

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Program řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Petra Linhartová

**Mezioborová spolupráce při plánování péče o klienty s roztroušenou sklerózou
v pobytové odlehčovací službě**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Petra Linhartová

Poděkování

Na tomto místě děkuji svému vedoucímu diplomové práce, panu Mgr. Petrovi Vrzáčkovi, za metodické vedení, kvalitní a průběžnou zpětnou vazbu, motivaci a trpělivost. Kolegům a vedoucímu organizace bych ráda poděkovala za podporu a aktivní spolupráci. V neposlední řadě děkuji mé rodině a blízkým za veškerou podporu v průběhu studia a tvorby diplomové práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá efektivitou mezioborové spolupráce nastavením procesů zaměřených na oblast komunikace a sdílení informací v multidisciplinárním týmu (MDT). Opírá se o teoretická východiska především v souvislosti se systemickým přístupem ke klientovi. Uplatnil se zde princip case managementu, individuální spolupráce s klientem a poradenské paradigma sociální práce.

Cílem práce je identifikace možné podoby efektivní mezioborové spolupráce ve vybraném zařízení, na jehož příkladě uvádí prvky ovlivňující kvalitu výstupů plánování péče o klienty s roztroušenou sklerózou v podmínkách konkrétní pobytové odlehčovací služby.

V teoretické části práce je představena jedinečná organizace v České republice dlouhodobě se zabývající péčí o osoby zejména v pokročilé fázi nemoci, jejíž součástí je pobytová odlehčovací služba. Uvedená odlehčovací služba usiluje o zkvalitnění péče o klienty nastavením efektivní mezioborové spolupráce s využitím metody *Human Centered Design* (HCD). Prostřednictvím případové studie je popsán proces zavedení změny a nastavení procesů spolupráce v konkrétním multidisciplinárním týmu.

Výzkumná část se zabývá procesní evaluací implementace tohoto programu. Procesní evaluace posuzuje kvalitu implementace navržených změn, poskytuje zpětnou vazbu a identifikuje faktory, které implementaci programu ovlivnily v jeho průběhu i výsledku.

Využití metody HCD cílilo na pozitivní dopad na úrovni organizace, u klientů i systémově jako příklad dobré praxe. Nový systém mezioborové spolupráce měl podpořit otevřenost, větší participaci zaměstnanců a provázanost procesů ve fungování MDT.

Klíčová slova

efektivita spolupráce, individuální plánování, mezioborová spolupráce, multidisciplinární tým, roztroušená skleróza, sociální služba, design zaměřený na člověka, Učící se organizace

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the effectiveness of interdisciplinary cooperation by setting up processes focused on communication and information sharing in a multidisciplinary team. It is based on theoretical starting points mainly in connection with a systemic approach to the client. The principle of case management, individual cooperation with the client and the consulting paradigm of social work were applied here.

The aim of the work is to identify possible forms of effective interdisciplinary cooperation in the selected facility, using the example of which it presents the elements affecting the quality of outputs of care planning for clients with multiple sclerosis in the conditions of a specific residential respite service.

In the theoretical part of the thesis, a unique organization in the Czech Republic, which has been involved in the care of people in a long term, especially in the advanced stage of the disease and which includes a residential respite service, is presented. The mentioned respite service strives to improve the quality of care for clients by setting up effective interdisciplinary cooperation using the Human Centered Design (HCD) method. Through a case study describes the process of introducing change and setting up cooperation processes in a specific multidisciplinary team is described.

The research part deals with the process evaluation of the implementation of this program before its introduction into the entire organization. Process evaluation assesses the quality of the implementation of proposed changes, provides feedback and identifies factors that have influenced the implementation of the program during its course and outcome.

The use of the HCD method aimed at a positive impact at the organizational level, at clients and also systemically as an example of good practice. The new system of interdisciplinary cooperation was supposed to support openness, greater employee participation and interconnectedness of processes in the functioning of MDT.

Keywords

effectiveness of cooperation, individual planning, interdisciplinary cooperation, multidisciplinary team, multiple sclerosis, social service, Human Centred Design, The Learning Organization

OBSAH

ABSTRAKT	4
ABSTRACT.....	5
SEZNAM ZKRATEK	9
I. ÚVOD.....	11
II. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 PROBLEMATIKA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY MOZKOMÍŠNÍ (RSM).....	14
1.1 Specifikace onemocnění	14
1.1.1 Příčiny a projevy onemocnění	15
1.1.2 Rozdělení – typy roztroušené sklerózy	17
1.1.3 Diagnostika a možnosti léčby	19
1.2 Specifikace péče s ohledem na potřeby klientů s RS	22
1.3 Klienti s RS v současném sociálním systému	25
2 DOMOV SVATÉHO JOSEFA (DSJ).....	27
2.1 Popis organizace	27
2.2 Činnost organizace	27
2.3 Moje role v organizaci	28
2.4 Specifikace odlehčovací služby (OS).....	29
3 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE	33
3.1 MO spolupráce v péči o klienty s RS	33
3.2 MO spolupráce v kontextu sociálních služeb	35
3.2.1 Faktory ovlivňující MO spolupráci.....	36
3.2.2 Organizační kontext	37
3.2.3 Komunikace a týmová spolupráce	38
3.2.4 Rozvoj týmu a týmové práce	39
3.2.5 Zavedení MO spolupráce v organizaci pomocí Programové teorie	41
4 KVALITA SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	43
4.1 Kvalita a sociální práce.....	43
4.2 Hodnocení kvality sociálních služeb	44

4.2.1	Metody využitelné při hodnocení kvality služby.....	46
4.3	Evaluační výzkum jako nástroj řízení kvality	48
4.3.1	Osoba evaluátora.....	48
4.3.2	Typologie evaluačního výzkumu.....	49
4.3.3	Procesní (formativní) evaluace	49
5	HUMAN CENTRED DESIGN (HCD).....	52
5.1	HCD s cílem zvýšit efektivitu spolupráce MDT	52
5.2	Empatické porozumění (Diagnostika organizace).....	55
5.3	Inspirace a ideace (designový proces)	55
5.3.1	Teoretická východiska pro sociální práci s klienty.....	55
5.3.2	Teoretická východiska pro efektivitu spolupráce v MDT	57
5.4	Implementace (realizace změny)	59
5.4.1	Teorie procesu řízení změny.....	59
III.	PŘÍPADOVÁ STUDIE	62
	VSTUPNÍ FORMULACE PROBLÉMU	63
6	DIAGNOSTIKA MDT.....	66
6.1	Role výzkumníka – manažera.....	67
6.2	Popis metodologie diagnostiky.....	69
6.3	Vybraná výzkumná zjištění	70
6.4	Programová teorie nové struktury spolupráce v MDT	73
6.5	Proces řízení změny v MDT	74
6.5.1	Komunikace a sdílení informací	75
6.5.2	Vedení porad.....	76
6.5.3	Vedení záznamů.....	78
IV.	EVALUAČNÍ VÝZKUM	80
7	PROCESNÍ EVALUACE	80
7.1	Cíl evaluace	80
7.2	Evaluační plán	80
7.3	Evaluační strategie (metodologie).....	83

7.3.1	Cílová skupina a výzkumný vzorek.....	84
7.3.2	Výzkumné metody a způsob získání dat.....	85
7.3.3	Způsob zpracování dat.....	86
7.3.4	Etické aspekty výzkumu.....	92
7.3.5	Limity výzkumu.....	93
7.4	Realizace výzkumu.....	94
7.4.1	Výzkumná zjištění.....	94
7.4.2	Shrnutí výstupů.....	115
7.5	Doporučení.....	120
7.6	Souhrn v diskusi.....	121
V.	ZÁVĚR.....	125
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	127
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	133
	SEZNAM TABULEK.....	134
	SEZNAM PŘÍLOH.....	135
	PŘÍLOHY.....	136

SEZNAM ZKRATEK

AKT	aktivizace
ALS	Amyotrofická laterální skleróza
CIS	klinicky izolovaný syndrom
CITAK	Centrum pro informační technologie a alternativní komunikaci
CM	Case management
CNS	centrální nervová soustava
DMD	Disease Modifying Drugs – léky ovlivňující nemoc
DSJ	Domov svatého Josefa
EB	Ebstein – Barrové
EDSS	Kurtzekeho škála invalidity
FN	field notes
HCD	Human Centered Design
HVO	hlavní výzkumná otázka
IP	individuální plán
IS	informační systém
IT	informační technologie
MDT	multidisciplinární tým
MO	mezioborový/á
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MRI	magnetická rezonance
MS	Microsoft
MS	multiple sclerosis
NSS	nepříznivá sociální situace
OCHČK	Oblastní charita Červený Kostelec
OS	odlehčovací služba
OSP	odborná sociální poradna
PP	přímá péče
PP	primárně progresivní
PSS	pracovník v sociálních službách
PSYCH	psychoterapie
ReMuS	registr pacientů s RS

RHB	rehabilitace
RP	relabující progresivní
RR	relaps remitentní
RS	roztroušená skleróza
RSM	roztroušená skleróza mozkomíšní
VVO	vedlejší výzkumná otázka

I. ÚVOD

Sociální práce zahrnuje komplexní, celostní přístup – zohledňuje biologické, sociologické, psychologické i duchovní aspekty životní situace klienta. Takto širokým záběrem nedisponuje žádná jiná z pomáhajících profesí. Na základě tohoto faktu by sociální pracovník, jakkoli je kvalifikovaným odborníkem, neměl pomáhat klientovi hledat řešení jeho obtížné životní situace sám, ale často spíše jako součást týmu tvořeného dalšími odborníky (Jankovský a kol., 2015). V kontextu sociálních služeb dosahujeme holistického přístupu k člověku mezioborovou spoluprací odborníků (*Interdisciplinary collaboration*).

Důležitá je v tomto směru provázanost procesů. Pokud odborníci spolupracují, zvyšuje se pravděpodobnost dosažení cíle a péče je pak díky komplexnosti kvalitnější. Pohybují se na zdravotně sociálním pomezí v roli vrchní sestry na pobytové odlehčovací službě. V souvislosti s poznáním z praxe jsem se začala zabývat efektivitou mezioborové spolupráce a vnímala jsem, že bychom mohli spolupracovat lépe. Motivovalo mě to k hledání nových způsobů spolupráce. Nejdříve však bylo nutné prozkoumat stávající situaci. Za tímto účelem jsem realizovala diagnostiku organizace s cílem identifikovat faktory ovlivňujících efektivní spolupráci v MDT na pobytové OS. Zaměřila jsem se především na sdílení sociálních znalostí, zejména na obsah komunikace mezi členy týmu a na proces týmové spolupráce. Výstupy z diagnostiky vedly k dalším krokům a také k mému rozhodnutí zabývat se podporou efektivní mezioborové spolupráce v mé diplomové práci.

Cílem diplomové práce je identifikace možné podoby efektivní mezioborové spolupráce ve vybraném zařízení, na jehož příkladě uvádí prvky ovlivňující kvalitu výstupů plánování péče o klienty s roztroušenou sklerózou (RS) v podmínkách konkrétní pobytové odlehčovací služby.

Diplomová práce se opírá o teoretická východiska pro sociální práci s klienty především v souvislosti s novým pojetím mezioborové spolupráce, které vychází ze systemického přístupu ke klientovi. Uplatnil se zde princip case managementu (dále „CM“), individuální spolupráce s klientem a poradenské paradigma sociální práce. Podkladem pro návrhy na změny byla teoretická východiska pro efektivitu spolupráce v MDT, která vycházela ze Sengeho teorie Učící se organizace a zkušenosti transformace fungování MDT v pobytové sociální službě, kterou reflektuje domov pro seniory

Sue Ryder. Uvedená teoretická východiska spolu s výzkumným zjištěním z případové studie za využití metod zúčastněného pozorování a polostrukturovaných rozhovorů s participanty (členy MDT, metodikem a vedoucím organizace), vedla ke vzniku Programové teorie nové struktury spolupráce v MDT. Následně je popsána implementace navržených změn (červen až září roku 2022), při které byla rovněž využita data z případové studie pro stanovení silového pole, analýzy rizik a plánu zavedení změny. V průběhu realizace změny již byla zahájena také procesní evaluace.

Pro lepší přehlednost o průběhu celého procesu jsem práci rozdělila do třech hlavních sekcí na teoretickou část, případovou studii a evaluační výzkum.

Teoretická část se věnuje problematice onemocnění RS, specifikuje péči s ohledem na potřeby klientů s tímto onemocněním a uvádí možnosti péče v kontextu současného sociálního systému. Dále je představena jedinečná organizace v České republice dlouhodobě se zabývající péčí o osoby zejména v pokročilé fázi nemoci, jejíž součástí je pobytová odlehčovací služba (OS). Uvedená OS usiluje o zkvalitnění péče o klienty nastavením efektivní mezioborové spolupráce s využitím metody *Human Centered Design* (HCD).

Prostřednictvím případové studie bylo popsáno nastavení procesů spolupráce v konkrétním multidisciplinárním týmu a proces zavedení změny. Jednotlivé fáze HCD nás provází empatickým porozuměním v průběhu diagnostiky organizace (realizována na jaře roku 2022), která podporuje systematické plánování procesu změny a vytvořila analýzu vstupních podmínek v organizaci. Výzkumným přístupem byla případová studie s prvky participativního akčního výzkumu. Diagnostika organizace vedla k designovému procesu a vzniku Programové teorie nové struktury spolupráce v MDT. Předmětem této teorie byly návrhy rámcových řešení, cílů a kritérií jejich dosažení.

Čtvrtá sekce práce (výzkumná část) se zabývá procesní evaluací implementace Programové teorie. Na základě uvedené Programové teorie byly stanoveny evaluační cíle a vedlejší výzkumné otázky. Procesní evaluací došlo ke srovnání procesu implementace s Programovou teorií za využití těchto výzkumných metod: evaluační dotazník pro participanty (členy MDT), polostrukturovaný rozhovor s vedoucím organizace, tematická analýza dat ze zúčastněného pozorování (terénní a heslovité poznámky), obsahová analýza dat z informačního systému a tematická analýza dokumentace (systematické kazuistiky vybraných klientů).

Přínosem je rovněž identifikace prvků, které vedly ze stávající mezioborové spolupráce (MO) k naplnění vize žádoucí MO spolupráce prostřednictvím zapojení MDT

do individuálního plánování v péči o klienty s RS. Využití metody HCD cílilo na pozitivní dopad na úrovni organizace, u klientů i systémově jako příklad dobré praxe. Nový systém mezioborové spolupráce měl podpořit otevřenost, větší participaci zaměstnanců a provázanost procesů ve fungování MDT. Na úrovni klientů měl vést k posílení schopnosti operativně zjišťovat potřeby, efektivně na ně reagovat a zvýšit tak pravděpodobnost rychlejšího dosažení cíle.

Zhodnocení naplnění cílů na základě výzkumných zjištění z procesní evaluace je shrnuto v závěru práce. Domnívám se, že práce by mohla být inspirací pro ostatní organizace při zavádění multidisciplinární spolupráce nejen v péči o takto specifickou skupinu klientů.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY MOZKOMÍŠNÍ (RSM)

1.1 Specifikace onemocnění

„Roztroušená skleróza (RS), sclerosis multiplex, je imunopatologické onemocnění charakterizované zánětlivým postižením struktur centrálního nervového systému a neurodegenerativními změnami mozku.“ (Vališ a kol., 2018, s. 10)

Unie Roska popisuje roztroušenou sklerózu mozkomíšní (RSM, RS) takto: *„Roztroušená skleróza je onemocnění, postihující mnohočetnými ložisky bílou hmotu centrálního nervového systému, tedy mozku a míchy.“*

Nejčastěji bývá postižena bílá kůra mozková. Podle Havrdové a kol. (2013, s. 39) je RS choroba centrálního nervového systému, v jejíž patogenezi se uplatňují zánětlivé procesy vedoucí k fokální destrukci myelinu, astroglióze a ztrátě axonů. Uvedené definice nám vymezují aktuální pohled a skutečný obraz roztroušené sklerózy.

Jedná se o komplexní, chronické a hendikepující onemocnění. V současné době je RS stále nevyлéčitelným onemocněním. Pokud nejsou výrazně poškozena nervová vlákna, je možné pomocí medikace utlumit zánětlivou složku nemoci. Léčba je symptomatická a jejím hlavním cílem je zmírnění obtíží, předcházení dalším atakám a zpomalení progresu onemocnění. Nemoc dokáže potlačit včasná terapie. Důležitý je dohled odborníků nad průběhem nemoci, který je zajištěn prostřednictvím specializovaných center. (Fiedler a kol., 2015).

Roztroušená skleróza velmi nepříznivě ovlivňuje kvalitu života tím, že postihuje kompletní osobnost člověka. Vyskytuje se u ní řada neurologických symptomů. Obvykle začíná jako monosymptomatická ataka, symptomy pak postupně vedou k fyzické a kognitivní invaliditě a mohou také zapříčinit neuropsychiatrické poruchy. Při onemocnění se střídají období atak a remisí a dochází až k přechodu do chronicky progresivního stádia. Jedná se o dlouhodobé onemocnění, které se vyvíjí po dobu 30–40 let. V současné době bývá RS řazena mezi civilizační choroby, jejichž počet se v současné době stále zvyšuje.

RS postihuje přibližně dvakrát více žen než mužů a bývá často poprvé diagnostikována mezi 20. a 40. rokem života, kdy se lidé obvykle zabývají zásadním životním rozhodnutím jako je zejména založení rodiny. Může se objevit i v pozdějším věku (po 50. roce) a také může být diagnostikována u dětí. Na pohlavně nerovnoměrný výskyt může mít vliv puberta, porod a menopauza. Dřívější výskyt RS v rodině rovněž zvyšuje pravděpodobnost propuknutí nemoci (Havrdová a kol. 2006). Onemocnění je nepředvídatelné a má hluboký dopad na kvalitu života postižených od okamžiku stanovení diagnózy, až do konce jejich života. Dopady choroby se liší v závislosti na druhu RS a na samotném člověku. Projevy nemoci bývají často proměnlivé. Společnými příznaky jsou únava, dysfunkce močového měchýře a střev, poruchy vidění, poruchy motoriky, spasticita, poruchy řeči, poruchy polykání, sexuální dysfunkce, poškození kognitivních funkcí, poruchy hybnosti, bolest a deprese. Výsledky vědeckých výzkumů a odborné posudky ukazují, že profesionální léčba na vysoké úrovni, terapie a služby mají velmi pozitivní a rozhodující vliv na kvalitu života lidí s RS a na jejich schopnost nadále přispívat společnosti svým profesním a občanským životem. Z čistě ekonomického hlediska pak studie jednoznačně prokázaly, že by vynaložené investice byly podstatně nižší, než negativní ekonomické a sociální následky špatné léčby roztroušené sklerózy (Kobelt a kol. 2001).

1.1.1 Příčiny a projevy onemocnění

Jedním z rizikových faktorů jsou viry. Prokazatelně největší podíl na vzniku RS má herpetický virus Epsteina-Baarové (EB). S virem EB se můžeme setkat již v dětství, často v kombinaci s projevy infekční mononukleózy, v dospělosti se již virus vyskytuje až u 90 % populace. Dalším faktorem, který hraje významnou roli při tomto onemocnění je nedostatek vitamínu D. Dostatek tohoto vitamínu je důležitý zejména v prenatálním období a v raném dětství. Nedostatek vitamínu D se vyskytuje u pacientů v období relapsu a v progresivní fázi onemocnění. Dalším výrazným rizikovým faktorem je kouření. Kouření (aktivní i pasivní) má prokazatelný vliv na vznik a těžší průběh roztroušené sklerózy. Havrdová a kol. (2013) dále mezi rizikové faktory řadí hormonální změny, výživu, střevní mikroflóru a imunitní reaktivitu. U mužů bývají příčinou nástupu onemocnění v pozdějším věku změny pohlavních hormonů. Onemocnění se v tomto případě projevuje výraznější progresivitou, která vyvolává invaliditu těžších stupňů. U žen má vliv na pohlavní změny ovariální cyklus a gravidita (Havrdová a kol., 2013).

Klinické příznaky bývají různorodé a jsou určeny místem demyelinizace a následně zánětem příslušné dráhy v centrální nervové soustavě, kdy dojde k narušení vedení vzruchů a postižení funkce nervové dráhy. Některá ložiska mohou být asymptomatická. Začátek nemoci tedy může být náhlý nebo plíživý, může začínat jako protrahovaná únava a malátnost ještě před rozvojem neurologických symptomů. Příznaky jsou proměnlivé a individuální, vliv může mít únava, psychický stav i faktory jako přechodná infekční onemocnění a vnější teplota. Mezi nejčastějšími prvními příznaky pozorujeme senzitivní obtíže, zrakové poruchy a motorické symptomy (Vališ, Pavelek, 2018, s.23-27). Zatím nám není známo, co všechno má vliv na průběh nemoci. Prognóza nemoci je v podstatě dána typem RS a jejím působením. Velký vliv má včasná a správná diagnostika, jelikož odhalení v počátečním stádiu bývá pro léčbu RS klíčové (Havrdová 2002).

Počátky onemocnění nastupují u každého člověka individuálně. Často se vyskytují postupně narůstající obtíže, které jsou vnímány jako nevýznamné, což vede bohužel k pozdější diagnostice onemocnění. Tyto první příznaky bývají přisuzovány například nadměrné stresové zátěži, kdy může dojít ke stanovení nesprávné diagnózy, protože část příznaků může být přisuzována i jiným onemocněním. RS je pak diagnostikována později, na základě dalších symptomů a vyšetření. První příznaky se objevují u jedinců mladších věkových kategorií. Některé symptomy jsou typické (únava), jiné vzácné, ale žádný ze symptomů není specifický. Symptomy se objevují v závislosti na lokalizaci postižení. Nejčastěji zasaženými oblastmi centrální nervové soustavy bývají bílá a šedá hmota a oční nerv. Podle počtu postižení drah dělíme ataky na polysymptomatické a monosymptomatické (Vališ a kol., 2018, Havrdová a kol., 2015). Před nástupem neurologických příznaků provázejí pacienta obtíže dlouhodobého rázu. Roztroušená skleróza je spojena s řadou typických příznaků, jejichž původ pochází z ložiska v centrální nervové soustavě. Mezi časté příznaky Havrdová a kol. (2015) a Vališ a kol. (2018) řadí: poruchy citlivosti (snížená, zvýšená nebo nespecifická citlivost), poruchy zraku (optická neuritida, zánět zřakového nervu), motorické poruchy (slabost končetin, jemná motorika, koordinace pohybů), závratě, únava (nejčastější symptom), deprese (u nadpoloviční většiny), kognitivní poruchy, mozečkové poruchy, sfinkterové poruchy (vyprazdňování moči i stolice), sexuální poruchy, syndromy mozkového kmene (okohybné poruchy, poruchy polykání a tvorby řeči, obrny lícního nervu a bolesti trojklanného nervu).

Ataku popisujeme jako vznik nových nebo oslabení již existujících neurologických příznaků, které mají trvání nejméně 24 hodin a nejsou spojeny s již existující horečnatou infekcí. Spouštěčem ataky může být jakékoliv narušení imunitního systému – infekční onemocnění, psychický nebo fyzický stres (Havrdová 2009). Progrese je definována jako trvalé zhoršení objektivního neurologického nálezu, které má trvání 3-6 měsíců (Havrdová 2009).

Podle průběhu onemocnění můžeme RS rozdělit na benigní (nezhoubná) a maligní (zhoubná) formu nemoci. Benigní RS pacienta tolik neohrožuje a neinvalidizuje, protože dochází jen k malému množství atak. Nicméně je třeba být obezřetní i při této formě RS, protože benigní průběh může u některých pacientů trvat i 20 let a poté se může změnit v maligní. Maligní RS se vyskytuje minimálně, je progresivní již od začátku

a její prognóza je velmi negativní. Velká část pacientů nemá přesně stanoveno, zda mají formu benigní nebo maligní, jelikož mnozí z nich se nacházejí mezi těmito dvěma formami

– vše se odvíjí od individuálního průběhu onemocnění každého jedince (Havrdová a kol., 2006).

1.1.2 Rozdělení – typy roztroušené sklerózy

RS se dělí podle průběhu onemocnění do čtyř forem, které popsala v roce 1996 americká Národní společnost pro roztroušenou sklerózu (*National Multiple Sclerosis Society*) a dále jsou uváděny mnoha dalšími autory (Havrdová a kol., 2006, Havrdová a kol., 2015, Vališ a kol., 2018):

- a) **Primárně progresivní forma (PP)** je charakteristická pouze pro 15 % pacientů, častěji mužů v rozmezí ve věku mezi 40–50 lety, u kterých se od období prvních příznaků nedostavila fáze remise (zlepšení). Od počátku dochází k nárůstu invalidity dolních končetin – spastická paraparéza. Na léčbu tato forma reaguje velmi zřídka.
- b) **Maligní (relabující - progresivní) forma (RP)** je vzácnou formou (přibližně u 3 % populace) a nejčastěji se vyskytuje u osob starších 40 let. Po atace většinou nenásleduje žádné zlepšení, bývá u ní rychlý nárůst

neurologických postižení, vede k časné a trvalé invaliditě. Aplikací léčby se většinou nedaří zpomalovat progresi nemoci.

- c) **Relaps remitentní forma (RR)** je nejčastější formou, která se vyskytuje až u 85 % pacientů a trvá několik let. Je pro ni typické střídání atak a remisí. Častými příznaky během relapsů jsou poruchy citlivosti, poruchy hybnosti a koordinace pohybů, poruchy pohybů očí nebo zánět očního nervu. Příznaky obvykle odezní během sedmi týdnů a některé relapsy mohou zanechat trvalé poškození. Tato forma nejlépe reaguje na protizánětlivou léčbu.
- d) **Sekundárně progresivní forma (SP)** následuje po první fázi onemocnění RR RS, kdy se zmenšuje schopnost vymizení příznaků v době remise. V některých případech onemocnění do této formy ani nemusí dospět. Na tuto formu RS již léky nemají takový účinek jako na předcházející formu. RS zpravidla přechází z první do druhé formy po 20 letech. Pro udržení co nejvyšší možné míry kvality života v této fázi RS je důležitá soustavná rehabilitace pohybového systému. Pro určení správného okamžiku přechodu do tohoto stádia, související se změnou přístupu k léčbě, je potřeba zejména klinických zkušeností a znalostí lékaře. Lékaři využívají různé hodnotící škály a testy.

Většinou dochází k přechodu do sekundárně progresivní formy s dosažením stupně 4–5 na tzv. **Kurtzkeho škále invalidity (EDSS)**. Stupnice EDSS má rozpětí 0–10 a je založena na standardním neurologickém vyšetření. Určuje stav postižení u sedmi funkčních systémů (zraku, hybnosti, kmenových a mozečkových funkcí – části mozku, funkce svěračů, senzitivních obtíží a orientačním hodnocení kognitivního postižení a únavy). Dále zhodnocuje chůzi, aktuální pohyblivost a soběstačnost (vykonávání běžných denních aktivit). Například stupeň 4 odpovídá výraznějšímu postižení. Hybnost, výkonnost a pracovní schopnosti jsou při něm lehce omezeny, ale není omezen běžný život ani soběstačnost. Stupeň 5 odpovídá již značnému postižení. Samostatná chůze je možná jen v dosahu 500 metrů, pracovní schopnost při uzpůsobení pracovní doby či jiných pracovních podmínek je ale zachována (Lenský, 2002).

EDSS škálu navrhl dr. J. F. Kurtzke nejprve jako DSS (disability status scale), jako 11stupňovou škálu (0–10), kterou validizoval na 250 veteránech 2. světové války, kteří onemocněli RS (Kurtzke, 1955). V r. 1983 tuto škálu rozšířil o půlbody, na celkově dvacetibodovou, což vedlo k jejímu většímu zpřesnění (Kurtzke, 1983). Důvodem pro vytvoření této škály bylo Kurtzkeho poznání, že účinnost jakékoliv terapie

může být stanovena jedině, pokud tíže nemoci je přesně kvantifikována (Kurtzke, 1961). Škála EDSS je založena na standardním neurologickém vyšetření 7 funkčních systémů (FS) a dále na zhodnocení chůze nebo zhodnocení aktuální mobility či soběstačnosti (Dufek, 2011).

Dufek shrnuje ve svém článku (Dufek, 2011) praktické využití Kurtzkeho škály. Uvádí, že EDSS má velký význam především v praxi MS center k dlouhodobému sledování pacientů (jednoduché číselné vyjádření je jednodušeji porovnatelné než celkové neurologické vyšetření). EDSS je jedním z indikačních kritérií pro DMD (*Disease Modifying Drug* – léky ovlivňující nemoc) terapii: hodnota 4,5 je hraniční hodnota, při níž lze ještě pacientovi nasadit moderní léčbu – interferon beta, glatiramer acetát. Hodnota EDSS je důležitým závěrem klinických studií (jeden z cílových ukazatelů účinnosti zkoumaného léku) a slouží rovněž k potvrzení ataky – v některých klinických studiích EDSS, resp. jeho zhoršení, potvrzuje relaps RS (Dufek, 2011). Podle Hoskovcové (2018) lékaři obvykle hodnotí kvalitu života pacienta pouze nepřímo, právě prostřednictvím této tradiční standardně používané škály. Tato škála však nezahrnuje oblasti, které s aktuální kvalitou života spojuje pacient. Může se tak stát, že kromě farmakologické léčby je pacientovi doporučen např. trénink ke zlepšení mobility, ale unikne mu, že pacient má hlavní problém v rodině, v zaměstnání nebo v emoční a kognitivní oblasti. Proto je zcela zásadní posouzení stavu pacienta více odborníky, stanovení konkrétních reálných cílů a specifické léčby daným odborníkem. Názory dalších odborníků se rovněž shodují v potřebnosti mezioborové spolupráce v péči o klienty s RS. *„V péči o pacienty s RS je nezbytný multidisciplinární tým, jehož úkolem je co nejdříve zachování funkční nezávislosti a udržení kvality života nemocného. Léčba RS je dlouhodobý proces, který musí být zahájen ihned po stanovení diagnózy RS. Vyžaduje individuální přístup z pozice lékaře a aktivní přístup pacienta. Bez těchto předpokladů hrozí riziko rychlé a nevratné progresy onemocnění.“* (Vališ a kol. 2017)

1.1.3 Diagnostika a možnosti léčby

Klíčovým faktorem je začít s léčbou RS co možná nejdříve, což vyžaduje okamžitou diagnózu. V případě podezření lékaře na tuto diagnózu je pacient ihned odkázán na neurologa, který se specializuje na onemocnění nervového systému. Diagnostika choroby vyvstává z klinického hodnocení pacientových obtíží

a fyzikálního vyšetření, které odkazuje na lézi centrální nervové soustavy (dále CNS). „Mezi nejčastěji používané diagnostické nástroje patří MR, analýza mozkomíšního moku a evokované potenciály.“ (Vališ, Pavelek a kol., 2018).

Velký přínos v diagnostice RSM znamenala dostupnost magnetické rezonance (dále MRI). Díky této vyšetřovací metodě byla objevena nová kritéria, která byla publikována v roce 2001 skupinou kolem McDonalda a díky tomu bylo možné diagnostikovat RS už během prvního roku nemoci u velkého množství pacientů s prvotními příznaky. U pacienta „podezřelého z RS“ bylo používáno označení jako klinicky izolovaný syndrom (Havrdová 2009). V roce 2017 byla tato kritéria revidována (Vališ, Pavelek a kol., 2018).

MRI je jednou z nezákladnějších vyšetřovacích metod pro potvrzení diagnózy RSM, která přinesla velký pokrok v odhalování RS. Díky ní lze sledovat pomocí principu kontrastní látky umístění a růst zánětlivých ložisek. Postižené bílé hmoty u normálního pacienta nabývá zhruba 6-10 % za rok. Léčba cílí na zastavení nárůstu chorobného procesu (Havrdová 2002). Kontraindikací pro toto vyšetření je přítomnost kovu v těle, dále tuto metodu nemohou využít osoby s kardiostimulátorem a uživatelé sluchového implantátu. Někdy je potřeba vyšetření po určitém čase zopakovat a v jiném případě se doplňuje o další diagnostické vyšetření, a to především vyšetření mozkomíšního moku. (Havrdová a kol., 2015)

Lumbální punkce – vyšetření mozkomíšního moku (odběr 10 ml likvoru v oblasti bederní páteře). Lumbální punkce se provádí, pokud je nejasný nález při vyšetření prostřednictvím magnetické rezonance. Vpich se v dnešní době většinou již uskutečňuje prostřednictvím atraumatické (Sproteho) jehly, která je šetrnější k mozkomíšní pleně. Odběrem se vyšetřuje množství bílkoviny, počet a kvalita buněk, sérum a prokázání přítomnosti oligoklonálních proužků. Při nálezů dvou a více proužků, které se nenacházejí v séru, je zcela zřejmé, že se jedná o RS. (Havrdová a kol., 2013, Havrdová a kol. 2015). Velká část chorob má podobné symptomy i podobný nález na magnetické rezonanci jako roztroušená skleróza, proto je nutné provést více diagnostických metod a vyšetření, aby odborníci došli ke správnému stanovení diagnózy, a tudíž mohli začít s vhodnou léčbou. Další možností je, jak uvádí Havrdová (Havrdová a kol. 2013) využití metody evokovaných potenciálů.

Evokované potenciály jsou využívány pro zobrazení skrytých ložisek, sledování vývoje a průběhu onemocnění a určení progresivity (prognózy) roztroušené sklerózy. Mají význam především při diagnostice zánětu zřetelného nervu.

Princip evokovaných potenciálů spočívá v podráždění neboli vyvolání podnětu na nervu, smyslovém receptoru nebo motorické kůře a následném vyvolání odpovědi na dané podráždění. Mezi evokované potenciály (EP) se řadí zrakové EP, somato – sensorické EP, kmenové sluchové EP a motorické EP (Vališ a kol. 2018).

Léčba spočívá v léčbě atak podáváním vysokých dávek kortikoidů (např. methylprednisolon), což jsou léky vyvozené od hormonů kůry nadledvin. Během předkládání těchto velikých dávek je nutné doplňovat kalium (draslík), a tím ochraňujeme funkci trávicího traktu. Další průběh léčby se odvozuje od dlouhodobě aplikované imunomodulační léčby (Havrdová 2009). Dlouhodobá terapie je zacílená na zmenšení množství relapsů a ke zmírnění progresu onemocnění (Havrdová 2002). Nejdůležitější je nabídnout pacientům vhodný léčebný režim dříve, než přijdou o schopnost samostatné chůze nebo o jiné neméně důležité funkce (Havrdová 2009). V kterékoliv fázi onemocnění je využívána symptomatická terapie, která se sdružuje s jakoukoliv terapií vhodnou k ovlivňování patogenetického procesu. Symptomy, které jsou spojeny s nemocí, se snažíme ovlivňovat jenom tehdy, když pacienta obtěžují (Havrdová 2009). Dufek (2014) se zabývá ve svém článku frustrací pacientů spojenou s možností léčby. V dnešní době již existuje tedy mnoho účinných léků, kterými však pacient nemůže být léčen, jelikož nesplňuje požadavky nutné k přiznání léčby. Jak jsem zmínila výše, pro RS je však včasné zahájení léčby klíčové. Platí, že čím dříve je léčba zahájena, tím větší je šance na pomalejší průběh onemocnění. Léčba je tedy zahájena nitrožilně podávanými kortikoidy, které potlačují autoimunitní reakci a léčí zánět. Léky první volby (interferon beta, glatiramer acetát a teriflunomid) bývají v ČR podávány při zjištění klinicky izolovaného syndromu (CIS), nebo při vysoké aktivitě RS hned od začátku (Havrdová a kol., 2017). Mnoho nemocných s touto diagnózou (speciálně pak s regresivní fází) se mimo medicínské léky upíná k alternativním řešením své situace, vzhledem k tomu, že při postupu nemoci u této fáze již medikamenty nedokáží pomoci (Lenský, 2002, s. 132).

Důležitými nemedikačními formami léčby RS je zejména fyzioterapie, psychoterapie a ergoterapie, kterým věnuji pozornost v následující kapitole. Velmi významnou roli má i pomoc prostřednictvím sociálního poradenství, která souvisí se zajištěním komplexního přístupu ke klientovi a blíže se jí věnuji v kontextu poradenského paradigmatu při zkoumání teoretických východisek pro projekt zaměřený na zvýšení kvality soc. služby (HCD).

1.2 Specifikace péče s ohledem na potřeby klientů s RS

V této kapitole se zaměřím především na rehabilitaci jako nefarmakologickou formu léčby RS, která je u tohoto onemocnění velmi významná a specifická. Jedná se o symptomatický přístup, jehož součástí je fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a další specializované obory, které se podílejí na komplexní péči. Význam a *potřeba rehabilitace* spočívá v udržení a zlepšení kvality života pacienta. Udržení funkce je vždy jednodušší, než obnova funkce ztracené nebo vážně poškozené. Jak uvádí Hoskovcová (2018), základním a nejvíce doporučovaným postupem v rehabilitaci u RS je v současné době překvapivě bazální postup, jako je cvičení, pohybová aktivita a kombinované rehabilitační programy. Cvičení vede ke zlepšení funkční mobility, svalové síly, aerobní kapacity, snížení únavy a zlepšení kvality života. Rehabilitací lze prokazatelně oddálit manifestaci prvních klinických příznaků RS a následnou progresi disability a morfologických změn mozku. Neexistuje univerzální rehabilitační postup, protože klinický obraz u RS je značně proměnlivý a je ovlivněn mnoha faktory. Vliv na volbu pohybového režimu má právě probíhající fáze onemocnění. V období ataky by mělo dojít k relativnímu omezení pohybových aktivit, v žádném případě však není vhodný plný klidový režim. Zaměřujeme se především na snížení rizika vzniku komplikací (pasivní cvičení, cvičení na rozsah pohybu, zařazení relaxačních technik, respirační fyzioterapie a technik na neurofyziologickém podkladě aj.). Po stabilizaci zdravotního stavu by měl nastoupit pravidelný a vhodně vedený pohybový režim podle výše uvedených doporučení (Hoskovcová, 2018). Ze zkušeností odborníků vyplývá, že pravidelnou střední až intenzivní pohybovou aktivitu je vhodné praktikovat po celý život, protože může kromě jiného potenciálně fungovat také jako primární prevence RS. Po stanovení diagnóz je třeba zahájit pravidelnou střední až intenzivní pohybovou aktivitu co nejdříve. Cvičení funguje jako sekundární prevence, brání progresi parézy a oddaluje rizika sekundárních komplikací onemocnění spojených s inaktivitou (např. osteoporózy, kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a dalších poruch pohybového systému).

Aktuální trendy v současné komplexní rehabilitaci uvádí článek odborného časopisu *Neurologie pro praxi* (Novotná, 2021), který popisuje trend současné doby v možnosti využití moderních technologií, ať již ve formě složitějších robotických systémů nebo i jednodušších herních systémů využívajících prvky virtuální reality.

Robotické systémy nejčastěji fungují na principu asistovaného pohybu, kdy pomáhají pacientovi pohybovat oslabenou horní nebo dolní končetinou s odlehčením váhy končetiny (někdy jsou doplněny také funkční elektrostimulací). Významnou výhodou této rehabilitační metody je možnost dosažení vysokého počtu opakování oslabeného pohybu během jedné terapeutické jednotky, které je nutné k podpoře neuroplastických změn CNS.

Pro symptomy provázející RS je také typická jejich proměnlivost v čase, i z tohoto důvodu jejich řešení vyžaduje multidisciplinární tým odborníků a také dobrou spolupráci s klientem a jeho rodinou. Různé symptomy provázející RS přispívají ke ztrátě nezávislosti, omezení sociálních aktivit a pokud nejsou vhodně terapeuticky řešeny, tak vedou ke snížení kvality života (Novotná, 2016).

Klienty s RS velmi často postihují *sfinkterové potíže* (zejména frekvence, urgence a inkontinence). Kromě režimových opatření (např. snížení kofeinu a pravidelný pitný režim) se využívá při fyzioterapii trénink svalů pánevního dna, jehož součástí je nácvik svalové aktivace a relaxace. Tento trénink se provádí i s využitím biofeedbacku, který může pomoci k lepšímu uvědomění si procvičovaných svalů.

Poruchy řeči ve smyslu afatických poruch jsou u RS vzácné. Spíše se vyskytují různé formy *dysartrie* v souvislosti s progresí onemocnění. U osob s pokročilým neurologickým deficitem se vyskytují *obtíže s polykáním*. Tehdy je důležitá péče logopeda, který se věnuje především vyšetření a terapii těchto obtíží a zabývá se prevencí aspirace a pneumonie (Beer et al., 2012)

Zhruba polovina pacientů s RS trpí poruchami kognice. Většinou nebývá postížen intelekt, ale spíše zpomalena rychlost zpracování informací. *Kognitivní deficit* má často za následek problémy v zaměstnání a sociální izolaci. Nejčastěji bývá postížena paměť a objevují se potíže se soustředěním. Pro terapeutický úspěch je důležité včasné rozpoznání příznaků. Doporučuje se cílený kognitivní trénink např. s využitím PC programů (jako je např. Happy Neuron) nebo různé úlohy a úkoly „na papíře“ trénující soustředění a paměť. Svoji roli zde uplatňuje péče neuropsychologa nebo ergoterapeuta. Z psychologických terapií je doporučována především kognitivně-behaviorální terapie a pozitivní vliv má rovněž aerobní cvičení (McDonell et al., 2011). V péči o klienty s RS doporučujeme zejména trpělivý přístup, prioritou je psychická pohoda a pocit jistoty. U klientů s poruchami artikulace je třeba pečlivě naslouchat a dát jim dostatek času pro vyjádření jejich potřeb.

Dalším specifickým příznakem, který ovlivňuje spolupráci s klientem je *únava*, která může být jak fyzická, tak i mentální. Podle typu únavy se pak odvíjí možná terapie.

Podle odborníků se nejlépe osvědčila kombinace aerobního a posilovacího cvičení doplněného strečinkem a cviky na trénink rovnováhy. Dále byl prokazatelný pozitivní vliv vodoléčby nebo zařazení pomalých forem cvičení zaměřených na vnímání vlastního těla – například jóga (Novotná, 2016).

Ze zkušenosti v rámci péče o klienty využívající naše středisko vnímáme, že klienti s RS bývají často velmi unavení a potřebují pomalejší tempo, nemůžeme po nich vyžadovat delší činnost, protože potřebují častější odpočinek. Faktor únavy je třeba zohlednit při plánování procedur a terapií. Individuální plánování je důležitou formou spolupráce s těmito klienty. Klíčová je volba vhodného přístupu, kdy klienta příliš nepřetěžujeme a zároveň ho nenecháváme dlouho v pasivitě. Pro snížení únavy se doporučují režimová opatření jako například plánování náročnějších aktivit na ranní a dopolední hodiny (únava narůstá během dne), zařazování pravidelných přestávek mezi aktivitami, rovnoměrné rozdělení aktivit v průběhu týdne a eliminace náročnějších aktivit v letních měsících kolem poledne. Novotná (2016) dále uvádí, že únavu také snižuje využívání různých kompenzačních pomůcek a úpravy domácího a pracovního prostředí, které pomáhají šetřit energii. Pomoci může v tomto směru i psychoterapie, která pomáhá klientům stanovovat si priority a učí strategickému zvládnutí stresu.

Onemocnění RS je psychicky velmi náročné, provází jej **stres**, **úzkost** a s nimi často i **deprese**. Deprese je u lidí s RS nejčastějším psychiatrickým syndromem. U RS pacientů bylo zjištěno celoživotní riziko deprese 50 % a přes 75 % pacientů má v průběhu své choroby zkušenost s nejméně jednou depresivní epizodou (Novotná, 2016). Důležitou roli v péči o tyto klienty mívá často psychoterapie v kombinaci s psychiatrickou farmakoterapií, protože deprese sama o sobě může být významnou překážkou spolupráce při rehabilitaci. Součástí interdisciplinárního týmu by měl být tedy rovněž (neuro)psycholog nebo psychoterapeut. Neuropsycholog se zabývá především testováním kognitivních funkcí a depresí. Psychoterapeut poskytuje individuální a skupinovou psychoterapii s využitím různých terapeutických přístupů. Významné je i psychologické poradenství. Individuálně nebo skupinově poskytovaná psychoterapie může nejen zlepšit kvalitu života pacientů a pozitivně ovlivnit sociální interakce, ale rovněž se podílí na zvýšení jejich motivace a participace v dalších léčebných terapiích a přístupech (Beer a kol. 2012). Mnoho klientů využívá v průběhu naší péče intervencí psychoterapeutky. V praxi vnímám, že právě tyto aspekty jsou důvodem pro zlepšení efektivity spolupráce v MDT.

1.3 Klienti s RS v současném sociálním systému

Organizace péče o klienty s RS v ČR

Organizace péče o klienty s RS je zajišťována zejména pomocí 15 specializovaných neurologických center, jejichž zřizovateli jsou fakultní nemocnice a některé velké krajské nemocnice. Tato specializovaná centra přijímají pacienty krátce po stanovení diagnózy za účelem včasného zahájení léčby. Sledují pacienty v průběhu nemoci a pomáhají jim zajistit komplexní péči a rehabilitaci.

Neurologická centra (RS centra)

Vznik a provoz MS center definovala vyhláška ve Věstníku MZ ČR (*Podmínky zřizování Center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění a návrh koncepce péče*. Věstník MZ ČR, 1998; 6: 9–11). Centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění tak umožňují účelné soustředění prostředků ke klinické a výzkumné činnosti. Práce těchto center je multidisciplinární, zahrnuje jak klinické obory (neurologie, psychiatrie, urologie, rehabilitace), tak i pomocné metody morfologické a funkční diagnostiky.

Pacientské organizace

Hlavním představitelem pacientských organizací je Unie Roska ([Roztroušená skleróza | RS | Unie ROSKA, česká MS společnost, z. s.](#)), která zahájila svoji činnost kolem 70. let minulého století. Dnes je zastupována více než 30 organizacemi v jednotlivých regionech, které jsou pod patronací Unie Roska (Fiedler a kol., 2015). Sdružuje pacienty s RS a jejich rodinné příslušníky, obstarává finanční prostředky, publikuje internetový časopis, pořádá vzdělávací akce a zajišťuje osvětu také pomocí edukačních brožur (www.ereskaaktivne.cz). Další pacientskou organizací je například SMS klub – Sdružení mladých sklerotiků ([Sdružení mladých sklerotiků, z.s. \(mladisklerotici.cz\)](#)), který sdružuje mladší pacienty za účelem poskytování informací, zajišťování poradenství a motivace k aktivnímu přístupu. Na podporu pacientů s RS v tíživé situaci s podporou výzkumu léčby, zajištění dostupnosti rehabilitace a s cílem zlepšit podmínky jejich zaměstnatelnosti se zaměřuje od roku 2016 spolek eReS tým ČR ([eReS tým ČR -organizace na podporu pacientů s roztroušenou sklerózou \(erestymcr.cz\)](#)). Jedním z jeho zakladatelů je Nadace Jakuba Voráčka, která se zaměřuje i na podporu českých MS center a organizací sdružujících pacienty s RS. Organizace, která již přes 20 let pomáhá financovat komplexní rehabilitační péči

ve specializovaných centrech, je Nadační fond Impuls (<https://www.nfimpuls.cz/>). Zaměřuje se především na terapie, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a zabývá se výzkumem, podporou vzdělávání a šířením osvěty pomocí celostátního Registru pacientů s roztroušenou sklerózou (ReMuS), jehož je zřizovatelem.

Registr ReMuS

Tento český celostátní registr již nyní poskytuje důležitá data o demografickém rozložení, tíži nemoci, typu léčby a průčeschnosti. Pravidelné výstupy jsou dostupné na internetových stránkách Nadačního fondu Impuls (2016). Registr poskytuje rovněž zajímavá data o rozložení pacientů v jednotlivých regionech (nejvíce pacientů s biologickou léčbou v registru je z Prahy a Středočeského kraje, dále Moravskoslezského a Ústeckého kraje) a zastoupení u jednotlivých pojišťoven - 58,1 % pacientů je pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny (dostupné z: [Celostátní registr pacientů s roztroušenou sklerózou ReMuS – význam sběru dat z reálné klinické praxe – Ekonomie ve zdravotnictví \(ezcr.cz\)](#)). Dále mapuje například dostupnost komplexní neuro-rehabilitační péče pro pacienty s roztroušenou sklerózou v jednotlivých regionech (dostupné z: [Current availability of comprehensive neurorehabilitation services for multiple sclerosis patients \(neurologiepropraxi.cz\)](#)).

Pacienti s RS v současné době využívají ambulantní i pobytová rehabilitační zařízení. Ambulantní rehabilitační léčbu je možné předepsat vícekrát do roka, bývá však problém najít zařízení, které má zkušenosti s klienty s tímto neurologickým onemocněním. Na webu www.msrehab.cz jsou sdružovány kontakty na lékaře a další odborníky společně s možnostmi komplexní rehabilitační péče. Klienti často využívají i lázeňských služeb, v pokročilé fázi onemocnění, v důsledku pokročilé imobility, však o tuto možnost přichází. Důležité je, aby měl klient zajištěné pravidelné cvičení i v domácím prostředí, aby rehabilitace probíhala návazně a komplexně. Mnozí klienti bohužel čelí nepříznivé sociální situaci, kdy v důsledku onemocnění přichází o vlastní sociální zázemí a rodinné vazby a stávají se tak závislými na systému sociálních služeb v kombinaci se zdravotní péčí. V našem státě bohužel zoufale chybí další zařízení sociálních služeb trvalého charakteru, která by zajistila zázemí pro klienty v pokročilé fázi onemocnění. Tito lidé přichází o svoje sociální zázemí ve věku, kdy nejsou vhodnými žadateli pro umístění do domovů pro seniory. Často tak několik let putují mezi pobytovými sociálními službami a zdravotně rehabilitačními pobyty.

2 DOMOV SVATÉHO JOSEFA (DSJ)

2.1 Popis organizace

Organizace, pro kterou pracuji od začátku roku 2019, je jedinečným modelovým zařízením s mnohaletými zkušenostmi v péči o klienty s roztroušenou sklerózou. Středisko nabízí zdravotně rehabilitační pobyty, dlouhodobě pečuje o uživatele na trvalých pobytech a již pátým rokem zajišťuje péči i formou Odlehčovací služby.

Domov svatého Josefa (DSJ) je jediné lůžkové nestátní zdravotnické a sociální zařízení v České republice, které nabízí osobám s RS komplexní péči. DSJ byl založen v roce 2001, Oblastní charitou Červený Kostelec (OCHČK), jako její páté středisko. Vznikl v areálu bývalého jezuitského kláštera. Zřizovatelem OCHČK je Diecézní charita Hradec Králové.

2.2 Činnost organizace

Principy a činnost organizace vychází z myšlenky pochopení jedinečnosti každého člověka a z úcty k jeho osobnosti, vychází z křesťanských zásad a etických norem.

Vize a poslání organizace (= vize střediska)

Vize: *Lepší život s roztroušenou sklerózou*

Poslání: *Větší soběstačnost vážně nemocných s roztroušenou sklerózou a jejich pečujících osob v institucionální péči i domácím prostředí.*

Lidé s roztroušenou sklerózou v pokročilém stadiu nemoci i pečující osoby dostávají potřebnou péči a mají podmínky k plnohodnotnému životu v domácím prostředí i v institucionální péči. Mají přístup k řešením, která kompenzují ztrátu hybnosti, jsou soběstační (chtějí-li), neztrácejí kvůli nemoci svobodu. Stručný popis činnosti organizace a zdroje financování uvádím níže v obrázku Obr. 1.

Obr. 1: Popis činnosti střediska DSJ a jeho financování

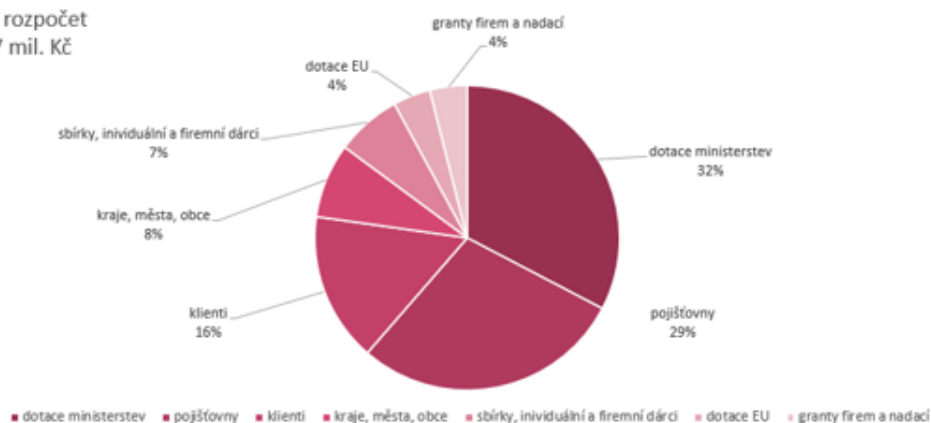
Co děláme. Situace roztroušené sklerózy v České republice



- 25 000 nemocných RS České republiky
- 25% nezabírá dostupná léčba (± 6 250 pacientů v těžkém stadiu)
- 15 neurologických center v ČR
- zajišťujeme ± 1200 interakcí s těžce nemocnými / rok:
 - 300 pacientů – pobytové služby
 - 800 x sociální poradenství
 - 80 výpůjček v rámci půjčovny pomůcek

Financování

Roční rozpočet
88,7 mil. Kč



zdroj: (interní data organizace – Fundraising DSJ, 2022)

2.3 Moje role v organizaci

Mým působištěm na pozici vrchní sestry v tomto středisku se stala odlehčovací služba (dále jen „OS“), jejímž posláním je umožnění odpočinku pečujícím osobám při zajištění komplexní péče o jejich blízkého.

V prostředí této služby se snažím implementací projektu na zlepšení efektivity spolupráce MDT přispět ke zkvalitnění péče nejen o klienty s RS. Nyní Vás seznámím se specifiky této pobytové odlehčovací služby při DSJ.

2.4 Specifikace odlehčovací služby (OS)

Odlehčovací služba (dle §44 zákona 108/2006 Sb.) umožňuje pečující osobě převzetí dočasné péče o blízkou osobu v nepříznivé sociální situaci. Pečující tak získá čas potřebný na odpočinek s jistotou, že je o jeho blízkého postaráno.

Odlehčovací služba v Domově svatého Josefa

Zdroj: *(řízená dokumentace DSJ – Metodika OS)*

Cílem služby je umožnit důstojný život osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení (především roztroušenou sklerózou mozkomíšní) po dobu, kdy o ně není možné pečovat v jejich domácím prostředí, kde o ně běžně pečují jiné osoby. Odlehčovací služba umožňuje pečujícím osobám nezbytný odpočinek od náročné péče o osobu blízkou, poskytuje jim čas k oddechu, dovolené, nebo vyřízení nutných záležitostí.

Naší snahou je:

- umožnit klientům prožívat kvalitní život v prostředí co nejvíce podobném domácímu prostředí
- žít běžným způsobem života dle svých přání a zvyklostí (v závislosti na zdravotním stavu) ve společenském dění, v kontaktu se známými a s možností využívat veřejné instituce
- podporovat uživatele udržet si co nejdéle soběstačnost a sebeobslužnost v rámci svých možností

Naším cílem je i zkvalitňování sociální péče zajištěním odborného růstu personálu domova, především pracovníků v přímé péči o klienty, zlepšováním technického vybavení a prostředí Domova sv. Josefa.

Cílová skupina

- osoby s tělesným postižením
- osoby nemocné RSM nebo jiným neurologickým onemocněním
- osoby s jiným zdravotním postižením mimo osob trpících různými typy demencí
- osoby se zdravotním postižením

Zájemce o službu musí splňovat tato kritéria:

- sociální potřebnost
- omezení sebeobsluhy
- z důvodu zdravotního postižení není možnost zajistit pomoc žádnými jinými formami péče (zejména terénními službami)
- věk od 18 let

Vnitřní pravidla pro vymezení cílové skupiny

- nejvyšší prioritou přijetí je onemocnění roztroušená mozkomíšní skleróza, následují obdobná tělesná neurologická onemocnění a následně další diagnózy
- pobyt na odlehčovací službě je zpravidla nejméně 7 dnů a nejdéle 3 měsíce vcelku. Pobyt je možné po individuálním posouzení sociálního pracovníka opakovat i vícekrát v roce – vždy je potřeba vzít v úvahu nepříznivou sociální situaci.

Služba není určena

- osobám trpícím různými typy demencí
- osobám s diagnózou ALS
- osobám s akutní závislostí na návykových látkách, kterým nejsme schopni zajistit těmto osobám adekvátní péči, příp. mohou narušovat kolektivní soužití
- osobám, které potřebují specializovanou psychiatrickou péči (osoby trpící schizofrenií, těžkou mentální poruchou, psychotickým onemocněním či závažnou poruchou osobnosti), kdy těmto osobám nejsme schopni zajistit adekvátní péči, příp. mohou narušovat kolektivní soužití
- osobám zcela nevidomým a neslyšícím s ohledem na technické bariéry, kterým bychom nebyli schopni zajistit adekvátní péči
- osobám vyžadujícím denní i noční zdravotní péči – zdravotnický personál je přítomen v čase 7–19 hod (v zařízení není přítomen lékař)

Zákonné důvody k odmítnutí zájemce/žadatele o službu:

Dle § 91 (3) zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.:

„Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze, pokud:

- a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb
- b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá
- c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis.
- d) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytování této sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy.”

Zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb:

Dle zákonné vyhlášky č. 505/2006 Sb., § 36 Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže:

- a) „zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.“

Odlehčovací služba při Domově svatého Josefa je tedy pobytová sociální služba, která se specializuje především na osoby s neurologickým onemocněním převážně roztroušenou sklerózou mozkomíšní („RSM“) a dále na klienty s tělesným nebo jiným zdravotním postižením. Zájemcům o tuto službu nabízí v současné době ubytování a stravu v budově „Dům svaté Kláry“, ve dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Většina pokojů je vybavena stropním transportním systémem, který umožňuje bezpečnou manipulaci s klientem při přesunech. V roce 2024 dojde k propojení s protější budovou, která je nyní v procesu kompletní rekonstrukce. Rekonstrukcí získá odlehčovací služba zvýšený komfort ubytování, nové prostory pro terapie a rozšíří nabídku služeb o speciálně vybavené tzv. chytré byty s asistivní technologií pro nácvik soběstačnosti v domácím prostředí. Nové zázemí zde bude mít ergoterapie, vodoléčba a CITAK (centrum pro informační technologie a alternativní komunikaci).¹

¹ Pozn. *Asistivní technologie je souhrnný název pro velké množství nástrojů, zařízení, software nebo systémů, které se užívají k posílení, zlepšení nebo udržení funkčních schopností osob se speciálními potřebami. Hlavním cílem je tedy zlepšit kvalitu jejich života, bezpečnosti a usnadnit tak všechny úkony, které člověk musí provádět každý den. Pomáhají vést uživatele k samostatnosti a soběstačnosti* (Kolektiv, 2013).

Služba je zpoplatněna, může být však hrazena z příspěvku na péči, který po dobu pobytu klientům zůstává. Zdravotní péče je zde poskytována formou domácí péče, je plně hrazená zdravotní pojišťovnou a probíhá ve spolupráci s praktickými lékaři klientů. Informace o aktuální výši úhrad za poskytované služby jsou uvedeny na webových stránkách organizace (<https://www.domovsvatehojosefa.cz/>). O klienty se stará nepřetržitě tým pečovatelek, během dne ve spolupráci se zdravotníky domácí péče a aktivizační pracovníci. Služba je výjimečná a nejčastěji vyhledávaná díky nabídce čtené a komplexní rehabilitace, která se specializuje primárně na neurologická onemocnění typu RSM. Každého klienta navštíví fyzioterapeutka, společně sestaví při příjmu rehabilitační plán a následně jsou každý týden rozepisována cvičení a procedury. Kromě klasické vodoléčby a vířivek od letošního roku nabízí i novou relaxační proceduru „suchá vana“. Vzhledem k nastavení cílové skupiny odlehčovací služby je pro klienty prioritou kvalitní a intenzivní rehabilitace. V denním harmonogramu každého klienta s RSM tedy nechybí od pondělí do pátku hodina rehabilitace nebo vodoléčby. Cvičení probíhají individuálně i skupinově, uvnitř i venku v areálu Domova svatého Josefa. Kromě rehabilitace se klientům věnují další terapeuti, kteří poskytují například logopedii, psychoterapii, duchovní péči, odborné sociální poradenství a další sociálně terapeutické činnosti. Komplexní individuální péče je zajištěna prostřednictvím mezioborové spolupráce. Každý čtvrtek probíhají porady multidisciplinárního týmu (MDT), při kterých si odborníci předávají informace ohledně spolupráce s klienty a také s rodinami klientů. Společně se snaží ulehčit pečujícím osobám mnohdy náročnou péči o jejich blízkého s cílem pomoci klientovi se co nejvíce zlepšit zejména v oblasti mobility a sebepéče za psychosociální podpory svého okolí.

V následující kapitole se zaměřím na význam mezioborové spolupráce specifické v péči o klienty s RS, dále se budu zabývat mezioborovou spoluprací v kontextu sociálních služeb.

3 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Na sociálně zdravotním pomezí se setkáváme nejčastěji s pojmy multidisciplinární tým a interdisciplinární tým. Tyto pojmy jsou si podobné a často jsou v praxi používány jako synonyma, někteří autoři je však rozlišují, protože vnímají určitou odlišnost. Mezioborový interdisciplinární tým má jasně vymezený cíl a vzájemnou provázanost oborů, které jsou zastoupeny v týmu. Tým spolupracuje pomocí integrovaného plánu péče orientovaného na klienta (Kuzníková, 2011, s. 24-25). Multidisciplinární nám udává spojení slov „multi“ (mnoho) a „disciplína“ (obor) obor. Setkává se více odborníků jednotlivých oborů (pracovníků různých pozic), kteří mají vliv na potřeby klienta. Spoluúčast zdravotního a sociálního přístupu pak znázorňuje spoluúčast odlišných disciplín. Spojuje je společné prostředí, v němž jsou zkoumány různé fenomény vyžadující spoluúčast těchto odlišných disciplín (Jankovský a kol., 2015, s. 5). Aplikování spolupráce multidisciplinárních týmů je v praxi sociální práce velmi cenné, nejen při dosahování kladných výsledků intervencí, ale zejména ve prospěch klientů v nepříznivých sociálních situacích, jejichž řešení se nalézá na pomezí působnosti více resortů nebo institucí. Principem dobré sociální služby je individuální přístup, s ohledem na klientovy aktuální potřeby a k tomu nám pomáhá individuální plánování. Výsledkem dobře fungujícího MTD by tedy měla být individuální spolupráce (Jankovský a kol., 2015, s. 8-10).

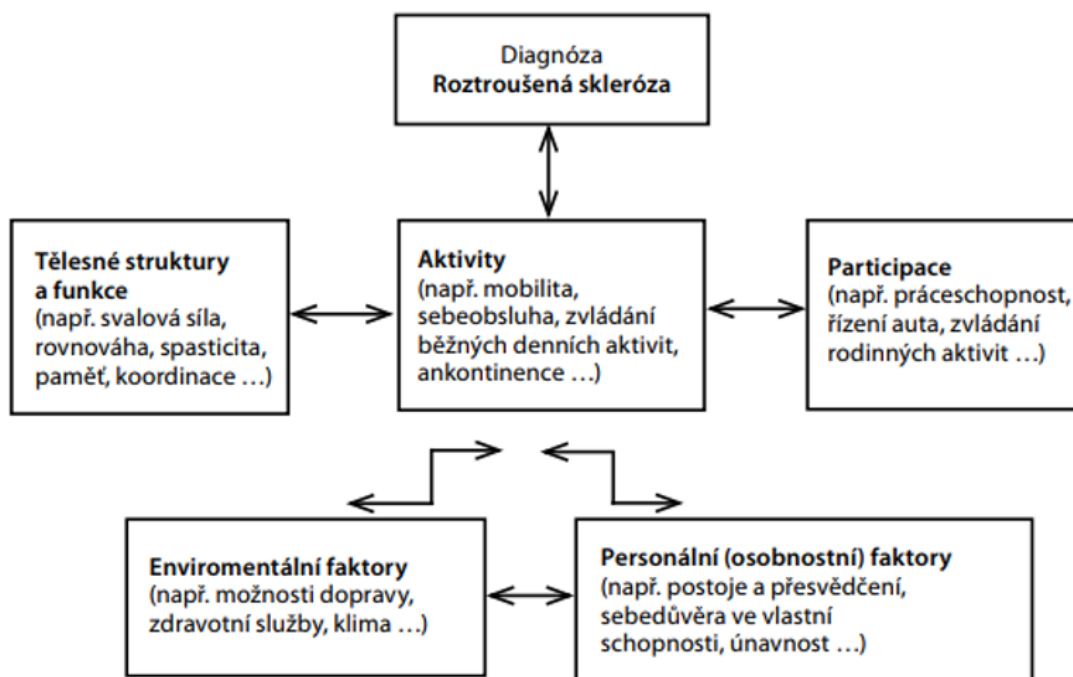
Péče o klienty na odlehčovací služby dále klade důraz na spolupráci s rodinami (pečujícími osobami) klientů, kteří se mnohdy na individuálním plánování rovněž podílí. U klientů s RS, kteří se snaží co nejdéle (za pomoci pečujících osob) udržet ve vlastním sociálním prostředí je spolupráce s pečující osobou často klíčová. V následující kapitole se zaměřím na MO spolupráci v péči o klienty s RS.

3.1 MO spolupráce v péči o klienty s RS

V rámci první kapitoly, která nás seznamuje se specifiky onemocnění RS, byla vysvětlena důležitost komplexní rehabilitační péče. Vzhledem k individuální závažnosti symptomů tohoto onemocnění by měla být tato péče poskytována ideálně prostřednictvím interdisciplinárního týmu.

Aktuální článek odborného časopisu Neurologie pro praxi (Novotná, 2021, 22) uvádí následující: „Podle mezinárodní funkční klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) je cílem rehabilitační intervence snížení disability a hendikepu a dále podpora co nejvyšší možné nezávislosti v aktivitách (pomocí modifikace personálních a environmentálních faktorů) - viz obrázek Obr. 2.“

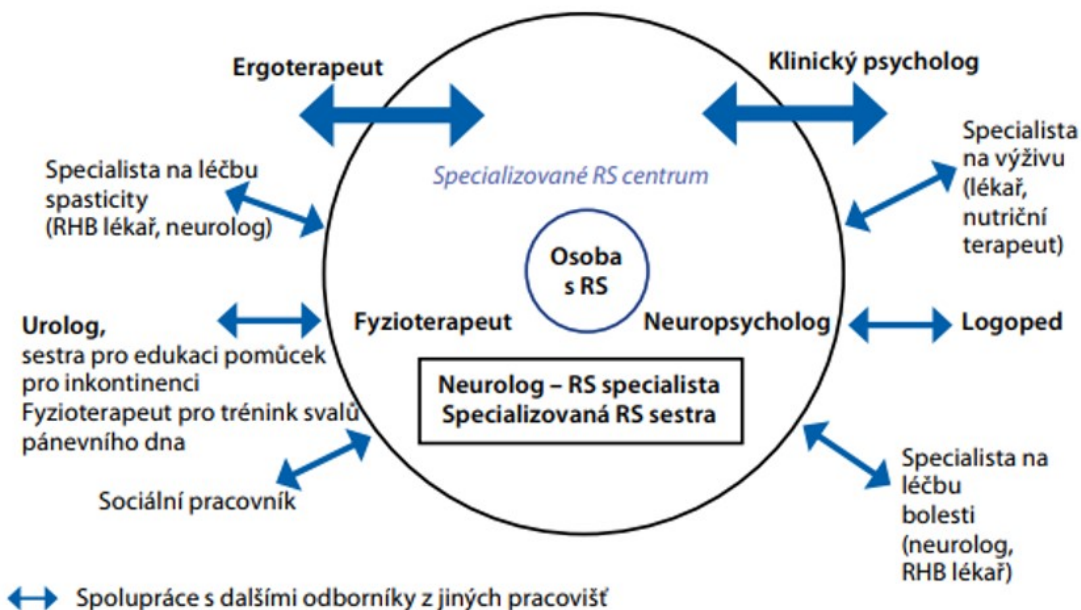
Obr. 2: Roztroušená skleróza podle Mezinárodní funkční klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) (podle Khan a kol., 2013)



Zdroj: časopis Neurologie pro praxi 2021, str. 51(Novotná, 2021)

Rehabilitace se tedy soustředí na pozitivní ovlivnění symptomů, které osoby s RS limitují v běžných aktivitách, a tím pomáhá zvýšení jejich kvality života. Mezi zásadní limity úspěšné rehabilitace patří vážné kognitivní obtíže, nedostatečná motivace klienta a snížená tréninková kapacita způsobená onemocněním (Beer, Khan et Kesselring, 2012). Jak jsem již uvedla na několika příkladech, mnoho odborníků se shoduje na doporučení mezioborové spolupráce v péči o klienty s RS. Tým může být tvořen různými odborníky na základě aktuálních potřeb klienta, které je tedy nutné stále monitorovat a aktualizovat. Součástí tohoto multidisciplinárního týmu bývá zpravidla fyzioterapeut, ergoterapeut, neuropsycholog a sociální pracovník. Rehabilitační pobytová péče vede často u osob s RS ke zlepšení kvality života, která přetrvává několik měsíců. Někteří členové interdisciplinárního týmu RS center bývají externí odborníci – viz obrázek Obr. 3.

Obr. 3: Interdisciplinární spolupráce při péči o pacienta s RS (podle Soerensen a kol., 2019)



Zdroj: časopis *Neurologie pro praxi* 2021, str. 51 (Novotná, 2021)

3.2 MO spolupráce v kontextu sociálních služeb

Mezioborová spolupráce může zajistit dosažení hodnot holistického přístupu k člověku a podpořit tak aktuální vývoj v pomáhajících profesích sociální práci nevyjímaje (Kaňák a kol. 2018). Autoři publikace *Mezioborová spolupráce v kontextu sociálních služeb* se shodují na tom, že v česky psaném kontextu je téma mezioborové spolupráce zastoupeno poměrně řídko. Mnoho z autorů se věnuje tomuto tématu z hlediska určitého konkrétního kontextu, chybí obecnější a komplexnější úhel pohledu, který se snaží Kaňák a kol. doplnit. Využívají přitom model Bronsteinové, která mezioborovou spolupráci definuje jako: „Mezilidské procesy, skrze které příslušníci odlišných disciplín spolupracují na dosažení či produkování společných cílů či výstupů“. Zmíněné „mezilidské procesy“ by v ideálním případě měly podporovat dosahování cílů a těchto cílů by nebylo možné dosáhnout, pokud by jejich dosažení záviselo pouze na příslušnících každého z oborových disciplín, bez vzájemného provázání. Zároveň by nemožnost dosáhnout cílů mnohdy souvisela s neproveditelností z důvodu času, způsobu a financí. Z dalších definic mezioborové spolupráce vyplývá, že není tak podstatná frekvence setkávání celého týmu, ale klíčová je spolupráce na jednom cíli. Zásadní je tedy stanovení cíle

vzájemné spolupráce, na jehož základě pak probíhají mezi pracovníky procesy vedoucí k dosažení cíle, přičemž není stanovena četnost setkání členů týmu i s ohledem na to, že jednotliví členové nemusí spolupracovat pouze v rámci jedné organizace (Kaňák a kol.,2018).

3.2.1 Faktory ovlivňující MO spolupráci

Různí autoři se pak zabývají faktory ovlivňujícími mezioborovou spolupráci z různých úhlů pohledu. Pro účely této práce jsem vybrala a níže uvádím faktory, které podle známých autorů Choi a Pak mezioborovou spolupráci podporují a zároveň mohou negativně ovlivnit aplikaci a zavádění mezioborové spolupráce (Choi a Pak, 2007):

Podporující faktory (*Promoters, P*) vytvořené na základě obsahové analýzy literatury:

- Dobrý výběr členů týmu
- Volba dobrého vedoucího týmu
- Zralost a flexibilita členů týmu (osobní a profesní)
- Osobní shoda členů týmu / vzájemná akceptace a respekt
- Fyzická blízkost členů týmu (*conventional teamwork*), popřípadě virtuální blízkosti (*electronical teamwork*)
- Internet a e-mail jako podporující platforma
- Motivátory
- Podpora ze strany organizace (instituce) a změny na pracovišti, které mají nastat, aby mohlo společně vykonávat činnost více pracovníků různých profesí
- Společný cíl a sdílená vize
- Jasnost a rotace rolí (potřeba jasně definovat obsah, odpovědnosti a meze rolí, stejně jako jejich střídání po předem určeném čase)
- Komunikace mezi členy týmu
- Konstruktivní zpětná vazba mezi členy týmu

Dále tito autoři uvádějí dalších 12 faktorů bránících úspěchu zavedení mezioborové spolupráce (MO) – tzv. bariéry úspěchu (*Barriers, B*):

- Nevhodný výběr profesí (disciplín) a členů týmu
- Nevhodné nastavení fungování týmu (včetně řízení, pozic a odměňování)

- Nedostatek vhodných nástrojů pro měření úspěchu interdisciplinární práce (včetně potenciálního porovnání, zda je MO efektivnější než práce jednotlivců)
- Nedostatek vodítek pro určení multi-autorství (tedy společné tvorby nových postupů)
- Potíže v odborném jazyku jednotlivých odborníků
- Nedostatek času na dosahování cílů v MO (MO často trvá déle z důvodu nutnosti ladění faktorů zde uvedených)
- Nedostatečné zdroje pro práci v MO
- Překážky uvnitř organizace, případně organizací, jejíž členové se na aplikaci MO spolupráci a její realizaci podílí
- Konflikty mezi jednotlivými odbornostmi
- Konflikty uvnitř týmu
- Nedostatek prostoru na komunikaci / nevhodná komunikace mezi jednotlivými odbornostmi
- Nevhodné rozdělení moci mezi disciplínami

V oblasti sociálních služeb vnímám jako jistou překážku v úspěšném fungování MDT nerovné postavení jednotlivých odborností, které je dané legislativou MPSV v rámci řízení sociálních služeb. Dále vnímám rovněž problematické rozdělení kompetencí zdravotní a sociální péče na zdravotně sociálním pomezí.

3.2.2 Organizační kontext

Dalším aspektem, který je třeba rozlišit je způsob poskytování MO, zda je MO poskytována prostřednictvím „agentury“ nebo „týmu“ (Musil, 2004). Pod termínem agentura Musil představuje v podstatě to, co je obvykle vnímáno pod termínem organizace. Jedná se tedy o uskupení pracovníků, kteří jsou zaměstnáni v jedné organizaci a tím pádem do jisté míry sdílejí stejné hodnoty, obecnější nastavení cílů práce s klienty a vize. Oproti tomu tým bývá mnohdy jen dočasné uskupení pracovníků, kteří sdílejí stejný cíl, ale pocházejí z různých organizací. Na poskytování služeb se tak podílí více tzv. ideologií – tj. různé představy o tom, jaký význam mají jednotlivé pracovní události (nejen přímá práce s klienty, ale také porady, způsob plnění dalších úkolů atp.). Zmíněný termín „ideologie“ zahrnuje pravidla a vnitřní nastavení, kulturu a sdílené hodnoty organizace.

Tato ideologie pak ovlivňuje úroveň spolupráce zejména v těchto oblastech (Kaňák a kol., 2018):

- Komunikace (a v ní obsažené významy)
- Moc (a z ní plynoucí možnosti a omezení)
- Sankce (při nichž jsou obsaženy normy a pravidla)

3.2.3 Komunikace a týmová spolupráce

Podle Kolajové (Kolajová 2006, s. 12) lze tým definovat jako tři a více osob, vzájemně na sebe působících a současně se ovlivňujících. Tyto osoby vnímají společnou identitu, podílí se na dosažení společného cíle a vnitřně jsou spjaty s vědomím „my“. Jednají a pracují dobrovolně podle psaných i nepsaných pravidel. Koncepti týmu lze vnímat i jako silně prožívané stanovisko každého jedince na základě jeho sounáležitosti s určitou skupinou, kterou může být například rodina, ale i přátelé, spolupracovníci nebo členové zájmového kroužku. Anglicky lze „TEAM“ přeložit jako „společně dosáhneme více“, kdy každé písmeno obsahuje zkratku klíčových slov: *Together, Everybody, Achieves, More*.

Vnímám, že důležitým aspektem pro dobrou spolupráci v týmu jsou hodnoty jako je vzájemná důvěra, respekt, otevřenost a čestnost. Pokud si spolupracovníci rozumí, důvěřují si, mají chuť spolu trávit čas a vzájemně se respektují, získávají tak příznivé klima pro spolupráci a je šance, že bude spolupráce dobře fungovat. Podle mého názoru je příznivé pracovní klima klíčové pro podporu komunikace, vstřícného jednání a spolupráce. Dobré pracovní vztahy a udržování týmového ducha lze také podpořit například firemní kulturou a týmovou supervizí. Týmová práce je systematicky řízena a koordinována za konkrétním účelem. Členové týmu se podílí svými intervencemi na naplnění cíle, jejich činnosti spolu souvisí a někdy mohou být tyto činnosti na sobě závislé. Podle mého názoru platí, že čím menší je počet členů týmu, tím lépe se spolupracuje. Problémy nastávají, když členové týmu neznají nebo nerespektují své kompetence. Zdrojem konfliktů v týmu může být i přetíženost pracovníků. Kolajová (Kolajová, 2006, s. 18) uvádí, že týmová spolupráce vyžaduje přizpůsobení se pravidlům a normám, což může být pro někoho problematické. Největším problémem v týmu může být nepochopení, neefektivní předávání informací, což přináší velké riziko poškození klienta.

Základním kamenem sociální práce je posouzení potřeb a cílů klienta – porozumění. V průběhu tohoto procesu se odborník snaží porozumět člověku ve vztahu k jeho prostředí a na základě toho pak sestavuje spolu s klientem plán spolupráce vedoucí k naplnění určitého cíle (potřeby). Kaňák (Kaňák a kol., 2018, str. 24) uvádí shrnutí procesu posuzování na základě analýzy dat z různých přístupů autorů k tomuto procesu, které se skládá z pěti bodů:

- 1) Přípravy na posouzení.
- 2) Sbíráni dat (od klienta, rodiny, blízkých osob, institucí atp.).
- 3) Aplikace profesionálních znalostí s cílem analyzovat získaná data.
- 4) Formování závěrů ohledně vztahů, potřeb, rizik a možných způsobů spolupráce (standardů péče) a zajištění bezpečí.
- 5) Zvážení a rozhodnutí jaký bude další postup (kdo, kdy a jak se do procesu zapojí).

Posuzování životní situace je jedním ze základních kroků, při mezioborové spolupráci je pak klíčová „lokalizace problému“, zda je povaha problému interpersonální (např. motivace klienta a jeho přístup) nebo zda souvisí se sociálním prostředím klienta (např. znevýhodnění v sociálním systému). Na základě tohoto posouzení je poté zvolen i vhodný přístup pro MO spolupráci.

3.2.4 Rozvoj týmu a týmové práce

Rozvoji týmu a týmové práce se věnuje publikace Pracovní tým (Lukášová, R., *Pracovní tým*, 2019), která uvádí určité typické fáze vývoje každého týmu. V odborné literatuře je nejznámější a nejcitovanější klasifikací těchto fází klasifikace B. W. Tuckmana, který na základě analýzy existující literatury a výsledků provedených výzkumů identifikoval následující fáze rozvoje týmu:

- fázi formování (*forming*)
- fázi „bouření“ (*storming*)
- fázi normování (*norming*)
- fázi výkonnosti (*performing*)

Ve fázi *formování* dochází k výběru členů týmu a zahájení činnosti. Členové se seznamují s účelem týmu a snaží se ujasnit si a definovat klíčový úkol týmu.

Atmosféra není zcela uvolněná, většina lidí pociťuje v dané fázi nejistotu. Dochází k úvodnímu, poněkud opatrnému sdílení informací a diskusi, přičemž se členové týmu vzájemně poznávají, „testují“, sladují své individuální styly práce a budují vzájemné vztahy. Postupně se přitom začínají „objevovat“ vůdcové a rýsují se role jednotlivých členů týmu, i když prozatím poněkud mlhavě. Ke konci dané fáze pak začínají vznikat první nedorozumění a názorové neshody vyvolávající v týmu určité napětí. V další fázi, označované jako „bouření“ (v češtině někdy také jako fáze krize), se členové týmu začínají potýkat s úkolem, který mají plnit/splnit. Definují se procesy a odpovědnosti, konfrontují se názory a metody práce. Přitom se mezi členy týmu objevuje soupeření a vznikají (již zcela zjevné) konflikty spojené s pravomocemi a odpovědností (s rozložením moci a autority), případně pasivní rezistence či drobné vzpoury skupinek v týmu apod. I když se uvedená fáze může navenek jevit jako nepřínosná a škodlivá, zkušenosti i výzkumy ukazují, že tomu tak není, že tato fáze má svůj specifický přínos. Členové týmu v této fázi postupně pochopí, že pěstování sporů nikam nevede, naučí se své interpersonální spory řešit a zaměřovat se především na úkol a cíle týmu. Počáteční disharmonie či kreativní tenze tak má pro výkonnost týmu následně pozitivní efekt. Pokud jsou týmy již v počáteční fázi harmonické, nemají obvykle – jak ukázaly výzkumy – tak dobré výsledky jako týmy, v nichž zpočátku panovala disharmonie. Uvedená skutečnost může být zapříčiněna tím, že tyto týmy se v rané fázi svého vývoje nenaucily konflikty řešit, a / nebo tím, že členové týmu jsou díky pociťované harmonii příliš konformní (dle Hargie, O., Dickson, D. a Touris, D., 2004, str. 100).

Fáze *normování* (v češtině někdy označovaná také jako fáze stabilizace) je fází, v níž dochází ke zvýšení míry vzájemné akceptace jedinečného/odlišného způsobu myšlení a chování jednotlivých členů týmu a ustupuje naopak důraz na uniformnost myšlení a chování. Utvářejí se vnitřní, týmové normy chování a pravidla fungování, zlepšuje se koordinace a vzájemná komunikace. Konfliktnost objevující se v předchozí fázi je výrazně utlumena, posiluje se naopak kooperace a vzájemnost. Jednotlivci jsou otevřenější a tolerantnější, chápou navzájem význam a přínos jednotlivých členů týmu. Atmosféra se stává uvolněnou, dochází ke vzniku socio – emocionální soudržnosti a posiluje se vědomí týmové identity. Jsou-li normy pracovního chování, vztahující se ke zvládnutí řešených úkolů (včetně sebeorganizace týmu), a normy vztahující se ke vzájemné komunikaci a spolupráci vytvořeny, nastupuje fáze výkonnosti týmu. Tým funguje stabilně a efektivně, k řešení úkolů přistupuje konstruktivně a případné rozpory a konflikty jsou vnímány jako příležitost k rozvoji. Panuje vzájemná důvěra

a otevřenost, uplatňována je zdravá kritičnost, problémy a úkoly se řeší konstruktivně. Týmová práce přináší členům týmu uspokojení a zlepšení kvality jejich pracovního života.

Zdravé absolvování výše uvedených fází vede k dosažení výkonnosti a efektivnosti týmu. Nepřichází ovšem zcela automaticky – pouze tím, že členové týmu jsou dobře vybráni a tým je ustaven. Týmové myšlení a spolupráci se skupina musí postupně naučit. Aby tedy týmová práce přinášela organizaci žádoucí efekt (kvalitnější řešení pracovních úkolů a problémů díky dosahování synergií, úspěchy při řešení problémů vyžadujících interdisciplinární pohled atd.), doporučuje se pracovní týmy cíleně budovat: rozvíjet u členů schopnost týmové spolupráce, podporovat zdravý „průchod“ výše uvedenými fázemi a cílevědomě provádět transformaci skupin v týmy.

3.2.5 Zavedení MO spolupráce v organizaci pomocí Programové teorie

Pro úspěšnou realizaci MO spolupráce aplikovanou pomocí Programové teorie je podle Kaňáka (Kaňák a kol., 2018, str. 40) doporučováno různými autory popsat proces aplikace programu MO spolupráce.

Zásadním krokem je určit:

- cílové skupiny – kritéria pro zařazení do programu (např. definice cílové skupiny u poskytovatele soc. služby)
- očekávaný počet klientů cílové skupiny podpořených programem MO spolupráce
- průběh programu (frekvence porad, intervizí, kontaktů s klienty a jejich zaměření, délka programu a počet setkání)
- cíle programu (krátkodobé, střednědobé, dlouhodobé) a výstupy (zpětná vazba a statistika – počet klientů, kteří program využili)

Další fází je pak řízení procesů (manažerské i podpůrné) jako jsou porady, vzdělávání, intervizní setkávání (pro podporu, sdílení zkušeností a zpětné vazby), dále pak supervize, systém odměňování, reakce na komplikace a problémy. Procesy kontroly pak stojí na hranici mezi evaluací výstupů a řízením procesu, protože během evaluace výstupů se hodnotí naplňování cíle projektu – zavedení MO spolupráce (Kaňák a kol., 2018). Tyto výše popsané procesy jsou podle Kaňáka klíčové pro podporu intenzivnější komunikace v MO týmu, pochopení rolí jednotlivých členů týmu a sladování hodnot. Dále se pro podporu řízení procesů využívá již zmíněná evaluace implementace MO spolupráce, která hraje velkou roli zvláště v případě, kdy je potřeba,

aby se členové týmu učili novým postupům a sžívali se s novými hodnotami a zaměřením na způsob poskytování služeb.

Na základě těchto teoretických východisek se domnívám, že evaluace zavedených změn ve spolupráci MDT v popisované organizaci je tou správnou cestou k podpoře efektivnější MO komunikace a spolupráce. Nyní se v kontextu hodnocení zaměřím na kvalitu sociální práce a sociálních služeb.

4 KVALITA SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Pojem „kvalita“ je používán různým způsobem a vztahuje se k různým fenoménům, z toho důvodu jej tedy nelze úplně jednoznačně definovat. Podléhá stálému vývoji a společenským i politickým změnám. Představa o kvalitě a nárocích na kvalitu se liší v závislosti na vkusu, názorech a hodnotách jednotlivých hodnotitelů kvality. Hodnocení kvality souvisí se společenskými a osobními normami, hodnotami, cíli a očekáváními. Kvalita služeb sociální práce se významně zaměřuje na kvalitu života. Hlavním účelem sociálních služeb (což koresponduje i s posláním organizace DSJ), je přispívání k zachování lidské důstojnosti a kvalitě života člověka tak, aby byla srovnatelná s úrovní ostatních a nedocházelo k sociálnímu vyloučení. Samotnou kvalitu života tedy lze chápat jako vnímání jedince a jeho postavení v životě s ohledem na jeho vymezení v rámci kulturního a hodnotového systému a také ve vztahu k jeho cílům, očekáváním a zájmům.

4.1 Kvalita a sociální práce

Kvalitní služby sociální práce jsou takové, které jsou přiměřené pro svůj účel s rozumnými náklady a se stupněm dosažitelnosti zasvěcené volby, kdykoliv je to uskutečnitelné. Nejdůležitějším aspektem u sociální práce je etické a normativní zaměření kvality. Nejde jen o efektivitu práce služby, ale také například o to, jak se přitom klient cítil, zda mu něco dodalo povzbuzení apod. Sociální pracovníci řeší problémy klientů holisticky a vyjadřují jim úctu. Respektují, že proces a vztah je součástí toho, co vede k dobrým výsledkům pro uživatele služeb (Malík Holasová, 2014, s. 22-23).

Holistický přístup v sociální práci vyjadřuje subjektivní zhodnocení komplexu klientova somatického zdraví, psychického stavu, stupně nezávislosti na okolí a sociálních vztahů v určitém prostředí.

Určení kvality v sociální práci závisí na mnoha aspektech. Kromě klienta samotného, hraje významnou roli také zadavatel služeb, občané a poskytovatelé sociálních služeb. Kvalita je určována ve střetu se zákonem stanovených cílů, individuálních očekávání a profesních cílů, v kontextu aktuální společenské a odborné debaty a v návaznosti na dostupné finanční zdroje. Zajištění kvality sociálních služeb má za cíl ochránit zranitelné skupiny příjemců služeb před nekvalitně poskytnutými službami, a především

před poškozením práv klientů a zneužití moci pracovníků služeb. Kvalita sociálních služeb je hodnocena na základě úspěšnosti vyřešení problémů, spokojenosti klienta a jeho rodiny, dále se hodnotí dodržení procesních či výstupových standardů (Malík Holasová, 2014).

Kvalita v sociálních službách je vždy spojována se standardy kvality sociálních služeb, které jsou ve formě právního předpisu. Její kritéria jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., provádějícího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Malík Holasová popisuje kvalitu v sociálních službách takto (2014): „*Kvalitní sociální služba vychází z požadavků, očekávání a osobních cílů klienta, je poskytována tak, aby nebyla porušována lidská a osobní práva klientů; zohledňuje individuální potřeby klientů, podporuje jejich životní styl a zvyšuje kvalitu jejich života; je průběžně vyhodnocována s ohledem na osobní cíle a možnosti klientů; informuje klienty o možnosti podání stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby a zároveň definuje postupy pro vyřizování těchto stížností, umožňuje klientům využívat běžně dostupné veřejné služby; má stanovený počet pracovníků přiměřený druhu poskytované sociální služby; zaměstnává vyškolené odborníky, kteří jsou schopni zajistit poskytování kvalitních sociálních služeb. (Inspekce, 2007).*“

V současných podmínkách tomu napomáhá standardizace sociálních služeb, definování metodických postupů práce, organizaci práce, postupy při mimořádných situacích, vzdělávání zaměstnanců a ochrana práv uživatelů. Kvalitní sociální služba pracuje s individuálním přístupem ke klientovi.

4.2 Hodnocení kvality sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb v současné době zavádějí hodnocení kvality, které jim umožní srovnání s ostatními organizacemi poskytujícími sociální služby. Přínosem je jednodušší měřitelnost a následné vyhodnocování výsledků. Jedním z přístupů, jak hodnotit kvalitu sociálních služeb, je vnímání služby a požadavků na konkrétní službu z pohledu konkrétního uživatele a jeho očekávání.

Podle SERVQUAL² přístupu rozlišuje Malík Holasová (2014) pět dimenzí hodnocení poskytovatele z hlediska kvality služby:

² Pozn. SERVQUAL je metoda měření kvality služeb podle spokojenosti zákazníka, kterou poprvé publikovali američtí autoři Valarie Zeithaml, A. Parasuraman a Leonard Berry. Metoda je založena na modelu mezer (GAP analýza) mezi očekáváním zákazníka a následnou zkušeností se službou. Velikost těchto mezer se zjišťuje pomocí dotazování zákazníků (Zeithaml, Parasurman, Berry, 1990).

- 1) **Prostředí** (místo poskytování služby) – budova, vybavení prostor, vystupování pracovníků.
- 2) **Spolehlivost** – schopnost poskytnout požadované služby podle očekávání.
- 3) **Vstřícnost** – schopnost porozumět a naplnit specifické potřeby a přání klienta.
- 4) **Způsobilost** – kompetence (např. vědomosti, důvěryhodnost, chování) poskytovatele vytvářet požadované služby
- 5) **Empatie** – schopnost vcítit se do pocitů a přání klienta (např. řešení krizových situací)

Důležitou roli při popisu kvality hrají znaky jednotlivých kritérií kvality, které dělíme na: (Malík Holasová, 2014, s. 70)

- 1) **Kvantitativní** – přímo měřitelné a objektivní, jako např. kapacita zařízení. Nepřímo měřitelná je např. spokojenost uživatele. Lze je přesně vyjádřit měřitelnými hodnotami (číslly).
- 2) **Kvalitativní** – neměřitelné nebo obtížně měřitelné. Rozlišujeme na objektivní (např. přítomnost či nepřítomnost situace) a subjektivní (např. úroveň spokojenosti s poskytováním služby, ochrana práv uživatele atp.).

Snaha o kvantifikaci vede často k zjednodušení komplexnosti sociální práce. Některé výsledky sociální práce však nelze kvantifikovat. Příkladem může být kritérium respektu k jedinečnosti klienta a jiné subjektivní aspekty interakcí.

Hodnotit kvalitu sociální služby bychom měli i z hlediska pohledu uživatele, kdy zhodnotíme splnění očekávání klientů (spokojenost zákazníků). Každý klient očekává od poskytované sociální služby splnění vlastních požadavků, které se mohou lišit od našich předpokladů. Služba by měla klientovi přinášet hodnotu ve formě užitku. Osobně vnímám specifikaci kvality při poskytování konkrétní služby jako důležitý parametr pro zajištění kvality péče.

Malík Holasová (2014, s. 99) uvádí, že pokud má služba dobře definované standardy kvality, které mohou být prostředkem pro hodnocení dobré praxe organizace, může to usnadnit rozhodování osobám s postižením a jejich rodinám ve výběru vhodné a kvalitní služby. Systém hodnocení kvality je založen na systému pracovních postupů, jak informovat klienty a zjistit, zda jim nabízený standard poskytovaných služeb vyhovuje a zda jsou tyto postupy v praxi dodržovány.

Nyní se nabízí otázka, jak tedy může ovlivnit kvalita intervence (postupy) celkový výsledek? Metodika hodnocení kvality výkonu sociální práce (Hubíková, 2022) uvádí, že v sociální práci neexistuje lineární vztah závislosti mezi kvalitou intervence a kvalitou výsledku (dopadu). Tento vztah se projevuje často v delší časové linii, a proto je tento vztah komplexní. Sociální pracovníci (Vojtíšek, 2018) i odborná literatura (Malík Holasová, 2014) se shodují na tom, že „dobře odvedená sociální práce nemusí být účinná a naopak, účinek se někdy dostaví i bez intenzivní sociální práce daného pracovníka, může být ovlivněn jinými faktory (prostředí, zásah jiného profesionála atp.)“ (Vojtíšek, 2018, 3). Stanovit, zda byla či nebyla intervence úspěšná, je problematické právě z toho důvodu, že efekt intervencí se může projevit až s odstupem času a u preventivní sociální práce je obtížně určitelný. V případě, že by se hodnocení realizovalo měřením úspěšnosti podle výsledků, které nastávají v krátkém časovém úseku od provedení intervence, zesilovalo by to tendenci k upřednostňování klientů, u kterých lze v krátkém čase očekávat pozitivní výsledek, tzv. *creaming effect* (Gamoran 2020). Pokud není možné stanovit jednoznačnou souvislost mezi intervencí a jejím dopadem, lze jen velmi obtížně hodnotit kauzalitu mezi výsledkem a činností sociálního pracovníka. Hodnocení lze v tomto případě provést pomocí sebehodnotících procesů poskytovatelské organizace, případně na úrovni jednotlivých sociálních pracovníků, a i tak jde o velmi složitý úkol. Právě z tohoto důvodu je v oblasti sociální práce při plošném hodnocení její kvality využíváno hodnocení v procesní a strukturní oblasti, a nikoliv v oblasti výsledků či dopadů (Hubíková, 2022; Malík Holasová 2014).

Toto poznání následně ovlivnilo můj postup ve fázi evaluačního výzkumu, kdy jsem si stanovila záměr prokázat vliv efektivity spolupráce MDT na rychlost naplnění klientova cíle.

4.2.1 Metody využitelné při hodnocení kvality služby

Níže uvedené metody (tabulka: 1) lze využít při sběru, analýze i vyhodnocení informací v průběhu procesu kontroly a hodnocení. Dále jsou zde uvedeny příklady metod, které byly doporučeny pro hodnocení kvality sociální služby (MPSV Odbor sociálních služeb a inspekce sociálních služeb, Doporučený postup č. 4/2022).

1: Metody využitelné při hodnocení kvality služby

Metody:	Příklady:
Analýza dokumentů	záznamy z jednání, individuální plány, výkazy péče, záznamy ze sociálního šetření, záznamy o stížnostech apod.
Dotazování	dotazníkové šetření mezi klienty (nejen o spokojenosti), zaměstnanci, jiné organizace a instituce a osoby v nich
Rozhovor	individuální polostrukturované rozhovory se zaměstnanci, klienty, vedením organizace, zřizovatelem, jinými subjekty (úřady, organizace, sousedství, veřejnost...)
Focus group	polostrukturované skupinové diskuze se zaměstnanci, klienty, jinými subjekty
Pozorování	strukturované nebo polostrukturované pozorování jednotlivých zaměstnanců, aktivit a procesů, průběhu dne ve službě, jednotlivých klientů
Testování a ověřování (znalostí, postojů apod.)	anonymní dotazníky, znalostní soutěže, dotazníkové šetření, modelové situace, mystery shopping
Brainstorming	každý sděluje, co ho napadne; nehodnotí se, co zaznělo; zapisuje se bodově vše, co zaznělo
Analýza rizik	hrozby pro klienty, zaměstnance, poskytovatele; ekonomická rizika, psychická rizika, marketingová rizika atd.
Zážitkové metody (reflektované)	modelové situace, vstupování do jiných rolí, reflexe chování a komunikace, diskuze nad možnostmi jiného postupu apod.
Příklady dobré a špatné praxe (vyhledání, identifikace)	nestrukturované, strukturované
a další...	

Zdroj: (MPSV Odbor sociálních služeb a inspekce sociálních služeb, Doporučený postup č. 4/2022, str. 16)

4.3 Evaluační výzkum jako nástroj řízení kvality

Evaluace má široké uplatnění v sociální práci skrze analýzu fungování sociálních programů a politik. V praxi je často spjatá s konceptem implementace. Existuje velké množství návodů na vedení evaluace, možnosti jejich aplikace je však třeba brát s rezervou. Univerzální použitelnost těchto návodů zpochybňuje Huey-tsyeh Chen (2004) z důvodu odlišných koncepcí jednotlivých sociálních programů. Hlavní odlišnost evaluačního výzkumu od výzkumu základního spočívá v jeho účelu. Evaluace je orientována na aktivitu a je vedena se záměrem ovlivnit hodnotu nebo dopad např. politiky, programu, praxe, intervence nebo služby. Účelem je tvorba doporučení nebo změny. Evaluační výzkumy bývají nejčastěji zadávány lidmi nebo organizacemi, kteří potřebují konkrétní druhy informací o daném problému a většinou nemají potřeby evaluačního výzkumu kdekoliv zveřejňovat. Kritika těchto výzkumů se týká jejich výsledků z důvodu, že tyto výsledky vytváří specifickou doménu vědění, která často existuje sama pro sebe. Evaluační výzkumníci argumentují tím, že evaluační výzkum je tvořen pro konkrétní (sociální) program, který se nachází v oblasti sociální práce (Kovář, 2008).

4.3.1 Osoba evaluátora

Evaluace je považována za holistickou a interdisciplinární. Holistický přístup spočívá v nutnosti zahrnout do hodnocení co nejvíce zainteresovaných subjektů. Mezioborový přístup se projevuje v zahrnutí mnoha metodologických přístupů a snahou o využití perspektivy různých oborů. Důležitou roli zde hraje role evaluátora, který může vystupovat v mnoha různých úlohách. Může být například interním zaměstnancem evaluovaného sociálního programu. Hrozí zde konflikt rolí evaluátor vs. zaměstnanec. V závislosti na zapojení evaluátora do chodu programu rozlišujeme evaluaci participativní a nezávislou. Evaluátor vystupuje v roli poskytovatele informací, vyhledávače potencionálních rizik, dále může mít roli facilitátora, konzultanta a školitele. Jeho role se často podobá roli antropologa (Kovář, 2008).

V souvislosti s multi rolí evaluátora bývá obtížné zajistit jeho nestrannost, kterou může ohrozit přílišná blízkost k určitým osobám, konflikt zájmů, zneužití role a manipulace s účastníky. Dále se objevuje riziko ideologického hodnocení programu - potvrdit, co chci, aby vyšlo. Evaluátor by měl přinést expertní znalost hodnocení, měl by umět dobře komunikovat a využít své kompetence v roli znalce problematiky

a znalosti evaluace. Neměl by narušovat chod programu a vztahy mezi participanty (Hora, 2014).

4.3.2 Typologie evaluačního výzkumu

Jedna z typologií, které uvádí Kovář 2008, dělí evaluační výzkum na tzv. *formativní evaluaci*, která je zaměřená na proces a dále na tzv. *sumativní evaluaci*, která se orientuje na výsledky (dopad). Důležitá je provázanost obou přístupů. Sumativní evaluace se neobejde bez evaluace formativní. Pokud nám sumativní evaluace sociálního programu odhalí, že program nepracuje, jak by měl (což by vhodně vedená evaluace měla), tak bez zhodnocení formy fungování nejsme schopni posoudit, zda se tak stalo v důsledku špatného nastavení programu (např. veřejné politiky), nebo (jen) program dobře nefunguje.

Komplexní typologii evaluace pak představuje Huey Chen. Jeho *programová evaluace* obsahuje současně dva druhy teorií (Kovář, 2008):

- Deskriptivní normativní teorie (operuje s cíli a hodnotami; jak by měl program fungovat)
- Deskriptivní kauzální teorie (orientace na kauzalitu fungování a mechanismy programu)

Na základě uvedených teorií se pak formují specifické domény, na něž navazují konkrétní metody hodnocení programů. Programová teorie tedy dle Chena (1990) znázorňuje specifické kroky k dosažení stanovených cílů. Představuje soubor činností, které budou v průběhu realizace programu provedeny a na ně navázané očekávané výsledky a důsledky. Jde tedy o plán fungování programu – jeho představy, realizované činnosti zúčastněných aktérů a stanovené výsledky.

4.3.3 Procesní (formativní) evaluace

Pro zhodnocení, zda byl program realizován dle očekávání je využívána procesní evaluace, která bývá označována i jako evaluace implementace. Není však jednotně definována, je souborem různých pojetí a přístupů (Hora, 2014). Podle Chena (2005) procesní evaluace poskytuje klíčový kontext k implementaci, bez něhož by byla interpretace vztahu mezi programem a výsledkem obtížná. Dochází zde ke srovnání konkrétního procesu implementace s programovou teorií, která popisuje způsob dosažení stanovených výsledků. Mezi základní cíle procesní evaluace patří rovněž identifikace

silných a slabých stránek programu. Někdy je třeba programovou teorii uzpůsobit v závislosti na nových okolnostech, které výzkum přináší.

Hora (2014) uvádí dva základní přístupy procesní evaluace a jejich cíle:

- a) Posouzení kvality implementace programu – zde jsou části programu hodnoceny evaluátorem nebo na základě vnějších standardů pomocí stanovených evaluačních kritérií, která jsou stanovena předem nebo v průběhu procesu.
- b) Identifikace faktorů, které program ovlivnily (v jeho průběhu i výsledku) – tento přístup pomáhá identifikovat bariéry úspěšné implementace, odhaluje možné příčiny selhání (např. postoje a motivace participantů, chybné předpoklady a nedokonalé plány) a také vnější a vnitřní faktory, které ovlivňují průběh a výsledek (např. zpoždění aktivit, nespolupráce aktérů, špatně zvolená intervence apod.)

Průběh procesní evaluace (klíčové kroky) podle Hory (2014), který vychází z doporučení několika hlavních autorů a kol. (nejvíce citovaní: Rossi, Frechtling, Chen), kopíruje základní lineární model výzkumu. Uvedený model obsahuje záměry a cíle programu, klíčové koncepty a indikátory, metody a zdroje dat. Odborníci doporučují stanovení dílčích cílů pro jednotlivé části programu – vedlejší výzkumné otázky, které by měly být formulovány společně s participanty výzkumu.

Praktický postup počátku procesní evaluace (volba konkrétního přístupu) tedy spočívá ve stanovení evaluačních otázek a vytvoření evaluačních kritérií pro jejich splnění. Dále je potřeba najít vhodný design evaluace, přičemž různé otázky mohou vyžadovat různé designy. Na základě vhodné volby designu studie by měl být následně vytvořen evaluační plán, na kterém by se měli participanti aktivně podílet nebo by s ním měli být alespoň seznámeni, aby se eliminovalo riziko jejich pozdějšího odmítnutí evaluace. Evaluační plán se dělí na vstupy, aktivity, výstupy a výsledky. Rovněž je potřeba určit aspekty hodnocení a časovou osu v návaznosti na programovou teorii. Informace jsou sbírány průběžně a evaluátor je vyhodnocuje i zpětně (Hora, 2014).

Výzkumné metody pro procesní evaluaci:

Zde uvádím souhrn metod, které jsou různými autory nejčastěji uváděné jako vhodné pro procesní evaluaci.

- Evaluační dotazníky od participantů
- Nezúčastněné pozorování
- Zúčastněné pozorování (zápisy terénního deníku)
- Zpráva o důležitých událostech (pozitivně či negativně ovlivňující průběh programu)
- Ohniskové (fokusní) skupiny / (komunitní setkání = větší) 6-12 osob + moderátor
- Analýza dokumentů (vnitrofiremní dokumenty, výroční, evaluační zprávy, kazuistiky klientů)
- Analýza kvantitativních ukazatelů (data z informačního systému – monitoring)
- Další techniky jako např. analýza sociálních sítí, focus group, různé formy auditů atp.

Rizika

Chen (2005) spojuje procesní evaluaci s rizikem projevů rezistence k provádění evaluace nebo rezistenci k publikaci výzkumů. Dalším rizikem může být změna aktérů (participantů) v průběhu výzkumu, nedostatek potřebných dat a také projevy stranickosti evaluátorů. Jiní autoři uvádí mezi riziky například získání neúčinných, nedůvěryhodných nebo nesrozumitelných poznatků a také riziko přílišné velikosti či nákladnosti programu.

Součástí většiny procesních evaluací je evaluační zpráva, která obsahuje diseminaci výsledků a další doporučení, může být doplněna o manažerská shrnutí. Evaluátoři by se měli podílet na tvorbě této zprávy a vyjadřovat shodu nad výstupy. Významnou roli při zhodnocení hraje schopnost evaluátora vidět program jako celek, brát v úvahu evaluační kontext a mít odvalu prezentovat i nepopulární výsledky.

Programová teorie pro nastavení nové vize mezioborové spolupráce na OS by měla odpovídat na potřeby efektivní komunikace a spolupráce MDT. Měla by reflektovat návaznost výstupů tohoto programu na další organizační procesy, rozvíjet a dosahovat organizační strategie, budovat motivaci u členů MDT a zajistit komplexnost procesu řízení kvality efektivní mezioborové komunikace a spolupráce. Programová teorie nové struktury spolupráce v MDT byla navržena v rámci designového procesu tzv. fáze „IDEACE“ (jedná se o designový proces, při kterém vznikají návrhy na rámcová řešení), která je součástí metody *Human centered design* (HCD). Na následné testování prototypu a implementaci Programové teorie již nasedá procesní evaluace, která bude podrobněji popsána ve čtvrté sekci diplomové práce zaměřené na evaluační výzkum.

5 HUMAN CENTRED DESIGN (HCD)

Principem této metody je přístup zaměřený na zákazníka (klienta), kdy je klient přímo zapojen do procesu designování pomocí individuálního empatického přístupu (VESELÁ, L., FEDORKOVÁ, M., *Human centered design v sociálních službách*“ Příručka metodiky).

Principy HCD se uplatňují i ve vysokoškolském vzdělávání. Příkladem může být univerzita v Georgetownu, která se zabývala v roce 2014 otázkou aplikace principů a postupů HCD s cílem dosáhnout rovnocenné úrovně vývoje spojeného s inovacemi v rámci vysokoškolského vzdělávání. Zaměřili se primárně na dvě oblasti – stanovení své cílové skupiny a určení jejích potřeb. Uvědomili si, že potřeby studentů se neustále mění, vlivem individuálního dospívání, ale velký vliv má také měnící se prostředí (např. dosažitelnost různých technologií jako iPady apod.). Dalším uvědoměním bylo, že cílovou skupinou nejsou pouze studenti, ale i samotní vyučující. Univerzita za pomoci HCD zdokonalila kolaboraci a vztahy napříč celou univerzitou a vytvořila řešení a plány, které splňují požadavky obou cílových skupin. Z praktického hlediska HCD vyžadoval, aby administrátoři vysokoškolského vzdělávání vybudovali interdisciplinární týmy, které musí hledat odpověď na dvě základní otázky:

- 1) Kdo je naše publikum (cílová skupina)?
- 2) Jaké jsou jejich potřeby a přání? (co je pro ně vhodné)

Publikum a jeho potřeby se budou měnit v závislosti na situaci, musíme jej však stále zapojovat do celého procesu a získávat od něj zpětnou vazbu. Tato perspektiva pomáhá sladit inovační iniciativy se zásadami zaměřenými na studenty, podpory a rozvoje fakulty a posílení postavení zaměstnanců (Rankin, 2016).

5.1 HCD s cílem zvýšit efektivitu spolupráce MDT

Jak souvisí výše uvedený příklad využití HCD ve školství s projektem zkvalitnění péče v pobytové sociální službě?

Stejně jako ve školství, tak i v sociálních službách je velmi důležitým faktorem komunikace a týmová spolupráce. V pobytové sociální službě využíváme spolupráce MDT. Naší cílovou skupinou jsou tedy jak klienti a jejich potřeby, tak i jednotliví členové

MDT. Potřeby klientů jsou individuální a v průběhu pobytu se často mění v souvislosti s různými faktory (např. změna zdravotního stavu, změny v sociálním prostředí klienta apod.). Pro efektivitu péče je tedy klíčové umět rychle reagovat na změny cíle a využít všechny prostředky, které nabízí mezioborová spolupráce k naplnění nového cíle. Novým cílem bývá často odstranění překážky, která brání naplnění původního cíle. Priority klienta se mění v závislosti na různých okolnostech, důležitá je práce se vzájemnou zpětnou vazbou směrem ke klientovi i k týmu. Týmová spolupráce závisí na kvalitě nastavených komunikačních procesů, které by měly být efektivní. Domnívám se, že podpora efektivní mezioborové spolupráce prostřednictvím využití individuálního plánování je tou správnou cestou, která povede ke zkvalitnění služeb. Přehodnocování potřeb a cílů ve spolupráci s klientem a hledání způsobů, jak a čím může každá odbornost přispět k naplnění cíle, vede k rychlejšímu nastavení procesu a zvyšuje pravděpodobnost, že se podaří cíle dosáhnout v kratším čase. Vzhledem k tomu, že odlehčovací služba je omezena délkou pobytu na maximálně tři měsíce, efektivita spolupráce je zde mnohdy klíčová.

U klientů pobytové odlehčovací služby (dále jen „OS“) často řešíme ve spolupráci s odbornou sociální poradnou problematiku umístění klienta po ukončení služby. Klienti často přichází bez motivace a cílů, popisují, že jsou svým blízkým na obtíž a jako cíl pobytu uvádí pouze odpočinek pečující osoby. Prioritou je zejména zajištění intenzivní rehabilitace, která je při péči o klienty s touto diagnózou stěžejní. V průběhu pobytu se klient setkává prostřednictvím nabídky fakultativních činností s dalšími odborníky (logoped, psychoterapeut, pracovník odborné sociální poradny, aktivizační pracovník, pracovník specializované poradny alternativní komunikace, odborná sestra pro léčbu ran apod.) a díky jejich motivaci nachází nové cesty a cíle. Vnímám, že je třeba lépe využít spolupráce jednotlivých odborností a společně se podílet na naplnění klientových potřeb a cílů. Příkladem je motivace k rehabilitaci prostřednictvím psychoterapie, často i podpora metodami aktivizace a v neposlední řadě i zapojení pracovníků přímé péče. V tomto směru je třeba vždy zohlednit biopsychosociální přístup.

Sociální práce zahrnuje komplexní, celostní přístup – zohledňuje biologické, sociologické, psychologické i duchovní aspekty životní situace klienta. Takto širokým záběrem nedisponuje žádná jiná z pomáhajících profesí. Na základě tohoto faktu by sociální pracovník, jakkoli je kvalifikovaným odborníkem, neměl pomáhat klientovi hledat řešení jeho obtížné životní situace sám, ale často spíše jako součást týmu tvořeného dalšími odborníky (Jankovský a kol., 2015). V kontextu sociálních služeb dosahujeme

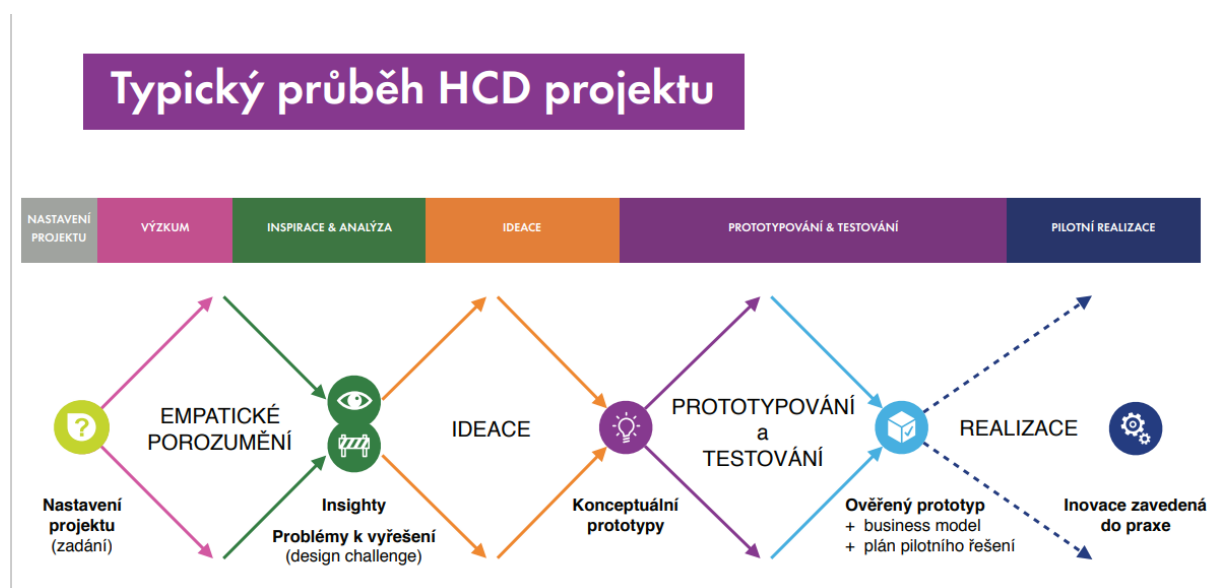
holistickému přístupu k člověku mezioborovou spoluprací odborníků (*Interdisciplinary collaboration*). Bronstein mezioborovou spoluprací definuje jako mezilidské procesy, skrze které příslušníci odlišných disciplín spolupracují na dosažení či produkování společných cílů či výstupů (Bronstein 2003).

Důležitá je v tomto směru provázanost procesů. Pokud odborníci spolupracují, zvyšuje se pravděpodobnost dosažení cíle a péče je pak díky komplexnosti kvalitnější. Díky mezioborovému přístupu ke klientovi a snaze o co nejkompexnější péči v rámci poskytované sociální služby hledáme a nacházíme ve spolupráci s klientem další cíle, jejichž naplnění by vedlo ke zlepšení kvality života. V souvislosti s tímto poznáním z praxe, jsem se začala zabývat efektivitou mezioborové spolupráce a vnímala jsem, že bychom mohli spolupracovat lépe. Motivovalo mě to k hledání nových způsobů spolupráce.

Využitím metody HCD můžeme dosáhnout pozitivního dopadu na těchto úrovních:

- V organizaci – nový systém mezioborové spolupráce podpoří otevřenost, větší participaci zaměstnanců a provázanost procesů ve fungování MDT
- U klientů – posílení schopnosti operativně zjišťovat potřeby a efektivně na ně reagovat, zvýšení pravděpodobnosti rychlejšího dosažení cíle
- Systémově – příklad dobré praxe pro ostatní organizace

Obr. 4: Typický průběh HCD projektu (Veselá, Fedorková)



zdroj: (VESELÁ, L., FEDORKOVÁ, M. „Human centered design v sociálních službách“ Příručka metodiky)

5.2 Empatické porozumění (Diagnostika organizace)

Diagnostika podporuje systematické plánování procesu změny a vytváří analýzu vstupních podmínek v organizaci (Dědina, Cejthamr, 2005). Pro úspěšný organizační rozvoj a strategické plánování je nutné vždy analyzovat aktuální stav fungování a mapovat představy všech zainteresovaných osob (manažeři i řadoví pracovníci) o změnách. Na tomto podkladě vzniká prostor pro předávání zkušeností a znalostí v organizaci – kontinuální učení se. Vznikají návrhy změn procesů, které již neodpovídají aktuálním potřebám pracovníků organizace nebo uživatelů služeb. Zlepšování v organizaci se metodologicky podobá postupům ve výzkumu, kvantitativním i kvalitativním (Dědina, Cejthamr, 2005, str. 264). Při realizaci organizačního rozvoje se používá postup vycházející z teorie procesu změny, který je inspirován praktickým kvalitativním přístupem participativního akčního výzkumu, jehož cílem je optimalizace přenosu výsledků výzkumů do praxe. Metoda participativního akčního výzkumu je založena na rovnoprávném postavení výzkumníků a zkoumaných osob, všichni tak mají stejný vliv na výsledky a jejich interpretaci. Primární cíl akčního výzkumu spočívá v procesu učení se a v zavádění změny, na rozdíl od jiných výzkumných přístupů, kdy je cílem např. vytváření teorie (Hendl, 2005, str. 135). Realizátor akčního výzkumu je tedy zároveň výzkumníkem i organizátorem změny.

5.3 Inspirace a ideace (designový proces)

5.3.1 Teoretická východiska pro sociální práci s klienty

Změny, které jsme zavedly v oblasti MDT, se týkaly především nového pojetí spolupráce, které vychází ze systemického přístupu ke klientovi. Uplatnili jsme princip case managementu (dále „CM“), individuální spolupráce s klientem a poradenského paradigmatu sociální práce. Nyní představím uvedené zdroje inspirace v oblasti sociální práce s klienty.

Systemický přístup respektuje člověka v jeho komplexitě, dává možnosti individualitě a vlastnímu řešení, které jediné je možné realizovat. Během tohoto přístupu sociální pracovník, který je nejčastěji v roli zprostředkovatele dohody mezi klientem v nepříznivé sociální situaci (dále „NSS“), posuzuje kriticky výchozí situaci z hlediska čtyř rovin a na základě tohoto volí vhodný postup, kterým se podílí na systému nastavení

pomoci. Může zvolit postup nabízení spolupráce, který charakterizuje věta: „*Řekni mi, v čem ti mohu být prospěšný?*“ Tento postoj otvírá klientovi i pracovníkovi možnost spolupráce na vytvoření pracovního kontraktu, který obsahuje cíle, kroky jejich dosažení a kritéria, která umožní posoudit, zda je cílů dosahováno. Druhou volbou je postup přebírání starosti, který charakterizuje výrok: „*Podle názoru určité osoby (mého, kolegy, soudce, tvé matky atd.) potřebuješ to a to změnit. Můžeme na tom pracovat?*“ Tento postoj dává klientovi dvě možnosti, přijmout nebo odmítnout. Oba postupy se mohou v přístupu k jednomu klientovi měnit a prolínat. Můžeme prostřednictvím výchozí situace přebírání starosti objevit místo pro nabízení spolupráce, což přináší efektivnější cestu k dosažení určených cílů. V západních zemích se systemický přístup v současné době uplatňuje stále intenzivněji ve všech oblastech služeb lidem. Přínosným faktorem tohoto přístupu je krátkodobost a efektivita. Rychlejší vyřešení problému se podílí na snížení rizika syndromu vyhoření (omezuje psychickou zátěž) a efektivní řešení je výhodné z hlediska úhrady služeb. Systemický přístup nabízí nástroj v podobě cílené reflexe používaných metod a postupů v daném kontextu (Macek 2012).

V pojetí **poradenského paradigmatu** závisí sociální fungování na zvládnutí problémů a na přístupu k odpovídajícím informacím a službám. Stoupenci tohoto přístupu chápou sociální práci jako jeden z aspektů systému sociálních služeb. Poradenské paradigma společně s terapeutickým pojetím se vztahuje zejména k individuální úrovni klienta. Sociální práce se snaží uchopit individuální problémy jedinců a poskytnout jim pomoc prostřednictvím zpřístupnění informací, služeb, mediací či zdrojů pro vlastní řešení problémů (Navrátil, 2001:14–17). Jeden ze základních principů každé sociální služby je poskytovat své činnosti klientům co nejvíce individuálně, tzn. podle jejich aktuálních a konkrétních potřeb a představ. V sociálních službách k tomu může velmi dobře sloužit **system individuálního plánování**, který je v sociální službě využíván k zajištění komplexní péče MDT.

Metoda case managementu (CM) je využívána zejména v práci s ohroženými dětmi a rodinami. Další využití je v práci s psychiatrickými pacienty, ale také s klienty s mentálním či kombinovaným postižením, s poruchami učení apod. Obecně lze shrnout, že metoda CM a případových konferencí je vhodná všude tam, kde je do práce s klientem zapojeno více osob, zejména více odborníků, kteří s klientem spolupracují. Na druhou stranu, metoda CM se hodí v podstatě u všech klientů v oblasti sociální práce, protože zapojení více odborníků a více osob do řešení klientovy situace je možné téměř vždy (Solařová, 2013).

Zásadní význam case managementu v sociální práci popisuje Probstová (in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2009). Case management vede ke zlepšení organizace služeb s ohledem na individuální přístup k potřebám klienta a jeho blízkých. Přenáší vyšší díl zodpovědnosti na pracovníky přímé péče, v zájmu klienta i organizace zefektivňuje a zlevňuje služby. Zaměřuje se na zdravé stránky klienta, vztah klienta a case manažera (klíčového pracovníka), volbu a přání klienta. Mezi další zásady tohoto přístupu patří asertivita intervencí, podpora pozitivní změny a využití možností podpory i mimo tradiční služby v souladu s naplněním Standardů kvality (z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006 Sb., Standardy kvality sociálních služeb, individuálně zjištěné potřeby klienta, individuální plánování péče, klíčový pracovník, ...).

5.3.2 Teoretická východiska pro efektivitu spolupráce v MDT

Multidisciplinární tým funguje jako skupina lidí, která je shromážděná za určitým cílem. Společně hledají řešení různých problémů a musí být schopni se neustále přizpůsobovat novým situacím v organizaci. Pro úspěšný organizační rozvoj a strategické plánování je nutné vždy analyzovat aktuální stav fungování a mapovat představy všech zainteresovaných osob (manažeři i řadoví pracovníci) o změnách. Na tomto podkladě vzniká prostor pro předávání zkušeností a znalostí v organizaci – kontinuální učení se. Organizační učení je základním kamenem pro vznik organizační kultury, která chce podporovat vznik a zavádění principů tzv. Učící se organizace (Tichá, 2005).

Učící se organizaci charakterizoval Peter Senge jako organizaci, kde „*lidé nepřetržitě rozšiřují své schopnosti dosahovat výsledků, po nichž skutečně touží, kde se věnuje péče novým a objevným způsobům myšlení a kde se lidé neustále učí, jak se společně učit*“ (Senge, 2007, str. 21)

Senge definoval tzv. pět disciplín. Tyto disciplíny představují pět kroků, které musí organizace zvládnout, aby byla připravena zavést Učící se organizaci:

- Osobní dokonalost a schopnost zvládat problémy – rozvoj vlastní osobnosti.
- Celoživotní úsilí o svůj vlastní rozvoj, rozvoj cílů a snah.
Prohlubování a ověřování vize, trénink trpělivosti a soustředění.
- Sdílení mentálních modelů – přes rozdíly mezi individuálními mentálními modely je nutné si uvědomit, že učící se organizace funguje na bázi „kolektivního myšlení“, na bázi neustálé diskuse a dialogu, které umožňují

sdílet rozdílné osobní způsoby vnímání světa a které pomáhají tvořit vizi organizace.

- Sdílení vize – vytváření a ověřování obrazu organizace.
- Týmové učení – týmy jako základ učící se organizace, zvláště takové týmy, jež jsou integrovány tak, že při pohledu do minulosti již není možné rozpoznat osobní přínosy jedinců.
- Systémový přístup – schopnost vnímat celek a integrovat všechny složky. Vnímat učící se organizaci jako živý systém s vnitřními vazbami a způsobem chování.

Jak bylo uvedeno, jednou z disciplín, které jsou nutné k vytvoření Učící se organizace je týmové učení. Výhodiskem pro týmové učení je dialog mezi členy týmu, snaha o společné přemýšlení, hledání cest a postupů při dosahování společných cílů. To se pak projevuje v dalším zdokonalování jednotlivých členů týmu i v dosahování výraznějších výsledků týmu i organizace. Fungující MDT musí mít zavedený efektivní systém předávání informací. Další disciplínou, která je klíčová pro spolupráci v MDT je sdílená vize.

Principy fungování MDT v pobytové sociální službě se zabývá článek reflektující zkušenosti při transformaci uspořádání MDT v domově pro seniory Sue Ryder. Jejich vize je péče zaměřená na člověka, kdy praxi a reflexi zkušeností opírají o teoretické koncepty systémového učení, učící se organizace, péče zaměřené na člověka a multidisciplinárních týmů. Na fungování MDT nahlíží manažerskou optikou s důrazem na efektivitu.

Autoři článku (Hrdá, K., Lejsal, M., 2017) zde uvádí klíčové prvky efektivní spolupráce MDT:

- **přítomnost dialogu** (Senge, 2016) vycházejícího z uznání a pochopení, že člověk se může mýlit či zastávat jednostranné stanovisko a že mu tedy může pomoci názor druhých
- **sdílená představa cílů** (Senge, 2016) prostřednictvím společně sdíleného porozumění odpovědi na klíčovou otázku a věcné definování problému
- **převzetí odpovědnosti za proces i cíle** (principy týmové práce in Hrdá, 2016), sdílení odpovědnosti za cíle, proaktivní přístup členů MDT
- **efektivní spolupráce**, tj. děláni správné věci správně (Drucker, 1963) s využitím odpovídajících zdrojů za pomoci sdílení představy konkrétního cíle. V případě cíle zaměřeného na jednotlivce se zde uplatňuje princip case managementu.

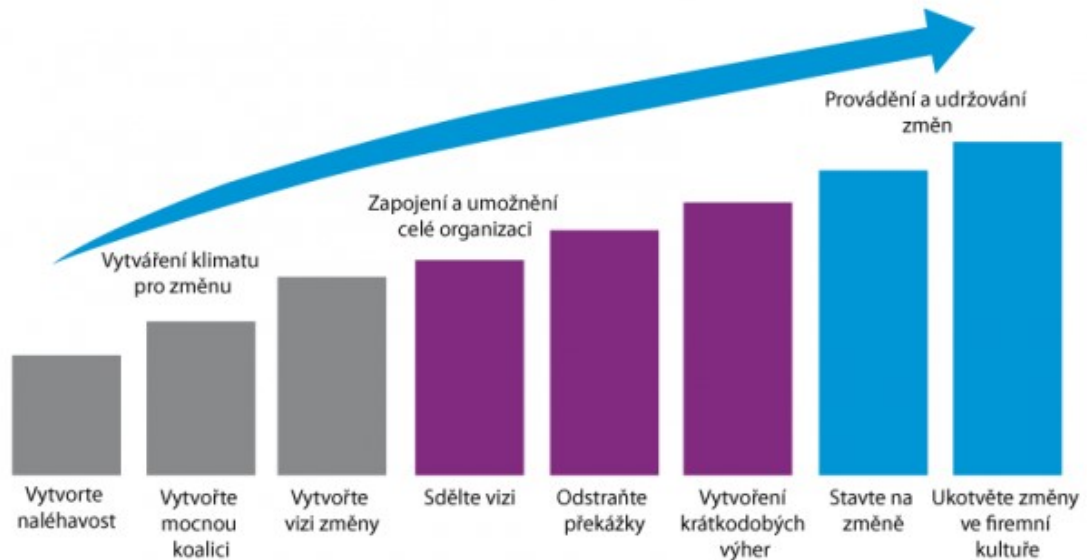
„Členové MDT uplatňovali tyto prvky ve své práci nevědomě, jejich využití podpořil v několika případech facilitátor setkání. Na základě této zkušenosti vznikl dále popsany podpůrný nástroj. Výše uvedené klíčové principy, doplněné o otázky a vodítka, nám stále pomáhají podpořit opakování pozitivní zkušenosti práce MDT, a tak i přispívají k zakotvení transformujícího se MDT.“ (Hrdá, K., Lejsal, M., 2017)

5.4 Implementace (realizace změny)

5.4.1 Teorie procesu řízení změny

Změna je všude kolem nás a vždycky zde bude. Můžeme k ní přistupovat dvěma způsoby. Reaktivní přístup spočívá v tom, že reagujeme na události, až když přijdou, což je většinou již pozdě. Druhý přístup je proaktivní, kdy se snažíme změnu naplánovat a být vždy o krok napřed, aby vás nemohlo nic zaskočit (Russel, N. J. 2006, str. 5). John Kotter, profesor na Harvardově univerzitě a světově uznávaný odborník na změny, identifikoval osm kroků změny, které musí společnost úspěšně dokončit, aby dosáhla trvalého a udržitelného zlepšování podnikání. Kotterův model řízení změn shrnuje kroky vedoucí k realizaci úspěšné podnikové změny jakéhokoli rozsahu. Níže (obrázek Obr. 5) je znázorněno osm částí celého procesu. První čtyři kroky transformačního procesu pomáhají rozmrazit zakotvený status quo. Pátá, šestá a sedmá fáze zavádějí nové postupy. Posledním krokem jsou změny začleňovány do firemní kultury, což napomáhá k jejich trvalému prosazení.

Obr. 5: Kotterův model řízení změn

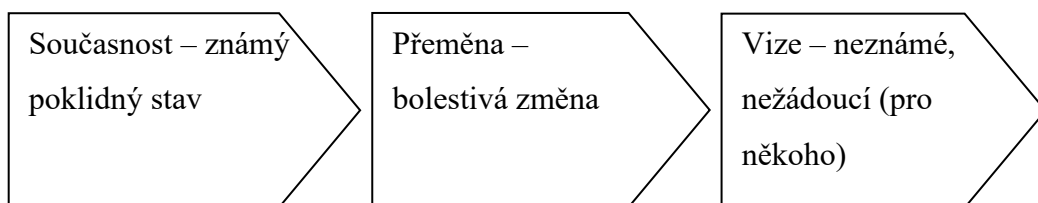


Zdroj: Kotter: Osm kroků změny – Oxford Business and Management Institute (obmi.cz)

Podle Kottera je nejzásadnější první krok, neboť je potřeba získat pro změnu alespoň 75 % vedení společnosti, jinak tak je změna realizovatelná. Je důležité primárně zajistit, aby byli zaměstnanci motivováni k účasti tak, že budeme rozvíjet pocit naléhavosti kolem potřeby změny (Kotter, 2015).

Řízení změny je proces přesunu ze současného stavu k budoucí vizi a zahrnuje určitou míru přeměny, která může být pro někoho (nebo i pro všechny) bolestivá (viz obrázek Obr. 6).

Obr. 6: Proces změny



Zdroj: (RUSSELL, N. J. Management změny. Praha: Portál, str. 14.)

Kotter vidí vizi následovně: „Vize představuje určitý obraz budoucnosti s nějakým více či méně přesným komentářem vysvětlujícím, proč by se lidé měli snažit tuto budoucnost vytvořit.“ (Kotter, 2015). Jinými slovy úspěšná vize není jen plánem,

který má být realizován. Má svou symbolickou hodnotu. Dobrá vize motivuje lidi k vykročení určitým směrem přesto, že budou muset vynaložit nějaké úsilí. Napomáhá překonávat neochotu dělat nutné věci tím, že dodává naději a motivaci. Připouští, že určité oběti budou nutné, ale také jasně ukazuje, k jakým konkrétním přínosům to povede. Přínosy jsou významnější než aktuální stav, nebo budoucí stav v případě, že by ke změnám nedošlo. Správná vize také napomáhá rychle a účinně koordinovat jednání různých lidí. Pomocí jednoznačné vize mohou manažeři i zaměstnanci sami rozhodnout, co je třeba udělat. Vyhnou se neustálému ověřování správnosti svých kroků u nadřízených nebo kolegů. Bez vyjasněného směru, který všichni zúčastnění sdílejí, může docházet k neustálým konfliktům nepřetržitým jednáním mezi lidmi, kteří jsou na sobě vzájemně závislí (Lukášová, 2010).

Vize mívá obvykle nejméně šest znaků:

- popisuje, jak budou nějaká činnost nebo organizace vypadat v budoucnosti, často velmi vzdálené;
- shrnuje soubor příležitostí, které jsou v zájmu většiny lidí, jichž se situace týká (zákazníků, akcionářů, zaměstnanců);
- účinné vize jsou realistické, obsahují uskutečnitelné a dosažitelné cíle;
- jsou flexibilní, aby nebránily iniciativám;
- a v neposlední řadě srozumitelné, snadno vysvětlitelné.

III. PŘÍPADOVÁ STUDIE

VSTUPNÍ FORMULACE PROBLÉMU

Cílem práce je identifikace možné podoby efektivní mezioborové spolupráce ve vybraném zařízení, na jehož příkladě uvádí prvky ovlivňující kvalitu výstupů plánování péče o klienty s roztroušenou sklerózou v podmínkách konkrétní pobytové odlehčovací služby.

V teoretické části popisují problematiku onemocnění RS, specifikaci péče s ohledem na potřeby klientů s tímto onemocněním a možnostmi péče v kontextu současného sociálního systému. Dále byla představena jedinečná organizace v České republice dlouhodobě se zabývající péčí o osoby s RS, zejména v pokročilé fázi nemoci. Součástí této organizace je pobytová odlehčovací služba, na jejímž příkladě prezentuji nastavení efektivní mezioborové spolupráce s využitím metody HCD. Jelikož se jedná o sociální službu, soustředila jsem se na MO spolupráci nejen s ohledem na specifické potřeby klientů s RS, ale také na MO spolupráci v kontextu sociálních služeb. Vycházím z celostního přístupu sociální práce, který zohledňuje biologické, sociologické, psychologické i duchovní aspekty životní situace klienta. V kontextu sociálních služeb dosahujeme holistického přístupu k člověku mezioborovou spoluprací odborníků.

Z praxe uvedené organizace víme, že mnozí klienti čelí nepříznivé sociální situaci, kdy v důsledku onemocnění přichází o vlastní sociální zázemí a rodinné vazby a stávají se tak závislími na systému sociálních služeb v kombinaci se zdravotní péčí. V našem státě bohužel zoufale chybí další zařízení sociálních služeb trvalého charakteru, která by zajistila zázemí pro klienty v pokročilé fázi tohoto onemocnění. Zařízení Domov svatého Josefa eviduje v současné době okolo sto padesáti žádostí na trvalé umístění. Osoby s tímto onemocněním přichází o svoje sociální zázemí ve věku, kdy nejsou vhodnými žadateli pro umístění do domovů pro seniory. Často tak několik let putují mezi pobytovými sociálními službami a zdravotně rehabilitačními pobyty. Právě sociální služby fungující na principu MO spolupráce jsou prostředkem a nadějí pro dlouhodobé zajištění péče o tyto klienty.

Pro zkvalitnění péče nastavením efektivní MO spolupráce v uvedené odlehčovací službě byla využita metoda Human Centered Design (HCD), která byla zvolena jako teoretický rámec pro výzkumnou část práce. Teoretický rámec HCD obsahoval předem připravený systém kategorií, který vzešel během zpracovávání teoretických

východisek a výstupů z průběhu diagnostiky organizace. Teoretická východiska pro návrh této teorie byla popsána v kapitole 5.3 (Inspirace a ideace).

Naší cílovou skupinou jsou jak klienti a jejich potřeby, tak i jednotliví členové MDT. Potřeby klientů jsou individuální a v průběhu pobytu se často mění v souvislosti s různými faktory (např. změna zdravotního stavu, změny v sociálním prostředí klienta apod.). Pro efektivitu péče je tedy klíčové umět rychle reagovat na změny cíle a využít všechny prostředky, které nabízí mezioborová spolupráce k naplnění nového cíle. Důležitá je v tomto směru provázanost procesů. Pokud odborníci spolupracují, zvyšuje se pravděpodobnost dosažení cíle a péče je pak díky komplexnosti kvalitnější. Týmová spolupráce závisí na kvalitě nastavených komunikačních procesů, které by měly být efektivní. Z tohoto důvodu se v oblasti hodnocení primárně zaměřuji na komunikaci (sdílení informací) a proces týmové spolupráce. Pro podporu efektivity mezioborové spolupráce na OS bylo zvoleno využití individuálního plánování, kdy došlo k zapojení MDT při stanovení individuálního plánu v péči o klienty.

Další cílovou skupinou, především v případě odlehčovací služby, by měly být pečující osoby. Ve své práci se na ně zaměřuji pouze okrajově, ve smyslu ověření zpětné vazby od členů MDT. Do budoucna je však propojení MDT s pečujícími osobami velkou výzvou, vzhledem k chystané novele zákona. Ministerstvo práce a sociálních věcí chce v novele zákona nově definovat tzv. neformálně pečující, kteří se starají o nemohoucího člena rodiny. Často kvůli péči o blízké přichází o práci a zatím pro ně neexistuje přímá podpora.

Výzkumným problémem je posouzení kvality implementace navržených změn ve smyslu naplnění kritérií Programové teorie, poskytnutí zpětné vazby a identifikaci faktorů, které implementaci programu ovlivnily v jeho průběhu i výsledku. Procesní evaluace je nástrojem ke zhodnocení zavedení inovace v MDT na odlehčovací službě.

V kontextu s HCD, prostřednictvím případové studie, nyní popíšu proces zavedení změny a nastavení procesů spolupráce v MDT na odlehčovací službě.

Hendl (2005, s. 108) podle Yina rozlišil *čtyři typy případových studií*, a to:

- Exploratorní studie – mají za cíl prozkoumat neznámou strukturu případu, definovat hypotézy a otázky, případně navrhnout teorii (zobecnění případu k teorii).
- Explanatorní studie – podává vysvětlení případu tím, že rozvádí příčiny, které lze u případu identifikovat.

- Deskriptivní studie – kompletně popisuje jev.
- Evaluační studie – jde v ní především o hodnocení nějakého programu nebo intervence na základě stanovených hodnotících kritérií.

Miovský (2006) definuje případ, jako moment pro jakoukoli budoucí analýzu. Jednotkou analýzy může být osoba, událost, programy, procesy implementace či organizační změny. Pro naplnění cíle diplomové práce jsem zvolila typ evaluační studie.

6 DIAGNOSTIKA MDT

Diagnostika MDT probíhala od ledna do června 2022 a participovali na ni členové MDT a metodik. Cílem byla analýza efektivity práce MDT s klienty v rámci OS se zaměřením na komunikaci a sdílení informací. Teoretická východiska jsem uvedla v kapitole 5.3.2 Teoretická východiska pro efektivitu spolupráce v MDT.

Výzkumným přístupem byla případová studie s prvky participativního akčního výzkumu. Ve své diplomové práci, s ohledem na rozsah, nebudu prezentovat celý diagnostický proces. Uvedu pouze cíl, plán a stručný popis metodologie diagnostiky. Zveřejním pouze vybrané výstupy, které měly vazbu na tvorbu Programové teorie a následnou procesní evaluaci.

1: SMART cíl

S	Specifický (<i>Specific</i>)	Analýza způsobu komunikace a spolupráce v MDT
M	Měřitelný (<i>Measurable</i>)	Popis komunikace a spolupráce MDT– frekvence a struktura vedení porad, záznamy, výstupy, zpětná vazba
A	Akceptovatelný (<i>Acceptable</i> / <i>Achievable</i>)	Cíl je pro organizaci přijatelný a důležitý pro následné návrhy změn vedoucích k zvýšení kvality a efektivity spolupráce MDT, což by mělo vést ke zvýšení kvality péče o klienty
R	Realistický (<i>Realistic</i> / <i>Relevant</i>)	Data o komunikaci a spolupráci jsou k dispozici v záznamech porad v OneNote a zápisů v programu Cygnus 2, záznamy komunikace dále v kanálu MDT v Teams
T	Termínovaný (<i>Time specific</i> / <i>Trackable</i>)	Průběh výzkumu v termínu 1-6 /2022

Zdroj: vlastní zpracování

Plán diagnostického procesu je uveden v Přílohách (Příloha 3 Plán diagnostiky).

6.1 Role výzkumníka – manažera

Jako vrchní sestra, která je členem MDT týmu jsem mohla od roku 2019 sledovat vývoj ve vedení, struktuře porad a komunikaci při mezioborové spolupráci. Tyto zkušenosti mne vedly k hlubšímu zkoumání naplnění smyslu mezioborové spolupráce s cílem zlepšit kvalitu péče o klienty OS a podpořit vyšší efektivitu spolupráce MDT.

Obecné rysy jakékoliv manažerské práce lze shrnout následovně (Dědina, Cejthamr, 2005):

- Klasické funkce – plánování, rozhodování, kontrolování, organizování a vedení.
- Práce s lidmi – komunikování, motivování, řízení kariéry, delegování, koučování.

Manažer musí být vizionářem, jelikož je odpovědný za úspěšný chod týmu nebo i celé organizace, kterou řídí, a proto musí být ve své činnosti zaměřen do budoucnosti. Manažer se musí neustále zlepšovat, zvyšovat výkonnost, produktivitu firmy, uplatňovat nové metody a techniky řízení, aby jednotky, které řídí, pracovaly efektivně. Dále by měl manažer neustále doplňovat a rozvíjet své znalosti.

Byla jsem v pozici interní hodnotitelky. Věděla jsem hodně o konkrétním týmu a byla jsem schopná vnést do diagnostiky konkrétní informace. Výhodou této pozice byl přístup ke kvalitním vstupním informacím, oproti tomu jsem musela být opatrnější vůči snaze vidět věci tak, jak je znám a jaké si myslím, že by měly být než takové, jaké doopravdy jsou. Každá etnografie, jejíž součástí je dlouhodobé zúčastněné pozorování, je zatížena jistou mírou subjektivity, protože má zprostředkovávat především pohled z perspektivy insidera. Domnívám se, že moje doba strávená v organizaci mi umožňovala dostatečný odborný pohled na fungování MDT na pobytové odlehčovací službě a dala kompetenci k hodnocení mezioborové spolupráce v uvedené organizaci.³

Novotná dále uvádí (Novotná a kol., 2019) doporučení k dosažení odcizení pomocí dvou strategií – myšlenkového experimentu a pozorování marginalizovaných osob, které uvádí italský sociolog Giampietro Gobo. Při myšlenkovém experimentu je třeba

³ Jak se uvádí v kapitole 14 Zúčastněné pozorování (Novotná a kol., 2019), insideři mají alespoň základní (a často hlubší) znalost „svého“ terénu. Mnoho věcí jim může přijít natolik běžných a samozřejmých, že jim nevěnují pozornost. Trpí tzv. slepotou v domácím prostředí, která je do jisté míry limituje. Z tohoto důvodu se doporučuje výzkumníkovi v roli insidera získání odstupu využitím strategie odcizení se, kdy se výzkumník snaží o vědomé, neustálé a opakované potlačování znalostí dané kultury s cílem objevit skryté.

přemýšlet nad tím, co by se změnilo, kdyby se změnila výzkumné podmínky (například změna aktérů, prostředí). V souvislosti s touto strategií jsem uvažovala nad aplikovatelností systému MO spolupráce v jiných sociálních nebo zdravotních službách podobného charakteru (specifická cílová skupina klientů a MDT, který je součástí jedné organizace). Dále lze odcizení pomocí myšlenkového experimentu dosáhnout kladením otázky „proč?“. Rovněž jsem se tedy zamýšlela nad návrhy konkrétních změn, například proč využít individuální plánování k lepší provázanosti procesů spolupráce. Zde jsem se opírala o teoretická východiska MO spolupráce a zkušenosti organizace Domov Sue Ryder (uvedeno v kapitole 3 Mezioborová spolupráce), která zkoumala principy efektivní spolupráce MDT v pobytové sociální službě.

Při využití strategie pozorování marginalizovaných osob se zaměřujeme na osoby, které nemají plný přístup do zkoumané oblasti, ale usilují o něj. Zároveň nejsou plně přijímány (například cizinci, nováčci). Tuto strategii jsem tudíž nevyužila. Při hledání metod za účelem „odcizení“ mě v souvislosti s touto strategií napadla možnost využití participace externího odborníka. Z důvodu snahy o eliminaci efektu slepoty v domácím prostředí jsem se rozhodla využít konzultace metodika, který zná strukturu organizace a principy mezioborové spolupráce, je však externím zaměstnancem a nemá bližší vazby na členy MDT. Předpokládala jsem, že pohled metodika by mohl zajistit nezaujatý přístup k hodnocení.

V roli interního evaluátora jsem uplatnila reflexivní přístup, kterým jsem se snažila rozvíjet schopnosti participantů. Interní evaluátor především (Remr, 2013):

- reaguje na konkrétní potřeby zaměstnanců / programů (participace);
- poskytuje důležité a včasné informace manažerům v organizaci (podporuje informované rozhodování, nenahrazuje je);
- umožňuje lepší porozumění teorii programu a praxi;
- formuluje na faktech založená doporučení, popř. i konkrétní akční plány;
- dohlíží na implementaci doporučení.

Participativně založené evaluace obsahují reflexivní přístup, s jehož pomocí se snaží rozvíjet schopnosti všech zainteresovaných stran tak, že vytváří příležitost uvědomit si dosažený pokrok a bariéry při realizaci dané intervence. Tyto přístupy vedou k samotným evaluačním závěrům a napomáhají také jednotlivým zainteresovaným stranám rozumět principu evaluační činnosti. Pomáhají porozumět souvislostem mezi jednotlivými činnostmi. Mohou tak zlepšit zapojení zainteresovaných stran do procesů,

kteře jsou předmětem evaluace, např. zvyšování pracovního výkonu, zlepšování vztahů mezi zainteresovanými stranami či rozvoj organizační kultury (Mertens, Wilson 2012).

V kontextu k výzkumu neměla moje role výzkumnice významnější mocenské postavení, neboť jsem nebyla přímou nadřízenou členů MDT. Zastávala jsem však roli iniciátorky změny, facilitátorky porad a interní evaluátorky, což mohlo ovlivnit vyjádření participantů při evaluačním výzkumu. Zvolené výzkumné metody s odůvodněním jejich volby uvedu dále v kapitole 7 Procesní evaluace.

6.2 Popis metodologie diagnostiky

Diagnostický proces vedl ke stanovení vize ideální mezioborové spolupráce (vytvoření Programové teorie) a byl zaměřen na komunikaci a spolupráci týmu. Členové MDT (účastníci výzkumu) byli seznámeni s obsahem a cílem diagnostického procesu. Proběhla příprava na následnou facilitační porad s cílem navrhnout způsoby, které by vedly k zefektivnění mezioborové spolupráce. Do výzkumného šetření byli zapojeni všichni členové MDT z odlehčovací služby DSJ.

Seznam participantů:

(9 účastníků výzkumu – 8 členů MDT a metodik)

sociální pracovnice, ranní sestra, soc. pracovnice odborné sociální poradny, pracovnice poradny CITAK, aktivizační pracovnice, rehabilitační pracovnice, psychoterapeutka, logopedka, metodik.

SHRNUTÍ VÝZKUMNÝCH METOD

- zúčastněné pozorování – terénní a heslovité poznámky (field notes)
- focus group (brainstorming, laso) MDT
- obsahová analýza dokumentů – struktura vedení porad a jejich záznamů konzultovaná s metodikem (polostrukturovaný rozhovor)
- polostrukturované rozhovory s členy MDT

První použitou technikou sběru dat byla metoda zúčastněného pozorování z pozice úplného participanta (člen MDT). Zúčastněné pozorování probíhalo zpočátku skrytě, tehdy jsem ještě neuvažovala nad jeho využitím pro účely výzkumu. V průběhu tohoto období jsem si dělala field notes, tehdy pouze za účelem

osobního zmapování situace, kdy jsem uvažovala nad tím, co bych mohla ze své pozice v týmu zlepšit. Záznamy z pozorování jsem vedla formou terénních a heslovitých poznámek. Jak uvádí Heřmanský v kapitole 14 Zúčastněné pozorování (Novotná a kol. 2019), terénní poznámky chronologicky popisují dění ve zkoumaném terénu, zaměřují se na zodpovězení výzkumného problému a jsou doplněny o výzkumníkovy úvahy a poznámky. V případě zapojení do aktivit při poradách MDT, kdy nebylo možné zároveň vést terénní poznámky, jsem rovněž využila heslovité poznámky. V průběhu procesu postupně docházelo k zužování šíře záběru od zaměřeného pozorování na pozorování výběrové. Tento postup koresponduje s uvedeným postupem v odborné literatuře (Novotná a kol. 2019, kapitola 14), která uvádí, že přechod k výběrovému pozorování (*selective observation*) vede k opakovanému soustředění na konkrétní situace a problémy, které jsme v předchozím pozorování identifikovali jako stěžejní. Cílem výběrového pozorování je ověřit platnost předběžných interpretací vytvořených v předchozí fázi zaměřeného pozorování, abychom se ujistili, že tyto interpretace odpovídají pozorované realitě. Jako příklad uvedu záznam z porady MDT dne 14.4.2022, kdy účastník porady vyjádřil svoje negativní stanovisko k zápisům. Na základě tohoto záznamu jsem si udělala poznámku k motivaci ke změně a pracovala dále s rizikem odpůrců změn.

Součástí diagnostiky byla rovněž obsahová analýza struktury vedení porad MDT a jejich záznamů, kterou jsem konzultovala s metodikem organizace. Poté jsem vedla polostrukturovaný rozhovor s metodikem s cílem stanovit vizi ideální spolupráce MDT na OS. Následně byly zrealizovány polostrukturované rozhovory stejného charakteru se členy MDT.

Pro odhalení problémových oblastí a pro doložení diagnostického procesu jsem pořizovala následující podklady: kopie příslušné dokumentace, poznámky z rozhovorů a pozorování, přípravu a výstupy z facilitačního setkání.

Rozhovory byly vyhodnoceny tematickou analýzou a dokumentace (záznamy vedení porad v OneNote, komunikace v kanálu MDT v Teams a záznamy v programu Cygnus 2) byla zpracována obsahovou analýzou.

6.3 Vybraná výzkumná zjištění

Z výzkumných zjištění uvedu odpověď jednoho z respondentů na otázku, které informace by mělo smysl sdílet a co by mělo být obsahem mezioborové spolupráce:

„...asi hlavně to, co pro klienta můžeme udělat a kdo a jak to provede. Pak taky jestli a jak to probíhá no a určitě nějaké zhodnocení. Přejde mi, že si každý jede to svoje, pak zapíšeme, že rehabilitace probíhá, aktivizace probíhá atd., všechno je to ale stejně v záznamech v Cygnu, takže to pak duplicitně nemá smysl zapisovat do porady multáku. Blbý je, že ne všichni se dostanou do záznamů všech odborností a kdo by si to taky aktivně vyhledával, že? Jen když je něco potřeba...takže na jednu stranu je fajn, že ten záznam je pak v rámci té multidisciplinární porady v jedné tabulce za všechny odbornosti pro všechny klienty. Jak má ale každá porada svoji tabulku, tak nejde pak vidět průběh u jednoho konkrétního klienta za celou délku pobytu. A to by bylo asi zrovna docela fajn, mít přehled o tom vývoji. To by muselo mít asi úplně jinou strukturu a jiný systém.“

Z rozhovorů vyplynulo, že někteří členové MDT si uvědomují nepropojenost procesů spolupráce a chybí jim mnohdy i komplexní náhled na vývoj spolupráce s klientem a následně i zpětná vazba. Zároveň si nechtějí příliš komplikovat práci dalšími formami záznamů, mají obavy, že jim budou ubírat čas, který by mohli věnovat klientům.

Metodou focus group, za použití techniky brainstormingu a následně využití metody LASO, jsme v MDT společně identifikovali prvky a procesy efektivní spolupráce. Výstupy této metody jsou uvedeny v přílohách práce (Příloha 6: Výstup z focus group). Na základě těchto výstupů jsme se zaměřili na sdílení sociálních znalostí, zejména na obsah komunikace mezi členy týmu a proces týmové spolupráce.

Terénní poznámky vedené při zúčastněném pozorování jedenkrát týdně při poradách MDT, z období ledna až června 2022, dokládaly potřebu nastavit jasnou strukturu porady, aby porada splnila svůj účel během stanovené časové kapacity. Účelem porady MDT bylo (a zůstává dodnes) nastavení a průběžné hodnocení práce s klienty.

- FN (17.2.): *Při větším naplnění kapacity služby (během léta) nestihneme během porady probrat všechny klienty.*
- FN (24.3.): *Došlo k tomu, že jsme se zasekli na případě jednoho klienta, tento případ je natolik komplikovaný, že by bylo vhodné jej řešit při samostatné schůzce.*

Občas dochází ke snaze prosazovat pouze rehabilitační cíle, přispívá tomu fakt, že cílová skupina klientů s RS má primární cíl v oblasti rehabilitace.

- FN (19.5.): *Největší prostor během porady je věnován oblasti rehabilitace. Ostatní terapeutické činnosti nemají dostatek prostoru se vyjádřit k práci*

s klientem, ale zároveň se nesnaží ani aktivně prosadit. Vnímám, že respektují prioritu rehabilitace u cílové skupiny klientů RS.

Chybí provázanost procesů v oblasti spolupráce související i s nedostatečnou časovou kapacitou porady na diskuzi k práci s klienty.

- FN (10.3.): *Porada je primárně zaměřená na to, zda jednotlivé intervence terapeutů probíhají. Neřeší se individuální cíle a způsoby jejich naplnění. Chybí provázanost. Občas, když se o nějakém klientovi spustí diskuse, vede to k tomu, že nás napadnou další možnosti, jak se může někdo další z členů MDT nebo přímá péče zapojit do práce s klientem a přispět k naplnění cíle. Bohužel není příliš prostoru na to, aby se tyto diskuse rozběhly. Časová kapacita porady (jedna hodina) bývá nedostatečná.*
- FN (24.3): *V době, kdy sociální pracovník vede poradu a souběžně provádí zápis, dochází ke snížení pozornosti ostatních členů týmu a časovým prodlevám. Tento způsob vedení je neefektivní.*

Dále z poznámek zúčastněného pozorování vyplývá potřeba zajištění sdílení zápisů pro lepší přehlednost a udržení pozornosti členů během porady.

- FN (24.3.): *Během porady vnímám ztrátu pozornosti u některých členů týmu v důsledku toho, že nesdílíme záznamy, které zapisuje sociální pracovníce. Zajistit sdílení záznamů – úkol pro IT – dataprojektor?*

Výsledky diagnostiky dále vedly k návrhům na rámcová řešení (tvorba Programové teorie) a následně k procesu zavedení změn, které se týkaly zejména změn ve vedení a struktuře porad a také změn ve vedení záznamů. Velkou výzvou se stal nový pohled na přínos mezioborové spolupráce směrem ke klientovi, kdy došlo k zapojení MDT do individuálního plánování s klientem.

6.4 Programová teorie nové struktury spolupráce v MDT

Teoretickým rámcem pro tvorbu Programové teorie byla teoretická východiska pro efektivitu spolupráce v MDT uvedená v kapitole 5.3.2 a výstupy z diagnostiky MDT na OS, které korespondovaly s definovanými parametry efektivní MO spolupráce. Tyto parametry vedly ke stanovení kritérií Programové teorie a koncepci vedlejších výzkumných otázek, na které hledá odpověď následná procesní evaluace.

Strategický cíl:

Specifikace a zhodnocení procesů nastavení změn, které vedou k efektivnější mezioborové spolupráci v péči o specifickou cílovou skupinu klientů (klienti s RS) v podmínkách konkrétní pobytové OS.

Analýza a zhodnocení efektivity jsou zaměřeny zejména na komunikaci, sdílení sociálních znalostí a na proces týmové spolupráce.

Operační cíle:

Cíle efektivní spolupráce MDT a kritéria jejich dosažení.

Pro potřeby zhodnocení efektivity mezioborové spolupráce na OS byly ve spolupráci s vedoucím a metodikem zařízení stanoveny jednotlivé operační cíle (tabulka: 3), kterých měl program dosáhnout, aby vyhověl požadavkům organizace na funkční systém efektivní spolupráce v MDT.

2: Operační cíle

<i>Cíle: komunikace a sdílení informací</i>	<i>Kritéria dosažení</i>
<i>Porady</i> MDT mají jasně danou časovou i obsahovou strukturu a splňují svůj účel.	Došlo ke změně způsobu vedení porad – stanovení nové struktury vedení se zaměřením na časový i obsahový rámec.
<i>Předávání informací a zápisy</i> porad jsou vedeny přehledně, ideálně prostřednictvím jednoho programu, a všichni členové k nim mají přístup. Předávání informací funguje i směrem k přímé péči.	Podařilo se nastavit a efektivně využít moderní komunikační kanály a programu Cygnus 2 (ve spolupráci s IT) s takovým výsledkem, že sdílení informací je dostupné a přehledné všem členům týmu. Zavedl se nový informační kanál pro předávání informací přímé péči.
MDT funguje koordinovaně, <i>procesy</i> jsou <i>provázané</i> v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování s klientem.	Byl nastaven proces nové spolupráce postavené na zapojení MDT do individuálního plánování s klientem. Obecné cíle se formují společně v týmu a stanovení konkrétních cílů probíhá u každé odbornosti ve spolupráci s klientem – došlo k urychlení procesu plnění „objednávky“ klienta.
<i>Výstupy</i> a úkoly z porad MDT jsou zaznamenávány a je zajištěna <i>kontrola</i> plnění stanovených intervencí.	Zavedení plánování úkolů v Planneru, kontrola a zpětná vazba intervencí ke klientovi (pečující osobě).
<i>Zpětná vazba</i> je zajištěna <i>obousměrně</i> uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou.	Byl zaveden systém výstupu, zhodnocení a zpětné vazby v MDT i směrem ke klientovi a pečující osobě. MDT pravidelně zhodnocuje naplňování stanovených cílů ve spolupráci s klientem, po ukončení pobytu předávají jednotliví terapeuti klientovi (pečující osobě) výstup z terapie a doporučení pro návaznou péči.

Zdroj: vlastní zpracování

6.5 Proces řízení změny v MDT

Procesem řízení změny v MDT rozumíme realizaci navržené nové vize spolupráce. Vize nové podoby fungování MDT byla vytvořena při procesu ideace (HCD) jako *Programová teorie nové struktury spolupráce v MDT* (viz kapitola 5 HCD, podkapitola 5.3 Inspirace a ideace). Součástí procesu zavádění změny byl monitoring,

průběžné hodnocení, odstraňování nedostatků a oslava krátkodobých vítězství. Změny se týkaly především nastavení komunikačních kanálů, struktury porad MDT a vedení záznamů. Tyto návrhy byly při poradách MDT průběžně zaváděny (ve spolupráci s vedoucím IT) a pravidelně reflektovány členy týmu i vedoucím organizace.

Při zapojení členů MDT do tvorby návrhu podpory efektivní spolupráce a v průběhu realizace změny jsem pozorovala uvedené fáze rozvoje týmu (3.2.4 *Rozvoj týmu a týmové práce*). Postoj a motivace participantů byly jedním z prvků ovlivňujících implementaci Programové teorie.

Nyní uvedu principy nového fungování MDT v jednotlivých oblastech změn.

6.5.1 Komunikace a sdílení informací

Základním komunikačním kanálem v organizaci je MS Teams. V průběhu realizace projektu zefektivnění spolupráce MDT na OS byl vytvořen v týmu DSJ Odlehčovací PP (PP = přímá péče) kanál „Porady MDT“. Tento kanál umožnil sdílet informace v chatu, souborech a dále je provázán s programy Microsoft OneNote a Microsoft Planner. Program OneNote byl navržen jako vhodná platforma pro vedení struktury záznamů z porad. Porady jsou zde prostřednictvím navigačního okna chronologicky řazeny a je možné je filtrovat. Planner je využíván pro záznamy úkolů z porad, které se nejčastěji týkají poptávky intervence klienta a jsou vždy přiděleny konkrétnímu odborníkovi, který si na základě této poptávky sjedná s klientem schůzku. Průběh plnění úkolů je zaznamenáván prostřednictvím komentářů. Na začátku každé porady MDT jsou úkoly vyhodnocovány a v případě splnění požadavku ukončeny.

Pro potřeby sdílení informací směrem k personálu přímé péče byl vytvořen v týmu Odlehčovací PP nový kanál Klienti OS. Tento kanál umožňuje sdílet informace o nových příjmech klientů spolu se záznamy jejich nepříznivé sociální situace (NSS) a odchody klientů. Rovněž byl využit k zajištění oboustranné zpětné vazby jednotlivých členů MDT ve vztahu k pečovatelkám a sestřím (přímé péči).

Součástí tohoto kanálu jsou nyní tyto sekce: příspěvky, soubory, OneNote a Planner „Úkoly MDT OS“. Níže je v tabulce: 4 uvedeno využití jednotlivých sekcí programu.

3: Využití kanálu v Teams „Porady MDT“

Sekce kanálu	Popis praktického využití pro účel komunikace a spolupráce v týmu
Příspěvky	Komunikace mezi členy týmu MDT, organizační záležitosti, sdílení novinek a upozornění.
Soubory	Návody, Pokyny, Tabulky aj. společné dokumenty a formuláře.
OneNote	Evidence konání porad – knihovna s daty porad (obsahuje seznam přítomných osob a tabulku s aktuálním seznamem klientů, dále nejbližší nástupy a odchody klientů).
Planner	Přehled úkolů jednotlivých odborností (lze filtrovat aktuální i splněné úkoly) – každá odbornost má svůj „kontejner“

Zdroj: vlastní zpracování

6.5.2 Vedení porad

Porady MDT na OS prošly rovněž zásadními změnami, kdy na základě poznatků z diagnostiky organizace došlo k navržení a následné realizaci změn. Plán realizace změn ve struktuře a vedení porad uvádím v přílohách práce (Příloha 4: Plán realizace změny ve struktuře a vedení porad). Změny se týkaly především způsobu vedení porad, kdy nově porady vede vrchní sestra, a dále došlo ke změně struktury porady. Původně bylo obsahem porady postupné vyplňování tabulky, která obsahovala seznam klientů a seznam domluvených procedur. Probíralo se, zda domluvené intervence probíhají bez komplikací, zda je klient aktivní a spokojený. Veškeré intervence byly tedy evidovány prostřednictvím jedné tabulky. Podrobnější záznamy o intervencích si každý odborník vedl v programu Cygnus 2 v sekci určené pro vedení záznamů péče.

Porady nadále probíhají každý týden ve čtvrtek. Spolu se zavedením modernějších komunikačních kanálů v programu Teams se však změnila i struktura porady. Nyní porada začíná záznamem v OneNote (evidence vedení porady), shrnutím aktualit (nové příjmy a odchody klientů) a krátké organizační záležitosti. Následuje kontrola úkolů v MS Planner a záznamů v programu Cygnus 2. Při nástupu nového klienta společně nastavíme hlavní individuální cíl a všechny kategorie odborností, které se na jeho plnění mohou podílet (těm nastavíme úkol v Planneru na sjednání schůzky s klientem, kde si společně každý odborník stanoví s klientem společný dílčí konkrétní cíl). Projdeme všechny individuální plány (dále „IP“) aktivních klientů a hodnotíme průběh péče, případně navrhneme změnu

(přehodnocení) cíle, které je třeba s klientem konzultovat. Dále společně vyhodnocujeme naplnění cíle u klientů, kteří od nás v blízké době odjíždějí a připravujeme zpětnou vazbu pro klienty i pečující osoby. V případě, že je potřeba některého klienta řešit podrobněji, případně přizvat další odborníky (CM), vyhradíme si na tento případ zvláštní poradů. Časovou úsporou nám zajišťuje i zapisovatelka porad – dokumentační sestra.

Níže uvedu shrnutí stanovených parametrů a způsobu jejich naplnění – viz tabulka: 5

Parametry pro splnění stanovených požadavků

- naplnění cíle porady při dodržení časového plánu
- spolehlivost a aktivní spolupráce všech členů MDT (příprava a plnění úkolů)
- funkční kontrolní mechanismy a zpětná vazba
- vhodný systém sdílení informací mezi členy týmu (IT)
- vhodné zázemí a technické vybavení pro poradů
- zapisovatel

4: Stanovené parametry a způsoby jejich naplnění

Parametry	Prostředek využitý ke splnění parametru
naplnění cíle porady při dodržení časového plánu	Nová struktura porady a změna způsobu vedení porad (vedoucí)
spolehlivost a aktivní spolupráce všech členů MDT (příprava a plnění úkolů)	MS Planner – zadávání a kontrola plnění úkolů během každé porady
funkční kontrolní mechanismy a zpětná vazba	MS Planner – komentáře k průběhu plnění úkolu, kontrola a případně označení úkolu jako „dokončený“. Záznamy ke splněné intervenci v programu Cygnus 2 – zpětná vazba k průběhu poskytování péče (lze vyfiltrovat podle data nebo pracovníka)
vhodný systém sdílení informací mezi členy týmu (IT)	MS Teams – Kanál pro MDT OS Program Cygnus 2 – společné záznamy v systému individuálního plánování
vhodné zázemí a technické vybavení pro porady	Aktivizační místnost s dataprojektorem a plátnem Notebook
Zapisovatel	Dokumentační sestra

Zdroj: vlastní zpracování

6.5.3 Vedení záznamů

Nově využíváme pro vedení záznamů spolupráce MDT program Cygnus 2, který je všem odbornostem přístupný. Hledali jsme poměrně dlouho různé programy a možnosti, kde vést záznamy, aby byly přehledné a dostupné všem. Překvapilo mě, že program Cygnus 2, který je speciálně navržen pro potřeby sociálních služeb nepočítá s nějakou sekcí určenou pro MO spolupráci. Vznášeli jsme dotaz na klientskou podporu Iresoft a údajně zatím nikdo neměl podobný požadavek. Jako nejlepší možnou sekcí využitelnou pro novou vizi společného plánování spolupráce s klientem se nám jevila sekce Individuálního plánování. Tato sekce není sice primárně určena pro MDT, ale splňuje všechna kritéria pro naši představu efektivnější spolupráce – z hlediska přístupu, dostupnosti sdílených informací a přehlednosti záznamů. Z počátku jsme zkoušeli

zapisovat individuální cíle stanovené ve spolupráci s klientem pomocí jednotlivě založených nových individuálních plánů přidělených každé odbornosti zvlášť. Tento způsob se jevil jako nejpřehlednější, následně jsme jej ale vyhodnotili jako nepraktický z důvodu neprovázanosti záznamů všech odborností. Tímto způsobem nelze zpětně chronologicky dokumentovat časový průběh práce s klientem při zapojení více odborností, čímž by nedošlo k naplnění kritéria sledování provázanosti procesů spolupráce.

Zapojení MDT do individuálního plánování s klientem přináší větší provázanost procesů, protože se nad naplněním cíle zamýšlíme společně a není to jen o samostatné individuální spolupráci každého odborníka s klientem. K tomuto novému pojetí spolupráce bylo však třeba úplně změnit zavedený způsob přemýšlení a spolupráce v MDT. Sledovat práci ostatních členů a pokud je to možné, přispět svojí intervencí například v případě, kdy se na cestě k cíli objeví překážka. Příkladem může být zapojení psychoterapeuta v podpoře zlepšení mobility – motivace k cvičení, nebo naopak přijetí faktu, že některého cíle nebude možné (s ohledem na zdravotní limity) dosáhnout – vyrovnání se s limity, sebezpřijetí. Dalším příkladem může být včasné zapojení odborné sociální poradny v případě, kdy zjistí někdo z odborníků (od klienta nebo od rodiny), že klient nemá zajištěnou adekvátní následnou péči a je třeba mu pomoci vyřídit další žádosti o službu, nebo jinak pomoci řešit jeho nepříznivou sociální situaci (dále „NSS“). Společným zamýšlením se nad klientovými představami s přispěním našeho odborného náhledu a doporučeními můžeme mnohdy, i díky stanoviskům ostatních odborníků, dojít k navržení změny stanoveného cíle, nebo například nutnosti přechodně upravit priority. Jako příklad uvedu zhoršení stavu dekubitů, který brání plnohodnotné rehabilitaci nebo přechodné zhoršení psychického stavu klienta v důsledku neočekávaného zhoršení zdravotního stavu u klienta, nebo u jeho blízké osoby. Sdílení důležitých informací o spolupráci s klientem mezi jednotlivými odborníky je tedy pro efektivní spolupráci zcela klíčové a vede k proaktivnímu přístupu MO spolupráce.

Zavádění změn probíhalo od ledna do května roku 2022 a o jeho průběhu jsem vedla poznámky ze zúčastněného pozorování formou terénního deníku a heslovitých poznámek z porad MDT, kdy byly průběžně zaváděny a vyhodnocovány změny v systému dokumentace. Data zaměřeného a výběrového pozorování významně ovlivnila proces řízení změny a byla využita i při procesní evaluaci. Vedoucí zařízení byl mnou pravidelně informován o průběhu zavádění nového systému sdílení informací.

IV. EVALUAČNÍ VÝZKUM

7 PROCESNÍ EVALUACE

Nyní se budu zabývat evaluací dosažení stanovených operačních cílů efektivní spolupráce MDT. Výstupy procesní evaluace byly primárně určeny vedoucímu organizace a realizačnímu týmu (členové MDT), kteří ovlivňovali výslednou podobu nového systému mezioborové spolupráce. Na základě získaných dat mohli zhodnotit, zda je systém funkční a odpovídá stanoveným programovým cílům. Výzkum probíhal od září 2022 do května 2023 za participace osmi členů MDT a vedoucího organizace.

7.1 Cíl evaluace

Cíl procesní evaluace spočíval v zodpovězení výzkumných otázek za účelem specifikace a zhodnocení úspěšnosti zavedené změny, která vedla k efektivnější mezioborové spolupráci v péči o specifickou cílovou skupinu klientů (klienti s RS) v podmínkách konkrétní pobytové OS. Výzkum poskytuje zpětnou vazbu k implementaci Programové teorie a umožňuje navrhovat a realizovat další změny, které by vedly ke zlepšování spolupráce a zkvalitnění péče o klienty. Z důvodu pozdější specifikace výzkumné části práce na procesní evaluaci bylo znění hlavní výzkumné otázky mírně pozměněno oproti projektu diplomové práce.

Evaluační výzkum hledá odpověď na níže uvedenou hlavní výzkumnou otázku a její podotázku:

HVO: *Byla naplněna stanovená kritéria nové struktury efektivní mezioborové spolupráce v pobytové odlehčovací službě střediska Domova svatého Josefa?*

Podotázka: *Jak bylo efektivní mezioborové spolupráce dosaženo a které procesy přispěly k dosažení tohoto stavu?*

7.2 Evaluační plán

Na základě stanovených kritérií Programové teorie nové struktury spolupráce v MDT jsem vypracovala níže uvedený evaluační plán za účelem popisu způsobu naplnění cíle procesní evaluace. Součástí plánu byl souhrn aktivit, očekávaných výstupů a výsledků

vedoucích k naplnění stanoveného cíle. Všechny aktivity probíhaly za participace členů MDT, některé činnosti byly vedeny ve spolupráci s vedoucím organizace, metodikem a vedoucím IT oddělení.

5: Evaluační plán

PROJEKT s cílem zlepšit efektivitu spolupráce v MDT na OS	Nová struktura spolupráce v MDT na OS <i>Programová teorie nové struktury spolupráce v MDT</i>
OPERAČNÍ CÍLE zaměřené na oblast komunikace a sdílení informací v MDT	<i>Porady</i> mají jasně danou časovou i obsahovou strukturu a splňují svůj účel.
	<i>Předávání informací a vedení záznamů</i> jsou vedeny přehledně, ideálně prostřednictvím jednoho programu, a všichni členové k nim mají přístup. Předávání informací funguje i směrem k přímé péči.
	<i>Provázanost procesů a koordinovanost</i> v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování s klientem.
	<i>Záznamy výstupů, úkolů a kontrola plnění stanovených intervencí</i>
	<i>Zpětná vazba zajištěna obousměrně – uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou.</i>
REALIZÁTOR	<i>Vrchní sestra OS za participace členů MDT</i>
PARTNEŘI PROJEKTU	<i>Vedoucí organizace, externí metodik, vedoucí IT odd.</i>
CÍLOVÁ SKUPINA	<i>Členové MDT ve spolupráci s přímou péčí</i>
	<i>Klienti OS (pečující osoby)</i>

Zdroj: vlastní zpracování

6: Plán aktivit při realizaci projektu za participace členů MDT

AKTIVITY	VÝSTUPY	VÝSLEDKY
Realizace plánu na základě výstupů z focus group s jeho průběžným hodnocením a postupným vyladováním.	Plán změny struktury a vedení porad (Příloha 4) ve spolupráci s vedoucím organizace a vedoucím IT.	<i>Porady</i> MDT mají jasně danou časovou i obsahovou strukturu a splňují svůj účel.
Nastavení a využití moderních komunikačních kanálů a programu Cygnus 2 pro nový způsob sdílení informací ve spolupráci s vedoucím organizace, externím metodikem a vedoucím IT.	Nastavený nový systém zápisů a sdílení informací. Zavedení informačního kanálu pro předávání informací přímé péči.	<i>Sdílené informace</i> jsou dostupné a přehledné všem členům týmu. Efektivní využití moderních komunikačních kanálů a programu Cygnus 2 pro sdílení informací a zápisy.
Nastavení nového systému spolupráce zapojením MDT do individuálního plánování s klientem ve spolupráci s vedoucím organizace, externím metodikem a vedoucím IT.	MDT funguje koordinovaně, <i>procesy</i> jsou <i>provázané</i> v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování s klientem.	Zapojení MDT do individuálního plánování s klientem vedoucí k <i>provázanosti procesu</i> spolupráce, jehož důsledkem bude urychlení procesu plnění „objednávky“ klienta.
Navržení systému plánování úkolů, kontroly a zpětné vazby intervencí ke klientovi (pečující osobě) ve spolupráci s vedoucím IT.	Zaveden systému plánování úkolů, kontroly a zpětné vazby intervencí ke klientovi (pečující osobě).	<i>Výstupy</i> a úkoly z porad MDT jsou zaznamenávány a je zajištěna <i>kontrola</i> plnění stanovených intervencí.
Navržení systému pro výstupy MDT – pravidelné zhodnocení naplňování stanovených cílů ve spolupráci s klientem a výstupní zprávy s doporučením terapeutů klientovi (pečující osobě) pro návaznou péči.	Zaveden systém výstupu, zhodnocení a zpětné vazby v MDT i směrem ke klientovi a pečující osobě.	<i>Zpětná vazba</i> je zajištěna <i>obousměrně</i> uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou.

Zdroj: vlastní zpracování

ČASOVÝ HARMONOGRAM EVALUAČNÍHO VÝZKUMU

Formulace výzkumného problému	říjen 2022
Formulace výzkumných cílů	listopad 2022
Sběr a příprava dat	září 2022–květen 2023
Analýza dat, interpretace výsledků, závěr	duben–červen 2023

7.3 Evaluační strategie (metodologie)

Evaluační strategie je metodologický koncept, který se zabývá procesem řešení výzkumné otázky. Při hledání odpovědí na výzkumné otázky bylo třeba se respondentům více přiblížit a získat od nich co nejpřesnější informace o situacích souvisejících s výzkumným problémem. Z tohoto důvodu se mi pro charakter procesní evaluace jevil jako nejvhodnější kvalitativní přístup. Další specifičností kvalitativního výzkumu je, že v jeho průběhu nezaujímá výzkumník tak velkou distanci od zkoumaných jevů. Naopak, je s těmito jevy v bližší, spíše neformální interakci (Švec, 2004).

Pro naplnění evaluačního cíle a získání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a podotázku bylo nutné stanovit vedlejší výzkumné otázky, kterými jsme ověřovali míru dosažení stanovených kritérií operačních cílů Programové teorie (kapitola 6.4 Programová teorie nové struktury spolupráce v MDT).

Vedlejší výzkumné otázky (VVO)

- *VVO1: Poskytuje nové vedení záznamů v programu Cygnus 2 přehledné a všem dostupné záznamy v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování (IP) s klientem?*
- *VVO2: Naplňuje nová struktura a vedení porad požadovaný časový a obsahový rámec?*
- *VVO3: Splňují nové informační kanály nároky na efektivní sdílení informací a přispívají tak k lepší komunikaci v týmu?*
- *VVO4: Podařilo se zavedením uvedených změn (struktura a vedení porad, vedení záznamů v souvislosti se zapojením MDT do IP) zvýšit efektivitu spolupráce v MDT? (urychlení procesu naplňování klientova cíle)*
- *VVO5: Jaké další prvky mohou přispět k zvýšení efektivity spolupráce MDT?*

- *VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)*

Tyto VVO byly následně využity jako podklad pro zpracování konkrétních otázek evaluačního dotazníku a pro tvorbu otázek do polostrukturovaného rozhovoru s vedoucím organizace.

7.3.1 Cílová skupina a výzkumný vzorek

Pro zlepšení efektivity spolupráce byly zavedeny změny v oblasti komunikace (sdílení informací) a procesu týmové spolupráce. V souvislosti s tímto zaměřením byli zvoleni klíčoví aktéři výzkumu, primárně jde o participanty diagnostiky organizace (osm členů MDT a vedoucí organizace). Členové MDT (participanti) zvládnou, podle mého názoru, nejlépe posoudit efektivitu spolupráce a poukázat na přínosy i nedostatky, které nové pojetí spolupráce přineslo.

Cílovou skupinou procesní evaluace byli:

- Členové MDT (realizační tým – osm členů) a vedoucí organizace
- Klienti odlehčovací služby a pečující osoby

V průběhu výzkumného procesu jsem došla k poznání, že na úrovni klientů bude těžké prokázat úspěšnost zavedených změn, protože přístup MDT ke klientům se nijak zásadně nezměnil. Jednotlivé odbornosti spolupracují s klienty nadále stejným způsobem, stanovují cíle, plánují intervence a zhodnocují naplnění plánu. Stejně tak se nezměnil přístup MDT k pečujícím osobám. Změna se týkala spolupráce členů MDT a společného sdílení IP za účelem zlepšení provázanosti procesu spolupráce. Na úrovni klientů a pečujících osob jsem tedy pouze ověřovala provázanost procesů spolupráce s MDT a zajištění zpětné vazby v souvislosti s nastavením procesu předávání výstupů pečujícím osobám a klientovi.⁴ Dále jsem získávala data ze záznamů dokumentace – systematické kazuistiky vybraných klientů a monitoringem dat z informačního systému.

⁴ Skutečnost, že zlepšení efektivity mezioborové spolupráce klienti nejsou schopni zaznamenat, mi potvrdilo i vyhodnocení dotazníků spokojenosti klientů za období zavádění změn.

Výzkumným vzorkem byli tři vybraní klienti, kteří splňovali následující kritéria:

- délka pobytu byla minimálně dva měsíce a nebyla přerušena hospitalizací
- klient je primární cílovou skupinou, měl jako hlavní diagnózu stanovenou RS
- klient spolupracoval s minimálně třemi členy MDT
- klient nebyl výrazně omezen v oblasti kognitivních schopností
- klient vyplnil dotazník spokojenosti

7.3.2 Výzkumné metody a způsob získání dat

V teoretické části práce (kap. 4.4.3 Procesní evaluace) jsem uvedla souhrn vhodných a nejčastěji využívaných výzkumných metod pro procesní evaluaci. Pro procesní evaluaci jsem využila tyto metody:

Tematická analýza dokumentace sociální služby – podklad pro systematické kazuistiky

Systematické kazuistiky (*Systematic Case Study*) slouží k evaluaci intervencí, plánů a strategií poradenského nebo terapeutického přístupu (Chrastina, J., 2019). Má pozice v organizaci mi umožnila, se souhlasem participantů a respondentů, využít veškerou dostupnou dokumentaci ke zpracování systematických kazuistik. Zpracovala jsem detailní popis průběhu terapií a intervencí od zahájení po ukončení procesu práce se třemi vybranými klienty. Kazuistiky vybraných klientů, společně s vyhodnocením dotazníků spokojenosti, jsem využila zejména pro vyhodnocení provázanosti procesů a efektivity spolupráce v MDT.

Individuální polostrukturovaný rozhovor s vedoucím zařízení, na podkladě otázek z evaluačního dotazníku.

Evaluační dotazníky (polostrukturované rozhovory se členy MDT formou anonymního dotazníku s otevřenými otázkami) s cílem odpovědět na otázku: *Jaké přínosy či nedostatky vnímají členové týmu v zavedení změny v rámci jejich spolupráce?*

Důvodem, proč jsem místo polostrukturovaných rozhovorů zvolila formu dotazníku s otevřenými otázkami, byla snaha o eliminaci vlivu mé role na odpovědi participantů. V kontextu k výzkumu sice nemá moje role významnější mocenské postavení, nejsem přímou nadřízenou členů MDT. Zastávám však roli iniciátora změny, facilitátora porad a evaluátora, což by mohlo ovlivnit vyjádření participantů. Anonymní dotazníky

se mi vrátily v plném počtu, participanti je průběžně odevzdávali na stanovené místo v průběhu dubna až května 2023.

Zúčastněné pozorování (field notes v průběhu procesu realizace změny od září 2022 do ledna 2023) zaměřené na koncepci porad (dodržování nové struktury), komunikaci a atmosféru v týmu, participaci jednotlivých členů, zpětnou vazbu a mapování dalších nedostatků. Členové MDT byli informováni o obsahu, průběhu a účelu výzkumu. Byly využity field notes (dále „FN“) z průběhu diagnostiky organizace a data ze zúčastněného pozorování v průběhu procesní evaluace.

Obsahová (věcná) analýza dokumentů a dat z informačního systému byla zvolena jako doplňková metoda pro porovnání způsobu vedení dokumentace a sdílení informací prostřednictvím využívaných programů.

7.3.3 Způsob zpracování dat

Obsahem této kapitoly je shrnutí provázání jednotlivých metod sběru dat s evaluačními otázkami (tzv. evaluační matice) a následně pak podrobnější popis analýzy dat využitých metod.

EVALUAČNÍ MATICE

Níže uvádím shrnutí základní otázky procesní evaluace a vedlejších výzkumných otázek. Ke každému tématu uvádím ukazatele (operační cíle), zdroje dat a metody sběru dat.

HVO: *Byla naplněna stanovená kritéria nové struktury efektivní mezioborové spolupráce v pobytové odlehčovací službě střediska Domova svatého Josefa?*

Podotázka: *Jak bylo efektivní mezioborové spolupráce dosaženo a které procesy přispěly k dosažení tohoto stavu?*

7: VVO1: Poskytuje nové vedení záznamů v programu Cygnus 2 přehledné a všem dostupné záznamy v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování (IP) s klientem?

Ukazatele	<i>Předávané informace a záznamy</i> jsou vedeny přehledně, prostřednictvím jednoho programu, a všichni členové k nim mají přístup. Předávání informací funguje i směrem k přímé péči. <i>Záznamy výstupů, úkolů a kontrola plnění stanovených intervencí</i>
Zdroje dat	MDT a vedoucí organizace Program Cygnus 2 Field notes
Metoda sběru dat	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluační dotazník s otevřenými otázkami pro členy MDT • Polostrukturovaný rozhovor na podkladě evaluačního dotazníku s vedoucím organizace • Zúčastněné pozorování – FN z diagnostiky organizace a z období zavedení změny • Obsahová analýza záznamů IP z informačního systému

Zdroj: vlastní zpracování

8: VVO2: Naplňuje nová struktura a vedení porad požadovaný časový a obsahový rámec?

Ukazatele	<i>Porady</i> mají jasně danou časovou i obsahovou strukturu a splňují svůj účel.
Zdroje dat	MDT a vedoucí organizace Program Teams (OneNote) Field notes
Metoda sběru dat	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluační dotazník s otevřenými otázkami pro členy MDT • Polostrukturovaný rozhovor na podkladě evaluačního dotazníku s vedoucím organizace • Obsahová analýza zápisů porad z informačního systému • Zúčastněné pozorování – FN z diagnostiky organizace a z období zavedení změny

Zdroj: vlastní zpracování

9: VVO3: Splňují nové informační kanály nároky na efektivní sdílení informací a přispívají tak k lepší komunikaci v týmu?

Ukazatele	<p><i>Předávané informace a záznamy</i> jsou vedeny přehledně, prostřednictvím jednoho programu, a všichni členové k nim mají přístup. Předávání informací funguje i směrem k přímé péči. <i>Záznamy výstupů, úkolů a kontrola plnění stanovených intervencí</i> <i>Zpětná vazba zajištěna obousměrně – uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou.</i></p>
Zdroje dat	<p>MDT a vedoucí organizace Program Cygnus 2, MS Teams a Planner Field notes</p>
Metoda sběru dat	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluační dotazník s otevřenými otázkami pro členy MDT • Polostrukturovaný rozhovor na podkladě evaluačního dotazníku s vedoucím organizace • Zúčastněné pozorování – FN z diagnostiky organizace a z období zavedení změny • Obsahová analýza záznamů z programu Cygnus 2, MS Teams a Planner (informační systémy)

Zdroj: vlastní zpracování

10: VVO4: Podařilo se zavedením uvedených změn (struktura a vedení porad, vedení záznamů v souvislosti se zapojením MDT do IP) zvýšit efektivitu spolupráce v MDT? (urychlení procesu naplňování klientova cíle)

Ukazatele	<p><i>Provázanost procesů a koordinovanost</i> nastavením procesu nové spolupráce postavené na zapojení MDT do individuálního plánování s klientem. <i>Záznamy výstupů, úkolů a kontrola plnění stanovených intervencí</i> <i>Zpětná vazba zajištěna obousměrně – uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou.</i></p>
Zdroje dat	<p>MDT a vedoucí organizace Program Cygnus 2, MS Teams a Planner Field notes</p>
Metoda sběru dat	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluační dotazník s otevřenými otázkami pro členy MDT • Polostrukturovaný rozhovor na podkladě evaluačního dotazníku s vedoucím organizace • Zúčastněné pozorování – FN z diagnostiky organizace a z období zavedení změny • Obsahová analýza záznamů z programu Cygnus 2, MS Teams a Planner (informační systémy) • Tematická analýza dokumentace sociální služby (záznamy péče o klienty v programu Cygnus 2) - systematické kazuistiky

Zdroj: vlastní zpracování

11: VVO5: Jaké další prvky mohou přispět k zvýšení efektivity spolupráce MDT?

Ukazatele	<p><i>Provázanost procesů a koordinovanost</i> nastavením procesu nové spolupráce postavené na zapojení MDT do individuálního plánování s klientem.</p> <p><i>Záznamy výstupů, úkolů a kontrola plnění stanovených intervencí</i></p> <p><i>Zpětná vazba zajištěna obousměrně – uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou.</i></p>
Zdroje dat	<p>MDT a vedoucí organizace Program Cygnus 2, MS Teams a Planner Field notes</p>
Metoda sběru dat	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluační dotazník s otevřenými otázkami pro členy MDT • Polostrukturovaný rozhovor na podkladě evaluačního dotazníku s vedoucím organizace • Zúčastněné pozorování – FN z diagnostiky organizace a z období zavedení změny • Obsahová analýza záznamů z programu Cygnus 2, MS Teams a Planner (informační systémy) • Tematická analýza dokumentace sociální služby (záznamy péče o klienty v programu Cygnus 2) - systematické kazuistiky

Zdroj: vlastní zpracování

12: VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)

Ukazatele	<i>Záznamy výstupů, úkolů a kontrola plnění stanovených intervencí</i> <i>Zpětná vazba zajištěna obousměrně – uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou.</i>
Zdroje dat	MDT a vedoucí organizace Program Cygnus 2, MS Teams a Planner Field notes
Metoda sběru dat	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluační dotazník s otevřenými otázkami pro členy MDT • Polostrukturovaný rozhovor na podkladě evaluačního dotazníku s vedoucím organizace • Zúčastněné pozorování – FN z diagnostiky organizace a z období zavedení změny • Obsahová analýza záznamů z programu Cygnus 2, MS Teams a Planner (informační systémy)

Zdroj: vlastní zpracování

Získaná data z evaluačních dotazníků, polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování byla následně podrobena kvalitativní tematické analýze.

Tematickou analýzu popisuje Hendl (2016) jako proces kódování kvalitativních informací získaných v datech. Tuto metodu analýzy jsem zvolila z důvodu, že je uváděna jako vhodná především pro získání odpovědí na výzkumné otázky o lidských názorech a zkušenostech, dále rovněž například pro otázky zaměřené na porozumění a reprezentaci (Hendl, 2016).

Tematická analýza je typem obsahové analýzy a interpretuje data z tzv. otevřeného kódování, kdy dojde k rozřídění kódů do tematických celků (kategorií). Tyto kategorie jsou definovány ještě před samotným zkoumáním a v případě tohoto výzkumu odpovídají stanoveným operačním cílům.

Následně je aplikován induktivní přístup, kdy analýza získaných dat generuje obecné závěry a teorie. Indukční způsob analýzy je využíván zejména proto, že jsou předpoklady či závěry pevně vázány na pevná data, takže během analýzy není potřeba pokoušet se najít již princip nebo vzor (Novotná a kol. 2019).

U přepisu nahrávky rozhovoru byl zvolen totožný postup. Smyslem otevřeného kódování je podle Strausse (1999) využití údajů získaných z rozhovorů k důslednému prostudování a rozebrání na samostatné části, které jsou posléze porovnávány s dalšími výpověďmi informantů. Prostřednictvím tohoto postupu vznikly oblasti, které vytvořily základnu pro popis podstatných zjištění odpovídajících na stanovené vedlejší výzkumné otázky. Data z dokumentace programu Cygnus 2, MS Teams, OneNote a Planner byla rovněž analyzována metodou otevřeného kódování a interpretována pomocí kvalitativní obsahové analýzy.

7.3.4 Etické aspekty výzkumu

Vedoucí organizace, externí metodik a participanti (členové MDT) byli informováni o obsahu, průběhu a účelu výzkumu již na začátku diagnostiky organizace, na kterou procesní evaluace plynule navázala. Vyjádřili svůj souhlas s účastí na tomto výzkumu (Příloha 1 Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů). Souhlasili s participací a se závěrečným vyplněním anonymního evaluačního dotazníku. Veškerá data byla anonymizována. Záznam rozhovoru s vedoucím organizace byl smazán. Členové MDT participovali na evaluačním výzkumu dobrovolně, a byli informováni, že mohou z evaluace kdykoliv odstoupit. Vybrané klienty jsem oslovila nejdříve telefonicky a následně emailem. Byli seznámeni s cílem a výstupy výzkumu. Pro získání dat o provázanosti procesu spolupráce MDT s klienty nebylo nutné klienty do výzkumu aktivně zapojovat, všichni respondenti souhlasili se zpracováním dat za účelem zpracování systematických kazuistik. Z důvodu zajištění ochrany před odhalením identity klientů zveřejňuji pouze výstupy z kazuistik týkající se procesu mezioborové spolupráce.

Anonymitou evaluačních dotazníků jsem se snažila přispět k otevřenosti participantů v odpovědích na evaluační otázky a zajistit jim tak pocit bezpečnosti. Vzhledem k tomu, že popisují podrobněji konkrétní způsoby využití informačních technologií k předávání informací a podpory efektivity spolupráce, vnímám zde etický aspekt, který se týká ochrany firemního know-how. Obsah práce byl z tohoto důvodu podrobněji konzultován před jeho zveřejněním s vedoucím organizace a na základě dosažené dohody poté zveřejněn.

7.3.5 Limity výzkumu

Domnívám se, že nejzásadnějším limitem pro evaluaci je moje role výzkumníka – manažera. Svoji roli jsem podrobněji popsala již v kapitole 6.1 v souvislosti s diagnostikou organizace. Jsem si vědoma, že role úplného participanta přináší riziko tzv. slepoty v domácím prostředí. K získání odstupu mi pomáhalo studium teoretických východisek souvisejících s designem diagnostiky organizace (role manažera) a následné procesní evaluace (role evaluátora). Inspirovala jsem se rovněž uvedenými doporučeními (kapitola 6.1 Role výzkumníka – manažera) pro eliminaci rizika tzv. domácí slepoty. V souvislosti se získáváním nových teoretických poznatků jsem se při návrhu a zavádění změn, během kterých již byla zahájena procesní evaluace, zamýšlela nad aplikovatelností pro ostatní služby střediska DSJ a případně pro jiné sociální služby s cílovou skupinou podobného charakteru. Brala jsem v potaz i změny související se změnou výzkumného prostředí (jiná služba, jiní aktéři) a kladla si otázku, proč zvolit zrovna tuto strategii. Ve spolupráci s participanty jsme se snažili zaměřit na univerzálnost řešení.

Svůj konflikt role jsem si nejvíce uvědomila při evaluaci v oblasti změny struktury a vedení porady, kdy jako facilitátor porad nemohu objektivně hodnotit svůj výkon. Objektivitu hodnocení jsem podpořila v maximální míře doplněním analýzy záznamů a dokumentace. Záznamy byly doloženy vedoucímu organizace, který se rovněž zúčastnil několika porad a participoval na evaluaci.

Eliminaci efektu slepoty v domácím prostředí jsem rovněž podpořila využitím konzultace metodika, který zná strukturu organizace a principy mezioborové spolupráce, je však externím pracovníkem a nemá bližší vazby na členy MDT. Metodik se spolupodílel především na vytvoření Programové teorie nové struktury spolupráce v MDT na základě výstupů z diagnostiky organizace.

V souvislosti s multi rolí evaluátora jsem uváděla obtížné zajištění nestrannosti, kterou může ohrozit přílišná blízkost k určitým osobám, konflikt zájmů, zneužití role a manipulace s účastníky. Riziko ideologického hodnocení programu (potvrdit co chci, aby vyšlo) jsem se snažila ošetřit využitím monitoringu a analýzou dokumentace z informačního systému. Tato data by měla podpořit dostatečnou objektivitu, protože se na jejich produkci podílí všichni pracovníci odlehčovací služby. Svou rolí výzkumníka jsem se snažila nenarušovat chod procesu, a i s ohledem na to jsem evaluační dotazníky rozdala participantům až na závěr výzkumného šetření. Zde jsem si vědoma rizika nepřesných nebo nedostatečných odpovědí vycházejících

z možného nepochopení otázek v dotazníku. Snažila jsem se tedy formulovat otázky co nejpřesněji se zachováním otevřených odpovědí. Domnívám se, že výhody jako detailní znalost prostředí a původní formy spolupráce MDT, dlouhodobý přístup k dokumentaci klientů (znalost problematiky specifické cílové skupiny klientů s RS) a dokumentům organizace, byly pro roli evaluátora natolik přínosné, že převážily rizika zkrácení výsledků výzkumu. Podle mého názoru je právě procesní evaluace s participativními prvky pro účely této organizace vhodnou metodou k zhodnocení programu.

Jako limitující rovněž vnímám obtížnou prokazatelnost úspěšné implementace změn na úrovni klientů. V oblasti spolupráce se členy MDT klienti neuváděli zvýšenou nespokojenost, ve srovnání s předchozím obdobím. Na úrovni klientů jsem tedy dále získávala data ze záznamů dokumentace – systematické kazuistiky vybraných klientů doplněné monitoringem dat z informačního systému. Mým původním záměrem bylo potvrzení teorie vlivu efektivity spolupráce na rychlejší naplnění klientova cíle. Zde jsem však dospěla k názoru, že lze jen velmi obtížně hodnotit kauzalitu mezi výsledkem a činností MDT. Zde se odkazuji na teoretickou část práce, kapitola 4.2 *Hodnocení kvality sociálních služeb*. Stanovení úspěšnosti intervence je problematické, protože konečný výsledek může být ovlivněn mnoha faktory a efekt se může dostavit až s větším odstupem času. Rizikem by pak byla tendence upřednostnit při výběru klienty (tzv. *creaming effect*), u kterých lze v krátkém čase očekávat pozitivní výsledek.

7.4 Realizace výzkumu

7.4.1 Výzkumná zjištění

Nyní se zaměřím na prezentaci odpovědí na uvedené výzkumné otázky, které jsou rozebrány v jednotlivých kapitolách a u každé uvedu výsledná zjištění. Pro doložení uvádím výpovědi participantů (P), field notes (FN) a záznamy z informačního systému (IS), které byly okódovány a na základě přidělených kategorií rozřizeny k odpovídajícím VVO pro stanovené operační cíle. Vzhledem k tomu, že evaluační dotazník byl koncipován tak, aby odpovídal na VVO k operačním cílům, vzniklé kategorie zpravidla kopírovaly tyto cíle. Na základě tohoto zjištění byla data rozřizena do jednotlivých podkapitol, které odpovídají získaným kategoriím.

Některá data a výpovědi jsou přiřazeny k více než jedné kategorii. V případě, že byla nalezena nová kategorie, zahrnuje ji jako podkategorii příslušné kategorie (zvýrazněny tučnou kurzívou), nebo ji uvádím v dílčím shrnutí každé podkapitoly. Výzkumné otázky a citace jsou zvýrazněny kurzívou.

S ohledem na zachování anonymity doložím pouze některé ukázky z IS. Úryvky z rozhovoru s vedoucím organizace budou za účelem zachování anonymity řazeny mezi výpovědi participantů. Pro systematické kazuistiky jsem vybrala tři klienty, podle již popsaných stanovených kritérií. S ohledem na rozsah práce uvádím pro doložení pouze jednu kazuistiku, zbylé dvě kazuistiky zařazuji do příloh, jelikož porovnáním kazuistik jsem dospěla k výzkumným zjištěním, která se od sebe neodlišují. Klient (K) je uváděn bez určení pohlaví. Data byla analyzována pomocí uvedených metod (kapitola 7.3.3. Způsob zpracování dat) v tzv. Evaluační matici. Z důvodu zachování anonymity respondentů neuvádím u výpovědí členů MDT jejich odbornost a u klientů zveřejňuji pouze nezbytná data, která přináší odpovědi na výzkumné otázky. Na konci každé podkapitoly je shrnutí – zhodnocení po zavedení změny. Na závěr kapitoly shrnuji výstupy ze všech výzkumných oblastí.

Porady MDT

Jedním z hlavních operačních cílů Programové teorie, vedoucí ke zlepšení efektivity spolupráce MDT, byla oblast týkající se struktury a vedení porad. Cílem bylo dosáhnout stavu, kdy budou mít porady jasně danou časovou i obsahovou strukturu a budou splňovat svůj účel. Kritérium pro naplnění tohoto operačního cíle bylo zavedení změny ve způsobu vedení porad – stanovení nové struktury vedení se zaměřením na časový i obsahový rámec.

Pro zhodnocení naplnění tohoto operačního cíle byly využity odpovědi na uvedenou VVO: ***VVO2: Naplňuje nová struktura a vedení porad požadovaný časový a obsahový rámec?***

Níže uvedená otázka z evaluačního dotazníku (Příloha 5 Evaluační dotazník) byla formulována tak, abych získala odpovědi na všechny oblasti týkající se nové struktury a vedení porad.

Jak hodnotíte novou strukturu porad?

- *úkoly v MS Planner*
- *využití dataprojektoru*
- *zápisy porad*

- *způsob vedení porad*
- *způsob předávání informací*

Zlepšení efektivity spolupráce v souvislosti se změnami v oblasti porad vnímají participanti zejména změnou způsobu vedení porady, kdy došlo k nastavení nové struktury porady.

- P: *Došlo k nastavení průběhu porad – vede to k efektivnějšímu průběhu porad MDT.*
- P: *Způsob vedení porad je nyní přehledný, věcný, konstruktivní.*
- P: *Nový způsob vedení porad je přehledný, má strukturu, která pomáhá nezabíhat do zbytečných podrobností a obráceně v bodech připomíná, co jsme ještě neprobrali, co máme v plánu porady.*

V souvislosti s touto otázkou jeden z participantů poukázal na nedostatek prostoru pro vyjádření sociálního pracovníka.

- P: *Vzhledem k tomu, že se jedná o sociální službu, doporučuji dát větší prostor při způsobu vedení porady sociálnímu pracovníkovi.*

Rovnocenný prostor při poradách pro všechny odbornosti jsem vyčlenila jako podkategorii této oblasti. Záznamy zúčastněného pozorování z průběhu diagnostiky organizace dokládaly občasné upřednostňování rehabilitace a vnímání nedostatečného prostoru pro vyjádření ostatních odborností. Občas docházelo ke snaze prosazovat pouze rehabilitační cíle, přispívá tomu fakt, že cílová skupina klientů s RS má primární cíl v oblasti rehabilitace.

- FN: *Největší prostor během porady je věnován oblasti rehabilitace. Ostatní terapeutické činnosti nemají dostatek prostoru se vyjádřit k práci s klientem, ale zároveň se nesnaží ani aktivně prosadit. Vnímám, že respektují prioritu rehabilitace u cílové skupiny klientů RS.*

Porovnávala jsem FN, přidělené této kategorii, z doby před zavedením změny, se záznamy po změně struktury porad a zaznamenala jsem, že změnou struktury porady a zavedením dokumentační sestry v roli zapisovatele došlo k většímu prostoru pro vyjádření všech členů MDT. Nastavením pevné struktury porady se navýšila časová kapacita pro oblast diskuse při zapojení MDT do individuálního plánování s klientem.

Toto zjištění doložila také obsahová analýza zápisů porad z MS OneNote, která korespondovala s nastavením nové struktury porady.

FN: *Všechny odbornosti měly dostatečný prostor se vyjádřit. Pozoruji, že společným stanovením priorit se eliminují konflikty v souvislosti s tím, že jsou cíle některé odbornosti upřednostňovány.*

Terénní poznámky po zavedení změn v oblasti struktury porady rovněž potvrzují zvýšení efektivity porad v souvislosti s implementací změny.

- FN: *Nová struktura vedení porady má tento koncept a zatím se jej daří dodržovat:*

1. Úvod – zápis porady v OneNote (záznam prezence, projednávání klienti), přehled ukončení klientů a nově nastupujících, aktuality

2. MS Planner – kontrola probíhajících úkolů, aktualizace, záznamy a dokončení

3. Cygnus 2 – individuální plánování klientů (IP), společné vytváření IP u nových klientů, záznamy individuálních cílů a kroky k jejich dosažení, průběžné zadávání úkolů pro plánované intervence jednotlivým odbornostem, diskuse nad záznamy o plnění intervencí, zpětná vazba pro přímou péči, hodnocení naplnění cíle u končících klientů a výstupy pro pečující osoby

4. Shrnutí porady, případně plán dílčí porady ke komplikovanějšímu případu.

Dalšími podkategoriemi v oblasti porad, které jsem zaznamenala v průběhu zúčastněného pozorování, jsou **kompetence facilitátora porad** a výše uvedená **role zapisovatele**. Oba faktory řadím mezi prvky ovlivňující efektivní spolupráci v MDT. Bylo zaznamenáno, že pro zlepšení efektivity vedení porad je nutné zavést funkci zapisovatele, kterým se později stala dokumentační sestra.

- FN: *Pro splnění nastavené struktury porady je potřeba hlídat čas a umět včas zastavit diskusi zabíhající do přílišných podrobností – velkou roli hrají vlastnosti dobrého facilitátora. Stanovenou strukturu porady členové týmu přijali a hodnotí ji pozitivně.*
- FN: *Zavedení funkce zapisovatele porady vede k urychlení procesu zápisů a sociální pracovník má tak možnost se naplno zapojit do průběhu porady.*

Výhodou při zavádění změn bylo využití programu, na který jsou členové MDT již zvyklí.

- FN: *Na úkoly v MS Planner byla většina členů MDT zvyklá již z porad vedení, jeho zavedení pro porady MDT tedy bylo snazší a členové jej začali brzy akceptovat.*

Dalším prvkem hodnocení participantů v oblasti porad bylo **využití dataprojektoru**.

- P: *Dataprojektor považuji za velikého pomocníka při zapisování plánů, úkolů atd., protože všichni členové vidí, co se právě probírá, řeší.*
- P: *Využití dataprojektoru je jednoznačně výborné, pokud někdy nefunguje, velmi chybí.*
- P: *Na velkém zobrazení dataprojektorem můžeme všichni zúčastnění porady vidět stádium řešení a plnění úkolu s možnou diskuzí o úkolu.*
- P: *Vyhovuje mi společná vizualizace informací pro klienta.*
- P: *Využití dataprojektoru hodnotím jako výborné řešení.*
- P: *Způsob předávání informací je vyhovující. Přes dataprojektor vidíme body porady a plnění úkolů a v osobním plánování se nám úkoly propíší do osobní pošty.*
- FN: *Dataprojektor ulehčuje i proces zaškolení v oblasti nového vedení záznamů. Názorné ukázky přímo v programu členové týmu hodnotí jako nejlepší způsob, jak si změny rychle osvojit.*

Navazuje hodnocení využití programu **MS Planner**, které souvisí i s následujícími kategoriemi v oblasti předávání informací a zajištěním kontrolních mechanismů. Hodnocení plánování úkolů v MS Planner proběhlo na základě tematické analýzy evaluačních dotazníků a polostrukturovaného rozhovoru s vedoucím organizace:

- P: *Velice přínosné, úkoly jsou na jednom místě, o přidělení úkolu se osoba dozví i v případě, že nebyla na poradě přítomna.*
- P: *Myslím, že je to přehledné zejména pro členy, kteří mají klienty z celého Domova sv. Josefa.*
- P: *Vytvořený úkol je osobní, s osobní zodpovědností za splnění a s přehledem průběhu plnění.*
- P: *Přehledné, jasně určené, dá se nastavit deadline.*

- *P: MS Planner je dobrou volbou, jak zaznamenávat a kontrolovat plánované intervence. Máme tak přehled o průběhu činnosti členů, kteří se z nějakého důvodu porady zúčastnit nemohou. Zároveň jim můžeme přidělit úkol i bez jejich přítomnosti a notifikaci o úkolu mají v poště. Je to praktické řešení, které se osvědčilo i v rámci porad týmu vedení.*

Zápisy porad a vedení záznamů při zapojení MDT do IP bylo ověřeno v průběhu monitoringu dat z IS a byl s nimi seznámen vedoucí organizace, který se také několika porad zúčastnil. Obsahová analýza zápisů porad v MS OneNote, záznamů v programu Cygnus 2 a MS Planner rovněž prokázala splnění konceptu uvedené nové struktury porady.

Souhrn

Podkapitola odpovídá na VVO2: *Naplňuje nová struktura a vedení porad požadovaný časový a obsahový rámeček?*

V oblasti vedení porad došlo změnou struktury a vedení porady k prokazatelnému zvýšení efektivity komunikace a spolupráce. Velkým přínosem pro časovou úsporu bylo zavedení role zapisovatele a využití dataprojektoru. Dokumentační sestra v průběhu zavedení změny převzala roli zapisovatelky a umožnila tak získat větší prostor pro zapojení sociálního pracovníka, který před zavedením změny vedl porady a souběžně prováděl i zápisy. Došlo k časové úspoře a většímu prostoru k zapojení všech členů MDT do diskuse. Využití dataprojektoru podpořilo udržení pozornosti participantů v průběhu porad a díky možnosti názorných ukázek také ulehčilo nácvik nového způsobu vedení záznamů. Efektivita vedení porad závisí na kompetencích vedoucího porad, zejména v oblasti facilitace.

Předávání informací a vedení záznamů

Cílem v oblasti předávání informací a vedení zápisů porad bylo zajištění přehledného vedení záznamů, ideálně prostřednictvím jednoho programu tak, aby k nim měli přístup všichni členové. Předávání informací musí fungovat i směrem k přímé péči. Kritérium k naplnění tohoto cíle bylo nastavení a efektivní využití moderních komunikačních kanálů a programu Cygnus 2 (ve spolupráci s IT) s takovým výsledkem, že sdílené informace jsou dostupné a přehledné všem členům týmu. Dále pak zavedení nového informačního kanálu pro předávání informací pracovníkům přímé péče.

Pro zhodnocení naplnění tohoto operačního cíle byly využity odpovědi na uvedené VVO: *VVO1: Poskytuje nové vedení záznamů v programu Cygnus 2 přehledné a všem dostupné záznamy v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování (IP) s klientem?*

VVO3: Splňují nové informační kanály nároky na efektivní sdílení informací a přispívají tak k lepší komunikaci v týmu?

Field notes se zúčastněného pozorování v průběhu zavádění změny dokládají, že pro některé členy MDT je náročné pochopit nový systém záznamů v programu Cygnus 2. U jednoho z participantů se opakovaly stejné chyby z nepochopení nového vedení dokumentace v souvislosti s individuálním plánováním.

FN: Opakovaně dochází k tomu, že jeden z členů MDT vytváří vlastní IP, záznamy pak nejsou napojeny na náš společný IP. Byl vytvořen podrobný obrázkový návod, který mají všichni k dispozici. Dnes jsme znovu, s využitím dataprojektoru, názorně prošli správný postup.

Někteří participanti vnímají větší **nároky na zápisy** a hodnotí nové vedení dokumentace jako administrativně zatěžující. Při pozorování zaměřeném na způsob předávání informací tým došel ke zjištění, že někdy dochází k nedostatečnému předání informací z řad přímé péče, zejména od pečovatelek. Jako nedostatečná byla tedy zaznamenána **zpětná vazba od přímé péče** směrem ke členům MDT, opačným směrem bylo zajištění předávání informací vnímáno jako dostatečné.

Výzkumné otázky z evaluačního dotazníku (Příloha 5 Evaluační dotazník) týkající se nového způsobu předávání informací a vedení záznamů:

Jaké přínosy či nedostatky vnímáte po zavedení nové formy vedení záznamů v programu Cygnus 2 v rámci zapojení MDT do individuálního plánování s klientem?

Jaké případné další nedostatky vnímáte v souvislosti se sdílením informací v rámci spolupráce MDT?

- P: *Jako přínos hodnotím, že záznamy jsou vedeny ve složce klienta, je možné s těmito informacemi pracovat i při dalších pobytech, když klient využívá odlehčovací pobyt opakovaně.*
- P: *Dříve mi stačilo podívat se do tabulky, abych měla představu, co který klient potřebuje a jak se to realizuje v týmu. Teď je třeba se proklikat po jednotlivých klientech, ale je to o klientovi vše na jednom místě, a ne v několika tabulkách zpětně. Vnímám to jako přínos.*

- P: *Vidíme jednotlivé zápisy každého kolegy, u každého klienta, u kterého byl vytvořen úkol.*
- P: *Přínosem je určitě přehlednost záznamů za jednotlivé odbornosti v rámci multidisciplinárního přístupu ke klientovi. Nedostatkem může být, že je to nově zavedená forma vedení záznamů, případně další forma vedení záznamů pro ostatní kolegy, tudíž zpočátku zapisování může docházet k nepochopení zadávání zápisů, časové vytíženosti apod.*
- P: *Nedostatkem je více času u PC. Ne všichni vědí kam co psát.*

Sdílení informací v rámci jednoho programu je jedna z dalších získaných podkategorií, která upozorňuje na riziko zneužití citlivých údajů ze záznamů o klientech. Souvisí s tím vyšší nároky na opatrnost jednotlivých odborníků při dodržování pravidel, jaké záznamy členové MDT mohou uvádět ve sdílených záznamech a které záznamy by měly být součástí dokumentace s omezeným přístupem. Někteří participantů si toto riziko uvědomovali a zpětnou vazbou na něj upozorňovali již v průběhu zavedení nového způsobu zápisů. Ve výpovědi z evaluačního dotazníku se tato obava z možnosti šíření citlivých informací, vlivem nedodržení pravidel o sdílených informacích, také objevuje.

- P: *V rámci spolupráce MDT bychom měli samozřejmě dodržovat především etický kodex, aby nedocházelo k šíření informací (i citlivých) o klientech mimo MDT.*

Z tematické analýzy záznamů zúčastněného pozorování vyplynula podkategorie **zapojení přímé péče do MDT**. Tato kategorie se týká problematiky zajištění dostatečné zpětné vazby od personálu přímé péče.

- FN: *Při sdílení informací při poradách MDT jsem pozorovala občasné situace, kdy bylo potřeba získat přesnější informace o klientovi od pracovníků přímé péče. V některých případech nám nebyly předány důležité informace o spolupráci s klientem, které by mohly mít vliv na další plánování intervencí.*

Ze záznamů zúčastněného pozorování vyplývá, že se jednalo o občasné případy selhání jednotlivců, nikoli chybu nastavení systému předávání informací. Pozorovala jsem, že tento nedostatek si uvědomuje více participantů.

- P: *Zpětná vazba od PSS. Je třeba je více zapojit do MDT.*

- FN: *Chybí informace o zhoršení spolupráce s klientem v důsledku změny nálady a přehodnocení jeho cílů. PSS byla předána zpětná vazba s pokyny pro sdílení těchto informací v záznamech péče a v kanálu Předání v Teams.*
- FN: *Apel rehabilitační pracovnice na zlepšení předávání informací o klientovi v souvislosti se změnami v oblasti spolupráce – změna požadavků klienta na plánování rehabilitace nebyla pečovatelkou předána a v důsledku toho nebylo klientovi vyhověno v oblasti plánování procedur.*
- FN: *Proběhla diskuse na téma, jak více propojit pečovatelky s MDT. Vzhledem k časové vytíženosti pečovatelek se jejich přítomnost na poradách jeví zatím jako nereálná.*

Za přímou péči je přítomna ranní sestra, přesto se stává, že některé informace od pečovatelek, které tráví s klientem nejvíce času, se k nám nedostávají. Informace od členů MDT směrem k přímé péči jsou zajištěny přes kanál Klienti OS, kde sdílení důležitých záznamů a pokynů pro přímou péči probíhá spolehlivě, což dokládá obsahová analýza dat z uvedeného kanálu. Kanál obsahuje všechny nastavené kategorie: údaje o příjmu či odchodu klientů, souhrn z NSS klienta, doporučení terapeutů pro personál přímé péče, změny v oblasti spolupráce s klientem a informace o přerušení péče o klienta např. z důvodu hospitalizace. Během monitoringu dat tohoto kanálu jsem nenalezla nedostatky v oblasti předávání informací pracovníkům přímé péče. Záznamy tohoto interního kanálu jsou přístupné vedoucímu zařízení, nejsou však určeny pro sdílení mimo organizaci, z důvodu ochrany dat o klientech a pracovnících.

Souhrn:

V této podkapitole jsme se snažili nalézt odpovědi na uvedené VVO:

- *VVO1: Poskytuje nové vedení záznamů v programu Cygnus 2 přehledné a všem dostupné záznamy v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování (IP) s klientem?*
- *VVO3: Splňují nové informační kanály nároky na efektivní sdílení informací a přispívají tak k lepší komunikaci v týmu?*

Zavedením změny v oblasti vedení záznamů a způsobu sdílení informací došlo k vyšším nárokům na zápisy. Někteří participanté vnímali větší časovou vytíženost při práci na PC, pro některé byl tento nový způsob vedení záznamů náročný na pochopení.

V konečném důsledku je systém hodnocen kladně, splňuje nároky na efektivní sdílení informací. Z hlediska dlouhodobější práce se záznamy, při opakovaných pobytech klientů, je tento systém vnímán jako praktický a přehledný. V souvislosti se sdílením informací prostřednictvím jednoho programu je třeba dbát na to, aby sdílené informace v MDT nebyly v rozporu s pravidly pro ochranu citlivých dat o klientech. Hlavní výzvou pro vyladění programu, v souvislosti se zjištěnými nedostatky, bude především větší zapojení přímé péče do individuálního plánování s klientem a větší napojení na MDT. Domnívám se, že jedním z důvodů, proč nefunguje obousměrné předávání informací, je nepřítomnost pracovníků v sociálních službách (dále „PSS“) na poradách MDT a neznalost kontextu mezioborové spolupráce s klientem.

Provázanost procesů a efektivita spolupráce

Operačním cílem v oblasti procesního vedení MDT je koordinovaná spolupráce a provázanost procesů v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování s klientem. Jako kritérium splnění bylo uvedeno nastavení procesu nové spolupráce postavené na zapojení MDT do individuálního plánování s klientem. Obecné cíle by se měly formulovat společně v týmu a stanovení konkrétních cílů by mělo následně probíhat u každé odbornosti ve spolupráci s klientem. Nastavením tohoto systému jsme předpokládali urychlení procesu plnění „objednávky“ klienta. Jak jsem již uvedla v kapitole 7.3.5 Limity výzkumu, došla jsem k poznání, že zlepšení efektivity mezioborové spolupráce klienti nejsou schopni zaznamenat. V souvislosti s tím jsem si od vedoucí sociálních služeb DSJ vyžádala každoroční vyhodnocení dotazníků spokojenosti při ukončení pobytu klienta. Dotazníky spokojenosti nevykazovaly výrazné změny oproti období před implementací programu, dovoluji si tedy předpokládat, že u klientů minimálně nedošlo ke zhoršenému vnímání kvality služby v souvislosti se změnami v oblasti mezioborové spolupráce. Na úrovni klientů jsem tedy dále získávala data ze záznamů dokumentace (systematické kazuistiky vybraných klientů) a monitoringem dat z informačního systému.

Pro zhodnocení naplnění tohoto operačního cíle byly využity odpovědi na uvedené VVO:

VVO4: Podařilo se zavedením uvedených změn (struktura a vedení porad, vedení záznamů v souvislosti se zapojením MDT do IP) zvýšit efektivitu spolupráce v MDT? (urychlení procesu naplňování klientova cíle)

VVO5: Jaké další prvky mohou přispět k zvýšení efektivity spolupráce MDT?

Výzkumné otázky z evaluačního dotazníku (Příloha 5 Evaluační dotazník) týkající se provázanosti procesů a efektivity spolupráce:

Jak hodnotíte spolupráci s jednotlivými členy MDT s ohledem na zavedené změny?

Participanti vnímají zavedené změny v kontextu mezioborové spolupráce jako přínosné a podporující provázanost s cílem pomoci klientovi. Získané podkategorie, které řadím mezi prvky podporující efektivitu spolupráce, jsou ***komunikace v týmu*** a ***dobré vztahy***.

- P: *Myslím, že je to přehlednější, jasně dané, co je zadání, kdo to zajistí a pak jaký je výstup.*
- P: *Ve spolupráci s týmem kolegů na MDT je důležitá komunikace, prokomunikovanost problémů a vhodných postupů u různých osobností klientů OS. Změna vedení porad a zadávání a plnění úkolů nám k spolupráci efektně pomáhá. Pomáhá hlavně klientům a péči o ně.*
- P: *Spolupráce s kolegy v rámci MDT týmu vyhovuje, postupně jsme si na tento styl práce zvykli.*
- P: *Spolupráce s jednotlivými členy MDT je na skvělé úrovni. Domnívám se, že náš tým je dobře nastaven hlavně pro klienta a jeho pomoc.*
- P: *Došlo k jinému pohledu na způsob spolupráce. Sdílíme společný cíl klienta a zamýšlíme se nad tím, kdo a jak se může dále podílet na jeho naplnění. Hodně to podpořilo tu provázanost a spolupráci. Dobré vztahy a komunikace tu byly i před zavedením změn, ale vnímám změnu k lepšímu na úrovni té provázanosti.*

Další výzkumná otázka z evaluačního dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru byla zaměřena na prvky, které mají (podle participantů) vliv na efektivitu spolupráce. Získané podkategorie jsou, stejně jako u předchozích kategorií, zvýrazněny tučnou kurzívou.

Jaké další prvky, podle Vás, mají pozitivní vliv na efektivní fungování týmu?

- P: *Pohodová atmosféra, respekt, vztahy v týmu, spolupráce a nadšení pomáhat.*
- P: *Důležité jsou vztahy a vysvětlování případných nedorozumění hned a s osobním přístupem.*

- P: Spolupráce, zodpovědnost, respekt – *dodržovat společné hodnoty. Pak se dá na tým spolehnout. Myslím, že to u členů MDT funguje.*
- P: *Vzájemná komunikace a řešení problémů hned.*
- P: *Spolupráce – mezioborové propojení. Došlo k velkému posunu k lepšímu.*
- P: *Vliv má určitě i pracovní prostředí, vztahy mezi členy týmu a sdílení společného cíle. Naplňování poslání a vize organizace, dodržování organizačních hodnot.*

V průběhu zúčastněného pozorování jsem zaznamenala, že zavedením uvedených změn došlo ke zlepšení provázanosti procesu spolupráce. Významnou roli měla změna v přístupu ke spolupráci prostřednictvím zapojení MDT do individuálního plánování s klientem.

- FN: *V průběhu přehodnocení nastaveného IP klienta se na základě změny psychického stavu klienta, které ovlivňuje spolupráci při rehabilitaci, aktivně zapojuje psychoterapeutka s návrhem podpory klienta v náročném období.*
- FN: *Pozoruji, že při společném nastavování IP nově nastupujícího klienta dochází k aktivnímu zapojení jednotlivých odborností v souvislosti s nastavováním hlavního cíle klienta. Členové se samostatně vyjadřují k tomu, jak mohou svojí odborností k naplnění klientova cíle přispět. A to i v případě, že klient při sociálním šetření neprojevil o intervenci zájem, ale v průběhu pobytu se jeho potřeby specifikovaly a průběžně ve spolupráci s klientem i přehodnocovaly.*
- FN: *Při společném stanovení hlavního cíle klienta, které vychází z NSS, dochází k tomu, že se jednotlivé odbornosti aktivně zamýšlí nad tím, jak by svou odborností mohly přispět k naplnění hlavního cíle. Pokud klient projeví zájem o intervence dalších odborností, již na základě doporučení při sociálním šetření nebo až v průběhu pobytu, stanovují si tyto odbornosti s klientem dílčí cíle, které korespondují s naplněním hlavního cíle. V případě, že dojde ke konfliktu rolí, kdy je třeba nastavit priority, aby dílčí cíle nešly proti sobě, odhalí se tyto konflikty brzy a snižuje se tak riziko neefektivní spolupráce s klientem v důsledku prosazování protichůdných cílů.*

Splnění kritéria nastavení procesu nové spolupráce postavené na zapojení MDT do individuálního plánování s klientem dokládají rovněž data z informačního systému. Společně formované obecné cíle vychází ze záznamů sociálního šetření (NSS),

následně stanovené konkrétní cíle u každé odbornosti, ve spolupráci s klientem, jsou v další sekci programu, která již obsahuje podrobnější data. Pro účel této práce zveřejním pouze ukázkou úvodní sekce Individuálního plánování v programu Cygnus 2.

Ukázka monitoringu dat z informačního systému:

Obr. 7: Individuální plánování v MDT

Individuální plán

Přání a potřeby klienta	Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka
Sama chci se sebou něco dělat, chci lépe chodit.	RHB - Zvýšení kondice a mobility PSYCH - emoční stabilita po rozchodu s manželem a s dcerou

Individuální plán

Přání a potřeby klienta	Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka
Aby se o mě měl kdo postarat, když bude žena v nemocnici	RHB - zlepšit hybnost HKK PSY - psychohygienu, znovu adaptace AKT - Adaptace, doprovody.

Individuální plán

Přání a potřeby klienta	Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka
Potřebovala bych se hlavně zlepšit v pohybu, abych se mohla vrátit domů."	RHB - zlepšení jistoty při chůzi AKT - Zvýšení kvality života klientky, posílení samostatnosti

Individuální plán

Přání a potřeby klienta	Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka
"Odpočinek a klid. Ráda budu rehabilitovat abych zvládla co nejvíce věcí sama."	RHB - zlepšení hybnosti končetin, vertikalizace, nácvik chůze ve vysokém chodítku AKT - podpora jemné motoriky a kognice

Zdroj: IS Cygnus 2

Tato ukázka obsahuje pouze vstupní část programu, další sekce z důvodu zajištění anonymity záznamů nelze prezentovat. Po rozkliknutí plánu následují konkrétní cíle a kroky k jejich naplnění. Je zde prostor uvést, které odbornosti se na naplnění klientova cíle podílí a jaké kroky k tomu podnikají. Dále jsou zde chronologicky uvedeny záznamy intervencí jednotlivých terapeutů s klienty. Záznamy lze filtrovat podle odborností. Výhodou je i možnost nahrání souboru do systému, např. výstupní zprávy. Plán lze při změně cíle přehodnotit nebo ukončit.

Na úrovni klientů jsem zkoumala provázanost procesů mezioborové spolupráce zpracováním systematických kazuistik u třech vybraných klientů (K), kteří splňovali stanovená kritéria:

- délka pobytu byla minimálně dvouměsíční a nebyla přerušena hospitalizací
- klient je primární cílovou skupinou (hlavní diagnóza RS)
- klient spolupracoval s minimálně třemi členy MDT
- klient není výrazně omezen v oblasti kognitivních schopností
- klient vyplnil dotazník spokojenosti

Mezioborový přístup v péči o klienta pobytové odlehčovací služby

KAZUISTIKA 1

Úvod do situace klienta

Klient ve věku okolo čtyřiceti let ze vzdálené lokality žádá o pobytovou odlehčovací službu z důvodu náhlého výpadku pečujících osob. Pečujícími osobami jsou rodiče klienta, ve věku kolem osmdesáti let. Nyní jsou hospitalizováni v kritickém stavu s onemocněním Covid-19. Klient nemá žádné další blízké příbuzné, kteří by se o něho mohli postarat, pouze jednoho kamaráda, který je schopen klientovi zajistit přesun do jiného zařízení a pomoci s vyřízením žádosti o službu. Klient byl v důsledku této nepříznivé sociální situace dočasně umístěn na psychiatrické oddělení, jelikož se nepodařilo v blízkém okolí zajistit vhodnou sociální službu. Klientovo onemocnění RS je v pokročilém progredujícím stavu, potřebuje střední míru podpory ve všech úkonech v oblasti sebepěče. Klient má omezenou hybnost dolních končetin, stoj nelze provést. Přesuny na mechanický vozík pouze pomocí druhé osoby, na delší vzdálenost potřebuje doprovod. Klient má podané žádosti na trvalé pobyty vzhledem k tomu, že pečující osoby nebudou schopny klientovi zajistit péči.

Příprava a posouzení situace

Při telefonickém sociálním šetření byly zmapovány základní přání a potřeby klienta. Klient má zájem především o rehabilitaci a dále psychoterapii. Souhlasí s nabízením volnočasových aktivit a kulturních akcí. Jejich výběr záleží na momentální náladě a tom, jak se bude cítit.

Dohoda o cílech

Na základě informací z NSS byli členové MDT seznámeni se situací klienta a byly společně stanoveny základní cíle v souladu s přáním klienta. Odbornosti, které se podílely na naplnění cíle dostaly úkol přes MS Planner a následně si s klientem domluvily schůzku, při které si stanovily další kroky a dílčí cíle spolupráce. O průběhu spolupráce byl MDT informován v rámci kontroly plnění úkolů a ze záznamů IP dokumentace v programu Cygnus 2. Klíčový pracovník (PSS z přímé péče) byl o situaci klienta informován v rámci zveřejnění NSS a v následně vytvořil IP s klientem v oblasti úkonů přímé obslužné péče. Zdravotní péče byla zajištěna formou domácí péče, kdy intervence indikoval praktický lékař. Informace ke klientovi byly sdíleny prostřednictvím předání od přímé obslužné péče, denního hlášení sester a kanálu Klienti OS.

V průběhu pobytu došlo k úmrtí jedné z pečujících osob, což mělo vliv na psychický stav klienta a jeho spolupráci. Došlo k navýšení psychoterapeutických intervencí a zapojení odborné sociální poradny v souvislosti s nutností řešit návazné umístění po ukončení pobytu na OS.

Níže přikládám záznam z dokumentace klienta dokládající individuální plánování s klientem.

Obr. 8: Individuální plánování v MDT

Individuální plán

Přání a potřeby klienta	Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka
Rehabilitace, zlepšení kondice, naučit se pracovat se svou nemocí	naučit se větší soběstačnosti
PSYCH. adaptace na změny, psychická stabilita	zlepšení mobility s psychickou stabilitou
pomoc s vyhledáním návazné služby	zabezpečení NSS

Zdroj: IS Cygnus 2

Formulace úkolů a jejich plnění

1. Větší soběstačnost klienta

- Rehabilitace (RHB)
- Aktivizace (AKT)

- *Přímá péče (PP)*

2. *Psychická stabilita klienta*

- *Psychoterapie (PSYCH)*

3. *Zajištění návazné péče (NSS)*

- *Odborná sociální poradna (OSP)*

Jako ukázkou způsobu plnění zveřejním RHB intervence, další kroky a podrobnější záznamy ostatních intervencí nebudu uvádět, s ohledem na zachování anonymity klienta.

Průběh plnění RHB:

- *nácvik přesunů bez sítě, posilování dolních končetin*
- *naplánování kompletní vodoléčby*
- *nácvik stoje u žebřin*
- *venkovní stroje, přístrojová masáž, kinesiotejpy*
- *cvičení na válci, zlepšení svalové síly*

Ukončení spolupráce a zhodnocení

Závěrečné zhodnocení:

- *RHB – výrazné zlepšení mobility, vertikalizace, větší zapojení do úkonů sebezpěče.*
- *PSY – zvládnutí psychicky náročné situace související se ztrátou blízké osoby a nejistoty budoucnosti, stabilizace*
- *OSP – zajištění následné péče prostřednictvím několika možností s ohledem na zlepšení stavu v oblasti mobility, předání kontaktů na další vhodné instituce v okolí trvalého bydliště klienta, kontakt na firmu zajišťující transportní systém, předání formulářů žádosti na další pobyt a kontakt pro vzdálenou spolupráci.*

Souhrn

Nejrozsáhlejší podkapitola se zabývala provázaností procesů a efektivitou spolupráce, hledáním odpovědí na tyto VVO:

VVO4: Podařilo se zavedením uvedených změn (struktura a vedení porad, vedení záznamů v souvislosti se zapojením MDT do IP) zvýšit efektivitu spolupráce v MDT? (urychlení procesu naplňování klientova cíle)

VVO5: Jaké další prvky mohou přispět k zvýšení efektivitu spolupráce MDT?

Moje terénní poznámky, z průběhu diagnostiky dokládají, že před zavedením změny docházelo k situacím, kdy jednotlivé odbornosti pracovaly s klientem samostatně na konkrétním cíli, který však nebyl během porady MDT dostatečně sdílen a projednán. Nedošlo tak například k včasné participaci jiného odborníka na naplnění klientova cíle. Dále v některém z případů došlo k tomu, že nebyly jasně stanoveny priority klientových cílů a vznikly následně rozpory nebo nedorozumění v důsledku toho, že každá odbornost pracovala s klientem samostatně. Na základě tohoto zjištění došlo k návrhu změny vedoucí k větší participaci v MDT prostřednictvím zapojení MDT do individuálního plánování. Uvedené Field notes pořízené z porad MDT po implementaci Programové teorie dokládají zlepšení v oblasti spolupráce.

Na úrovni klientů byla provázanost procesů spolupráce při individuálním plánování s klientem ověřena tematickou analýzou dokumentace o průběhu péče. Všechny tři systematické kazuistiky dokládají provázanost mezioborové spolupráce při individuálním plánování v MDT. Provázanost procesů spolupráce s MDT a zajištění zpětné vazby na úrovni klientů a pečujících osob jsem rovněž ověřila v souvislosti s nastavením procesu předávání výstupů pečujícím osobám a klientovi. Záznamy dokumentace programu Cygnus 2 a výstupy k plnění úkolů v MS Planner dokládají funkční nastavení zpětné vazby pro klienty a pečující osoby. Provázanost procesů je následně hodnocena i pod kategorií *zpětná vazba*.

Nastavené procesy a kontrolní mechanismy vedly prokazatelně k lepší koordinaci a ke zlepšení efektivity spolupráce, jak doložily uvedené výstupy z analýzy dat všech využitých výzkumných metod (kap. 7.3.3. Způsob zpracování dat).

Součástí hodnocení provázanosti procesů a efektivity spolupráce bylo i hledání faktorů, které efektivní spolupráci podporují. Participanti se shodovali na těchto prvcích: komunikace, dobré vztahy, pracovní prostředí, dodržování organizačních hodnot (spolupráce, zodpovědnost, respekt), řešení problémů ihned, mezioborové propojení a sdílení společného cíle.

Kontrolní mechanismy

Dalším cílem pro podporu efektivní spolupráce v MDT bylo zajištění vedení záznamů o výstupech a úkolech z porad a dále nastavení mechanismů pro kontrolu plnění stanovených intervencí. Kritérium k dosažení tohoto cíle bylo zavedení plánování úkolů v Planneru, kontrola a zpětná vazba intervencí ke klientovi (pečující osobě).

Pro zhodnocení naplnění tohoto operačního cíle byly využity odpovědi na uvedenou VVO:

VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)

Otázka z evaluačního dotazníku, která ověřuje kritérium zavedení úkolů v MS Planner je součástí již uvedené otázky zaměřené na hodnocení nové struktury porady.

Jak hodnotíte novou strukturu porad?

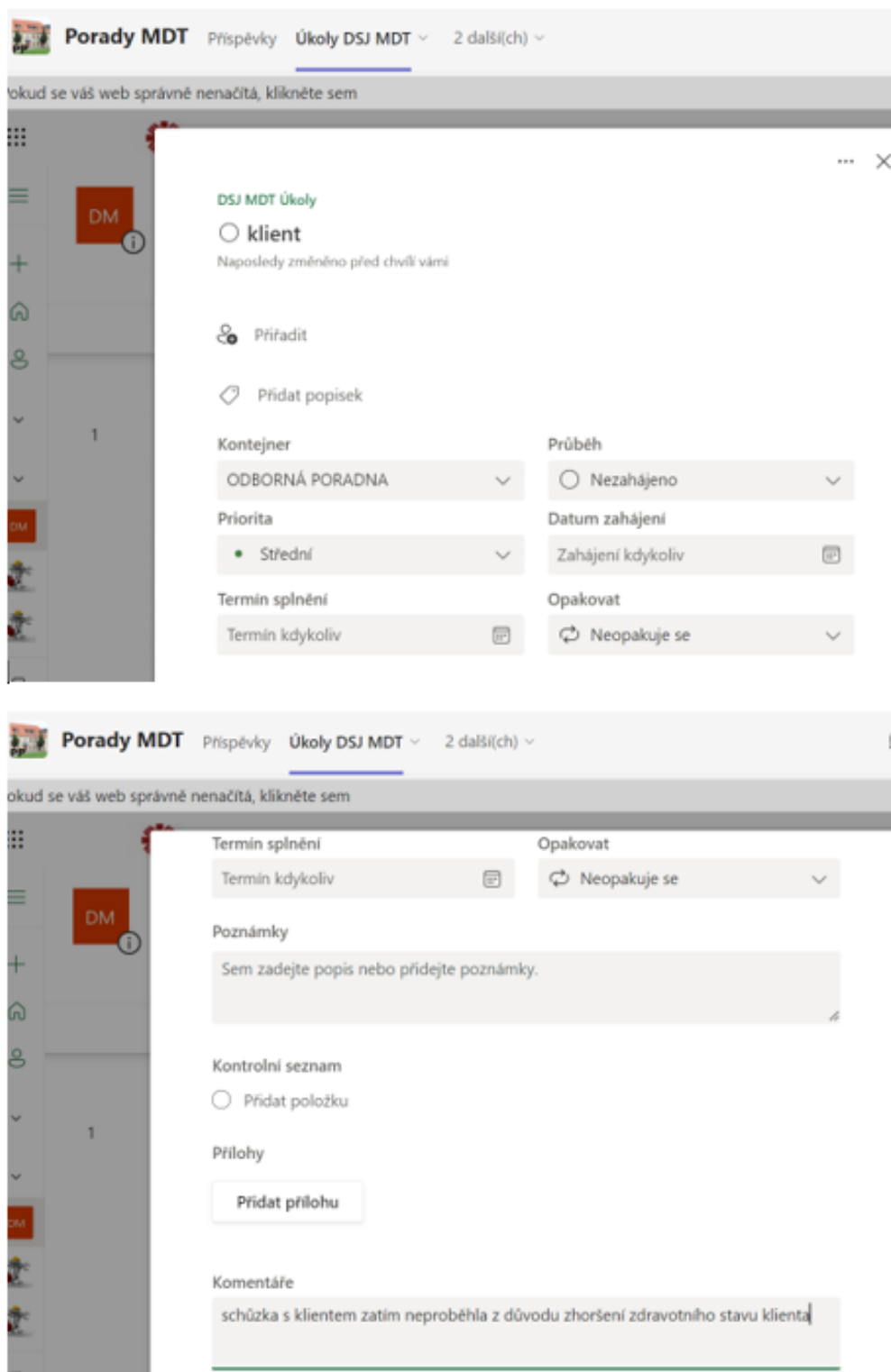
- *úkoly v MS Planner*

Splnění kritéria dokládají výpovědi respondentů z evaluačního dotazníku uvedené v kapitole 7.4.1 pro kategorii porady MDT. Záznamy ze zúčastněného pozorování dokládají, že implementace MS Planner do plánování a monitorování průběhu intervencí proběhla bez komplikací, vzhledem k tomu, že členové MDT byli na tento systém zvyklí již z porad týmu vedení.

- FN: *Hned při první poradě MDT po zavedení MS Planner bylo ověřeno, že se systém plnění úkolů v MS Planner ujal a členové týmu jej začali aktivně využívat. Bezproblémové zavedení tohoto systému souvisí s jeho používáním pro tým vedení, pro členy MDT tento program není novinkou.*

Naplnění cíle dokládají dále záznamy z informačního systému, které potvrdily, že MS Planner vykazuje aktivní využití pro spolupráci v MDT. V případě, že úkol ještě není ve stavu, kdy by mohl být ukončen, můžeme se informovat o jeho aktuálním stavu v komentáři k úkolu. Pro účely této práce uvádím pouze ukázkou imaginárního záznamu úkolu jako příklad fungování programu. Data reálných úkolů nemohou být s ohledem na ochranu údajů zveřejněna.

Obr. 9: Ukázka vedení úkolů v MS Planner



Zdroj: MS Teams pro organizaci DSJ

Zajištění obousměrné zpětné vazby ke klientovi (pečující osobě) doložím následně v souvislosti s operačním cílem zaměřeným na zpětnou vazbu.

Souhrn

Podkapitola zabývající se kontrolními mechanismy odpovídá na VVO:

VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)

Participantů hodnotili zavedení úkolů pro MDT v MS Planner jako praktické řešení, oceňovali zejména možnost zadání úkolů a hodnocení jeho průběhu i v případě jejich nepřítomnosti na poradě. Záznamy z informačního systému rovněž doložily, že MS Planner vykazuje aktivní využití pro spolupráci MDT. Tímto způsobem je zajištěna jak kontrola plnění plánovaných intervencí, tak i kontrola jejich průběhu a zpětná vazba pro tým.

Zpětná vazba

Poslední operační cíl byl zaměřen na zajištění obousměrné zpětné vazby, uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou. Tento cíl je provázaný s předchozími operačními cíli, týkajícími se provázaností procesů, zajištění výstupů a kontrolních mechanismů. Tento cíl byl tedy z části již zhodnocen. Kritériem naplnění bylo zavedení systému výstupu, zhodnocení a zpětné vazby v rámci MDT i směrem ke klientovi a pečující osobě. MDT má pravidelně zhodnocovat naplňování stanovených cílů ve spolupráci s klientem, po ukončení pobytu jednotliví terapeuti předávají klientovi (pečující osobě) výstup z terapie a doporučení pro návaznou péči.

Pro zhodnocení naplnění tohoto operačního cíle byly rovněž využity odpovědi na uvedenou VVO za využití stejných výzkumných metod:

VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)

Výpovědi participantů na níže uvedenou výzkumnou otázku z evaluačního dotazníku poukázaly na již zjištěný nedostatek v oblasti získávání informací od pracovníků přímé péče. Toto zjištění koresponduje s již dříve získanou podkategorií:

Zapojení přímé péče do MDT

Jak hodnotíte způsob zajištění zpětné vazby na kvalitu péče poskytované klientům?

- P: Z větší části pozitivně. K zamyšlení je způsob, jak zajistit kvalitní zpětnou vazbu od pracovníků přímé péče a lépe je provázat s MDT.

- P: *Já osobně toho nejvíce zjistím v dotazníku spokojenosti a v závěrečném hodnocení pobytu – to ze strany klientů. A na MDT z druhé strany ze zhodnocení splněných úkolů a ze zpětné vazby ostatních členů MDT.*
- P: *Máme dotazníky, ve kterých se klienti mohou vyjádřit ke kvalitě služeb. V rámci týmu by chtělo zapracovat na zpětné vazbě od PSS.*
- P: *Zpětnou vazbu v MDT máme nyní zajištěnou při závěrečném zhodnocení individuálního plánu. Také si předáváme informace v Teams i s přímou péčí. Někdy trochu vážne ta zpětná vazba od pracovníků přímé péče. Klienti nám dávají zpětnou vazbu vyplněním dotazníku spokojenosti při ukončení pobytu. Myslím, že máme dostatek možností, jak zpětnou vazbu sdílet jak v rámci týmu, tak i od klientů.*

Zajištění zpětné vazby směrem ke klientovi (případně pečující osobě) dokládá zavedení systému záznamů v programu Cygnus 2 v oblasti individuálního plánování, kdy při ukončení pobytu klienta hodnotíme naplnění cíle, a každá odbornost vkládá do záznamů výstupní zprávu. Některé odbornosti předávají tuto zprávu osobně klientovi (případně i pečující osobě), týká se to například doporučení fyzioterapeuta k další rehabilitaci, výstupní zpráva garantky léčby ran nebo doporučení logopeda k dalšímu vyšetření a pokyny pro správné podávání stravy při poruchách polykání.

Výstupy z polostrukturovaných rozhovorů se členy MDT z průběhu diagnostiky organizace nás upozornily na neprovázanost procesů v oblasti sdílení informací v MDT. Tyto výstupy uvádím v kapitole 6.3 Vybraná výzkumná zjištění. Field notes z porad v době po zapojení MDT do individuálního plánování dokládají znatelný rozdíl ve sdílení zpětné vazby při společném zhodnocení naplnění cílů v závěru pobytu klienta. Dříve toto zhodnocení nebylo sdílené a nebylo možné ověřit, zda u všech odborností proběhlo. V průběhu zúčastněného pozorování jsem vnímala, že **sdílením společných úspěchů i neúspěchů** je posilován týmový duch, který má vliv na kvalitu pracovních vztahů a rovněž přispívá ke zkvalitnění mezioborové spolupráce.

- FN: *Při společném závěrečném zhodnocení individuálního plánu pozoruji pozitivní vliv na atmosféru v týmu. Členové podrobně sdílí své úspěchy a neúspěchy ve spolupráci s klientem a vzájemně si vyjadřují podporu.*
- FN: *Průběžnou kontrolou úkolů v Planneru ověřujeme plnění intervencí a získáváme průběžnou zpětnou vazbu.*

Souhrn

Poslední podkapitola týkající se zpětné vazby je provázána se dvěma předchozími kategoriemi. Znovu prověřuje kontrolu funkčnosti systému a zajištění obousměrné zpětné vazby hledáním odpovědi na tuto VVO:

VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)

Kontrolní systém nad požadovanými intervencemi pomocí MS Planner byl zhodnocen jako plně funkční a vyhovující. Stejně tak kanál v MS Teams pro zajištění zpětné vazby směrem k přímé péči a zpětně ke členům MDT. Na nedostatečnou zpětnou vazbu od personálu přímé péče bylo upozorněno již při zkoumání oblasti předávání informací. Zpětná vazba na úrovni klientů je zajištěna dotazníky spokojenosti, přičemž participanti vnímají tento způsob zajištění zpětné vazby jako dostatečný. Směrem ke klientům je zpětná vazba zajištěna výstupními zprávami pro klienty i pečující osoby.

Hledání odpovědi na tuto výzkumnou otázku nám přineslo na úrovni zpětné vazby v MDT podkategorii *Sdílení společných úspěchů a neúspěchů*, kterou řadím mezi prvky podporující efektivitu spolupráce.

7.4.2 Shrnutí výstupů

Procesní evaluace poskytla dostatek informací pro naplnění stanoveného cíle, který spočíval v zodpovězení výzkumných otázek za účelem specifikace a zhodnocení úspěšnosti zavedené změny, která vedla k efektivnější mezioborové spolupráci v péči o specifickou cílovou skupinu klientů (klienti s RS) v podmínkách konkrétní pobytové OS.

Nyní shrnu výstupy k jednotlivým výzkumným otázkám.

VVO1: Poskytuje nové vedení záznamů v programu Cygnus 2 přehledné a všem dostupné záznamy v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování (IP) s klientem?

Systém nového vedení záznamů byl hodnocen kladně, neboť splňuje nároky na efektivní sdílení informací, je praktický a přehledný. Program Cygnus 2 je dostupný všem, v souvislosti se sdílením informací prostřednictvím společné sekce programu je však třeba zajistit, aby sdílené informace v MDT nebyly v rozporu s pravidly pro ochranu citlivých dat o klientech. Z výpovědí participantů je patrné, že pro některé členy je nové vedení záznamů spojeno s vyššími nároky na administrativní část práce.

VVO2: Naplňuje nová struktura a vedení porad požadovaný časový a obsahový rámec?

V oblasti vedení porad došlo změnou struktury a vedení porady k prokazatelnému zvýšení efektivity komunikace a spolupráce. Zavedení role zapisovatele a využití dataprojektoru vedlo k časové úspoře a získání většího prostoru pro zapojení všech členů MDT do diskuse. Využití dataprojektoru a společná vizualizace podporuje pozornost členů v průběhu porady. Efektivita vedení porad, v kontextu dodržení časového a obsahového rámce porady, závisí na kompetencích vedoucího porad, zejména v oblasti facilitace.

VVO3: Splňují nové informační kanály nároky na efektivní sdílení informací a přispívají tak k lepší komunikaci v týmu?

Nové informační kanály prokázaly splnění stanovených nároků na efektivní sdílení informací. Systém byl participanty hodnocen kladně a přispěl k lepší komunikaci v týmu. Zjištěný nedostatek v oblasti předávání informací od přímé péče byl hodnocen jako občasné selhání jednotlivců v důsledku vnímání nedostatečného propojení přímé péče s MDT. V souvislosti se sdílením informací prostřednictvím společné sekce programu je třeba zajistit, aby sdílené informace v MDT nebyly v rozporu s pravidly pro ochranu citlivých dat o klientech.

VVO4: Podařilo se zavedením uvedených změn (struktura a vedení porad, vedení záznamů v souvislosti se zapojením MDT do IP) zvýšit efektivitu spolupráce v MDT? (urychlení procesu naplňování klientova cíle)

Nastavené procesy a kontrolní mechanismy vedly prokazatelně k lepší koordinaci a ke zlepšení efektivity spolupráce, jak doložily uvedené výstupy z analýzy dat všech využitých výzkumných metod (kap. 7.3.3. Způsob zpracování dat).

VVO5: Jaké další prvky mohou přispět k zvýšení efektivity spolupráce MDT?

Získané prvky podporující efektivitu spolupráce z výpovědí participantů: komunikace, dobré vztahy, pracovní prostředí, dodržování organizačních hodnot (spolupráce, zodpovědnost, respekt), řešení problémů ihned, mezioborové propojení a sdílení společného cíle. Ze zúčastněného pozorování vyplynul ještě prvek sdílených úspěchů a neúspěchů, podporující týmového ducha.

VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)

Kontrolní systém nad požadovanými intervencemi pomocí MS Planner byl zhodnocen jako plně funkční a vyhovující. Zajišťuje jak kontrolu plnění plánovaných intervencí, tak i kontrolu jejich průběhu a zpětnou vazbu pro tým.

Stejně tak kanál v MS Teams, pro zajištění zpětné vazby směrem k přímé péči a zpětně ke členům MDT, vyhověl našim požadavkům. Zpětná vazba na úrovni klientů je zajištěna dotazníky spokojenosti, přičemž participanti vnímají tento způsob zajištění zpětné vazby jako dostatečný. Směrem ke klientům je zpětná vazba zajištěna výstupními zprávami pro klienty i pečující osoby. Jako nedostatek, v systému předávání informací a sdílení zpětné vazby, vnímají participanti nedostatečnou zpětnou vazbu od personálu přímé péče. V souvislosti s tímto zjištěním budou projednávány možnosti většího zapojení přímé péče do mezioborové spolupráce.

Procesní evaluace hledala odpověď na níže uvedenou hlavní výzkumnou otázku a její podotázku. Nyní shrnu výstupy evaluačního výzkumu v kontextu naplnění operačních cílů a zodpovězení výzkumných otázek.

HVO: *Byla naplněna stanovená kritéria nové struktury efektivní mezioborové spolupráce v pobytové odlehčovací službě střediska Domova svatého Josefa?*

Podotázka: *Jak bylo efektivní mezioborové spolupráce dosaženo a které procesy přispěly k dosažení tohoto stavu?*

ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÍ OPERAČNÍCH CÍLŮ

13: Shrnutí výzkumných zjištění

OPERAČNÍ CÍLE	VEDLEJŠÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY Zhodnocení dosažení operačního cíle – výstupy Z – závěr
Porady	<p><i>VVO2: Naplňuje nová struktura a vedení porad požadovaný časový a obsahový rámec?</i></p> <p>V oblasti porad byl zaznamenán největší posun vedoucí ke zlepšení efektivity spolupráce.</p> <p>Z: Operační cíl považuji dosažením stanovených kritérií za naplněný, je však potřeba dále udržovat nastavenou strukturu porad a ohlídat dostatečný prostor pro vyjádření všech odborností. Dále je třeba ošetřit riziko prosazování zájmu rehabilitace, která bývá pro klienty prioritou pro pobyt na OS – nároky na facilitátora porad.</p>
Předávání informací a vedení záznamů	<p><i>VVO1: Poskytuje nové vedení záznamů v programu Cygnus 2 přehledně a všem dostupné záznamy v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování (IP) s klientem?</i></p>

	<p><i>VVO3: Splňují nové informační kanály nároky na efektivní sdílení informací a přispívají tak k lepší komunikaci v týmu?</i></p> <p>Kritérium naplnění tohoto cíle bylo dosaženo, program pro vedení záznamů i komunikační kanály splňují dané technické požadavky.</p> <p>I přes vnímání větších nároků na administrativní činnost v souvislosti s novým vedením záznamů, je tento systém hodnocen jako přínosný.</p> <p>Nový systém záznamů přináší riziko jeho nepochopení a chybných zápisů.</p> <p>Sdílení informací v rámci jednoho programu přináší, při porušení pravidel, riziko možnosti zneužití citlivých údajů.</p> <p>Z: Výzkumná zjištění v souvislosti s naplněním tohoto operačního cíle odhalila nedostatek na úrovni sdílení informací od přímé péče.</p> <p>Operační cíl byl naplněn, pro jeho udržení je však potřeba zajistit průběžnou kontrolu.</p>
<p>Provázanost procesů a koordinovanost</p>	<p><i>VVO4: Podařilo se zavedením uvedených změn (struktura a vedení porad, vedení záznamů v souvislosti se zapojením MDT do IP) zvýšit efektivitu spolupráce v MDT? (urychlení procesu naplňování klientova cíle)</i></p> <p><i>VVO5: Jaké další prvky mohou přispět k zvýšení efektivity spolupráce MDT?</i></p> <p>Kritéria v oblasti nastavení nového systému spolupráce, prostřednictvím zapojení MDT do individuálního plánování s klientem, bylo dosaženo.</p> <p>Participantů vnímají zavedené změny v kontextu mezioborové spolupráce jako přínosné a podporující provázanost s cílem pomoci klientovi.</p> <p>Podle participantů ovlivňují efektivitu spolupráce tyto prvky: atmosféra v pracovním prostředí, vztahy, dodržování organizačních hodnot (respekt, spolupráce, zodpovědnost), motivace ke společnému cíli, vzájemná komunikace a řešení problémů hned, naplňování poslání a vize organizace,</p>

	<p>společné sdílení úspěchů a neúspěchů.</p> <p>Provázanost procesů a individuální plánování byly prokázány na základě FN, monitoringu dat z informačního systému a tematické analýzy systematických kazuistik klientů.</p> <p>Z: Operační cíl vnímám jako naplněný s tím, že je třeba tento cíl průběžně kontrolovat. Na efektivitu spolupráce mají vliv další proměnné, které se mohou v čase měnit.</p>
Záznamy výstupů, úkolů a kontrola plnění stanovených intervencí	<p><i>VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)</i></p> <p>Kritériem k dosažení tohoto cíle bylo zavedení plánování úkolů v Planneru, kontrola a zpětná vazba intervencí ke klientovi (pečující osobě). Participantů hodnotili MS Planner jako praktický plánovací a kontrolní nástroj, který splňuje daná kritéria pro MDT.</p> <p>Z: Operační cíl hodnotíme jako naplněný.</p>
Zpětná vazba	<p><i>VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)</i></p> <p>Kritéria zavedení systému výstupu, zhodnocení a zpětné vazby v rámci MDT i směrem ke klientovi a pečující osobě, bylo dosaženo.</p> <p>Zjištění nedostatku v oblasti sdílení informací od PSS.</p> <p>Z: Operační cíl byl naplněn pouze částečně.</p>

Zdroj: vlastní zpracování

Na základě výše uvedených výstupů procesní evaluace shrnuji zjištěné nedostatky a rizika, která by mohla ovlivnit úspěšnou implementaci tohoto systému do celého střediska.

SOUHRN ZJIŠTĚNÝCH RIZIK A NEDOSTATKŮ

- implementační riziko odmítání změny v kontextu vnímání vyšších nároků na administrativní práci
- riziko nepochopení nového systému (chybné zápisy)
- riziko sdílení citlivých údajů při nedodržení pravidel o charakteru sdílených informacích v MDT
- riziko neudržení nové struktury porad – dostatek prostoru pro všechny odbornosti (nároky vedoucího porad – kompetence facilitátora)
- proměnlivá rizika ovlivňující spolupráci (prvky ovlivňující efektivitu spolupráce)
- nedostatečná zpětná vazba od personálu přímé péče
- nedostatečné propojení personálu přímé péče s MDT

7.5 Doporučení

Na základě výše uvedených výzkumných zjištění navrhuji následující doporučení:

- Při implementaci nového systému zápisů zajistit důkladné proškolení všech členů a pravidelnou kontrolu zápisů.
- Ošetřit oblast dodržování pravidel o sdílených informacích v MDT.
- Podpořit vedoucího porad vzděláním v oblasti facilitace.
- Podpořit vzdělávání interního evaluátora.
- Zajistit propojení přímé péče do MDT – najít způsob, jak zajistit kvalitní zpětnou vazbu od pracovníků přímé péče a lépe je provázat s MDT.
- Zvážit možnosti zavedení programu do celého střediska

V souvislosti s budoucím rozšířením služby bych konkrétně pro odlehčovací službu navrhovala zavedení nové pracovní pozice – koordinátor PSS. Domnívám se, že koordinátor by mohl zajistit lepší provázanost s pečovateli a zprostředkovat kvalitnější zpětnou vazbu od pracovníků přímé péče. Koordinátor by byl členem MDT a mohl rovněž zastávat roli klíčového pracovníka.

Podle participantů mají vliv na efektivitu spolupráce tyto prvky:

atmosféra v pracovním prostředí, vztahy, dodržování organizačních hodnot (respekt, spolupráce, zodpovědnost), motivace ke společnému cíli, vzájemná komunikace a řešení problémů hned, naplňování poslání a vize organizace, společné sdílení úspěchů a neúspěchů.

V souvislosti s mapováním prvků ovlivňujících efektivitu spolupráce uvádím další doporučení:

- Podpořit pracovní vztahy a příznivé pracovní klima v MDT pravidelnými týmovými supervizemi.

7.6 Souhrn v diskusi

Teoretickým rámcem pro výzkumnou část diplomové práce byla metoda HCD. Principem metody HCD je přístup zaměřený na zákazníka (klienta), kdy je klient přímo zapojen do procesu designování pomocí individuálního empatického přístupu (VESELÁ, L., FEDORKOVÁ, M. „Human centered design v sociálních službách“ Příručka metodiky). Cílovou skupinou byli jak klienti a jejich potřeby, tak i členové MDT. Teoretický rámec HCD obsahoval předem připravený systém kategorií Programové teorie, který vzešel během zpracovávání teoretických východisek a výstupů z diagnostiky MDT. Výstupy z diagnostiky umožnily specifikovat kritéria nové struktury spolupráce z hlediska potřeb konkrétního MDT na pobytové OS. Tyto výstupy korespondovaly s teoretickými východisky pro efektivitu spolupráce v MDT, na jejichž základě jsem vytvořila kritéria Programové teorie nové struktury spolupráce v MDT.

Při formování Programové teorie mi bylo inspirací Sengeho pět disciplín vedoucích k zavedení Učící se organizace a také výstupy z odborného článku „*Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě — zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder*“, který nahlíží na fungování MDT manažerskou optikou a rovněž vychází z teorie Učící se organizace.

Autoři článku (Hrdá, K., Lejsal, M., 2017) zde uvedli klíčové prvky efektivní spolupráce MDT. Výstupy procesní evaluace dokládají, že nová struktura spolupráce v MDT na OS tyto prvky naplňuje.

Klíčové prvky efektivní spolupráce MDT:

- přítomnost dialogu (Senge, 2016) vycházejícího z uznání a pochopení, že člověk se může mýlit či zastávat jednostranné stanovisko a že mu tedy může pomoci názor druhých

K přítomnosti a podpoře dialogu v MDT vedlo nastavení nové struktury porad a zapojení MDT do individuálního plánování, kdy nyní dochází ke společnému nastavování (přehodnocování) cíle a zapojování jednotlivých odborností.

- sdílená představa cílů (Senge, 2016) prostřednictvím společně sdíleného porozumění odpovědi na klíčovou otázku a věcné definování problému

Sdílená představa cíle vede k diskusím a dialogům. Tento způsob spolupráce rovněž podporuje reflexivní přístup.

- převzetí odpovědnosti za proces i cíle (principy týmové práce in Hrdá, 2016), sdílení odpovědnosti za cíle, proaktivní přístup členů MDT

Podpory převzetí odpovědnosti za proces i cíle bylo dosaženo zavedením sdíleného systému požadovaných intervencí v MS Planner, který zároveň funguje jako kontrolní mechanismus.

- efektivní spolupráce, tj. děláni správné věci správně (Drucker, 1963) s využitím odpovídajících zdrojů za pomoci sdílení představy konkrétního cíle. V případě cíle zaměřeného na jednotlivce se zde uplatňuje princip case managementu.

Nastavené procesy a kontrolní mechanismy vedly prokazatelně k lepší koordinaci a ke zlepšení efektivity spolupráce, jak doložily uvedené výstupy z analýzy dat všech využitých výzkumných metod (kap. 7.3.3. Způsob zpracování dat). Nová struktura spolupráce MDT založená na individuálním plánování vedla k uplatnění principu case managementu.

Procesní evaluace hledala odpověď na tuto výzkumnou otázku: *Byla naplněna stanovená kritéria nové struktury efektivní mezioborové spolupráce v pobytové odlehčovací službě střediska Domova svatého Josefa?* a její podotázku: *Jak bylo efektivní mezioborové spolupráce dosaženo a které procesy přispěly k dosažení tohoto stavu?*

Na základě Programové teorie byly stanoveny evaluační cíle a vedlejší výzkumné otázky. Pomocí kombinace výzkumných metod, uvedených v tzv. Evaluační matici (kapitola 7.3.3 Způsob zpracování dat), se podařilo odpovědět na stanovené VVO, které korespondovaly s nastavenými operačními cíli Programové teorie.

Má pozice v organizaci mi umožnila, se souhlasem participantů a respondentů, využít veškerou dostupnou dokumentaci ke zpracování systematických kazuistik. Zpracovala jsem detailní popis průběhu terapií a intervencí od zahájení po ukončení procesu práce se třemi vybranými klienty jako součást výzkumu založeného na systematické případové studii. Kazuistiky vybraných klientů, společně s vyhodnocením dotazníků spokojenosti, byly využity pro vyhodnocení provázanosti procesů a efektivity spolupráce, v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování s klientem.

Uvědomuji si svoji problematickou roli ve výzkumu, kdy jsem byla v pozici interního evaluátora – zaměstnance a manažera. Svůj konflikt rolí jsem se snažila ošetřit zapojením externího metodika ve fázi designování programu. Metodik se spolupodílel především na vytvoření Programové teorie nové struktury spolupráce v MDT na základě výstupů z diagnostiky organizace. Jako výzkumník – diagnostik jsem sbírala informace. Následné vyhodnocování a ideace nové struktury MDT proběhlo za spolupráce vedoucího organizace a externího metodika. Svůj konflikt role jsem si nejvíce uvědomila při evaluaci v oblasti změny struktury a vedení porady, kdy jako facilitátorka porad nemohu objektivně hodnotit svůj výkon. Objektivitu hodnocení jsem podpořila v maximální míře doplněním analýzy záznamů a dokumentace. Riziko ideologického hodnocení programu (potvrdit, co chci, aby vyšlo) jsem se rovněž snažila ošetřit využitím monitoringu a obsahovou analýzou dokumentace z informačního systému. Tato data by měla podpořit dostatečnou objektivitu, protože se na nich podílí všichni pracovníci odlehčovací služby.

Svou rolí výzkumníka jsem se snažila nenarušovat chod procesu, a i s ohledem na to jsem evaluační dotazníky rozdala participantům až na závěr výzkumného šetření. Ze své pozice jsem se snažila zajistit důvěryhodnost, přestože nedisponuji odborným evaluačním vzděláním. Zároveň svoji roli hodnotím jako přínosnou pro tento účel, protože vnímám svoji odpovědnost vůči vedení organizace a zainteresovanost v oblasti jejich zaměstnanců (participantů) i klientů.

Na úrovni klientů měl nový systém spolupráce v MDT vést k posílení schopnosti operativně zjišťovat potřeby, efektivně na ně reagovat a zvýšit tak pravděpodobnost rychlejšího dosažení cíle. V kontextu ověřování funkčnosti programu na úrovni rychlosti dosažení cíle jsem na základě studia teoretických východisek v průběhu výzkumu došla k přehodnocení svého přístupu. Stanovení úspěšnosti intervence je problematické, protože konečný výsledek může být ovlivněn mnoha faktory a efekt se může dostavit až s větším odstupem času. Rizikem by pak byla tendence upřednostnit při výběru klienty (tzv. *creaming effect*), u kterých lze v krátkém čase očekávat pozitivní výsledek. Právě z tohoto důvodu je v oblasti sociální práce při plošném hodnocení její kvality využíváno hodnocení v procesní a strukturální oblasti, a nikoliv v oblasti výsledků či dopadů (Hubíková, 2022; Malík Holasová 2014).

Procesní evaluací došlo k posouzení kvality implementace navržených změn ve smyslu naplnění kritérií Programové teorie, poskytnutí zpětné vazby a identifikaci faktorů, které implementaci programu ovlivnily v jeho průběhu i výsledku. Ze záznamů zúčastněného pozorování jsem identifikovala tyto faktory: přístup participantů k zavedení

změny (postoje a motivace) a chybná volba způsobu zápisů při testování možností vedení dokumentace v programu Cygnus 2. Dále pak zpoždění některých aktivit v důsledku mé nepřítomnosti.

Evaluální dotazníky přinesly odpovědi na otázku: Jaké přínosy či nedostatky vnímají členové týmu v zavedení změny v rámci jejich spolupráce?

Procesní evaluací bylo prokázáno efektivní využití moderních komunikačních kanálů pro vedení záznamů a sdílení informací, které dle participantů vyhovují potřebám MDT. Nově nastavená struktura porad rovněž prokazatelně podpořila efektivní spolupráci. V neposlední řadě se podařilo zapojit MDT do systému individuálního plánování s klientem, což vedlo k lepší provázanosti procesů. Právě tyto uvedené faktory měly prokazatelný vliv na zvýšení efektivity spolupráce v MDT na odlehčovací službě.

Jako hlavní zjištěný nedostatek vnímám nedokonalé propojení MDT s pracovníky přímé péče. V souvislosti s budoucím rozšířením služby bych konkrétně pro odlehčovací službu doporučuji organizaci zavedení nové pracovní pozice – koordinátor PSS. Domnívám se, že koordinátor by mohl zajistit lepší provázanost s pečovateli a zprostředkovat kvalitnější zpětnou vazbu od pracovníků přímé péče. Koordinátor by byl členem MDT a mohl rovněž zastávat roli klíčového pracovníka.

V. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala efektivitou mezioborové spolupráce nastavením procesů zaměřených na oblast komunikace a sdílení informací v multidisciplinárním týmu. Cílem práce byla identifikace možné podoby efektivní mezioborové spolupráce ve vybraném zařízení, na jehož příkladě uvádí prvky ovlivňující kvalitu výstupů plánování péče o klienty s roztroušenou sklerózou v podmínkách konkrétní pobytové odlehčovací služby.

Pro zkvalitnění péče nastavením efektivní MO spolupráce v uvedené odlehčovací službě byla využita metoda Human Centered Design (HCD), která byla zvolena jako teoretický rámec pro výzkumnou část práce. Teoretický rámec HCD obsahoval předem připravený systém kategorií, který vzešel během zpracovávání teoretických východisek a výstupů z diagnostiky organizace.

Podkladem pro návrhy na změny byla uvedená teoretická východiska pro efektivitu spolupráce v MDT, spolu s výzkumným zjištěním z případové studie za využití metod zúčastněného pozorování a polostrukturovaných rozhovorů s participanty (členy MDT, metodikem a vedoucím organizace). Následně jsem popsala implementaci navržených změn (červen až září roku 2022). V průběhu realizace změny již byla zahájena také procesní evaluace.

Mým záměrem bylo pozdvihnout a zefektivnit spolupráci současného MDT na odlehčovací službě. Nabízí se následně zvážení možnosti implementace programu do celé organizace. Do budoucna by se MDT mohl rozšířit o další odborníky a provázat s projektem zaměřeným na pečující osoby. Na pečující osoby se ve své práci zaměřují pouze okrajově, ve smyslu ověření zpětné vazby od členů MDT. Propojení MDT s pečujícími osobami je však velkou výzvou, vzhledem k chystané novele zákona. Ministerstvo práce a sociálních věcí chce v novele zákona nově definovat tzv. neformálně pečující, kteří se starají o nemožícího člena rodiny. Často kvůli péči o blízké přichází o práci a zatím pro ně neexistuje přímá podpora. Pilotním projektem pro navázání spolupráce s pečujícími osobami se stanou tréninkové byty, které jsou již ve výstavbě, za účelem rozšíření odlehčovací služby propojením s novou budovou. Do budoucna se zde nabízí možnost zavedení další služby, kterou by byla sociální rehabilitace. Cílem by bylo zajistit klientům a pečujícím osobám co nejkompexnější péči a maximálně tak podpořit kvalitu života v jejich vlastním

sociálním prostředí. Pro takovéto pojetí mezioborové spolupráce je však potřeba mít pevný základ v podobě nastavené efektivní spolupráce. Domnívám se, na základě výsledků procesní evaluace, že se pro současný MDT na OS podařilo zajistit předpoklady pro dosažení efektivní spolupráce.

Procesní evaluací došlo k posouzení kvality implementace navržených změn ve smyslu naplnění kritérií Programové teorie, poskytnutí zpětné vazby a identifikaci faktorů, které implementaci programu ovlivnily v jeho průběhu i výsledku. Procesní evaluací bylo prokázáno efektivní využití moderních komunikačních kanálů pro vedení záznamů a sdílení informací, které dle participantů vyhovují potřebám MDT. Nově nastavená struktura porad rovněž prokazatelně podpořila efektivní spolupráci. V neposlední řadě se podařilo zapojit MDT do systému individuálního plánování s klientem, což vedlo k lepší provázanosti procesů. Procesní evaluace rovněž umožnila identifikovat slabé stránky procesu již v jeho průběhu.

Na základě těchto výzkumných zjištění navrhuji pro organizaci další doporučení. Hlavní výzvou pro vyladění programu bude především větší zapojení přímé péče do individuálního plánování s klientem a větší napojení na MDT.

Celkový výstup výzkumného projektu vychází z dobré praxe organizace, kdy se podařilo za využití moderních komunikačních kanálů zefektivnit mezioborovou spolupráci při odlehčovací službě a vlivem zapojení MDT do individuálního plánování s klientem dosáhnout provázanosti procesů spolupráce. Odlehčovací služba může tak klientovi poskytnout více péče, než sám klient očekává. Domnívám se, že práce by mohla být inspirací pro ostatní organizace při zavádění multidisciplinární spolupráce nejen v péči o takto specifickou skupinu klientů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BEER S, KHAN F, KESSELRING J. *Rehabilitation interventions in multiple sclerosis: an overview*. J Neurol 2012; 259(9): 1994–2008
- DĚDINA, Jiří a Václav CEJTHAMR. *Management a organizační chování: manažerské chování a zvyšování efektivity, řízení jednotlivců a skupin, manažerské role a styly, moc a vliv v řízení organizací*. Praha: Grada, 2005. Expert (Grada). ISBN 80-247-1300-4.
- DUFEEK, Michal. 2014. *Léčba roztroušené sklerózy v České republice – možnosti a realita*. In: *Neurologie pro praxi*, č. 1, s. 31-35. ISSN 1803-5280.
- DUFEEK, Michal. *Roztroušená skleróza–EDSS (expanded disability status scale)*, tzv. Kurtzkeho škála. *Neurologie pro praxi*, 2011, 12.6: 6-9.
- DRUCKER, Peter F. *Managing for business effectiveness*. Harvard Business Review, 1963. [online] [cit. 12. 4. 2023].
Dostupné z: <<https://hbr.org/1963/05/managing-for-business-effectiveness>>
- FIEDLER, Jiří. *Mezioborová péče o pacienty s roztroušenou sklerózou: jak správně pečovat o pacienta s roztroušenou sklerózou*. Olomouc: Solen, 2015. Meduca. ISBN 978-80-7471-119-0.
- GAMORAN, Adam, 2020. "Creaming ". In: International Encyclopedia of the Social Sciences. [online]. [cit. 12. 4. 2023].
Dostupné z: <<https://www.encyclopedia.com/social-sciences/applied-and-social-sciences-magazines/creaming>>
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, Vyd. 1. ed. Portál, Praha, 2005.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HORA, Ondřej, et al. *Evaluační výzkum*. Masarykova univerzita, 2014.
- HOSKOVCOVÁ, MUDr. Martina, et al. *Rehabilitace u pacientů s roztroušenou sklerózou z pohledu medicíny založené na důkazech*. *Neurologie pro praxi*, 2018, 17.Suppl. 4: Současné trendy v rehabilitaci...: 10-14.

- HRDÁ, Karolína. *Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory* (diplomová práce), FHS UK, 2016. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/81017>
- HRDÁ, K., LEJSAL, M., 2017. *Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě—zkušenosti z domova pro seniory* Sue Ryder.
- HUBÍKOVÁ, Olga, et al. *Metodika hodnocení kvality výkonu sociální práce*. Praha: RILSA. 2022 Online [cit. 16. 4. 2023]. Dostupné z: <<https://www.rilsa.cz/vybrane-projekty/kvalita-vykonu-socialni-prace-v-ceske-republice/>>
- CHEN, Huey-tsyh. *Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, Calif.: Sage, c2005. ISBN 0761902325. Online [cit. 16. 4. 2023]. Dostupné z: <<http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0657/2004011272-d.html>>
- CHOI, B. C. K., PAK, A. W. P. 2007. *Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy*: 2. Promoters, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med*, 30(6): E224–E232.
- CHRASTINA, J., 2019. *Případová studie—metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study—a method of qualitative research strategy and research design*. Palacký University Olomouc.
- JANKOVSKÝ, J., HOLUB, M., MATOUŠKOVÁ, I., VRABCOVÁ, D., TAJANOVSKÁ, A., MICHELOVÁ, R., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha.
- KAŇÁK A KOL., Jan 2018. *Mezioborová spolupráce v kontextu sociálních služeb* PDF Stažení zdarma [online]. 52 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <<https://docplayer.cz/133505747-Mezioborova-spoluprace-v-kontextu-socialnich-sluzeb.html>>
- KOBELT, Gisela, et al. Costs and quality of life in multiple sclerosis: an observational study in Germany. *The European Journal of Health Economics (HEPAC)*, 2001, 2: 60-68.
- KOLAJOVÁ, Lenka, 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.

- KOLEKTIV, Luděk Lukáš. *Bezpečnostní technologie, systémy a management III*. 1. vyd. Zlín: VeRBuM, 2013.
- KOTTER, John P. *Vedení procesu změny*. Management Press, 2015.
- KOVÁŘ, Jakub. *Evaluační výzkum*. AntropoWebzin, 2008, 4.2-3: 87-100. [online] [cit. 16. 4. 2023].
Dostupné z: <<http://www.antropoweb.cz/webzin/index.php/webzin/article/viewFile/166/166>>
- KUBALA HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015.
ISBN 978-80-7492-189-6.
- KUBALA HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. Ilustroval Klára ZÁPOTOCKÁ, ilustroval Veronika BRATRYCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap.
ISBN 978–80-204-3154-7.
- KUBALA HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Farmakoterapie pro praxi.
ISBN 978-80-7345-187-5.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
ISBN 978-80-247-3676-1.
- LENSKÝ, Petr. *Roztroušená skleróza – strategie přístupu k chronické nemoci*. Praha: Unie Roska, 2002.
- LUKÁŠOVÁ, Růžena. *Organizační kultura a její změna*. Grada Publishing as, 2010.
- LUKÁŠOVÁ, Růžena. *Pracovní tým*, Dílčí studijní text pro předmět Organizační chování, 2019.
- MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*, 1. vyd. ed. Grada, Praha.
- MATOUŠEK, Oldřich; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ, Pavla (ed.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. PORTÁL sro, 2009.
- MERTENS, D. M., WILSON, A. T. (2012) *Program Evaluation Theory and Practice. A Comprehensive Guide*. New York, The Guilford Press.

- Ministerstvo práce a sociálních věcí Odbor sociálních služeb a inspekce sociálních služeb.
Doporučený postup č. 4/2022 Hodnocení a zvyšování kvality sociální služby. 20 stran.
Datum platnosti: 1. února 2022 [online] [cit. 16. 4. 2023].
Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/2_DP_Hodnocen%C3%AD+a+zvy%C5%A1ov%C3%A1n%C3%AD+kvality+soci%C3%A1ln%C3%AD+slu%C5%BEby_4_2022.pdf/1cccdfca-d0cb-067a-9601-081c505ab5ea>
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*,
Vyd. 1. ed. Grada, Praha.
- MUSIL, L. 2004. *Ráda bych Vám pomohla, ale...* Brno: Marek Zeman.
- NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. MZ.
- NOVOTNÁ, Klára, et al. *Význam rehabilitace v terapii symptomů pacientů s roztroušenou sklerózou*. *Medicína pro praxi*, 2017, 14.1: 19-26.
- NOVOTNÁ, Klára, et al. *Komplexní interdisciplinární rehabilitační péče o osoby s roztroušenou sklerózou*. *Neurologie pro praxi*, 2021, 22.1: 50-55.
- NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej; JANTULOVÁ, M. Šťovičková.
Metody výzkumu ve společenských vědách. FHS UK, 2019.
- Podmínky zřízení Center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění a návrh koncepce péče*. In *Věstník MZ ČR*, 1998; 6: 9–11. [online] [cit. 18. 4. 2023].
Dostupné z: <<https://www.czech-neuro.cz/aktualita/klinicky-doporuceny-postup-pro-diagnostiku-a-lecbu-roztrousene-sklerozy-a-neuromyelitis-optica-a-onemocneni-jejeho-sirsiho-spektra/>>
- RANKIN, Walter. *Human-Centered Design in Higher Education. The Evollution* 2016. [online] [cit. 16. 4. 2023]. Dostupné z: <https://evollution.com/managing-institution/operations_efficiency/human-centered-design-in-higher-education/>
- REASON, P., BRADBURY, H., *Handbook of Action Research*, Sage 2001, s.181.
- REMR, Jiří. *Srovnání vybraných přístupů k realizaci evaluací*. *Evaluační teorie a praxe*, 2013.
- RUSSELL, N. J. *Management změny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 110 s.
ISBN 80-7367-142-5.

- SENGE, Peter M. *Pátá disciplína: teorie a praxe učící se organizace*. Vydání 1. (reedice). Praha: Management Press, 2016, 439 s. Knihovna světového managementu. ISBN 9788072614288.
- SENGE, Peter M. *Pátá disciplína: teorie a praxe učící se organizace*. Translated by Irena Grusová. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2007. 439 s. ISBN 9788072611621.
- SOLAŘOVÁ, H., 2013. *Case management aneb případové konference v praxi*. Vydal Benepal, as.
- STRAUSS, A.L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*, Vyd. 1. ed. Sdružení Podané ruce; Albert, Brno, Boskovice.
- Termín asistivní technologie pohledem Radka Seiferta. *Poslepu* [online]. Praha, 2014 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <<https://poslepu.cz/termin-asistivni-technologie-pohledem-radka-seiferta/>>
- TICHÁ, I. *Učící se organizace*. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2005, 141 s. ISBN 80-86851-19-2
- VALIŠ, Martin a Zbyšek PAVELEK. *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxdorf, 2018. Jessenius. ISBN 978-80-7345-573-6.
- VALIŠ, Martin, et al. *Pacient s roztroušenou sklerózou v současném systému*. *Medicína pro praxi*, 2017, 14.5: 253-257.
- VESELÁ, L., FEDORKOVÁ, M. „*Human centered design v sociálních službách*“ Příručka metodiky. Příručka vznikla v rámci projektu „Individualizovaná péče pro seniory a handicapované – uplatnění metody Human-Centered Designu v sociálních službách“ (CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0003813), který byl podpořený finančními prostředky z ESF a ze státního rozpočtu v rámci Operačního programu Zaměstnanost. [online] [cit. 16. 4. 2023]. Dostupné z: <<https://www.lepsisocialnisluzby.cz/>>.
- VOJTÍŠEK, Petr. *Evaluaace v praxi sociální práce v ČR očima sociálních pracovníků* (esej). *Sociální práce/Sociálna práca*, 2018, 18.6.
- ZEITHAML, Valarie A.; PARASURAMAN, Anathanarayanan; BERRY, Leonard L. *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. Simon and Schuster, 1990

Další internetové zdroje

<https://www.obmi.cz/temata/kotter-osm-kroku-zmeny/>

<https://www.domovsvatehojosefa.cz/odlehcovaci-pobyty.html>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Popis činnosti střediska DSJ a jeho financování	28
Obr. 2: Roztroušená skleróza podle Mezinárodní funkční klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) (podle Khan a kol., 2013)	34
Obr. 3: Interdisciplinární spolupráce při péči o pacienta s RS (podle Soerensen a kol., 2019)	35
Obr. 4: Typický průběh HCD projektu (Veselá, Fedorková)	54
Obr. 5: Kotterův model řízení změn	60
Obr. 6: Proces změny	60
Obr. 7: Individuální plánování v MDT	106
Obr. 8: Individuální plánování v MDT	108
Obr. 9: Ukázka vedení úkolů v MS Planner	112
Obr. 10: Individuální plánování v MDT	158
Obr. 11: Individuální plánování v MDT	159
Obr. 12: Individuální plánování v MDT	162

SEZNAM TABULEK

1: Metody využitelné při hodnocení kvality služby.....	47
2: SMART cíl.....	66
3: Operační cíle.....	74
4: Využití kanálu v Teams „Porady MDT“	76
5: Stanovené parametry a způsoby jejich naplnění.....	78
6: Evaluační plán	81
7: Plán aktivit při realizaci projektu za participace členů MDT	82
8: VVO1: Poskytuje nové vedení záznamů v programu Cygnus 2 přehledné a všem dostupné záznamy v souvislosti se zapojením MDT do individuálního plánování (IP) s klientem?	87
9: VVO2: Naplňuje nová struktura a vedení porad požadovaný časový a obsahový rámec?	87
10: VVO3: Splňují nové informační kanály nároky na efektivní sdílení informací a přispívají tak k lepší komunikaci v týmu?.....	88
11: VVO4: Podařilo se zavedením uvedených změn (struktura a vedení porad, vedení záznamů v souvislosti se zapojením MDT do IP) zvýšit efektivitu spolupráce v MDT? (urychlení procesu naplňování klientova cíle)	89
12: VVO5: Jaké další prvky mohou přispět k zvýšení efektivity spolupráce MDT?	90
13: VVO6: Je zajištěna dostatečná kontrola nad požadovanými intervencemi a obousměrná zpětná vazba? (uvnitř týmu i ve spolupráci s klientem a pečující osobou)	91
14: Shrnutí výzkumných zjištění	117

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů .	136
Příloha 2: Projekt diplomové práce	138
Příloha 3: Plán diagnostiky	151
Příloha 4: Plán realizace změny ve struktuře a vedení porad MDT	152
Příloha 5: Evaluační dotazník	154
Příloha 6: Výstup z focus group	155
Příloha 7: Kazuistika 2.....	157
Příloha 8: Kazuistika 3.....	161