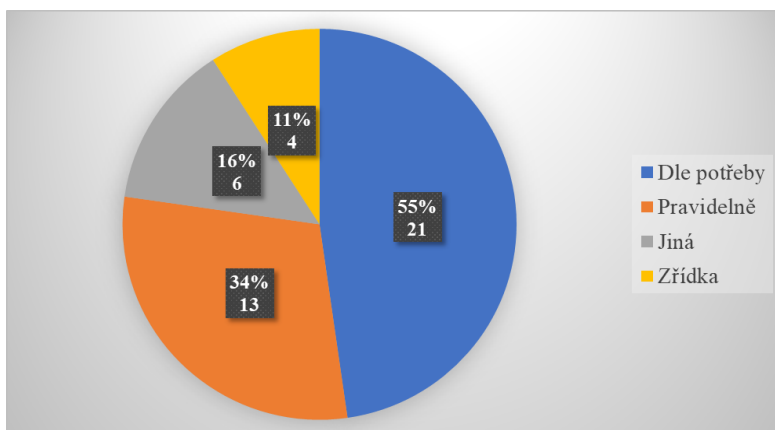


Respondenti na své pracovní pozici působí nejčastěji v rozmezí 2-5 let a do 1 roku. Jedná se zejména o sociální pracovníky a vrchní sestry. Odpověď nezařazeno znamená, že respondenti nedefinovali žádné časové rozhraní a jsou pro bližší analýzu nespecifikovatelné (odpovědi typu: Jsem tu krátce nebo dlouho).

Způsob předávání informací:

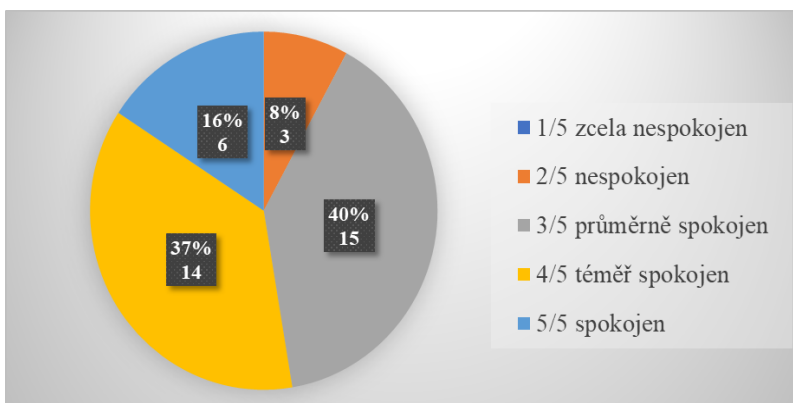
K předávání informací dochází kombinací **ústní a písemné formy** v literatuře je tato kombinace doporučovaná. Nejnižší počet odpovědí zaznamenala písemná forma a kategorie **jiná**. Na tuto kategorii se blíže zaměří kvalitativní část výzkumu.

Graf č.IV. Četnost pracovních porad v týmu:



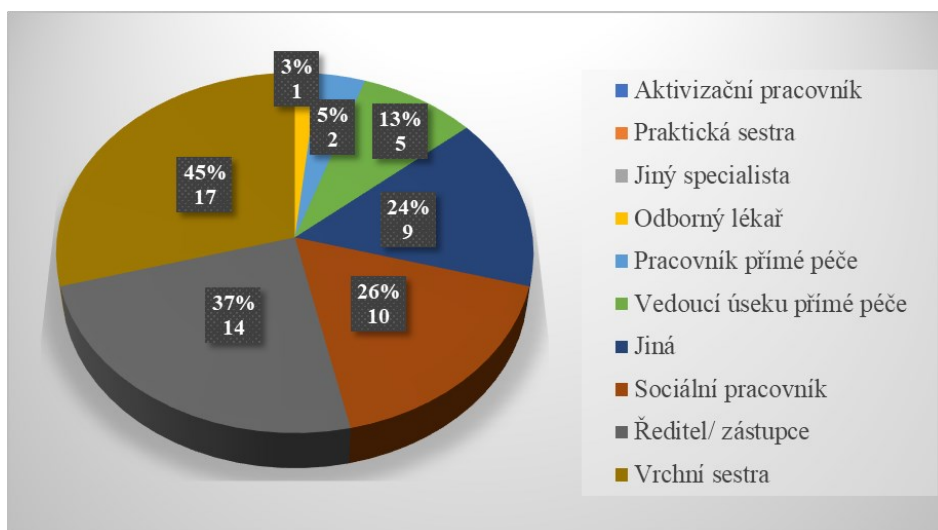
Jak je vidět z grafu, četnost pracovních porad v týmu byla nejvíce hodnocena **dle potřeby**. Kategorie **pravidelně** byla označena časovým rozmezím - **1/měsíc** a kategorie **zřídka 1/za půl roku**. Z toho lze usuzovat, že přenos a sdílení potřebných informací mezi jednotlivými profesemi není zcela dostačující.

Graf č.V. Spokojenost s komunikací v týmu:



Hodnocení spokojenosti bylo na stupnici od 1-5, kde 1 je **nejnižší** možná spokojenost a 5 **nejvyšší** možná spokojenost. Komunikace v týmu byla nejčastěji hodnocena mezi **průměrem a téměř spokojen**. Žádný z respondentů nehodnotí spokojenost na škále 1/5 - zcela nespokojen. Výsledky výzkumu zde doslova souhlasí s teoretickou částí, ve které jsou komunikace a předávání informací považovány za jedny z klíčových prvků MTD spolupráce.

Graf č.VI. Kontaktní osoba při konfliktu/sporu:



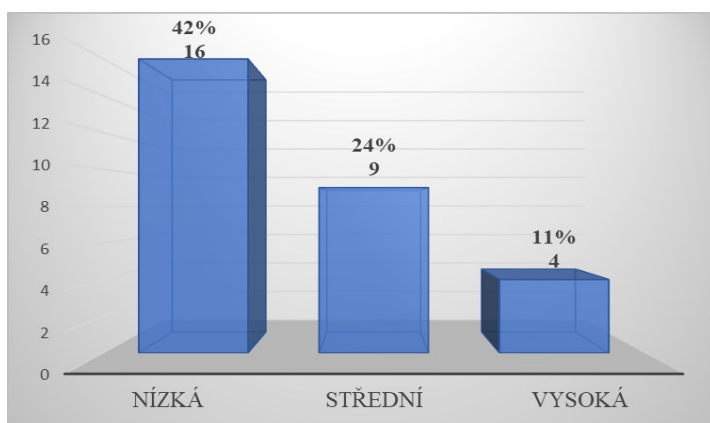
Z dotazníkového šetření vyplývá, že respondenti se při řešení problémové situace nejčastěji obrací na vrchní sestru a ředitele. Kategorie **jiná** může znamenat kolegu nebo jiného člena týmu, který nebyl ve výběru. Nikdo z respondentů by se neobrátil na jiného specialistu (např. psycholog nebo psychiatr), praktickou sestru nebo aktivizačního pracovníka.

Tabulka č.I. Důvod výběru kontaktní osoby:

Nejčastější odpovědi - kategorie	Počet	Počet v %
Je to nadřízený, na kterého je spolehnutí	10	26%
Kompetence daného pracovníka - komunikace a spolupráce	9	24%
Důvěra	8	21%
Podle druhu sporu	4	11%
Má zkušenosti/znalosti	3	8%
Je objektivní	2	5%
Můžu ho/ji požádat o radu, podpora	2	5%
Celkem	38	100%

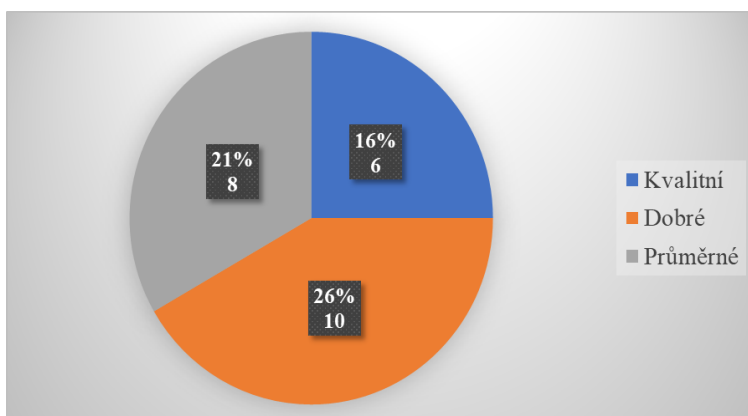
Respondenti si vybírají kontaktní osobu podle pracovní pozice, např. nadřízený, na kterého se mohou spolehnout. Poté při výběru převažuje kompetence pracovníka, např. schopnost komunikace a spolupráce. Významným faktorem je také důvěra. U této otázky byly některé odpovědi rozděleny do více kategorií.

Graf č.VII. Četnost fluktuace pracovníků:



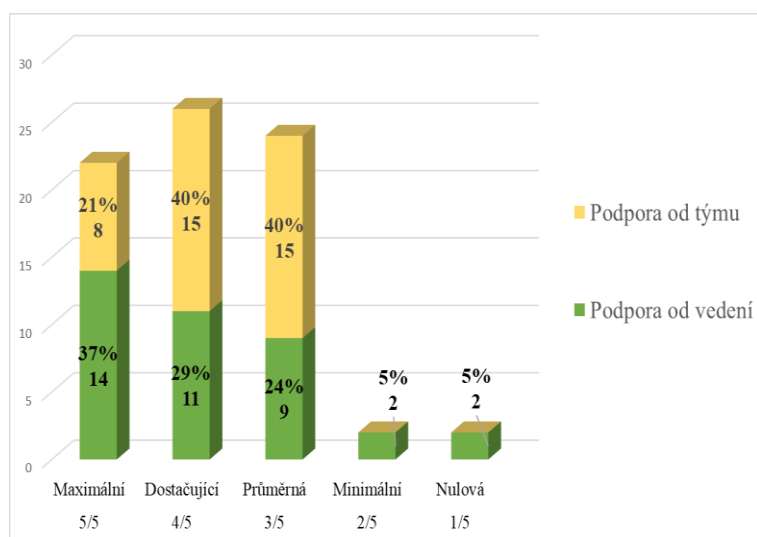
Získané odpovědi jsem rozdělila podle četnosti na nízká, střední a vysoká fluktuace. Do nízké kategorie jsem zařadila odchod pracovníků v rozmezí 1-2 krát za rok. Do kategorie střední četnosti jsem zařadila 2 až 4 osoby/rok. Vysoká četnost fluktuace obsahuje 5–10 osob/rok. Ve výzkumu se prokázaly nejasné odpovědi. Celkem 5 respondentů uvedlo, že k fluktuaci vůbec nedochází.

Graf č.VIII. Hodnocení respondentů k poskytovanému školení:



Z výsledků vyplývá, že respondenti nejčastěji hodnotili poskytované školení jako dobré a nejméně jako kvalitní. Dost často se objevovaly nejasné odpovědi typu: „školení odpovídá cílům zařízení nebo školení plní svůj účel apod.“

Graf č.IX. Porovnání pocíťované podpory respondentů v týmu a od vedení:



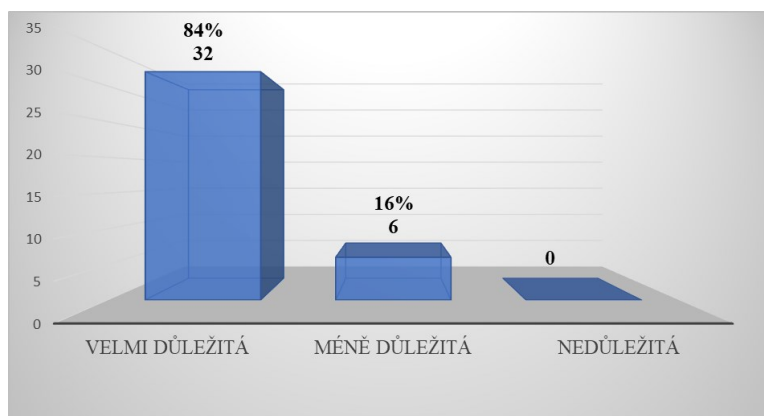
Respondenti hodnotili podporu na škále od 1-5. Kde 1 je nejnižší možná podpora a 5 nejvyšší možná podpora. Graf porovnává, jak respondenti hodnotí podporu v týmu a od vedení. Podpora v týmu se pohybuje mezi průměrem – maximem. Podpora od vedení pokrývá celou škálu hodnocení, od minimální – po maximální míru podpory. V obou kategoriích je podpora hodnocená nejvíce jako průměrná a dostačující.

Tabulka č.II. Význam role managementu:

Nejčastější odpovědi - kategorie	Počet	Počet v %
Zachování chodu organizace, vede zařízení	9	23%
Nezařazeno	7	18%
Koordinace	6	16%
Podpora - motivace zaměstnanců	6	16%
Natavení činností a kontrola	5	13%
Stmelování kolektivu	4	11%
Nevím	1	3%
Celkem	38	100%

Role managementu je pro respondenty významná z důvodu zachování chodu organizace a jeho vedení. Kategorie neřazeno zahrnuje blíže nspecifikovatelné nebo jednoslovní odpovědi (např. směr, cíl, soudržnost). Poté je významná koordinace a podpora. Kategorie stmelování kolektivu zaznamenala nejnižší počet odpovědí.

Graf č.X. Hodnocení důležitosti role managementu:



Z dotazníkové šetření vyplývá velmi vysoké hodnocení důležitosti managementu. Patrná kauzalita se odráží v otázce "důvod výběru kontaktní osoby při konfliktu" (tabulka č.1), kde respondenti odkazují zejména na roli vedení jako na zdroj spolehlivosti a kompetencí.

Existence pracovní skupiny:

Přítomnost/existenci pracovní skupiny uvádí 29 z 38 (n) respondentů. Je nutné podotknout, že pod pracovní skupinou si každý může představit něco jiného nebo zařízení nevykazuje charakteristické znaky pracovní skupiny – viz níže komentáře respondentů.

Povědomí o MTD spolupráci:

Nadpoloviční většina respondentů zná termín MTD spolupráce (33 odpovědí). Z výsledků vyplývá, že respondenti mají nějaké základní know-how.

Tabulka č.III. Vlastní pojetí MTD spolupráce:

Nejčastější odpovědi - kategorie	Počet	Počet v %
Jiný popis spolupráce	10	26%
Spolupráce odborníků	7	18%
Spolupráce mezi úseky	7	18%
Spolupráce mnoha oborů - profesí	5	13%
Nezařazeno	4	11%
Lidé podílející se na řešení problémů v zájmu klienta	3	8%
Spolupráce v týmu	2	5%
Celkem	38	100%

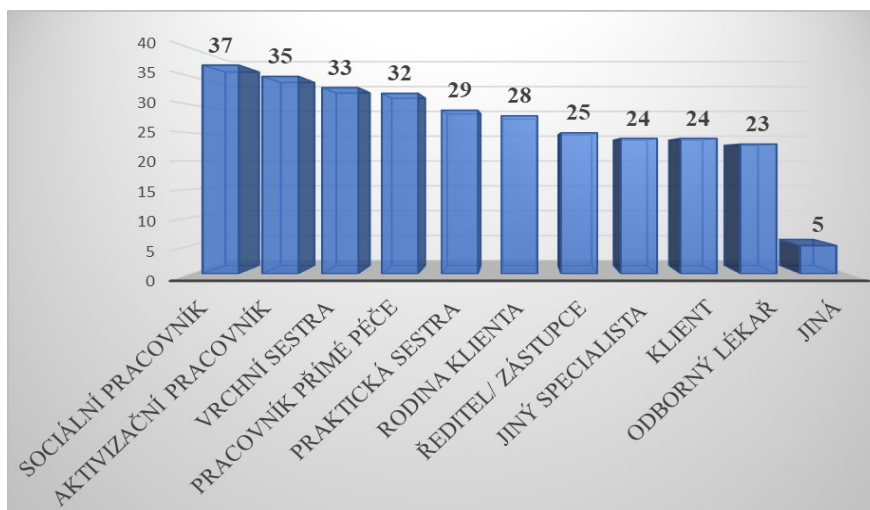
Tabulka představuje výsledky toho, co si respondenti představují pod pojmem MTD spolupráce. Téměř všechny odpovědi se shodly v tom, že se jedná o jistý druh spolupráce. Kategorie **jiný popis** zahrnuje odpovědi typu: *komunikace, soudržnost týmu aj.* Tato otázka

nebyla povinná a některé odpovědi spadaly do více kategorií. Další odpovědi nebyly přiřazené kvůli jejich nízké četnosti: „*interní tým plus další osoby činné v kazuistice (úřad práce, lékař, sociální pracovník ORP), komunikace a soudržnost.*“

Vymezení odpovědnosti za jednotlivé úkony ve standardech kvality sociálních služeb nebo v jiných interních dokumentech:

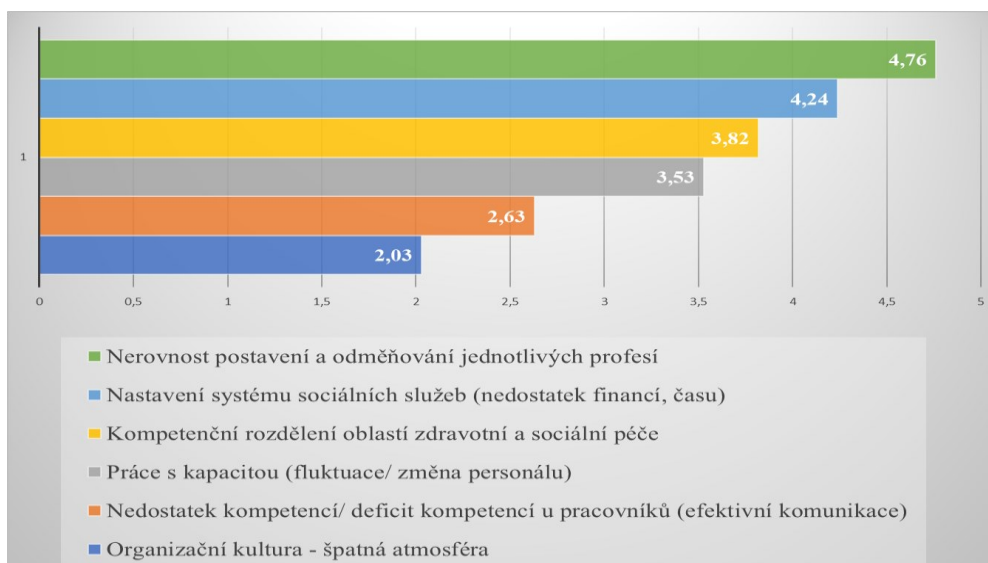
Otázka se může zdát triviální. Ve standardech kvality sociálních služeb je odpovědnost vymezena např. v procedurální části (ochrana práv uživatelů, plánování a průběhu služby). Respondenti v nadpoloviční většině souhlasili (33). Mým záměrem bylo zjistit, kolik respondentů nemá možnost seznámit se s odpovědností za své úkony.

Graf č.XI. Složení MTD týmu:



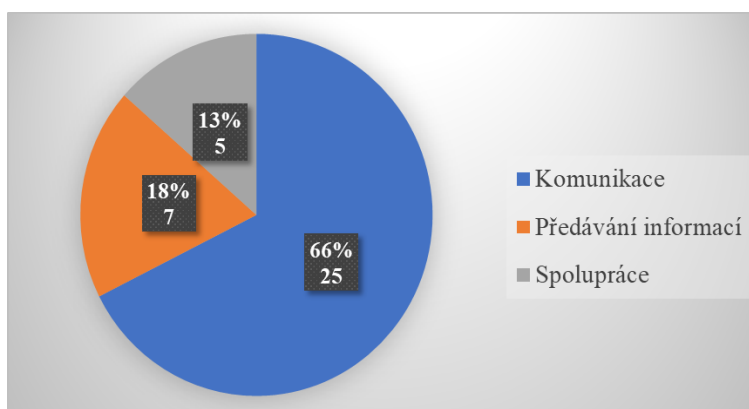
Otázka umožňovala více odpovědí. Jak jste si mohli povšimnout, tak nejčastěji je za součást MTD týmu zvolen sociální pracovník (97%) a ostatní pracovníci v úzké spolupráci. Nižší počet odpovědí lze vidět u klienta včetně jeho rodiny. Lékaři a jiní specialisté do zařízení dochází, možná proto nejsou považováni za členy v týmu v takové míře.

Graf č.XII. Oblasti ovlivňující spolupráci seřazeny podle důležitosti:



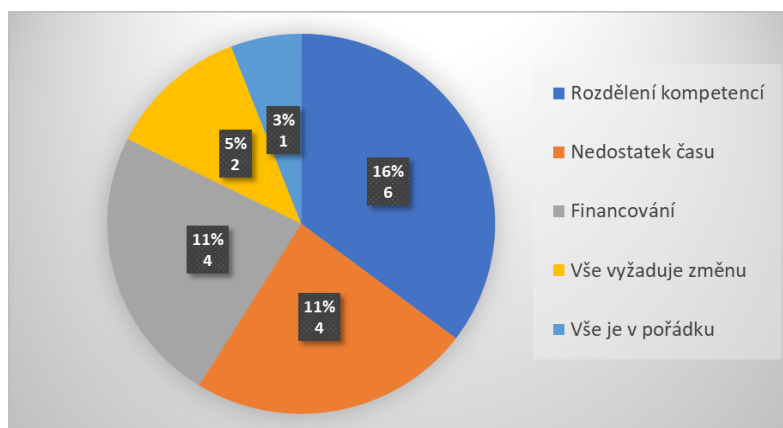
Zde respondenti seřazovali jednotlivé oblasti ovlivňující spolupráci podle toho, jak důležité pro ně jsou. Nejdůležitější je nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí a nastavení systému. Nejméně důležitou oblastí je organizační kultura.

Graf č.XIII. Pozitivně hodnocené oblasti spolupráce v týmu:



Nejpozitivněji je hodnocena komunikace, předávání informací a spolupráce. Předávání informací a komunikace jsou klíčovými prvky multidisciplinární spolupráce. Všechny tyto oblasti jsou v teoretické části blíže popsány. Otázka nebyla povinná, někteří respondenti neuvedli odpověď.

Graf č.XIV. Oblasti spolupráce vyžadující změnu:



Změnu vyžaduje především rozdělení kompetencí jednotlivých profesí, na což narážela i teoretická část. Významnou překážku tvoří nedostatek času a způsob financování. Těmto oblastem se bude podrobněji věnovat další výzkumná část (viz podkapitola 8.1). Zanedbatelná část respondentů je toho názoru, že je vše v pořádku.

Komentáře a sdělení respondentů:

Z této kategorie jsem zvolila 4 z 20 odpovědí. Doslovně cituji nejzásadnější a nejvýznamnější reakce respondentů. Nejběžnější odpovědí bylo konstatování, že není co dodat.

„Tento dotazník bude obtížně vyplňovat pracovník přímé péče vyššího věku (nad 50 let).“

„Problematika multidisciplinární spolupráce je závislá na odbornosti a zkušenosti členů MDT.“

„Součinnost všech pracovníků týmu je zásadní. Významnou roli hraje vzdělání a osobnostní předpoklady pro práci se seniory, a především se seniory se syndromem demence.“

„U otázky č. 16 odpovídám záporně, protože nevykazujeme charakteristické znaky pracovní skupiny.“

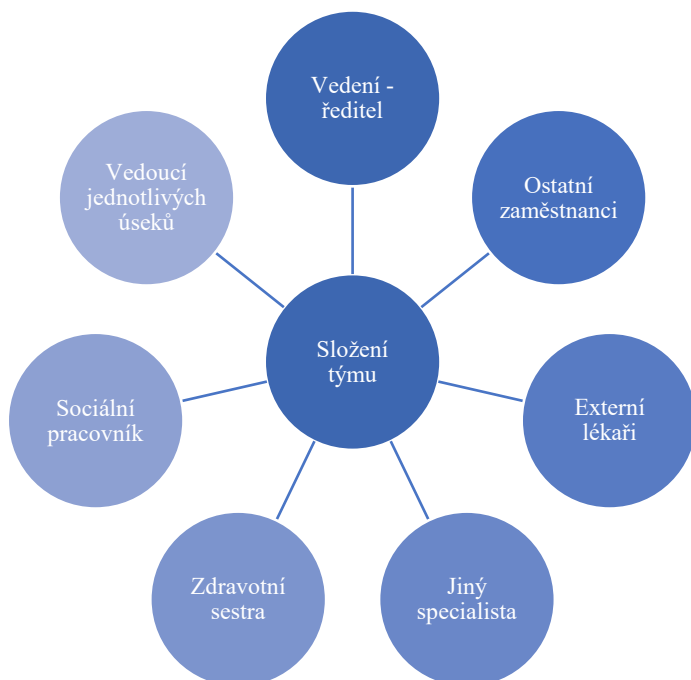
8.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ – ROZHOVORY

Polostrukturované rozhovory byly realizovány v 5 různých zařízeních, v zastoupení pracovních pozic: 2 ředitelé, vrchní sestra, vedoucí sociálního úseku, sociální pracovník, sociální pracovník a zároveň vedoucí sociálního úseku (1 osoba). Podotýkám, že dvě zařízení poskytují kromě domova pro seniory další sociální služby, na které jsme se v průběhu rozhovoru nezaměřovali. Rozhovoru se zúčastnilo **6 respondentů** jak z oblasti managementu, tak ze sociální i zdravotní oblasti. Mým záměrem bylo pokrýt všechny profese.

Složení týmu:

Respondenti jmenovali téměř všechny profese, které v zařízení pracují např. údržbář, uklízečky aj., protože se bez nich neobejdou. Nicméně se shodli na tom, že účastníky týmu tvoří nejbližší osoby, se kterými jsou v úzkém kontaktu viz *obrázek níže*. Vrchní sestra zmiňovala primárně spolupráci s ostatními lékaři a s rodinou v rámci zajištění zdravotní péče o klienta. Organizační strukturu můžeme podle respondentů rozdělit do dvou základních modelů. První model je rozdělený na sociální a zdravotní úsek, u kterých jsou dva různé vedoucí. Vrchní sestra pro zdravotní personál a vedoucí sociálního úseku pro pracovníky v sociálních službách. U jednoho z respondentů funguje druhý model, kde oba úseky spadají pod vrchní sestru. Respondenti do týmu příliš nezahrnovali klienta a jeho rodinu, respektive je zmiňovali v průběhu diskuse při konkrétních situacích.

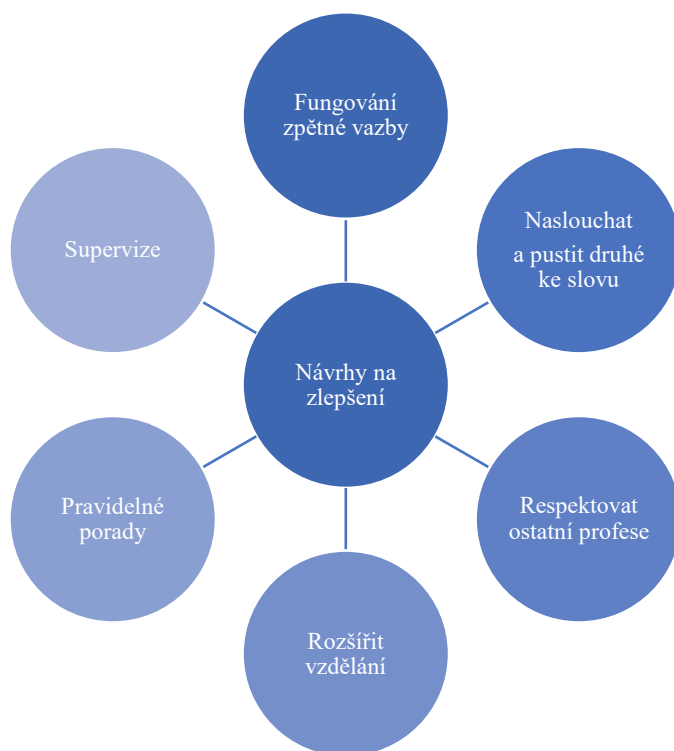
Obrázek č.4. Grafické znázornění složení týmu:



Spokojenost s komunikací v týmu:

Podle respondentů je komunikace vždy problémová. S komunikací je spokojen pouze jeden respondent, který je součástí malého zařízení. Respondenti v praxi narážejí na nerespektování jednotlivých profesí, kdy dochází k tomu, že si každý dělá to své. Podle Wilsona (2000) vzájemné porozumění mezi profesemi podporuje dobré fungování týmu.⁶ Komunikace vázne zejména mezi sociálním, zdravotním úsekem a managementem. Zásadní vliv na přenos informací má rozvržení pracovní doby čili směnnost, změna pracovníků po 12h. Předávání informací probíhá ústní i písemnou formou, ale psaná forma se ne vždy dostane ke všem. Zpětná vazba je pro respondenty velmi důležitá, to potvrzuje i následující citace: „bez zpětné vazby není funkční komunikace reálná.“

Obrázek č.5. Grafické znázornění návrhů na zlepšení komunikace v týmu:



Role v týmu:

Ředitelé jsou ti, co by měli udávat směr a mají roli manažerskou, kontrolní a schvalovací. Jejich úkolem je zajistit chod organizace finančně i ve vztahu k zaměstnancům, kde působí jako tzv. "odvolávací instance" v případě problémů. **Vrchní sestra** pokládá za svou roli

⁶ Jako další faktory podporující spolupráci v týmu uvádí: institucionální podporu, jasnost rolí a komunikaci, zajištění odborné přípravy a postoje členů k týmům (Wilson, 2000, s. 2).

organizaci práce zdravotního a sociálního úseku. Její role je tedy organizační a kontrolní. Podotýká, že jejím cílem je zajistit, aby klient měl adekvátní péči, nebyl dehydratovaný nebo nespokojený. **Vedoucí sociálního úseku** charakterizuje svou roli slovy: „*funguji jako styčný důstojník mezi jednotlivými odděleními.*“ **Sociální pracovník** popisuje svou roli jako klíčovou, kdy může komunikovat a propojovat jednotlivé sféry. **Sociální pracovník a vedoucí sociálního úseku** se ve svých rolích shodují. Působí jako mediátoři, tj. *"most mezi profesemi"* a jedním z jejich cílů je snižovat konflikty v týmu. Je patrné, že role jednotlivých profesí se liší podle jejich kompetencí.

Podpora v rámci týmu a vedení:

Respondenti **postrádají podporu v rámci týmu** při přenosu informací, kdy informace např. o stavu klienta nejsou včas předány. Podporu v týmu postrádají také v situacích, kdy se nedosáhne vytyčeného cíle. Někteří respondenti **postrádají podporu od vedení** nebo ji nepostrádají ani v jedné oblasti. Jeden z respondentů využívá své zkušenosti ze zahraničí a snaží se, aby pracovníci přebírali rozhodnutí za své a nebrali rozhodnutí jako příkaz, který by je demotivoval.

Respondent popisuje podporu od vedení: „*vedení naslouchá, poskytuje zpětnou vazbu, dokáže učinit různé rozhodnutí ve chvíli, kdy je sociální pracovník příliš empatický. V případě problému se svého týmu zastane a vyslechne všechny strany.*“ Největší podporu respondenti pocítují ve chvíli, kdy vidí výsledky svého úsilí.

Nerovné postavení a odměňování jednotlivých profesí:

Respondenti odkazují na tzv. **platové tabulky**. Platová třída se určuje podle náročnosti vykonávané práce a platový stupeň se určuje podle započitatelné praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání.⁷ Respondent uvádí nerovnost na příkladě, kdy pracovník pečuje o klienty 20 let a nemá šanci dostat se na tentýž plat jako čerstvě vystudovaná zdravotní sestra. Tento nepoměr považuje za neadekvátní. Další respondent hodnotí nerovné odměňování na základě bodového systému pro kariérní postup nebo rozdílných odměn.

⁷ Porovnej s platovými tabulkami dostupné na: [Platové tabulky 2021 – Ošetřovatelství.info](http://Platove_tabulky_2021_-_Osetrovatelstvi.info) (osetrovatelstvi.info)

Respondenti dále zmiňují nerovné finanční ohodnocení zdravotních sester a sociálních pracovníků, rozdíly hodnotí jako markantní. Tomu oponují další respondenti, opodstatňují svá tvrzení úrovní dosaženého vzdělání potřebné pro výkon zdravotních sester. Vysvětlují rozdíly ve finančním ohodnocení tím, že zdravotní sestry přebírají větší zodpovědnost. Respondent uvádí nerovnost odměňování na příkladu odměn zdravotních sester za COVID-19. Porovnává situaci v domovech pro seniory a v nemocnicích s nepřetržitou lékařskou péčí, zatímco v domově pro seniory nesou zodpovědnost za zdravotní stav klientů pouze zdravotní sestry.

Obrázek č.6. Grafické znázornění příkladů nerovného postavení a odměňování:



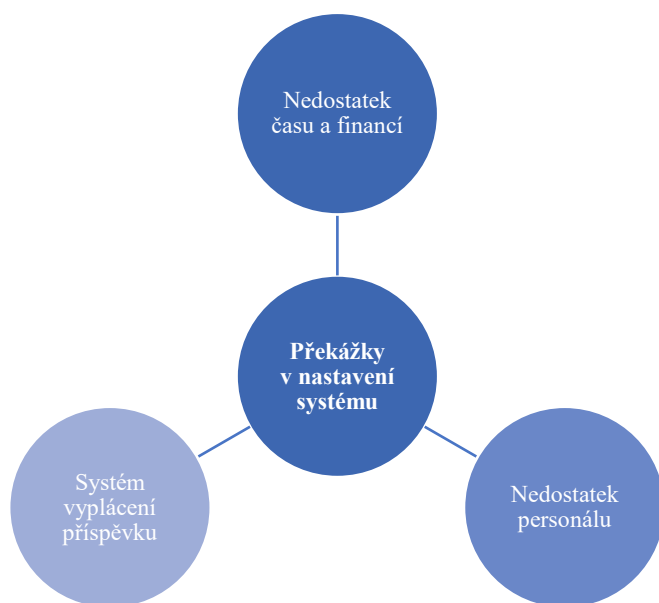
Nastavení systému sociálních služeb:

Respondenti uvádí často nedostatek financí a času na práci s klientem nebo nízký koeficient pracovníků v zařízení (na počet klientů).⁸ Jako další uvádí nedostatek zdravotnického personálu a trvale i nedostatek personálu v kuchyni. „*Platové ohodnocení kuchařek je v domovech pro seniory jiné než v mateřské škole.*“ Podle respondentů si nerozumí sociálně-zdravotní oblast, vidí zde střet odlišných zájmů. Další bariéru shledávají v množství administrativních úkonů, protože se některé dablují a ve způsobu vyplácení příspěvku na péči.⁹ Výplata příspěvku na péči je po dobu trvání hospitalizace pozastavena, dokud se nedoloží její ukončení. „*Když je klient v nemocnici nebo zemře, tak se mu to vrací, nesplňuje to podstatu vyplácení.*“

⁸ Koeficient pracovníků by neměl být vyšší než 3,3. Počet pracovníků se odvíjí od počtu uživatelů (Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, 2015, s.19).

⁹ Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006, Sb. a vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

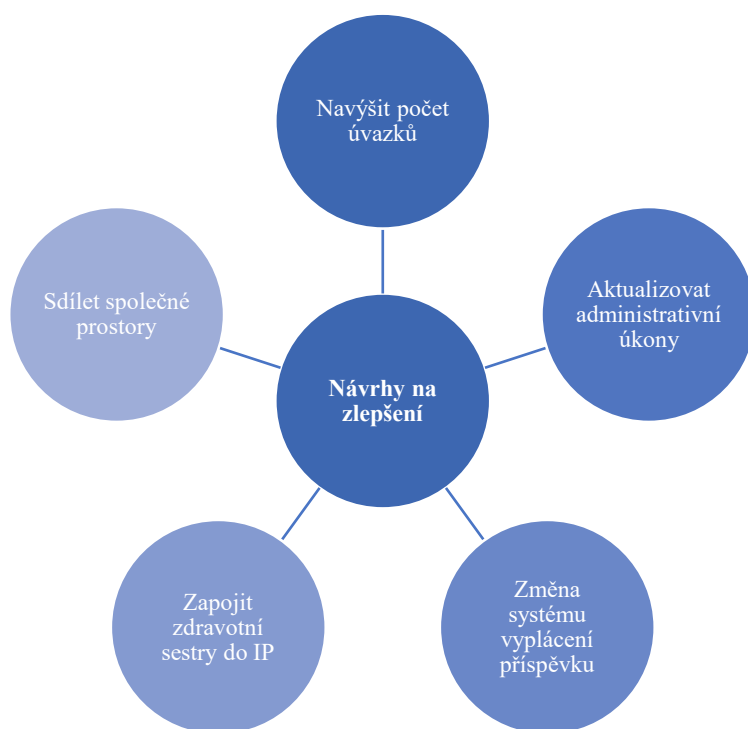
Obrázek č.7. Grafické znázornění překážek v nastavení systému:



Kompetenční rozdělení

Kompetenční rozdělení je podle respondentů způsobeno úrovní dosaženého vzdělání. Respondenti uvádějí, že spory vznikají právě kvůli rozdílným kompetencím zdravotních sester a pracovníků v sociálních službách, což podle nich vychází z rozdílných představ v péči o klienta. Sociální oblast je zaměřena na potřeby, pocity klienta a zdravotní pracovník sleduje ošetření klienta a jeho zdravotní stav. Východiskem je podle respondentů spolupráce obou oblastí. K tomu se vyjadřuje vedoucí sociálního úseku, která si představuje *tzv. prolnutí* zdravotní a sociální péče. Citují: „*U člověka je potřeba sociální stránka, aby byl čistý, ale má také zdravotní problémy.*“ Respondenti opět narážejí na nastavení systému, zmiňují časovou dotaci zdravotních sester a uvádí, že se obtížně zapojují do individuálního plánování klienta (*dále jen IP*). Respondenti navrhnou, aby spolu obě profese sdílely společných prostor, protože se vše vyřeší přímo. V opačném případě dochází k tomu, že pracovníci podají stížnost svým vedoucím a ti to řeší mezi sebou.

Obrázek č.8. Grafické znázornění návrhu na zlepšení:

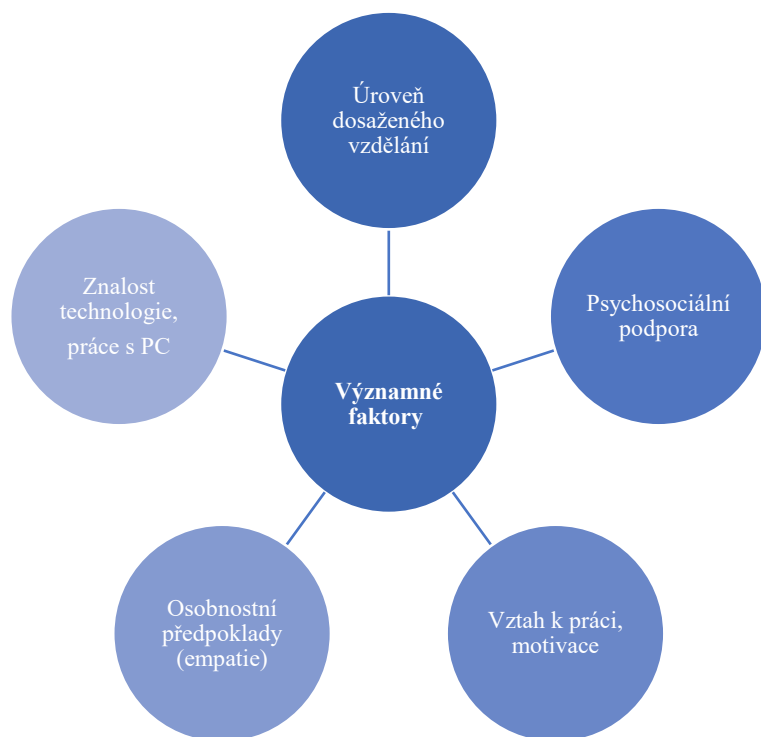


Deficit kompetencí

Důležitým aspektem je empatie, kterou nelze naučit kurzem. „*Nejde jen o to zaplnit místo, ale aby byl člověk vůbec platný a nepřišel si to jen odbyt.*“ Respondenti zaznamenali u svých zaměstnanců nedostatek znalostí pro práci na počítači. Programy musí být „*uživatelsky přívětivé*“. U klientů může dojít ke změně chování v důsledku stařecké demence a je potřeba tyto změny rozpoznat. Podle respondentů pracovníci v sociálních službách postrádají znalosti ze zdravotní oblasti a apelují na rozšíření znalostí i v oblasti práce s PC.

Grafické znázornění ukazuje oblasti, které ovlivňují nedostatek kompetencí u jednotlivých pracovníků. Jednou z nich jsou osobní problémy, na které se supervize nezaměřuje. Z výzkumu vyšlo, že je dobré poskytovat zaměstnancům **psychosociální podporu**.

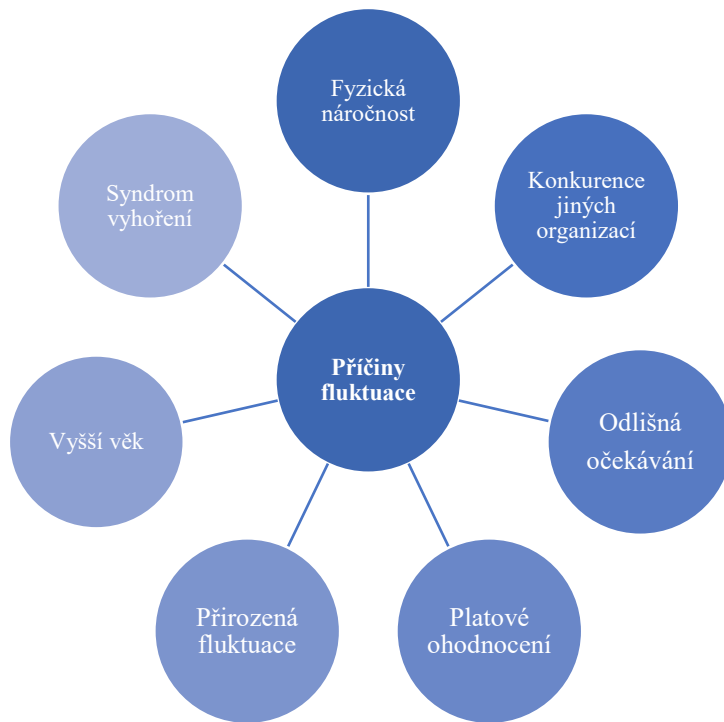
Obrázek č.9. Grafické znázornění faktorů ovlivňující nedostatek kompetencí:



Fluktuace zaměstnanců

Fluktuaci ovlivňuje okolí zařízení a prostředí, ve kterém se nachází. Respondenti zmiňovali konkurenci firem a soukromých sociálních služeb, které nabízejí lepší platové ohodnocení. Další z možností, jak fluktuaci snížit je podle respondentů péče o zaměstnance: naslouchat jim, vytvořit vhodné prostředí, dostatečně je zaučit, tzv. "opečovatelský" management a uznání neboli prestiž profese. „*Za řešení by se platilo zlatem.*“ Důležitost péče o týmy uvádí i výzkum Mental Health Commission (2006). Níže uvádím příčiny fluktuace, přirozenou fluktuací byla myšlena např. změna bydliště.

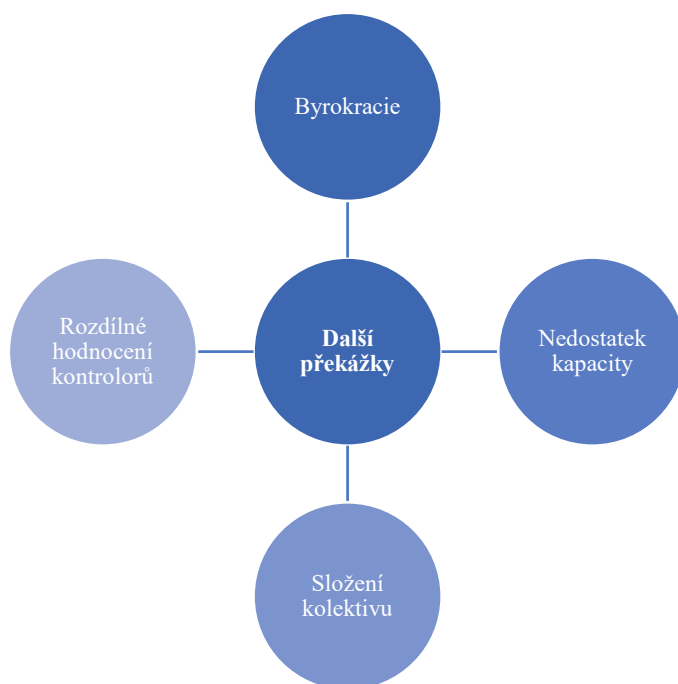
Obrázek č.10. Grafické znázornění příčin fluktuace pracovníků:



Další překážky:

Respondent vyprávěl o hygienické kontrole a úpravě koupelny pro klienty. Zásadní problém je v tom, že spousta věcí je nastavená podle kritérií tzv. na papíře, ale v praxi jsou tyto požadavky nereálné nebo neadekvátní vzhledem k potřebám klientů a možnostem zaměstnanců. Zastává názor, že je nutné, aby si to každý nejprve prakticky ověřil. Např. sednout si do křesla a zkusit si, zda opravdu uvidí do zrcadla. Tento problém byl v průběhu výzkumu zmiňován častěji. Respondenti se k dalším překážkám více nevyjadřovali, ale vyzdvihovali **osobnost pracovníka a jeho odbornost**. U kolektivu někteří respondenti vidí problém v tom, že se jedná převážně o ženské kolektivy a vznikají zde tzv. „žabomyší války.“ Nicméně někteří jsou v opozici, problém podle nich tkví v osobnostním nastavení člověka.

Obrázek č.11. Grafické znázornění dalších překážek:



Spolupráce s externím lékařem:

Spolupráci s lékaři respondenti hodnotí jako dobrou a funkční. Uvádějí, že spolupracují i s jinými specialisty např. urolog, psycholog a psychiatr, nutriční specialista aj. Jediná výtku padla na to, že lékař nemůže být osobně přítomný u řešení daného případu, protože do zařízení dochází minimálně 1krát týdně. S lékaři byl nespokojen pouze jeden respondent, spolupráci uvádí jako problémovou a zmiňuje agenturní lékaře: „*Nikdo pořádně nezná klienta, ani jeden z těch agenturních doktorů většinou nemá přehled o tom, že by prošel celou tu anamnézu toho klienta.*“

Na závěr:

Respondent přirovnává MTD spolupráci k manželství, cituji: „*musíte si najít ty pravý a musí to fungovat. Musíte pečovat o ten tým, nejdůležitější je nastavení týmu a respekt.*“ Z výzkumu vyplývá, že je důležité věnovat péči nejen klientům a jejich rodinám, ale i zaměstnancům. Je potřeba pečovat o nově příchozí, adekvátně je zaučít a poskytnout jim podporu a nedílnou součástí je také péče o stálé zaměstnance. Je nutné brát v potaz vliv osobních problémů na pracovní výkon.

Shrnutí výsledků

Na dotazníkové šetření odpovídaly zejména ženy s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, to odpovídá i největšímu zastoupení respondentů na pozici sociální pracovník. Přibližná délka působení na pracovní pozici byla v rozmezí 2-5 let. Dotazníkového šetření se nezúčastnili externí lékaři a jiní specialisté. Sociální pracovník, vrchní sestra a aktivizační pracovník byli nejčastěji považováni za členy týmu. Analýza rozhovorů ukázala odlišné vnímání toho, kdo patří do týmu. Respondenti do týmu zařazovali i ostatní zaměstnance (údržba, kuchyně, prádelna).

Informace jsou podle vyjádření respondentů předávány kombinací písemné a ústní formy. Pracovní porady se konají nepravidelně, dle potřeby. Spokojenost s komunikací byla hodnocena průměrně, přičemž komunikace byla hodnocena jako pozitivní oblast spolupráce. Naproti tomu druhá výzkumná část prokázala nespokojenost s komunikací v týmu. Respondenti při rozhovoru uvedli problém s přenosem informací. Kontaktní osobou při řešení sporů byla nejčastěji zvolená vrchní sestra a poté ředitel. Tyto osoby byly vybrány kvůli jejich vedoucí pozici. Podpora od vedení byla hodnocena na maximální míře, zatímco podpora v týmu byla hodnocena průměrně. Role managementu je vnímaná jako velmi důležitá, zejména v zachování chodu organizace a v motivaci zaměstnanců.

Poskytované školení respondenti hodnotili slovy dobré a dostačující. K fluktuaci pracovníků dochází nejčastěji 1-2krát za rok především v úseku přímé péče. Téměř všichni respondenti uvedli, že mají ve svých dokumentech pokyny k vymezení odpovědnosti. Role respondentů se odvíjí od jejich profese. Nadpoloviční většina respondentů uvádí, že má zvolenou pracovní skupinu. Téměř všichni uvedli že vědí, co MTD spolupráce znamená a shodují se v tom, co si pod pojmem představují. Nejčastěji se objevoval pojem spolupráce. Lze identifikovat alespoň základní znalosti v této oblasti.

Spolupráci ovlivňuje zejména nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí. Respondenti nepovažují organizační kulturu za významnou překážku, zatímco oblast kompetenčního rozdělení vyžaduje změnu. Jako příčinu uváděli směnnost a vztah mezi sociálním a zdravotním úsekem. Respondenti popsali podrobněji překážky v jednotlivých oblastech spolupráce. Analýza výzkumu přinesla nové poznatky a návrhy na řešení. Podrobněji v diskusi.

9 Diskuse

Teoretická část postupuje od obecných informací ke konkrétním a poskytuje základní zmapování dané oblasti. Snažila jsem se přiblížit téma i čtenářům, kteří se s ním blíže neseťkali. Dokumenty zabývající se stárnutím společnosti zdůrazňují klíčovou roli různých aktérů a vyzdvihují komplexní přístup. Publikace uvedené v teoretické části nasvědčují o tom, že multidisciplinární spolupráce v domovech pro seniory není tak rozšířená. Výzkumy zaměřené na toto téma se věnují zejména zdravotní oblasti. V tom je přínos mé práce, která přináší ucelený pohled na MTD spolupráci v domovech pro seniory a cenné poznatky o bariérách spolupráce, se kterými se pracovníci v týmu potýkají.

Předpokladem vytvoření funkčního týmu odborníků je zapojení členů rodiny, nejbližších osob a klienta (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020). V tomhle ohledu výzkum ukázal, že klient a jeho rodina nejsou zcela považováni za členy týmu. Osobnostní charakteristiky a komunikační dovednosti rozhodují o tom, jak úspěšná spolupráce bude (Hrdá, 2018). S tím se shodují i výsledky výzkumu. Významnou roli hraje osobnost člověka a jeho motivace k práci. Empirická část prokázala nutnost spolupráce a komunikace mezi zaměstnanci a vedením. Teoretická část odkazuje na kvalitně nastavenou komunikaci a předávání informací jakožto jedny z klíčových prvků spolupráce mezi členy týmu. U formy předávání informací bylo mým cílem zjistit, jaké jiné formy respondenti využívají, cíl byl neúspěšný. Analýza výsledků prokázala nepravidelnost pracovních porad a průměrnou spokojenost s komunikací v týmu. Kvalitně nastavená komunikace je považována za základ spolupráce mezi členy (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020). Z výzkumu vyplývá, že komunikace často vázne mezi sociálním a zdravotním úsekem. Řešením by mohlo být sdílení společných prostor. Podobné řešení se už v praxi osvědčilo (Hrdá, 2018).

MTD spolupráci prokazatelně ovlivňuje fluktuace pracovníků. K příčinám fluktuace se řadí psychická a fyzická náročnost práce, riziko syndromu vyhoření a vyšší finanční ohodnocení v jiném zařízení. Stejně příčiny uvádí Bednář (2018). Výsledky výzkumu prokázaly další příčinu jako je konkurence ostatních organizací, kterou zmiňuje i Petříčková (2011). Empirická část zjistila zásadní bariéry v multidisciplinární spolupráci. Problémy při spolupráci se nejvíce objevují v oblasti přenosu informací a nastavení systému. Tím se potvrzuje můj předpoklad. Jako základní překážku ve spolupráci respondenti hodnotili

nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí. Nerovnost je považována za legitimní vzhledem k dosažené formě vzdělání u jednotlivých profesí. Hrdá a Lejsal (2017) se v těchto zásadních bariérách MTD spolupráce shodují. Nepotvrdilo se, že by rozdílná výše mezd mezi sociálními a zdravotními pracovníky způsobovala problémy v komunikaci nebo znesnadňovala celkovou spolupráci, jak uvádí Mátl (c2007).

Nejzávažnějším problémem ústavních zařízení je prostorové přetížení, kdy vedoucí narážejí na nedostatek prostředků (Matoušek, 1999). Výzkumná část potvrzuje nedostatek prostorů v podobě kapacity lůžek, která neumožňuje zcela splnit doporučení standardů kvality (2015). Výzkum odkrývá i další faktory ovlivňující nastavení systému, např. proces vyplácení příspěvku na péči a způsob úhrady zdravotních úkonů zdravotními pojišťovnami. Na tyto faktory naráží i Průša (2008) v teoretické části. Další oblastí je kompetenční rozdělení, které podle respondentů vyžaduje největší změnu. Zde dochází k nerespektování profesí mezi sebou, jedná se zejména o zdravotní a sociální oblast. Respondenti doporučují prolnutí obou profesí. Koordinaci sociálně zdravotní péče popisuje Jankovský a kol. (2015). V oblasti deficitu kompetencí výzkum přinesl nové poznatky, a to potřebu rozšíření znalostí pracovníků v sociálních službách ohledně zdravotního stavu klientů. Naopak Matoušek (1999) vidí bariéru ve spolupráci u zdravotního personálu, který není dostatečně připravený na zvládání emocí klientů. Výzkum přináší potřebu rozšíření znalostí pro práci na počítači.

Zcela průlomovým řešením se jeví nabídka psychosociální podpory pro pracovníky. Respondenti doporučují věnovat větší pozornost péči o zaměstnance a upravit finanční ohodnocení jednotlivých profesí. Ne všechny výsledky jsou ovlivnitelné zařízením, ale i k tomu se respondenti vyjádřili. Zařízení by mělo podporovat supervizi a konat pravidelné pracovní porady. Na základě doporučení respondentů mohou zařízení motivovat své zaměstnance v rámci bodového systému odměn za vykonanou práci. Potvrzují výzkumný předpoklad, že základní znalosti o MTD spolupráci bude u pracovníků na pozici: vedoucí, vrchní sestra, sociální pracovník apod., je ale nutné brát v potaz vysoké zastoupení těchto pracovních pozic. Předpokládala jsem rozdílné pohledy a názory mezi pracovníky sociální a zdravotní oblasti, předpoklad se nenaplnil. Odlišné jsou pouze oblasti, ve kterých vidí překážky, ale v mnohém se shodují.

Závěr

Diplomová práce se zabývá bariérami multidisciplinární spolupráce v domovech pro seniory. Cílem mé diplomové práce bylo zjistit s jakými bariérami se domovy potýkají. Teoretická část zachycuje narůstající počet osob ve věku 85+ a vzrůstající nároky na poskytování sociálních a zdravotních služeb. To ovšem vyžaduje přizpůsobení služeb potřebám seniorům. Dále mapuje údaje dostupné z literatury a z výzkumů provedených na toto téma. Je nutné podotknout, že MTD spolupráce postrádá dostatečné a praktické ukotvení v domovech pro seniory. Následuje empirická část, která zahrnuje výzkum smíšeného designu. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na pracovní zařazení respondentů, oblast předávání informací a komunikace v týmu, vnitřní nastavení organizace a na týmovou spolupráci. Ústřední pozornost je věnovaná oblastem ovlivňující multidisciplinární spolupráci a tomu, co si pod ní respondenti představují. Kvalitativní část reaguje a rozvíjí zjištěné výsledky, zaměřuje se podrobněji na překážky spolupráce. Respondenti zmiňovali i osobní bariéry, které jim brání ve výkonu jejich profese.

Vzhledem k velikosti zkoumaného souboru a skutečnosti, že šetření probíhalo ve Středočeském kraji, nelze závěry výzkumu zobecňovat na všechny domovy seniorů. Výsledky výzkumu byly limitovány výzkumným souborem, který nebyl profesně vyvážen. Výzkumný soubor nezahrnoval všechny profese týmu. Forma sběru dat neumožňovala dostat se ke všem pracovníkům přímé péče, ke zdravotním pracovníkům a k externím lékařům nebo k jiným specialistům. Jednou z příčin je počet kontaktů uvedených na webových stránkách daného zařízení. Tento limit jsem řešila žádostí respondentů o rozeslání dotazníků jejich kolegům, ke kterým nebylo možné se dostat. Výjimečně se mi dostalo zpětné vazby. Respondenti uváděli, že jsou časově vytíženi nebo že nemají k rozeslání dotazníku pověření. Kombinace papírové a online formy by pravděpodobně rozšířila okruh respondentů. Tuto kombinaci nebylo možné využít kvůli pandemii Covid -19, která zapříčinila uzavření okresů a omezení osobního styku s nečleny rodiny. Bylo nutné přejít k online formě rozhovoru. Při online rozhovoru se vyskytly technické potíže, zejména problémy se slabým signálem a se stáhnutím komunikačních aplikací. Zvolená forma rozhovoru nebyla pro respondenty uživatelsky přívětivá.

Cíl byl naplněn i přes nepatrné odchylky a limity. Práce přináší nové poznatky a poskytuje prostor pro další zaměření. Postrádám větší účast pracovníků v sociálních službách a do budoucna bych přivítala i zapojení klientů a jejich rodin do řešení. Zjištěné výsledky by dozajista odkryly nevídané a cenné poznatky. Pokládám za důležité vytvořit prostor a podmínky pro utváření MTD spolupráce. Navrhuji zaměřit se na pracovníky v sociálních službách a zdravotní personál, naslouchat jim. Důležitou roli hraje i osobnost pracovníků, kterou nelze ovlivnit. Jediným logickým řešením je výběr nových pracovníků, který je ovlivněn poptávkou po této pracovní pozici, motivací k práci a kvalitou péče o stávající zaměstnance. Pracovníci domova seniorů se potýkají s nedostatkem personálu, financí a času, mnohdy narážejí na systémové překážky. Spolupráci ovlivňuje zejména nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí. Změnu vyžaduje i oblast kompetenčního rozdělení sociálních a zdravotních pracovníků. Respondenti navrhuji rozšířit znalosti pracovníků v sociálních službách v oblasti zdravotnictví a schopnosti pracovat s PC. Dále navrhuji zapojit zdravotní sestry do individuálního plánování, navýšit počet úvazků, pracovat na prolnutí zdravotní a sociální oblasti. Přínosným návrhem je péče o zaměstnance v podobě psychosociální podpory a sdílení společných prostor pro efektivnější předávání informací.

Není v silách zařízení ovlivnit všechny zmíněné bariéry. Některé překážky jsou na individuální úrovni (osobnost člověka, nedostatek kompetencí, úroveň dosaženého vzdělání). A jiné překážky jsou ovlivnitelné pouze systémem čili legislativní změny. Každé zařízení a jednotlivé profese budou vnímat jiné překážky, proto apeluji na vytvoření obecných postupů, které mohou MTD spolupráci v domovech pro seniory podporovat a rozvíjet. Východiskem by mohlo být definování jednotlivých překážek, se kterými se pracovníci v zařízení potýkají. Dále pak vymezit účastníky, jejich role a odpovědnost a společnými silami definovat možnosti řešení včetně rizik. Vytvoření funkčního týmu vyžaduje čas a je dobré vědět, že nezdary jsou nezbytnou součástí každého úspěchu. Důležité je také rozšiřovat informace o multidisciplinární spolupráci a jejich přínosech pro tým i klienta dostupné běžné veřejnosti.

10 Seznam použité literatury:

1. ADAIR, John Eric, ROZSÍVAL, Martin a AUBRECHT, Karel. Vytváření efektivních týmů. Praha: Management Press, 1994. ISBN 80-85603-70-5.
2. BEDNÁŘ, Vojtěch, 2018. *Jak omezit fluktuaci a udržet si zaměstnance manažerskými nástroji*. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-271-0648-6.
3. CEJTHAMR, Václav a Jiří DĚDINA, c2010. *Management a organizační chování*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3348-7.
4. ČERVENKOVÁ, Anna, Daniela BRUTHANSOVÁ a Marie PECHANOVÁ, 2006. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV. ISBN 80-87007-35-2.
5. DOLEŽAL, Jan, MÁCHAL, Pavel a LACKO, Branislav. *Projektový management podle IPMA*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2848-3.
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
7. HANUŠOVÁ, Jaroslava a Kateřina HELLEBRANDOVÁ, 2006. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-79-2.
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2009. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
9. HAVRDOVÁ, Zuzana, 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.

10. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.
11. HAVRDOVÁ, Zuzana, Jiří ŠAFR, Olga ŠMÍDOVÁ MATOUŠOVÁ a Ingrid ŠTEGMANNOVÁ. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2011. ISBN 978-80-87398-15-9.
12. HAYES, Nicky. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmu*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-983-6.
13. HORVÁTHOVÁ, Petra, 2008. *Týmy a týmová spolupráce*. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-390-4.
14. KELLER, Jan. *Tři sociální světy: sociální struktura postindustriální společnosti*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2011. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-044-5.
15. LUKÁŠOVÁ, Růžena, 2010. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2951-0.
16. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
17. MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
18. MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR : [výstupy z aplikovaného výzkumu]*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-499-7.

19. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty. ISBN 80-85850-76-1.
20. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Druhé, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
21. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
22. MOHAUPTOVÁ, Eva, 2005. *Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-042-9.
23. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
24. PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
25. PRUDKÝ, Libor, 2009. *Inventura hodnot: výsledky sociologických výzkumů hodnot ve společnosti České republiky*. Praha: Academia. Novověk. ISBN 978-80-200-1751-2.
26. PRŮŠA, Ladislav, 2008. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-018-9.
27. *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb*, 2020. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách. ISBN 978-80-88361-02-2.
28. VÁGNEROVÁ, Marie a Univerzita Karlova. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

29. *Analýza financování sociálních služeb* [online], 2019. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2021-7-19]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465
30. *Analýza segmentu sociálních služeb: s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory* [online], 2021. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. [cit. 2021-7-27]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/Analyza%20segmentu%20socialnich%20sluzeb_E_Y_FINAL\(1\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Analyza%20segmentu%20socialnich%20sluzeb_E_Y_FINAL(1).pdf)
31. *Bílá Kniha v sociálních službách: Konzultační dokument* [online], 2003. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky [cit. 2021-8-9]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/bila_kniha.pdf
32. ČSÚ, 2018 - 2100. *Projekce obyvatelstva České republiky: Popis předpokladů a výsledků projekce* [online]. [cit. 2021-8-3]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>
33. DLOUHÁ, Jana, Jan ČINČERA, Kateřina JANČAŘÍKOVÁ a Hana SCHOLLEOVÁ. The methodology of team cooperation and team creation in higher education. *Envigogika* [online], 2011. 6(1) [cit. 2021-8-2]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.14712/18023061.150>
34. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR* [online], 2015. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky [cit. 2021-8-9]. ISBN 978-80-904668-8-3. Dostupný z: [A5.indd \(apsscr.cz\)](#)
35. HRDÁ, Karolína. *Multidisciplinární tým v akci* [online], 2018. Praha: [Domov Sue Ryder] [cit. 2021-8-9]. ISBN 978-80-907190-0-2. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT_v_akci_A4_web.pdf

36. HRDÁ, Karolína., LEJSAL, Matěj. Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě – zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder [online]. *Fórum sociální práce: Social work forum*, 2017. 2: 75-80. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze [cit. 2021-8-9]. ISSN 2336-6664. Dostupné z: https://forumsocialni prace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2017/12/Hrda_Lejsal_75-80.pdf
37. JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online], 2015. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-8-8]. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>
38. KOŘÍNKOVÁ, Dana, 2008. *Překážky transformace ústavní péče: vypracováno na základ zkušeností poskytovatelů různých typů sociálních služeb* [online]. Quip - společnost pro změnu, září [cit. 2021-7-26]. Dostupné z: http://www.moderntimesworkplace.com/good_reading/GRWhole/Multi-Disciplinary.Teamwork.pdf
39. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online], 2008. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-8-9]. ISBN 978-80-86878-65-2. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/narodni-program-pripravy-na-starnuti-na-obdobi-let-2008-az-2012-kvalita-zivota-ve-stari->
40. Listina základních práv a svobod 2/1993 ze dne 16. prosince 1992. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
41. *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit.2021-8-9]. Dostupné z:

- <https://www.mpsv.cz/documents/20142/372805/madrid.pdf/bd37397e-d804-a44c-d69a-5d27882c252b>
42. MENTAL HEALTH COMMISSION et al. *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice: Discussion Paper* [online], 2006. Dublin: MHC. ISBN 0-9549292-5-X [cit. 2021-7-27]. Dostupné z: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/43830/4367.pdf?sequence=1>
43. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017: Aktualizovaná verze k 31. 12. 2014* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2021-8-9]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/NAP_311214.pdf/0cc270fa-dbf9-fcd5-93d6-5e7b0e9376b2
44. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-8-9]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/narodni-program-pripravy-na-starnuti-na-obdobi-let-2003-az-2007>
45. PETŘÍČKOVÁ, Lucie a TÝM CENTRA SOS ARCHA. *Metodika spolupráce multidisciplinárního týmu odborníků* [online], 2011. Diakonie ČCE – středisko Plzeň, Centrum SOS Archa. [cit. 2021-7-25]. Dostupné z: <https://www.nadacesirius.cz/soubory/prilohy/Diakonie-metodika-multidisciplinari-spoluprace.pdf>
46. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2021-8-9]. Dostupné z: https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%ADpravy-na-st%C3%A1rnutí%C3%AD-spole%C4%8Dnosti-2019-2025_ma_ALSBADJYUA2.pdf

47. Vyhláška č. 428/2020 Sb. ze dne 22. října 2020. *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrady hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021*. In: *Sbírka zákonů*. ISSN 1211-1244.
48. Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006. *Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. In: *Sbírka zákonů*. ISSN 1211-1244.
49. WILSON, Valerie a Anne PIRRIE. *Multidisciplinary Teamworking Indicators of Good Practice* [online], 2000. Spotlights - From The Scottish Council for Research in Education, September, [cit. 2021-7-26]. Dostupné z: http://www.moderntimesworkplace.com/good_reading/GRWhole/Multi-Disciplinary.Teamwork.pdf
50. Zákon. č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů*. ISSN 1211-1244.
51. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. ISSN 1211-1244.
52. *Zásady OSN pro seniory* [online], 1991. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2021-8-9]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/zasady-osn-pro-seniory>

11 Seznam obrázků, grafů a tabulek

Obrázky

Obrázek č.1. 7 Vůdčích principů jako základ všech sociálních služeb:	11
Obrázek č.2. Výkonnost skupiny ve fázích vývoje dle klasifikace B. Tuckmana: .	22
Obrázek č.3. Znázornění MTD spolupráce:.....	23
Obrázek č.4. Grafické znázornění složení týmu:	47
Obrázek č.5. Grafické znázornění návrhů na zlepšení komunikace v týmu:.....	48
Obrázek č.6. Grafické znázornění příkladů nerovného postavení a odměňování: ..	50
Obrázek č.7. Grafické znázornění překážek v nastavení systému:	51
Obrázek č.8. Grafické znázornění návrhu na zlepšení:	52
Obrázek č.9. Grafické znázornění faktorů ovlivňující nedostatek kompetencí:	53
Obrázek č.10. Grafické znázornění příčin fluktuace pracovníků:	54
Obrázek č.11. Grafické znázornění dalších překážek:.....	55

Grafy

Graf č.I. Nejvyšší dosažené vzdělání:.....	37
Graf č.II. Pracovní zařazení respondentů:	38
Graf č.III. Délka působení na pracovní pozici:.....	38
Graf č.IV. Četnost pracovních porad v týmu:.....	39
Graf č.V. Spokojenost s komunikací v týmu:	39
Graf č.VI. Kontaktní osoba při konfliktu/sporu:	40
Graf č.VII. Četnost fluktuace pracovníků:	41
Graf č.VIII. Hodnocení respondentů k poskytovanému školení:	41
Graf č.IX. Porovnání pocíťované podpory respondentů v týmu a od vedení:.....	42
Graf č.X. Hodnocení důležitosti role managementu:	43
Graf č.XI. Složení MTD týmu:	44
Graf č.XII. Oblasti ovlivňující spolupráci seřazeny podle důležitosti:	45
Graf č.XIII. Pozitivně hodnocené oblasti spolupráce v týmu:.....	45
Graf č.XIV. Oblasti spolupráce vyžadující změnu:.....	46

Tabulky

Tabulka č.I. Důvod výběru kontaktní osoby:	40
Tabulka č.II. Význam role managementu:	42
Tabulka č.III. Vlastní pojetí MTD spolupráce:	43

12 Seznam zkratk:

BÍLÁ KNIHA	Bílá kniha v sociálních službách
ČSÚ	Český statistický úřad
Doporučený standard kvality	Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR
IP	Individuální plán nebo plánování
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MTD	Multidisciplinární spolupráce
NAP	Národní akční plán
ORP	Obec s rozšířenou působností
PC	Osobní počítač
PŘÍSPĚVEK	Příspěvek na péči
STRATEGIE	Strategii přípravy na stárnutí společnosti

Příloha 1. Otázky dotazníkového šetření

1. Vaše pohlaví.
2. Nejvyšší dosažené vzdělání.
3. Vaše aktuální pracovní pozice.
4. Uveďte prosím přibližnou délku působení ve stávající pozici.
5. Jakým způsobem dochází k předávání informací?
6. Jak často se konají pracovní porady v rámci celého týmu?
7. Jak jste spokojený/á s komunikací ve Vašem týmu?
8. Na koho z týmu byste se obrátil/a při konfliktu/sporu.
9. Proč byste se na něj obrátil/a?
10. Jak často dochází ke změně pracovníků (fluktuaci), ať už v oblasti přímé péče, zdravotnického personálu nebo vedení?
11. Jak byste ohodnotil/a poskytované školení?
12. Na škále (od 1 do 5) označte, jakou podporu pocítuje v týmu. Kde 1 je nejnižší možná podpora a 5 nejvyšší možná podpora.
13. Na škále (od 1 do 5) označte, jakou podporu pocítuje od vedení. Kde 1 je nejnižší možná podpora a 5 nejvyšší možná podpora.
14. V čem je podle Vás role managementu (vedení, kanceláře) důležitá?
15. Jak je pro Vás role managementu (vedení, kanceláře) při spolupráci důležitá?
16. Máte zvolenou pracovní skupinu?
17. Víte, co znamená pojem multidisciplinární spolupráce?
18. Co si pod tím pojmem představujete?
19. Obsahují Vaše standardy kvality sociálních služeb, jiné interní nebo metodické dokumenty pokyny k vymezení odpovědnosti?
20. Zkuste prosím zaškrtnout všechny, kteří podle Vás patří do týmu.
21. Zde jsou oblasti, které mohou ovlivňovat spolupráci v týmu. Seřadte prosím následující oblasti podle toho, jak vnímáte jejich důležitost:
 - a. Organizační kultura – špatná atmosféra
 - b. Nedostatek kompetencí/ deficit kompetencí u pracovníků (efektivní komunikace)
 - c. Nastavení systému sociálních služeb – nedostatek financí, času
 - d. Práce s kapacitou – fluktuace personálu
 - e. Kompetenční rozdělení oblastí zdravotní a sociální péče

f. Nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí

22. Které oblasti hodnotíte pozitivně?

23. Které oblasti podle Vás vyžadují změnu?

24. Je něco, co byste rádi doplnili/sdělili?

Příloha 2. Otázky k rozhovorům

1. Jaká je Vaše pracovní pozice?
2. Jaká je velikost Vašeho zařízení (počet klientů)?
3. Jaká je velikost Vašeho týmu a z jakých profesí se skládá?
4. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že převážná část respondentů je průměrně spokojená s komunikací v týmu. Máte nějaké návrhy na zlepšení komunikace ve Vašem týmu?
5. Jak byste popsal svou roli v týmu v rámci spolupráce s ostatními členy/kolegy?
6. Podpora v rámci týmu byla hodnocena mezi průměrem a více. V čem konkrétně vnímáte podporu v týmu?
 - 6.1. Kdy nebo v jakých situacích postrádáte podporu týmu?
7. Podpora od vedení byla nejčastěji hodnocena v nejvyšší možné míře. V čem nebo v jakých situacích vnímáte podporu od vedení?
 - 7.1. Kdy a v jakých situacích postrádáte podporu od vedení?
8. Nyní uvedu oblasti, které mohou ovlivňovat spolupráci v týmu. Zaměřte se prosím na to, zda je možné to změnit, pokud by to bylo třeba a jak:
 - 8.1. Čím je podle Vás způsobena nerovnost postavení a odměňování jednotlivých profesí? Máte nějaký návrh na zlepšení?
 - 8.2. Je podle Vás možné změnit nastavení systému sociálních služeb (nedostatek financí, nedostatek času na individuální práci s klientem aj.)? Máte nějaký návrh ke zlepšení?
 - 8.3. Co podle Vás způsobuje kompetenční rozdělení (rozdílné kompetence) oblastí zdravotní a sociální péče?
 - 8.4. Práce s kapacitou. Co podle Vás ovlivňuje fluktuaci zaměstnanců (změna personálu, odchod a příchod jiných zaměstnanců)? Je možné to změnit a jak?
 - 8.5. Je podle Vás možné nějak změnit nedostatek kompetencí/ deficit kompetencí u pracovníků (jako jsou např. efektivní komunikace, přijímání kritiky a zpětné vazby aj.)? Máte nějaký návrh na zlepšení?
9. Na jaké překážky/bariéry narážíte při MTD spolupráci/ popřípadě na jaké byste narážel/a?
10. Popište prosím Vaší spolupráci s externím lékařem.