



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacienta po
poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Andrea Matějková

Vedoucí práce: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, PhD.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem **Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Andrea Matějková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí diplomové práce doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, PhD. za cenné rady a připomínky, a především za její trpělivost a čas, který mi při tvorbě této práce věnovala.

Dále děkuji všem informantům, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce a i těm, kteří mi vědomě či nevědomě pomáhali k dokončení práce.

V neposlední řadě velmi děkuji rodině a přátelům za podporu v průběhu studia.

Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá fungováním koordinované rehabilitace a multidisciplinárního týmu v domácím prostředí u osob po získaném poškození mozku. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část popisuje historii a fungování koordinované rehabilitace a multidisciplinární spolupráce. Dále je tato část zaměřena na charakteristiku získaného poškození mozku.

Ve výzkumné části byla použita metoda kvalitativní výzkumné strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. První část výzkumu byla zaměřena na rozhovory s klienty. Rozhovory probíhaly s klienty po poškození mozku a cévní mozkové příhodě po dosažení 3 měsíců od vstupu do projektu. Rozhovor byl realizován sociálními pracovníky a byl zaměřen na hodnocení péče multidisciplinárního týmu. Klienti hodnotili práci, čas, komunikaci a spolupráci jednotlivých odborníků spolupracujících na klientově zdravotním stavu a sociální situaci.

V druhé části výzkumu byla použita metoda focus group, ohniskové skupiny, které se zúčastnilo 12 členů týmu.

Cílem výzkumu bylo popsat, jak funguje multidisciplinární tým z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu v rámci projektu GAJU. Projekt GAJU nese název: „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“. Základním kritériem výběru klientů bylo zachování komunikačních schopností – tedy schopností účastnit se řízeného rozhovoru na základě dotazníku – FIM a WHODAS 2. i doplňujících otázek k sociální oblasti i metodám a technikám fyzioterapie a ergoterapie.

V souvislosti s cílem práce byly stanoveny výzkumné otázky a to konkrétně: Jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu klienti zapojení do projektu GAJU a jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu členové projektu GAJU, kteří realizují koordinovanou rehabilitaci v terénu.

Po příchodu z nemocnice je pro pacienty nejdůležitější přítomnost rodiny. Klientům pomáhal multidisciplinární tým, který pravidelně dojížděl do domácího prostředí. Členy týmu tvořili fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci a lékaři. Vzhledem k časté

docházce fyzioterapeuta ke klientovi, vnímají často pacienti tohoto odborníka jako stěžejního při rekonvalescenci. Neméně důležitý je i ergoterapeut, u kterého si chválí práce na jemné motorice či představení pomůcek. Sociálního pracovníka chápou spíše jako psychickou či informační podporu. Mezi pozitiva patří například dojíždění týmu do domácího prostředí, propojenost členů týmu či rozvoj klienta ze všech směrů podpory. Mezi negativy se objevuje například absence praxe některých členů týmu, ale i nevyhovující forma získávání dat pomocí dotazníků.

Klíčová slova: koordinovaná rehabilitace, získané poškození mozku, multidisciplinární tým, fyzioterapie, ergoterapie, sociální práce

Coordinated rehabilitation of a patient after the brain injury from the point of view of a patient and members of multidisciplinary team

Abstract

This diploma thesis aims to describe coordinated health rehabilitation of people after severe brain injury provided by multidisciplinary team within home environment. It comprises both theoretical and practical part. The theoretical part presents the history and development of coordinated rehabilitation services and the function of multidisciplinary team. Furthermore, it characterizes a brain injury in more details.

The practical part was carried out by means of qualitative research strategy – semi structured interview. The first part of the research was aimed at the interviews with clients after brain injury and cerebrovascular accident. The interviews started after three months from entering the project and were realized by social workers. Its main propose was to evaluate the care of multidisciplinary team. Clients were questioned about work, time, communication and co-operation of individual experts involved in the process of recovering.

The second part of the research used a method called focus group, where 12 members of the team were involved.

The goal of the research was to describe how the multidisciplinary team works from both the point of view of a patient after the brain injury and the members of the multidisciplinary team within the project GAJU. The GAJU project is entitled “Coordinated rehabilitation of patients with brain injury (reg. number GAJU 138/2016/S)”. The selection of patients was based on the communicative skills criteria – e.g. skills to participate in the directed conversation based on the FIM and WHODAS and the follow-up questions concerning social issues, physiotherapeutic and ergo therapeutic methods and techniques.

To achieve the aim of the diploma thesis two research questions were defined: “How is the function of multidisciplinary team perceived by clients involved in GAJU project?” and “How is the function perceived by the members of multidisciplinary team involved in GAJU project who put the coordinated rehabilitation into practice?”

It was found out that after the discharge from a hospital being with family members was the most important. Besides, multidisciplinary team who regularly commuted to clients helped them. The members of the team were physiotherapists, ergo therapists, social workers and doctors. In view of the fact that physiotherapist attended the client the most frequently, the function of this expert is perceived as crucial during

recovery. No less important is ergo therapist who is useful concerning motor activity and presenting various tools and aids leading to improvement. Social worker is apprehended rather as a psychological or informative support. Positively valued is attending clients at home, interconnection of the team members and the progress of the client from all points of view. On the other hand the lack of working experience of some team members is pointed out. Additionally, some clients were not satisfied that the data were collected by means of questionnaires.

Key words: coordinated rehabilitation, brain injury, multidisciplinary team, physiotherapy, ergo therapy, social work

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	13
1.1	Koordinovaná rehabilitace	13
1.1.1	Historie koordinované rehabilitace.....	14
1.1.2	Složky koordinované rehabilitace	15
1.1.3	Základní principy koordinované rehabilitace	19
1.1.4	MKF	20
1.2	Multidisciplinární tým	22
1.2.1	Cíl multidisciplinárního týmu.....	25
1.2.2	Složení multidisciplinárního týmu	26
1.2.3	Profesionalita a komunikace týmu	29
1.2.4	Klady a zápory týmové spolupráce	30
1.3	Poškození mozku a cévní mozková příhoda.....	31
1.3.1	Poškození mozku.....	31
1.3.2	Cévní mozková příhoda (CMP).....	36
2	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
2.1	Cíle.....	41
2.2	Výzkumná otázka	41
2.3	Nastavení projektu GAJU	41
3	METODIKA	43
3.1	Použitá metodika.....	43
3.2	Etická pravidla	45
3.3	Výzkumný soubor	45
4	VÝSLEDKY	47
4.1	Koordinovaná rehabilitace z pohledu klienta projektu GAJU.....	47

4.2	Multidisciplinární tým	49
4.3	Koordinovaná rehabilitace z pohledů členů multidisciplinárního týmu ...	61
5	DISKUZE.....	80
6	ZÁVĚR	88
7	SEZNAM LITERATURY	90
8	SEZNAM OBRÁZKŮ A SCHÉMAT	96
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	97
10	SEZNAM ZKRATEK	110

Úvod

Onemocnění či úrazy mozku jsou mnohdy doprovázeny těžkým neurologickým deficitem a jsou většinou provázeny značným sociokulturním problémem. Od počátku onemocnění je nezbytný koordinovaný přístup a využití všech prvků rehabilitace. Nedílnou součástí koordinované rehabilitace je multidisciplinární tým, který je založen na vzájemné spolupráci několika odborníků z různých oborů. Provázanost těchto odborníků však často chybí u pacientů po návratu do přirozeného prostředí domova. Tíha situace tedy často leží pouze na pacientovi či jeho rodině.

Koordinovaný systém rehabilitace umožňuje pomocí multidisciplinárního týmu účelné propojení odborných aktivit v léčebné, sociální, vzdělávací či pracovní oblasti. Jedná se o efektivní přístup v léčbě osob po poškození mozku. V současné době je jen málo organizací, které se zabývají následnou léčbou klientů po poškození mozku. Pro správné fungování koordinované rehabilitace je nezbytná přítomnost multidisciplinárního týmu. V rámci projektu GAJU s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“ (reg. č. GAJU 138/2016/S) byli osloveni odborníci z oblastí fyzioterapie, ergoterapie a sociální práce. Do týmu neodmyslitelně patří lékař či psycholog.

Výzkum popisuje, jak funguje multidisciplinární tým z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu v rámci projektu GAJU. Pacient ve výzkumu hodnotil práci fyzioterapeuta, ergoterapeuta a sociálního pracovníka. Především čas, který mu byl věnován, práci jednotlivých odborníků, ale i komunikaci. Klienti se měli dále zamyslet nad spoluprací jednotlivých odborníků a zaměřit se na pozitiva a negativa spolupráce multidisciplinárního týmu v domácím prostředí. Druhá část výzkumu se zabývala SWOT analýzou výpovědí jednotlivých členů multidisciplinárního týmu.

Výzkum je prováděn v rámci projektu Zdravotně sociální fakulty, s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“ (reg. č. GAJU 138/2016/S), který je financován Grantovou agenturou Jihočeské univerzity.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Koordinovaná rehabilitace*

Pojem rehabilitace je podle Vojtka (2010) novolatinským pojmem, který byl zaveden již v 19. století a původně znamenal léčebné postupy, které vedly k návratu jedince do stavu funkční schopnosti. Vojtek (2010) také uvádí překlady z latinského jazyka, kdy „habilis“ = schopný a „re“ = znovu.

Dle Pfeiffera a Švestkové (2014) je pojem rehabilitace velmi důležitý a v souvislosti s rozšiřujícími se možnostmi medicíny a pozitivním vývojem zdravotně sociální situace nabývá na významu. Pojem rehabilitace je podle Pfeiffera a Švestkové (2014) pojmem nadnárodním, je koordinován řadou dohod, které jsou zakotveny v zákonech jednotlivých států nebo v národních programech. Jedním z nejdůležitějších dokumentů, který se týká koordinované rehabilitace je Úmluva Valného shromáždění OSN ze dne 13.12.2006. V této úmluvě jde o „Standartní pravidla vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“ (Pfeiffer, Švestková, 2014).

Definici rehabilitace uvádí WHO (2004), která říká, že je to soubor opatření, které směřují k co nejrychlejší resocializaci (neboli znovunavrácení do aktivního společenského života nebo do zaměstnání) jedince s postižením způsobeným nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou.

Autoři Pfeiffer a Švestková (2014) ve své knize popisují definici rehabilitace jako vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základním principem je minimalizovat přímé i nepřímé dlouhodobé nebo trvalé následky postižení jedince. V případě, že již vzniknou nějaké následky zdravotního postižení, je hlavním cílem rehabilitace co nejrychlejší a nejširší návaznost jednotlivých složek rehabilitace, přičemž velký důraz je kladen na včasnost. Pfeiffer a Švestková (2014) dále uvádějí, že do procesu rehabilitace mohou být zapojeni osoby se zdravotním postižením způsobeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou. Mezi základní cíle autoři Pfeiffer a Švestková (2014) řadí minimalizaci důsledků trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení, přičemž dávají důraz na to, aby byl proces prováděn koordinovaně.

Velmi podobně vnímají rehabilitaci také autorky Bruthansová a Jeřábková (2012), které píší, že koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces, jehož hlavním cílem je co nejvíce minimalizovat důsledky jakéhokoliv postižení nebo znevýhodnění jedince. Výsledkem rehabilitace, by mělo být začlenění nebo návrat

jedince zpět do jeho přirozeného prostředí nebo pokud je jedinec v ekonomicky aktivním věku, tzn. do 65 let, pak by měla rehabilitace v optimálním případě vést i k jejich znovuzapojení do pracovního procesu (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

Za koordinovanost autoři Pfeiffer a Švestková (2014) považují propojení léčebných, pracovních, pedagogických a sociálních prostředků. Toto tvrzení, potvrzuje ve své knize i Jankovský (2011), který dále také popisuje stránku duchovní neboli spirituální. Dle Čevely a Čeledové (2011) můžeme také koordinovanou rehabilitaci rozšířit o složky psychologické, rodinné, výchovné, volnočasové či úrazové.

1. 1. 1 Historie koordinované rehabilitace

V roce 1905 došlo ke vzniku jedné z prvních vědeckých organizací na České lékařské fakultě, a to Vědecká společnost pro fyzikální medicínu, která se brzy obohatila společnostmi pro fyziatrii a balneologii, (Pfeiffer, Švestková, 2014). Na rozvoj lázeňství měla vliv především podpora šlechty a majetných průmyslníků, kteří podle slov Pfeiffera a Švestkové (2014) spojovali léčení s kulturními, rekreačními a společenskými zážitky. Prvním člověkem, který po první světové válce organizoval program pro zraněné vojáky byl MUDr. Rudolf Jedlička – program se jmenoval Výchova mrzáků, zvláště vojínů – invalidů ku práci výdělečné, (Pfeiffer, Švestková, 2014). Z názvu je zřejmé, že šlo o základní úsilí poskytnout v rehabilitaci příležitost k pracovnímu začlenění, (Pfeiffer, Švestková, 2014). Dle Čevely a Čeledové (2011) byla v roce 1951 z rozhodnutí ministerstva zdravotnictví přejmenována všechna fyziatrická oddělení na oddělení rehabilitační.

V následujícím odstavci Čvela a Čeledová (2011) popisují vývoj koordinované rehabilitace. V roce 1991 byla založena ministerstvem zdravotnictví pracovní skupina Rehabilitace a v září ještě téhož roku byl vydán Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a její zajištění návaznosti na rehabilitaci pracovní, pedagogickou a sociální. Dále se také zmiňují, že byla založena tzv. Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, a to v roce 1999. Hlavním cílem dle stejných autorů bylo prosazování myšlenky moderního pojetí ucelené rehabilitace do povědomí odborné, ale i laické veřejnosti. Začátkem 21. století byly usnesením vlády ČR č. 547 přijaty *Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením*, které byly zpracovány do *Návrhu věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením*. Tento návrh byl ovšem vládou stažen a bylo

doporučeno jeho přepracování. O rok později byl usnesením vlády schválen *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením*. V roce 2010 byl usnesením vlády ČR č. 253 přijat Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na rozmezí let 2010–2014, i ten zastává názor, že je třeba rozvíjet jednotlivé složky ucelené neboli koordinované rehabilitace (Čevela, Čeledová, 2011).

1. 1. 2 Složky koordinované rehabilitace

Podle Pfeiffera a Švestkové (2014) jde o složky léčebné, pedagogické, pracovní a sociální. Tato kapitola je věnována popisu těchto složek.

Léčebná složka

Skupina autorů Kolář, Bitnar, Dryhonová (2009) pojímají léčebnou nebo také medicínskou rehabilitaci jako součást zdravotní péče, která zahrnuje soubor diagnostických a terapeutických opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti člověka a vytvoření podmínek pro její dosažení. Dle Jankovského (2001) se do léčebné rehabilitace zahrnuje i fyzikální terapie, do které například spadají masáže, léčba ultrazvukem, elektroléčba, magnetoterapie a mnoho dalších. Dle Jankovského (2001) se do léčebné složky zahrnuje také léčebná tělesná výchova, která je realizována především individuálně, ale také skupinově. Dalším neméně důležitým léčebným prostředkem je ergoterapie, která má mnohá specifika, uvádí Jankovský (2006). Dále se dle Jankovského (2006) může velmi dobře osvědčit například animoterapie, nebo jiné specifické metody, jakými jsou například muzikoterapie, arteterapie nebo psychoterapie.

Podle autorů Koláře, Bitnara, Dryhonové (2009) mezi hlavní podobory léčebné rehabilitace patří:

- Fyzioterapie – která se zabývá především pohybovou soustavou, ale také i dalšími orgánovými systémy, které souvisejí s jejich diagnostikou a léčbou.
- Fyziatrie – zabývající se léčbou přírodními a fyzikálními prostředky.
- Myoskeletální medicína – využívající k diagnostice či terapii poruch uvolňovací techniky měkkých tkání, trakce, mobilizace. Techniky jsou prováděny pomocí rukou terapeuta.

Dle skupiny autorů Neubauerové, Javorské, Neubauera (2012) léčebná rehabilitace neodmyslitelně patří do rehabilitačního procesu, kdy se mluví především o komplexních rehabilitačních, terapeutických a diagnostických opatřeních, které směřují k funkční

zdatnosti jedince, ať již cestou zmírnění funkčních projevů disability, nebo jejich odstranění. Cílem léčebné rehabilitace je obnovení původního zdravotního stavu, za co možno nejkratší dobu, nebo alespoň dosažení maximální možné úpravy zdravotního stavu jedince (Renontierová, 2003).

Pedagogická složka

Jankovský (2006) ve své knize uvádí, že jsou výchova a vzdělání otevřeným systémem, a proto také permanentní záležitostí. Neubauerová, Javorská, Neubauer, (2012) píší, že cílem pedagogické rehabilitace je dosažení co nejvyššího stupně vzdělání osob s postižením, především jejich samostatnosti a rozvoje některých dovedností spojených s procesem vzdělávání osob se zdravotním postižením. Jankovský (2006) a Votava (2005) se shodují v tvrzení, že pedagogickou složku rehabilitace personálně zajišťují speciální pedagogové. Tito odborníci mají dle Votavy (2005) v popisu práce zajišťovat také odbornou poradenskou činnost a speciálně pedagogickou diagnostiku, která je potřebná ke stanovení pedagogické rehabilitace.

Votava (2005), Pfeiffer a kol. (2014) dále také popisují základní nástroje pedagogické rehabilitace:

- Edukace – zaměřuje se na aktivity rozvíjející nepostižené funkce a schopnosti
- Reeducace – rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností
- Kompenzace – nahrazování postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí
- Akceptace – přijetí života s postižením
- Speciálně pedagogická diagnostika – tvoří východisko při sestavování individuálního programu speciálně pedagogického působení na jednotlivce.

Pfeiffer a kol. (2014) popisují, že speciální pedagogika upřednostňuje speciální metody, které respektují typ, stupeň, rozsah a povahu postižení, a při této činnosti účinně spolupracuje také s dalšími odborníky. Hlavní úkol pedagogiky je edukace a optimální rozvoj osobnosti lidí se zdravotním postižením, což by mělo vést k usnadnění jejich sociální, pracovní a kulturní integrace (Pfeiffer a kol., 2014).

Pracovní složka

Podle § 69 zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., se pracovní rehabilitace vymezuje jako *souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením.* Pracovní složka rehabilitace je realizována prostřednictvím vhodného pracovního zařazení, kterému předchází kvalifikace nebo rekvalifikace jedince se zdravotním postižením. Dle Koláře (2012) se pracovní rehabilitace zaměřuje na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Cílem pracovní rehabilitace je dle Bruthansové, Jeřábkové (2012) obnovení potenciálu jedince, ať již pro jeho původní zaměstnání nebo prostřednictvím rekvalifikace nalézt jiné vhodné uplatnění na trhu práce.

Pfeiffer a kol. (2014) uvádí, že pokud hovoříme o pracovních prostředcích rehabilitace, tak nemáme na mysli pouze přípravu na práci, nýbrž i mnohem širší proces, který je postaven na soustavné péči věnované osobám se zdravotním postižením. V pracovní rehabilitaci je zapotřebí obnovit pracovní potenciál jedinců, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost, anebo jsou dokonce práce neschopní (Pfeiffer a kol. 2014). Důraz na pracovní integraci tedy nabývá na významu hlavně proto, že práce patří mezi primární potřeby člověka a pokud není tato potřeba naplňována, dochází k frustraci či dokonce ke stresovému stavu (Pfeiffer a kol. 2014).

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, vymezuje aktivity, jež jsou v pracovní rehabilitaci využívány, patří mezi ně:

- Poradenská činnost zaměřená na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti,
- Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost,
- Činnost zaměřená na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání nebo změnu povolání,
- Vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Dále dle zákona č. 435/2004 Sb. sestaví pracovník úřadu práce s osobou se zdravotním postižením individuální plán pracovní rehabilitace, kdy je kladen důraz na

zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, kvalifikaci a situaci na trhu práce.

Prostředky pracovní rehabilitace jsou dle Pfeiffera a kol. (2014) podporované zaměstnávání a také vytváření chráněných pracovních míst, jimž by měl odpovídat i jejich výrobní program, který je přizpůsobený zdravotnímu stavu a možnostem osoby s disabilitou. Podporované zaměstnávání je dle Neubauerové, Javorské a Neubauera (2012) metodou pomoci lidem, kteří mají vzhledem ke svému znevýhodnění sníženou nebo omezenou možnost pracovního zařazení a práci si nemohou najít či udržet běžným způsobem.

Sociální složka

Neodmyslitelnou součástí koordinované rehabilitace je také složka sociální. Hlavními procesy v lidské společnosti jsou dle Pfeiffera a kol. (2014) humanizace, socializace, personalizace a individualizace. Výjimkou nejsou ani osoby s postižením, kdy se klade důraz na společenské postavení, na roli, kterou ve společnosti zastávají a také na tom, jak je jedinec vnímán společností (Pfeiffer a kol., 2014). Dle Pfeiffera a kol. (2014) je úkolem sociální rehabilitace, aby člověk s disabilitou byl schopen přijmout své znevýhodnění, nemoc nebo poruchu a v maximální míře se integrovat do společnosti.

Novosad (2009) popisuje cíl sociální rehabilitace jako legislativní ochranu a existenční, materiální zabezpečení osob se zdravotním postižením. Dále také uvádí, že je třeba podporovat jejich společenské začlenění, resocializace, uplatnění osobního potenciálu, ale také neméně důležité zajištění sociálních služeb.

Sociální rehabilitaci také upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a definuje jí jako *soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*

Dle vyhlášky č. 505/2006 a §35 o sociální rehabilitaci mezi základní činnosti sociální rehabilitace patří úkony, jako je například nácvik dovedností pro zvládání péče o svou osobu, soběstačnosti a také další činnosti, které vedou k sociálnímu začleňování. Mezi tyto činnosti můžeme zařadit třeba nácvik péče o domácnost, nácvik péče o děti nebo jiné

členy domácnosti, nácvik samostatného pohybu atd. Mezi úkony, jako je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, řadíme například doprovázení dospělých do školy, zaměstnání, k lékaři, nácvik vedoucí ke schopnosti využívat dopravní prostředky, dále také nácvik chování v různých společenských situacích. Mezi další body uvedené ve vyhlášce č. 505/2006 řadíme výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, do kterých spadá upevňování získaných psychických, motorických a sociálních dovedností, dále se můžeme dočíst i o pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytování stravy nebo pomoc při zajišťování stravy nebo o sociálním poradenství.

Pfeiffer a kol. (2014) uvádí, že součástí sociálních prostředků rehabilitace je také vytváření ekonomických, sociálních a dalších materiálních podmínek důležitých pro samostatný život osob s postižením. Sociální služby zahrnují dle Pfeiffera a kol. (2014) tyto služby:

- Sociální poradenství – základní i odborné
- Služby sociální péče – denní a týdenní stacionáře, osobní asistence, odlehčovací služby, pečovatelské služby, chráněné bydlení aj.
- Služby sociální prevence – raná péče, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením.

1. 1. 3 Základní principy koordinované rehabilitace

Lippertová – Grünerová (2015) ve své knize popisuje, že z obsahu koordinované rehabilitace vyplývá, že je při zajišťování a provádění koordinované rehabilitace třeba vycházet z několika následujících principů:

- Individuální přístup – prostředky rehabilitace musí odpovídat konkrétním požadavkům a potřebám jedince se zdravotním postižením.
- Včasnost – pro úspěšné naplnění významu koordinované rehabilitace je jejím základním předpokladem včasné zahájení. Včasnost vede k potřebné aktivizaci a motivaci jedince s postižením při řešení jeho situace nebo jeho sociálního začlenění.
- Návaznost a koordinovanost – tyto dva pojmy jsou základními atributy efektivního fungování systému rehabilitace. Pokud kterýkoli chybí, může to vést k nefunkčnosti systému.

- Multidisciplinární posouzení – pro lepší fungování systému koordinované rehabilitace je třeba vycházet z výsledků multidisciplinárního posouzení, které je podkladem pro stanovení konkrétních prostředků rehabilitace.
- Dostupnost – systém rehabilitace musí zajistit co nejširší dostupnost informací o rehabilitaci, a především také musí přiblížit její zprostředkování a poskytování potřebným osobám.
- Pro všechny věkové skupiny
- Souhlas osoby se zdravotním postižením – pro zařazení do systému rehabilitace musí osoba s disabilitou s doporučenými opatřeními souhlasit.

1. 1. 4 MKF

Definice MKF neboli Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byla přijata v Praze roku 2006. MKF popisuje disabilitu jako snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti vznikající, když se jedinec se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí. Tato definice vyhovuje jedné ze zásadních norem, které přijala i ČR, nazvaná Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením. Pfeiffer a Švestková (2008) popisují, že Mezinárodní klasifikace neklasifikuje pouze osoby, ale především popisuje a klasifikuje každého člověka v řadě okolností vztahujících se ke zdraví.

Přínosem MKF nazývají Pfeiffer a Švestková (2008) tyto body:

- Struktura z důvodu rozdílné politické definice
- Základ pro politickou mobilitu
- Základ pro politickou integraci
- Porovnatelná data
- Harmonie relevance a koherence
- Hodnotitelná metodika

Využití MKF

Pfeiffer a Švestková (2008) v tomto odstavci popisují využití MKF, která lze použít jako klinický nástroj k potřebám jako jsou hodnocení, sledování léčení ve speciálních podmínkách, pracovní hodnocení, rehabilitace při hodnocení funkčních schopností, kapacita a výkon jednotlivce, měření výstupů kvality života a faktorů prostředí, hodnocení úspěšnosti rehabilitace. Dále ji také můžeme využít jako statistický nástroj,

jako nástroj sociální politiky nebo jako nástroje vzdělávání a vytváření osnov. Dále je MKF také možné využít v systému ošetrovatelské péče, kdy je vhodná například pro vytváření standardů a na to navazující financování těchto služeb. MKF poskytuje popis situací z pohledu funkčních schopností člověka a jejich omezení.

Pfeiffer a Švestková píší, že MKF zahrnuje tři základní stupně:

- Funkce a struktura orgánů
- Projekce do úrovně osobnosti
- Participace a faktory prostředí – na to navazující dostupnost různých pomůcek, legislativa, zákonodárství apod. Také lze nazvat disabilitní situace, kdy může jedinec využívat tzv. „zbytkové zdraví“

Cíle MKF – dle Pfeiffera a Šestkové (2008)

Jedná se o víceúčelovou klasifikaci, která je určena především k tomu, aby sloužila různým disciplínám a různým sektorům. Shrnutí cílů může být tedy následovné:

- Poskytování vědeckých bází, které dopomůžou k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů, východisek a determinant.
- Zavedení společného jazyka při popisu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů s důrazem na lepší komunikaci mezi různými uživateli.
- Umožnění srovnávání dat mezi změnami, otázkami zdravotní péče, a také mezi službami a časem.
- Poskytování systematického kódovacího schéma pro systémy zdravotnických informací.

MKF je určena širokému spektru různých aplikací, jako jsou například sociální zabezpečení či vyhodnocování organizace zdravotní péče (Debrouwere et al., 2016). Dle Pfeiffera a Švestkové (2008) MKF nabízí koncepční rámec pro informace, které lze aplikovat v oblasti zdraví včetně prevence, zlepšení zdraví a zlepšení participace zmírňováním nebo odstraňováním překážek. Dvě osoby se stejnou diagnózou mohou mít rozdílný stupeň schopností a platí to i naopak, kdy dvě osoby se stejným stupněm výkonnosti nemusí mít stejné problémy.

1.2 *Multidisciplinární tým*

Týmová spolupráce je pro většinu lidí nepřirozená, Horvátová (2008) uvádí, že týmová spolupráce je dovednost nebo schopnost, kterou lidé obecně moc neovládají. Horvátová (2008) popisuje pojem „tým“ jako skupinu spolupracujících osob, majících společné, časově omezené cíle a při dosahování těchto cílů jsou na sobě závislí. Dle Kolajové (2006) můžeme slovo TEAM vnímat jako zkratku slov: **T**ogether, **E**verybody, **A**chievs, **M**ore (volně přeloženo – společně dosáhneme více). Dle Kolajové (2006) je ideální mít pozitivní vztah ke svému pracovnímu týmu, kde můžeme rozvinout své schopnosti.

Autorka Kolajová (2006, s. 12) dále také popisuje definici týmu – *Týmem rozumíme nejlépe tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci a mají pocit společné identity, společného vědomí „my“.* Všichni se snaží dosáhnout stejného cíle. Dodržují většinou nepsané normy či pravidla, podle kterých dobrovolně a z vlastní vůle pracují a jednají.

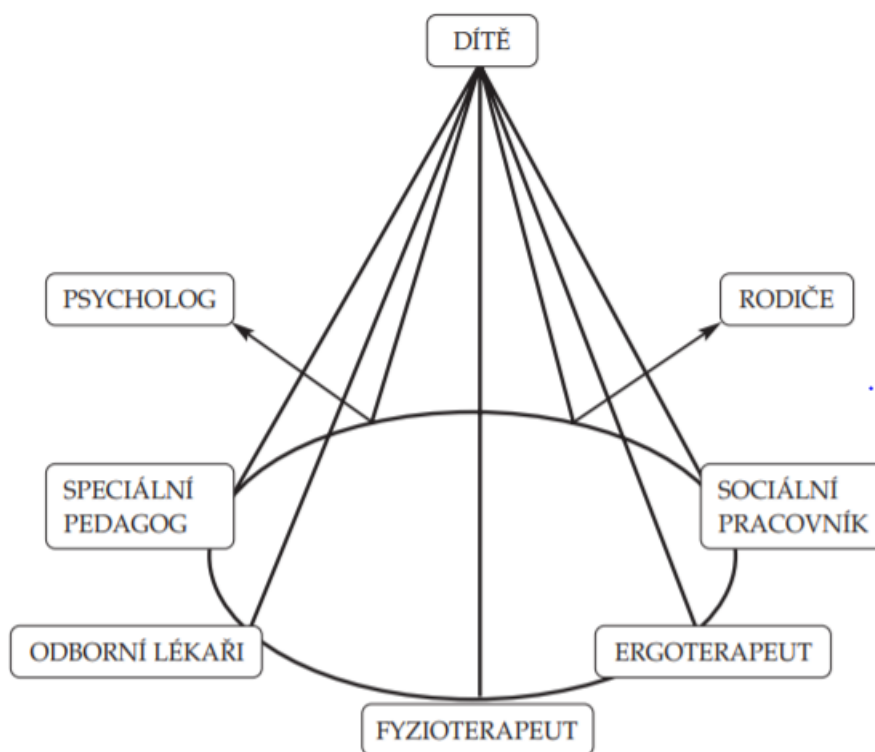
Lihartová (2013), Pallesen, Buhl (2016) uvádí, že týmová spolupráce by měla fungovat především tam, kde nemůže cíl či úkol splnit jednotlivec. Týmem autorka Linhartová (2013) označuje skupinu lidí, kteří se spojili k vědomé či dobrovolné spolupráci. Členové mají charakterové předpoklady pro práci v týmu a doplňují se ve svých specializacích znalostech a dovednostech, (Linhartová, 2013).

Slovo „multidisciplinární“ slovník cizích slov popisuje jako přístup charakterizovaný spoluprací více vědních oborů při utváření odborné a vědecko-výzkumné činnosti (ABZ, 2017).

Koordinovaný systém rehabilitace je založen na kvalitní mezioborové spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu (Jankovský, 2006). Rehabilitace uskutečňována na této mezioborové úrovni většinou začíná již ve zdravotnických zařízeních, kde jsou do systému rehabilitace dle Jankovského (2006) zapojeni především zdravotníci, jako jsou lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, a další. Jankovský (2006) uvádí, že neopomenutelnými členy multidisciplinárního týmu jsou sociální pracovníci, psychologové a jiní odborní terapeuti. Skupina autorů Körner, et al. (2016) uvádí, že existují významné rozdíly v informovanosti členů pečujících o pacienta v rámci multidisciplinárního týmu. Dále uvádějí, že by toto tvrzení mohlo být způsobeno týmovou prací zaměřenou na pacienta a také výkonem multidisciplinárního týmu.

Holistické pojetí člověka

Tento přístup popisuje jedince jako vícevrstvého, je na něj tedy pohlíženo z více úhlů a stran. Dle Jankovského (2006) jsou u jedince respektovány dimenze biologické, psychosociální a také spirituální. Všechny tyto dimenze tvoří navzájem dynamickou jednotu. Člověk je zde chápán jako „*bio-psycho-socio-spirituální bytost*“ (Jankovský, 2006)



Obrázek 1: „Kruhová péče“

Zdroj: Jankovský (2006)

Na obrázku 1 je znázorněna kruhová péče o osobu s disabilitou. Kruhová péče dle Jankovského (2006) garantuje rovnocenné postavení odborníků v multidisciplinárním týmu, což je na obrázku 1 znázorněno kruhem. Pokud má být spolupráce týmu efektivní a funkční, vyžaduje dle Jankovského (2006) od všech složek týmovou spolupráci. V týmové spolupráci se mohou objevovat nejrůznější problémy, nicméně by měly být na prvním místě zájmy klienta a teprve pak jednotlivých odborníků (Jankovský, 2006). Koordinovanost v tomto případě znamená spolupráci jednotlivých odborníků z každé složky koordinované rehabilitace. Na obrázku 1 můžeme vidět zastoupení jedinců ze složky léčebné, pedagogické, sociální a psychologické.

Vlastnosti týmu

Dle Linhartové (2013) má být tým jistou autonomní jednotkou, což znamená mít právo řešit své vnitřní otázky a problémy samostatně a nezávisle na jiném. Kuzníková, Malík, Holasová (2012) řadí mezi základní vlastnosti a znaky mezioborové spolupráce vzájemný respekt, otevřenost a důvěru mezi jednotlivými členy týmu.

Plamínek (2008) ve své knize popisuje šest znaků týmu:

- Sdílené cíle – klíčem ke správnému fungování týmu je sdílení. Čím více proniknou hodnoty, myšlenky a cíle osob do skupiny, tím lépe.
- Kvalitní komunikace – ke správnému sdílení je potřebná kvalitní komunikace mezi členy týmu. Spolupracující jedinci jsou v systematické interakci, a proto je důležité, aby byla komunikace v týmu co nejefektivnější.
- Sdílené cesty – jsou založeny na sdílené soustavě hodnot a pravidel.
- Rozdělení rolí – členové týmu si postupně hledají, nebo jsou jim přiřazeny specifické role.
- Kvalitní vztahy – důležitým znakem týmu jsou kvalitní vztahy mezi členy. Převládá zde snaha o dosažení stejných cílů, přičemž rozdělení rolí umožňuje vzájemný respekt.
- Možnosti rozvoje – Kvalitní tým se projevuje svou dynamičností, rozvíjí se, učí se ze svých zkušeností a umožňuje svým členům osobní rozvoj.

Vlastnosti týmu popisuje také Kolajová (2006):

- Týmy jsou pracovní jednotkou ve většině organizací. Spojují dovednosti, schopnosti a zkušenosti několika osob.
- Týmy jsou tvořeny za účelem plnění náročných a důležitých úkolů.
- Týmy jsou úspěšnější v plnění úkolů než jednotlivci pracující o samotě.
- Týmy jsou pružné a dokáží reagovat na měnící se požadavky.

Dle Linhartové (2013) má týmová práce přinášet uspokojení každému jednotlivci, tzn. jeho individuálních potřeb. Vystihuje především potřeby jako jsou radost z užitečnosti, z prospěšné a smysluplné práce i společenského ocenění. Linhartová (2013) uvádí, že každý člen týmu přispívá svými pozitivními charakterovými vlastnostmi. Patří mezi ně podle Linhartové (2013) pozitivní myšlení, flexibilita, aktivní zvládání potíží a řešení náhle vzniklých problémů. Mezi další autorka řadí důvěru v ostatní a komunikační dovednost. Důraz klade hlavně na zvládání komunikace uvnitř týmu, ale i při kontaktu s klienty (Linhartová, 2013).

1. 2. 1 Cíl multidisciplinárního týmu

Cílem týmu je dle autorky Kolajové (2006) efektivita a očekávaný výsledek na kterém jsou zainteresováni všichni členové týmu a nesou za ně společnou odpovědnost. Kolajová (2006) píše, že správně stanovený cíl má určitý vliv na veškeré dění v týmu, kde především ovlivňuje soudržnost i výkonnost týmu. Kolajová (2006) tvrdí, že správně stanovit cíl nemusí být tak jednoduché, jak se na první pohled zdá. Píše, že příliš náročný a nesplnitelný cíl nebo naopak moc jednoduchý mohou vést k demotivaci členů týmu. K lepším výkonům i většímu nadšení při dosahování cílů může dopomoci úspěch při plnění správně nastavených cílů, jelikož správně nastavený cíl má výrazný vliv na motivaci všech členů týmu (Kolajová, 2006).

Autorka Kolajová (2006) popisuje druhy cílů:

Kooperativní cíl – Cíl by měl být nastaven tak, aby na sebe jednotlivé činnosti navazovaly. Splnění cíle tedy předpokládá úspěch všech členů týmu, kteří jsou na sebe závislí.

Konkurenční cíl – této typ síle podporuje snahu jednotlivce vyniknout. Soutěživost ale může do týmu vnést rivalitu a touhu o předstihnutí druhého. V tomto případě se jedná často o neúspěch jednoho pracovníka, ale úspěch či výhra druhého.

Individuální cíl – každý člen má svůj úkol a není mezi nimi žádná vazba. Při hodnocení je posuzováno, na kolik cíl splnil, ale není srovnáván s ostatními členy.

Autorka Janiková (2013) uvádí, že všechny cíle, které si tým stanoví, by měly odpovídat kritériím SMARTER. Toto slovo se skládá z prvních písmen slov převzatých z angličtiny, a to:

- **Specific** = konkrétní. Cíl by měl být jednoznačný, nezaměnitelně pojmenovaný. Je nežádoucí, aby si členové týmu mohli pod pojmenováním cíle představit něco jiného.
- **Measurable** = měřitelný. Cíl by měl být pojmenován tak, aby bylo možné změřit, do jaké míry ho bylo dosaženo.
- **Attainable** = dosažitelný. Není žádoucí stanovit si cíl, u kterého je již z počátku zřejmé, že ho není možné dosáhnout i s vypětím všech sil.
- **Realistic** = realistický. Cíl by měl odpovídat zdrojům, které jsou v daném čase k dispozici.
- **Timed** = termínovaný. Při stanovení cíle musí být zřejmé, do kdy má být dosažen. Tím je umožněno plynulé řetězení a návaznost dalších cílů.

- **Evaluate** = hodnocení. Hodnocení dosažení cíle je podstatné pro stanovení a přijetí určitých opatření, k eliminaci chyb a pro motivaci.
- **Rewarded** = odměněný. Odměny jsou důležité především k udržení motivace, k naplnění osobních ambicí jednotlivých členů týmu a tím k posílení pracovního výkonu.

Kolajová (2006) uvádí, že základním předpokladem úspěšnosti týmu je tedy správné stanovení cíle a jeho vysvětlení všem členům týmu. Autorka dále popisuje, že to vyžaduje individuální přístup k jednotlivcům podle jejich povahových vlastností. Vedení týmu by mělo dát pracovníkům dost času na pochopení a přijetí cílů a dát jim prostor a možnost ptát se či žádat objasnění nejasností (Kolajová, 2006).

1. 2. 2 Složení multidisciplinárního týmu

V této podkapitole je popsáno složení multidisciplinárního týmu GAJU. Předpokladem úspěšného fungování multidisciplinárního týmu je dle Horvátové (2008) správné složení týmu. Dále také autorka popisuje, že v sestavování týmu je potřeba určit, z jakých jednotlivých členů bude tým tvořen a kdo bude jeho vedoucím, dále je také potřeba určit požadovanou odbornou kvalifikaci členů týmu a požadované osobnostní charakteristiky. Při sestavování týmu je také důležité, jakou týmovou roli budou jednotliví členové týmu představovat a také z kolika členů se bude tým skládat, (Horvátová, 2008).

Při sestavování týmu je podstatná struktura a rozdělení rolí a kompetencí se závaznými pravidly, která jsou stanovená předem (Linhartová, 2013). Kvalita vedení se podle Linhartové (2013) hodnotí podle toho, jak jsou pravidla dodržována.

Velikost týmu se dle Horvátové (2008) odvíjí od cíle a povahy úkolu, který má být týmem splněn. Tým by měl mít takovou velikost, aby v něm byli zastoupeni jednotlivci mající potřebné zkušenosti, znalosti a dovednosti, aby se dal bez komplikací řídit a zároveň aby jeho velikost umožňovala přenos informací v týmu a aby každý člen mohl vyjádřit svůj názor (Horvátová, 2008). Linhartová (2013) popisuje, že při sestavování týmu je důležité brát v úvahu individualitu každého jedince. Dále uvádí, že role a pozice je třeba obsadit podle jejich vlastností a schopností. Autorky Kuzníková, Malík Holasová (2012) dále také popisují, že je důležitá jasně vymezená role a odpovědnost každého člena, flexibilní přizpůsobení role v týmu, vzájemná shoda členů na hodnotách, normách a záměrech. Jankovský (2006) se také přiklání k výroku autorek a doplňuje, že by se

členové měli vzájemně respektovat, obohacovat a inspirovat nejen při výkonu své profese, ale také při vytváření holistického pohledu na problémy klienta a jeho rodiny.

Fyzioterapeut

Jedním členem multidisciplinárního týmu je fyzioterapeut. Definici fyzioterapie nalezneme ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: *Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických.*

Předmět oboru Fyzioterapie se uplatňuje ve všech subsystémech péče o zdraví – v oblasti podpory a výchovy ke zdraví, v prevenci (primární, sekundární i terciální), v léčebné péči, v rehabilitaci.

Fyzioterapie svými specifickými prostředky zasahuje tam, kde pohyb a ostatní fyzické i psychické funkce jsou ohroženy procesem stárnutí, zraněním, nemocí nebo vrozenou vadou.

V zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních v §24 se dočteme, že odborná způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů.

Ergoterapeut

Dalším nepostradatelným členem multidisciplinárního týmu je ergoterapeut. Jak uvádí Krivošíková (2011), slovo ergoterapie je původem z latiny a znamená ergon = práce a therapia = léčení. Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to i přes jejich postižení či disabilitu (Krivošíková, 2011). Tyto činnosti by měly být především smysluplné pro klienta nebo aby jejich vykonávání považoval za důležité a potřebné (Krivošíková, 2011).

Ergoterapeut je odborně způsobilý pracovník a je řazen k nelékařským zdravotnickým povoláním. Odborníkem se stává absolvováním akreditovaného studijního programu dle §7 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, na vyšší odborné nebo vysoké škole se zaměřením na ergoterapii.

Jelínková a kol. (2009) píší, že ergoterapeut obvykle pracuje v oblasti zdravotně – sociálních služeb a jako člen multidisciplinárního týmu, ale může také pracovat samostatně.

Role sociálního pracovníka

Profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na potřebu řešit nové nepříznivé sociální situace, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti, tvrdí Hanuš (2007). Roli sociálního pracovníka definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 109, odst. 1, který říká, že *Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*

Déle dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, je předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka svéprávnost, bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Dále je to také odborná způsobilost, kdy je zaměstnanec podle §111, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, povinen být odborně vzdělaný, a to na vyšší odborné škole nebo na vysoké škole, se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii právo či speciální pedagogiku.

Profesní role sociálního pracovníka je určena tím, že funguje jako prostředník mezi klientem, který se ocitl v nějaké nepříznivé sociální situaci a společností (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011). Úlohou sociálního pracovníka je dle stejných autorů pomoc a podpora klienta a jeho zpětné začlenění do společnosti obvyklým způsobem v dané společnosti. Matoušek (2013) a Epstein (2014) píší, že sociální pracovník nepracuje pouze s klienty, ale zabývá se i jeho rodinou a okolím. Úkolem sociálního pracovníka je vnímat klienta komplexně, s důrazem na jeho bytí, vztahy a prostředí, a nikoliv jeho chorobu (Čípková, 2015). Vyřešení vztahových záležitostí může velkou měrou ulevit od bolesti, kterou může klient vnímat jako nesnesitelnou (Čípková, 2015). Při řešení problematických situací v péči o klienta v rámci multidisciplinárního týmu je úkolem sociálního pracovníka určit odpovědné osoby, kterých se klientův problém dotýká a zahrnout je do procesu řešení klientovi životní situace (Čípková, 2015). Čípková (2015)

poukazuje na skutečnost, že sociální pracovník se snaží svým chováním navázat důvěrný vztah s klientem, zdůrazňuje význam jeho aktivity a funguje zároveň jako facilitátor.

1. 2. 3 Profesionalita a komunikace týmu

Profesionální postoj je dle skupiny autorů Babur et al. (2017) velmi důležitý při vývoji multidisciplinárního týmu. Linhartová (2013) uvádí, že profesionalita týmu spočívá v dobré profesní přípravě, charakterových vlastnostech, ve smyslu pro povinnost, empatii, obětavost, toleranci, ale také ve schopnosti dobré komunikace. Právě komunikace je nejdůležitější při práci v týmu a jak uvádí Linhartová (2013), není jí stále věnována dostatečná pozornost. Autorka se vyjadřuje i k tomu, že úroveň komunikace mezi jednotlivými členy týmu souvisí s pracovní náladou v týmu, ale i pohodou klientů. Jak již bylo uvedeno výše, dobré fungování týmu závisí na vhodném výběru členů týmu, ale také zároveň na vzájemném respektu, toleranci a porozumění. Dle Linhartové (2013) jde právě hlavně o mezilidské vztahy, které bývají tím nejnáročnějším úkolem. Úroveň se projevuje navenek prostřednictvím komunikace (Linhartová, 2013). Správná a kvalitní komunikace je základem efektivně fungujícího týmu, který dosahuje společných cílů za pomoci technik, jakou je umění naslouchat či možnost vyjádřit svůj názor (Janíková, 2013).

Komunikace je pro člověka zcela běžná a přirozená ovšem dle Janíkové (2013) nedokáže každý tým komunikovat bez problému. Koordinovaná rehabilitace vyžaduje komunikaci a efektivní týmovou práci mezi členy multidisciplinárního týmu (Cruz, Fine, Nori, 2017). V případě, že v týmu vládne disharmonie ve vztazích, může za to dle Linhartové (2013) pravděpodobně vážnou komunikaci. Linhartová (2013) také uvádí několik předpokladů pro profesionální roli v týmu:

- Ztotožnění se se svou rolí, pro kterou má jedinec osobnostní i profesní předpoklady
- Umění sdělování myšlenek tzv. „z očí do očí“
- Vlastnost kritiky a sebekritiky, kterou by měl jedinec umět přijímat racionálně a stejně tak ji formulovat

Autorka dále uvádí i příklady špatné komunikace týmu, která je velmi nežádoucí. Jsou to například pomluvy, osočování, vzájemné žárlivé střezení vlastního postavení atd. Jedním z hlavních důvodů osobních a vnitřních neshod nebo nekvalitní a neefektivní práce v týmu, jsou právě nedisciplinované vztahy (Linhartová, 2013).

1. 2. 4 Klady a záporny týmové spolupráce

Jako každá zkoumaná oblast má i multidisciplinární tým svá pozitiva a negativa. Dle Kolajové (2006) týmy přináší:

Pozitiva

- „tým víc ví“ – každý člen má nějaké zkušenosti, dovednosti, či znalosti. Stejně tak svůj způsob myšlení a vidění světa. Při práci v týmu se zkušenosti a dovednosti jednotlivců kombinují, na problém je nahlíženo z různých úhlů pohledu a tím se i nabízejí širší možnosti řešení. Dochází tak i k rozvoji každého člena týmu, a to komunikací a vzájemnou spoluprací.
- Tým má synergický efekt – znamená to, že výkon týmu převyšuje pouhý součet možností všech členů. Výkon každého člena týmu a efektivnost práce se zvyšuje spojením lidí, kteří se vzájemně doplňují inspirují a obohacují.
- Tým podněcuje a rozvíjí – společné hledání řešení rozvíjí kreativitu, netradiční nápady a také podněcuje k vyšším výkonům. Podnětem k hledání nových způsobů práce je skutečnost, že tým ví, co má vytvořit – zná cíl a hledá k němu cestu.
- Tým vyrovnává - kompromisy při řešení problémů a otázek vylučují krajní postoje a názory, čímž je ve skupině udržována rovnováha.

Mezi hlavní přínosy týmové spolupráce řadí Horvátová (2008) například spojení znalostí jednotlivých členů týmu, které přispívají ke kvalitněji odvedené práci. V týmu je nastíněno více řešení problému, než by tomu bylo u jednotlivce a zároveň se chyby jednotlivců eliminují. Horvátová (2008) píše, že členové týmu se vzájemně inspirují ke kreativnímu myšlení, sdílení zkušeností, znalostí a také k možnosti se od sebe navzájem učit. Kalajová (2006) vidí pozitiva týmové spolupráce v možnosti budování vztahů mezi lidmi v týmu a tím se zlepšuje komunikace členů. Mezi další pozitiva řadí třeba příjemnější pracovní atmosféru, využívání znalostí, dovedností a zkušeností všech členů týmu. Tým dle Kolajové (2006) pracuje s tvořivostí, učí respektu a úctě k druhým, někdy také může urychlit cestu ke správnému řešení. Není neobvyklé, že snižuje u svých členů obavy z neúspěchu a zodpovědnosti, tím zvyšuje jejich sebevědomí a poskytuje jim jisté uznání.

Mezi potenciální **negativa** týmu řadí Kolajová (2006) hrozbu konfliktů, potlačení individuality či neschopnost některých členů spolupráce s ostatními. Dalšími negativy označuje přizpůsobování se určitým normám a pravidlům, nutnost společného cíle a někdy i časovou náročnost spolupráce v týmu. Nejčastějším problémem, který je i

zároveň nejpřehlíženějším, je absence vlastností, které jsou podstatné pro práci v týmu (Linhartová, 2013). Autorka dále uvádí, že se od jednotlivých členů očekává, že se dobrovolně vzdají určité autonomie vlastního já ve prospěch týmového „my“. Horvátová (2008) uvádí, že týmovou práci mohou negativně ovlivnit určité rušivé momenty, které nazývá kritické faktory. Mezi tyto faktory patří například ztráta zájmu o týmovou práci či pasivitu. Dalším hlavním faktorem je dle Horvátové (2008) konflikt. Autorka konflikt definuje jak srážku či střed dvou nebo několika neslučitelných stanovisek či nesmiřitelných stran, které se nemohou nebo nechtějí dohodnout. Všechny tyto rizikové faktory je potřeba co nejdříve odstranit, aby nedošlo k ohrožení splnění předem určeného cíle spolupráce (Horvátová, 2008).

Závěr této kapitoly shrnuje Randström et al. (2014), když tvrdí, že společné cíle, komunikační schopnosti a porozumění rolím přispívají k usnadnění koordinované rehabilitace u klientů po CMP či poškození mozku.

1.3 Poškození mozku a cévní mozková příhoda

1.3.1 Poškození mozku

Lidský mozek se často přirovnává k technicky dokonalému počítači, řídicímu všechny činnosti v těle člověka (Powell, 2010). Tato kapitola pojednává o poškození mozku a jejich typech kromě zánětlivých onemocnění mozku. Déle se zde také definuje problematika cévní mozkové příhody a její rozdělení a následky. Autor Powell (2010) uvádí, že přesto, že mozek prakticky nikdy neodpočívá, menší otřesy a nárazy zvládá do jisté doby bez úhony, pokud jsou však údery nebo nárazy silnější, může dojít k poškození. Poškození mozku Powell (2010) definuje jako poškození živé mozkové tkáně, které je prvotně způsobeno vnějšími mechanickými silami. CEREBRUM, © (2010) píše, že mezi nejčastější příčiny poranění mozku patří úder do hlavy a následné posttraumatické poškození nervových buněk. Poté dojde buď k jejich místnímu poškození, nebo k difuznímu poškození nervových buněk, k otoku mozku, ke krvácení do mozku nebo do mozkových plen či k subdurálnímu krvácení. Powell (2010) dělí poškození mozku na primární, sekundární a terciální poranění. K primárnímu poranění podle něj dochází při prvotním nárazu, který vede přímo k poškození mozku. Powell (2010) píše, že k sekundárnímu poranění, jež nastává v následujících minutách, dochází nedostatečným oksyliččením mozku. Pokud poranění vzniká v následujících dnech až měsících, nazývá to

Powell (2010) jako terciální poranění, které je následkem krvácení, pohmožděnin a otoků, poškozujících mozkovou tkáň.

Primární poškození mozku

Primárním poraněním se označuje každé poranění, které vznikne v okamžiku úrazu a nezáleží na tom, zda je poranění mozku uzavřené či otevřené, (CEREBRUM, © 2010). Powell (2010) uvádí, že otevřené poranění mozku je výjimečnější než uzavřené poranění. Dle Powella (2010) je uzavřené poranění hlavy mnohem běžnější. Uvádí, že k němu nastává, když dojde k překotnému zrychlení, zpomalení nebo otočení mozku. Dle Powella (2010) to obvykle nastává po srážce s jiným objektem, například předního skla auta. Seidl (2008) jako primární poškození mozku traumatem označuje:

Mozková komoce – neboli otřes mozku je provázen bezvědomím, často také amnézií posttraumatickou nebo retrográdní. Podkladem jsou nejmírnější formy difuzní axonální léze. Dle CEREBRA © (2010) se amnézie mohou i kombinovat. Někdy se také dle stejného zdroje může objevit lehká porucha vědomí, kdy se člověk cítí unavený a je spavý.

Zhmoždění mozku – neboli kontuze. Dle Seidla (2008) mohou být příznakem kontuze bezvědomí, či vegetativní projevy, později se díky edému zvýrazní ložiskový nále. Trvalé následky se projevují jako reziduální poruchy řeči, hybnosti, citlivosti nebo parkinsonický syndrom (Seidl, 2008). CEREBRUM © (2010) popisuje, že kontuze mozku je poranění charakterizované smrtí neuronů v postižené tkáni mozku. Dle stejného zdroje je kontuze mozku častá při těžších poraněních hlavy, přesto se zde nemusí vyskytovat těžší porucha vědomí, i když je v tomto případě obvykle přítomna.

Difuzní axonální poranění – definuje se jako velmi závažné postižení mozku, které se neobejde bez těžkých trvalých následků (CEREBRUM © 2010). Stejný zdroj uvádí, že toto postižení mozku vzniká tím, že různé části mozkové tkáně, mají různé mechanické vlastnosti v různých směrech. *Akcelerace mozkové tkáně, její náhlé zastavení a rotace struktur mozku jsou nepříznivě ovlivněny nehomogenitou nitrolebního obsahu* (Seidl, 2008, s. 70).

Whiplash syndrom: - nejčastějším vznikem Seidl (2008) uvádí autohavárii, kdy je poškození způsobeno nárazem vozidla zezadu. Zde dochází k rychlému náhlému zaklonění hlavy přes sedačku řidiče a následné rychlé předklonění těla a krční páteře směrem k čelnímu sklu. Dochází zde často k vychýlení páteře a míchy a jedinec zůstává do konce života závislý na soustavné rehabilitační péči pro bolest v krční páteři, která se šíří mezi lopatky, do ramen i celé horní poloviny těla (Seidl, 2008).

Sekundární poškození mozku

Autoři Rocca, Pignat, et al. (2016) uvádějí, že pacienti, u kterých dochází k těžkým poruchám mozku jsou ohroženi sekundárním poškozením mozku kvůli zpožděnému vazospasmu a edému mozku. Tento pojem souvisí s přerušением přívodu kyslíku přenášeného krví do mozku, což nastává ihned po nehodě (Powell, 2010, Seidl, 2008). Autoři dále uvádí, že i když mozek váží jen 2 % z celkové hmotnosti těla člověka, spotřebuje až 20 % kyslíku. Buňky dle Seidla (2008) trpí nedostatkem výživy již po dvou nebo třech minutách absence krve.

Seidl (2008) ve své knize popisuje několik druhů sekundárního poškození mozku:
Epidurální hematoma – vzniká krvácením mezi klenbu lebeční a tvrdou plenu mozkovou. Ve většině případů jde o zlomeninu spánkové kosti a krvácení z arterie. Příznaky nastupují většinou již v prvních třech hodinách od úrazu, ale není vyloučeno, že i později.

Akutní subdurální hematoma – je akutně vzniklá plášťovitá kolekce mezi tvrdou a měkkou plenu mozkovou.

Pouřazový mozkový edém – neboli otok mozku se projevuje třetí až sedmý den po úrazu.

Herniace mozkových struktur – narůstá tlak v uzavřeném prostoru, části mozku se deformují, selhává funkce mozkového kmenu.

Pneumocefalus – je popisován jako přítomnost vzduchu v centrálním nervovém systému. Vzduch vniká do mozku zlomeninami a vzniká otevřené trauma hlavy. Zde se mluví o tzv. ventilovém závitu, který vzniká pronikáním vzduchu pouze dovnitř a nikoli zpět.

Terciární poškození mozku

Powell (2010) ve své knize uvádí, že se tento typ poranění objevuje několik hodin až dnů po prvotní nehodě. Toto poranění je většinou spjato s krvácením, pohmožděninami, chemickými změnami, otoky mozku a krevními sraženinami. Mozek se stejně jako zbytek těla odírá a otéká, otoky vznikají shlukem většího množství krve z protržených vlásečnic a ostatních tělních tekutin (Powell, 2010). Vzhledem k tomu, že je lebka tvrdá a neohebná, stává se otok problémem, protože, když mozek oteče, vzniká tlak a měkká mozková tkáň se tlačí na lebeční stěnu, čímž se postupně poškozuje. Mozek, který je takto oteklý, tlačí i na životně důležité tepny a tím krevní oběh zastaví a pacient umírá (Powell, 2010).

Nádory mozku

Nádorová onemocnění představují pro pacienta i jeho rodinu a okolí závažný problém (Lakomý, 2006). Nikdy není předem jasné, do jaké míry bude léčba úspěšná a zda vrátí jedince do normálního života (Lakomý, 2006). Příčina vzniku nádorů není známá, tvrdí Seidl (2008). Nádory mozku jsou rozmanitou skupinou onemocnění, které se dle MOÚ (2017) dělí na primární, tedy ty, které vycházejí přímo z centrálního nervového systému, a na sekundární, kterými se označují metastázy jiného nádoru. Tato kapitola bude věnovaná primárním nádorům mozku.

Dle Seidla (2008), dělíme nádory mozku na:

- Intraaxiální – jsou to nádory, které vycházejí z vlastní mozkových buněk (gliom, ependymom)
- Extraaxiální – tyto nádory vycházejí z tkání k mozku přilehlých (meningeom, adenm hypofýzy, neuronomy mozkových nervů, ...)

MOÚ (2017) uvádí, že nejčastějším typem nádoru je tzv. gliom, který vzniká z buněk podpůrné mozkové tkáně. Je nejčastějším typem nádoru CNS. Tyto nádory dělí MOÚ (2017) na nízcce a vysoce agresivní.

Nízcce agresivní gliomy jsou dle MOÚ (2017) pomalu rostoucí a prorůstají do okolní zdravé tkáně, proto je těžké tyto nádory operativně odstranit.

Vysoce agresivní gliomy vznikají dle MOÚ (2017) přeměnou nízcce agresivních gliomů nebo vznikají přímo ze zdravé tkáně mozku. Tyto gliomy jsou charakterizovány svým rychlým a agresivním růstem, postihující nejčastěji starší jedince.

Příznaky a projevy nádorů

Dle MOÚ (2017) se nádory nejčastěji projevují bolestí hlavy, závratěmi a zvracením, které se vyskytují nejčastěji ráno, a to i bez předchozích pocitů nevolnosti. MOÚ (2017) uvádí, že jako prvotní projev nádoru může být pouze změna chování a psychiky jedince nebo porucha jeho hybnosti, citlivosti či řeči. Nádory v pokročilém stupni mohou způsobovat otoky mozku s těžkým neurologickým postižením

Lakomý (2006) popisuje také příznaky nádorů mozku a říká, že se nádory projevují příznaky:

- Ložiskovými – tyto nádory vyplývají z jejich umístění neboli lokalizace. Tyto příznaky se projevují výpadky funkcí určitých částí mozku, utlačovanými nebo poškozenými rostoucími nádory. Pokud je nádor v blízkosti pohybového centra může způsobit poruchy hybnosti. Pokud se nádor vyskytuje v oblasti čelních mozkových laloků, pak dochází často k poruchám chování.
- Celkovými – zde se vyskytuje tzv. syndrom nitrolební hypertenze neboli zvýšení nitrolebního tlaku. Jde o soubor potíží, jako je zvracení, silné bolesti hlavy, poruchy vědomí, mlhavé nebo dvojité vidění, může zde dojít až k bezvědomí.

Léčba nádorů

Lakomý (2006) uvádí, že o tom, jaká bude léčba u nádoru mozku, rozhoduje hned několik faktorů. Sem patří velikost, lokalizace a histologický typ nádoru. Dále také dle Lakomého (2006) záleží na příznacích onemocnění, celkovém zdravotním stavu jedince a jeho věku nebo přidružených onemocnění.

MOÚ (2017) uvádí, že mezi základní, běžně používané způsoby léčby nádorů patří operace, ozařování, chemoterapie a symptomatická léčba.

Operaci popisuje Lakomý (2006) jako základní léčebný výkon. Cílem lékaře neurochirurga je vždy odstranit celý nádor. Někdy je však dle Lakomého (2006) lékař limitován umístěním nádoru v mozku. Nádor bývá často umístěn v blízkosti důležitých nervových struktur a drah, pokud ovšem dojde k jejich přerušení, může mít pro pacienta vážné následky (Lakomý, 2006).

MOÚ (2017) píše, že ozařování může být použito jako zajišťovací metoda po operaci. Využíváme ho dle stejného zdroje i pokud je operační výkon z důvodu lokalizace nádoru nemožný.

Chemoterapie má dle Lakomého (2006) efekt pouze u některých nádorů mozku, jinak se používá hlavně jako metoda doplňková. Lakomý (2006) vysvětluje, že lze v některých případech chemoterapii spojovat s ozařováním a zvyšovat tak jeho účinnost, i přes to, že tato technika léčení obnáší větší množství nežádoucích účinků.

Mezi rizikové faktory vzniku nádorů MOÚ (2017) řadí především zevní prostředí, kouření a určité dědičné předpoklady nebo genetické mutace.

1. 3. 2 Cévní mozková příhoda (CMP)

Cévní mozková příhoda je v podvědomí veřejnosti vnímána jako onemocnění, které z pravidla postihuje staré lidi ve věku nad 70 let. Statistiky však ukazují, že se mozkové příhody vyskytují u stále mladších osob (Vilímovský, 2012). Calabò, et al. (2015) uvádějí, že pouze 40 % pacientů, kteří přežili cévní mozkovou příhodu jsou schopni samostatně chodit. Palmer (2013) definuje mozkovou mrtvici jako náhlou ztrátu funkce mozku způsobenou odumřením mozkových buněk. Palmer (2013) také popisuje, že se mozek skládá z neuronů, které fungují jako miniaturní provázané počítače. Podle Palmera (2013) jsou tyto neurony závislé na neustálém přívodu krve, která je zásadní v přívodu životně důležitého kyslíku a odvodu škodlivých látek. Pokud nejsou mozkové buňky dostatečně zásobovány krví, rychle přestávají fungovat a odumírají – tímto definuje Palmer (2013) mozkovou mrtvici.

Seidl (2008) popisuje CMP jako urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení vhodné léčby. Skupina autorů Kelnarová a kol. (2013) definuje CMP jako mozkový iktus, který lze označit i za mozkový infarkt, který je akutní ložiskové nebo difuzní poškození mozkových funkcí. Toto poškození vznikají na základě cévní příčiny a trvají déle než 24 hodin. Základní příčinou vzniku iktu je ateroskleróza v cévách mozku (Kelnarová a kol., 2013). Autor Dobiáš (2007) ve své knize uvádí, že CMP je třetí nejčastější příčina smrti. Dále zde Dobiáš (2007) hovoří o tom, že třetina pacientů zemře do jednoho měsíce po vzniku CMP.

Mozková mrtvice může být konečný důsledek onemocnění, která se vyvíjela i několik let nebo se může jednat o náhlou nečekanou událost u jinak zdravého člověka, (Palmer, 2013). CMP postihuje častěji starší jedince, ale není výjimkou, že k ní dochází v každém věku (Palmer, 2013).

Autoři Kelnarová a kol., (2013), Palmer (2013), Dobiáš (2007) rozděluje cévní mozkovou příhody na dva druhy:

Ischemická mozková příhoda

Ischemické cévní mozkové příhody jsou velmi závažná onemocnění spojená s vysokou mortalitou a často trvalými následky působícími invaliditu (Palmer, 2013). Tento typ mozkové příhody je nejběžnější, autor uvádí, že se její četnost pohybuje okolo 85 %. Ischemie způsobuje neprůchodnost cév vedoucích do mozku, což má za následek kritické přerušení přívodu krve do nějaké z částí mozku (Palmer, 2013). Navodit ischemickou mozkovou příhodu může dle Palmera (2013) jakákoli událost nebo proces, který zablokuje přívod krve do mozku. Jedním z podtypů je trombotická jinak řečeno okluzivní mozková příhoda. Dle Palmera (2013) se velká céva v průběhu let zužuje v důsledku aterosklerózy. Když se krevní řečiště zúží natolik, aby jím krev nemohla proudit, dojde k ischemické cévní mozkové příhodě. Tento typ se dle Palmera (2013) postihuje obvykle oblast pouze na jedné straně mozku. Druhým typem označuje Palmer (2013) lakunární infarkt. Ten je dle Palmera (2013) způsoben dlouhodobým vysokým tlakem. Autor uvádí, že infarkt postihuje mnohem menší cévy než trombotický iktus. Jako třetí označuje Palmer (2013) embolický iktus, ke kterému dochází, pokud se do krevního řečiště několik drobnějších vmetků a dostanou se do různých částí mozku.

Hemoragická mozková příhoda

Další formou CPM je hemoragická neboli krvácející a projevuje se krvácením uvnitř mozku (Kelnarová a kol., 2013, Palmer, 2013, Dobiáš, 2007). K intracerebrálnímu krvácení dochází přímo uvnitř mozku obvykle po několika letech života s vysokým tlakem, především pokud nebyl adekvátně léčen (Dobiáš, 2007). Tento typ CMP poškozují tkáň mozku v bezprostředním okolí krvácení, ale není vyloučeno, že může postihnout i vzdálenější části mozku (Palmer, 2013). Jedním z typů hemoragické CMP je dle Palmera (2013) epidurální krvácení. Tímto pojmem se označuje krvácení mezi lebkou a tvrdou plenou mozkovou, která kryje mozek (Palmer, 2013). Dalším pojmem spojeným s hemoragickou CPM uvádí Palmer (2013) subdurální krvácení. Je to krvácení uvnitř tvrdé pleny, kde jsou cévy jemnější. Toto krvácení může způsobit i slabá rána do hlavy nebo k němu může dojít bez jakékoli vnější příčiny (Kelnarová a kol., 2013). Hluběji v mozku se nachází tenká blanka pavoučnice a pokud se krvácení vyskytuje pod touto blankou, Palmer (2013) ho ve své knize nazývá subarachoideální krvácení a je způsobeno prasknutím některé z abnormálních cév.

Příznaky CMP

Vilímovský (2012) uvádí, že příznaky CMP mají neurologický charakter, především se jedná o nejrůznější motorické a smyslové poruchy. Vilímovský (2012) píše, že projevy nemoci záleží na lokalizaci poškození mozku. Jedinci s akutní CMP mívají poruchy hybnosti obvykle na jedné polovině těla (Vilímovský, 2012). Dále autor uvádí, že takový člověk bývá často zmatený, chová se nezvykle, jako by byl mimo sebe, na postižené straně mívá pokleslý koutek, kudy mohou odtékat sliny z úst. Vilímovský (2012) také popisuje, že se k těmto příznakům také přidružují poruchy řeči a zraku. Charakteristická je dle Vilímovského (2012) přítomnost poruchy citlivosti, která se projevuje neschopností rozeznat dotek a jiné senzitivní vjemy. Někdy si pacienti mohou stěžovat na bolest hlavy či zvracení (Vilímovský, 2012). Škoda (2016) tvrdí, že se může mozková mrtvice projevit v tak masivní míře, že dojde ke ztrátě vědomí nebo dokonce k smrti jedince, kdy nejčastější příčinou úmrtí bývá edém neboli otok mozku.

Projevy jako ochrnutí jedné poloviny těla, poruchy řeči nebo poruchy citlivosti, jsou dle Vilímovského (2012) základními následky mozkové příhody, které jsou přetrvávající i po uplynutí akutní fáze nemoci. Velmi slabá CMP může mít dle Palmera (2013) jen nepatrné následky, ale i velmi slabá mrtvice může dramaticky ovlivnit základní životní funkce. Mezi běžné následky, se kterými se můžeme setkat tedy autor Palmer (2013) řadí:

- Hemiplegie – postižení jedné strany těla. Jde o úplné ochrnutí celé jedné strany těla, včetně obličeje, jazyka a svalů trupu na jedné straně, nebo jen o mírnou slabost jedné končetiny.
- Ztráta koordinace – dochází k ní, pokud mozek nedokáže pohyby dobře koordinovat, takže se jedinec jeví neohrabaně nebo ho doprovází trhavé pohyby.
- Bolest – často lidé po CMP cítí bolest především v pojetí s klouby, šlachami, či svaly.
- Ztráta citlivosti – onemocnění, může způsobit částečnou nebo úplnou ztrátu citlivosti v části nebo jedné straně těla. Postižený může být například vnímání jednostranného pocitu chladu či tepla nebo se mu sníží citlivost na bolest ve tváři nebo na končetinách. Stává se, že postižení zasáhne i oblast zraku, někdy je postižený přijde o zrak jen v jednom oku.
- Porucha polykání – uvádí se, že až polovina osob po prodělané mrtvici, zažívá obtíže s polykáním a zažíváním.
- Poruchy s vyměšováním – mnoho osob po CMP ztratí defekační reflex nebo mají poruchu s inkontinencí močového měchýře.

- Postižení řeči a jazyka – mrtvice je častým důvodem neschopnosti vyjadřovat myšlenky za pomoci slov a porozumět řeči nasloucháním nebo četbou. Tomuto jevu se odborně říká afázie. Dalším typem poruchy komunikace je disartrie, kdy se jedná o poruchu způsobenou špatnou artikulací a výslovností.
- Poruchy kognitivních funkcí – CMP má velký vliv na myšlení, paměť, soustředění, pozornost a další funkce jedince. Mimo jiné ovlivňuje i bdělost, která je zásadně důležitá pro kognitivní funkce.
- Výkyvy nálad a emocí – někdy u osob postižených mrtvicí dochází k nečekaným výbuchům nálad a někdy naopak k citové absenci. Tyto osoby jsou ohroženy takzvanou citovou labilitou, kdy pláč nemusí být nutně projevem smutku, nýbrž jakémukoli projevu citového vypětí.
- Snížená hybnost a schopnost sebeobsluhy – tyto obtíže ve velké míře provázejí většinu cévních mozkových příhod. Obnovení těchto schopností je hlavním cílem rehabilitace, která je nepostradatelnou složkou v péči o osobu postiženou cévní mozkovou příhodou.

Sociální důsledky CMP pro pacienta a jeho rodinu

Mas a Inzitari (2015) uvádějí, že domácí péče a rehabilitace může posílit důležité determinanty efektivity, jako je motivace a cílená rehabilitace klienta. Lávičková (2005) v tomto odstavci popisuje některé z následků, které zůstanou po překonání mozkové příhody. Tato nemoc změní vztahy nemocného k jeho rodině i přátelům. Většinou se dotyčný stává závislým na pomoci jiných, přičemž výše pomoci závisí na stupni postižení. Jedním z následků Lávičková (2005) uvádí tělesnou zátěž. Ošetřování bezmocného jedince působí rodině či okolí zvýšenou tělesnou zátěž jako každá fyzická práce. Lávičková (2005) píše, že péče zahrnuje starost o domácnost, provádění hygieny, úkony spojené s vyprazdňováním, zvedáním a přemisťováním jedince. Dalším sociálním důsledkem je finanční zátěž (Lávičková 2005). Pokud jsou finanční možnosti nemocného omezeny, podílí se na úhradě finančních výloh především rodina (Lávičková, 2005). Lávičková (2005) se také zabývá zátěží plynoucí z okolního prostředí. Pokud se rodina či nemocný rozhodne, že nemocný zůstane ve svém domově, je potřeba aby došlo k nějakým úpravám bytu. Mohou se nainstalovat různé pomůcky a pokud to možné není, hledá se alternativní řešení jako například přestěhování k jinému členu rodiny či umístění do domu pro seniory. Odloučení a izolace od rodiny je dle autorky spouštěčem sociální

zátěže u osoby poskytující péči na 24 hodin denně. Péče o nemocného dle autorky brání pečovateli svobodnému hospodaření s vlastním časem a nese s sebou velkou část zodpovědnosti, která je na něj kladena. Absence odpočinku může vést u pečovatele ke vzniku vzteku a odporu k člověku s postižením. Velmi důležitou součástí léčby nemocného zastupuje dle Lávičkové (2005) rehabilitace. Rehabilitaci je vhodné zařadit co nejdříve po onemocnění. Intenzita rehabilitace závisí na stupni a postižení a stavu pacienta. Se zásadami rehabilitace by měli být seznámeni všichni členové blízkého okolí jedince, aby byli poučeni o postupu rehabilitace vedoucí k optimálnímu pokroku (Lávičková, 2005).

Koordinovaná rehabilitace osob po CMP

Jak již bylo zmíněno, rehabilitace je podle Palmera (2013) a Lávičkové (2005) pro pacienta po mozkové mrtvici životně důležitá, jelikož urychluje zotavování. Palmer (2013) a Abdul et al. (2017) dále uvádějí, že rehabilitaci je dobré zahájit ihned po mozkové mrtvici, protože je velmi pravděpodobné, že jedinec získá zpět co nejvíc ztracených schopností a může dojít k plnému zotavení. Techniky fyzioterapie či ergoterapie ovšem mohou přinášet dobré výsledky i později, dokonce i roky po mrtvici (Abdul et al. 2017). Palmer (2013) uvádí, že moderní koordinovaná rehabilitace dokáže zlepšit schopnosti jako je chůze či oblékání ale také samotné nervové spoje v mozku. Palmer (2013) tvrdí, že se mozek dokáže přizpůsobit poškození, tím, že změní svoji strukturu a fungování. Znamená to, že pokud je poškozena nějaká část mozku, jiná část mozku či opačná mozková polokoule, někdy dokážou převzít její funkce (Palmer, 2013).

Další rehabilitační technikou je dle Palmera (2013) funkční elektrická stimulace, která přímo stimuluje nervy v pacientových postižených částech těla a nutí svaly, aby pracovaly a tím slabé či ochrnuté svaly posiluje. Nedílnou součástí koordinované rehabilitace je bezesporu práce ergoterapeuta, kdy pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to i přes jejich postižení či disabilitu (Jones, 2017). Tyto činnosti by měly být především smysluplné pro klienta nebo aby jejich vykonávání považoval za důležité a potřebné (Krivošíková, 2011). Dalším členem v péči o pacienta v rámci multidisciplinárního týmu je sociální pracovník, který dle Čípkové (2015) na pacienta nenahlíží jen na základě chování, ale také z pohledu prostředí, kde žije. Úkolem sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je dle Čípkové (2015) nahlížet na jedince komplexně, v kontextu jeho bytí, vztahů a prostředí, a nikoliv na jeho onemocnění.

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle

Cílem této diplomové práce bylo **popsat, jak funguje multidisciplinární tým z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu v rámci projektu GAJU.**

2.2 Výzkumná otázka

Byly zvoleny dvě výzkumné otázky, a to konkrétně:

Jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu klienti zapojení do projektu GAJU?

Jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu členové projektu GAJU, kteří realizují koordinovanou rehabilitaci v terénu?

2.3 Nastavení projektu GAJU

Tato diplomová práce vznikla jako součást projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)". Do projektu byli zapojeni pacienti po cévní mozkové příhodě a také pacienti po poškození mozku. Základním kritériem výběru pacientů bylo zachování komunikačních schopností – tedy schopností účastnit se řízeného rozhovoru na základě dotazníku – Functional Independence Measure (tzv. FIM) a WHO Disability Assessment Schedule 2.0 i doplňujících otázek k sociální oblasti i metodám a technikám fyzioterapie. Výzkum v rámci projektu ale ještě není u konce. Tato práce je tedy z výše zmíněných důvodů zaměřena na zjištění fungování multidisciplinárního týmu v domácím prostředí v období od příhody do třech měsíců od propuštění z nemocnice. Komplexní výsledky budou zpracovány v rámci publikační činnosti projektu.

Projekt GAJU „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“ (reg. č. GAJU 138/2016/S).

Projekt vznikl v roce 2016 pod vedením doc. Mgr. et Mgr. Jitky Vackové Ph.D. V projektu jsou stanoveny dva hlavní cíle. Jedním z cílů je zjistit kvalitu života pacientů po

poškození mozku. Dalším cílem je zapojit do řešení zdravotní a sociální situace multidisciplinární tým, který bude komplexně posuzovat situaci pacienta po poškození mozku, navrhnout řešení a realizovat ho ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou (popřípadě dalšími institucemi).

V rámci projektu byly zpracovány a úspěšně obhájeny tři diplomové práce s názvem Potřeby pacientů po poškození mozku, Potřeby rodin pacientů po poškození mozku, Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích a jedna je nadále zpracovávána. Jde konkrétně o práci s názvem: Pozitiva a negativa sociální práce u pacientů po poškození mozku z pohledu sociálního pracovníka. Dále jsou také v rámci projektu realizovány tři disertační práce s názvem Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace u pacientů se získaným poškozením mozku, Problematika návratu do zaměstnání u pacientů po poškození mozku – z fyzioterapeutického, ergoterapeutického a sociálního hlediska a Potřeby pacientů a jejich rodin po získaném poškození mozku z pohledu koordinované rehabilitace. První dílčí výsledky byly publikovány na konferenci SGEM ve Vídni. Článek Coordinated rehabilitation of patients after brain damage - first study results je zatím dostupný ve sborníku z konference, během roku by se však po recenzním řízení měl objevit v databázi Web of Science.

3 METODIKA

Tato část je věnována metodice diplomové práce. Výzkum je rozdělen do dvou částí. První část se týkala hodnocení péče multidisciplinárního týmu u klientů po poškození mozku, vzhledem k cílové skupině především CMP. Zajímaly mě názory a hodnocení péče přímo od klientů, kteří byli zapojeni do projektu GAJU. Dále jsem do výzkumu zařadila i odpovědi od rodinných příslušníků a pečovateli klientů po poškození mozku pečujících v domácím prostředí.

Druhá část je věnována postojům a názorům členů multidisciplinárního týmu, kteří byli v bezprostředním kontaktu s klientem v přímé péči po dobu 3 měsíců (u některých klientů po dobu 6. a 9. měsíců v rámci dvou kontrolních návštěv) od vstupu do projektu a prováděli koordinovanou rehabilitaci v domácím prostředí.

3.1 *Použitá metodika*

Pro sběr dat byla použita metoda kvalitativní výzkumné strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly s pacienty po poškození mozku a cévní mozkové příhodě po dosažení 3 měsíců od vstupu do projektu. Rozhovor byl realizován sociálními pracovníky a byl zaměřen na hodnocení péče multidisciplinárního týmu. Klienti hodnotili práci, čas, komunikaci a spolupráci jednotlivých odborníků spolupracujících na klientově zdravotním stavu a sociální situaci.

Kvalitativní výzkum se jevil jako nejvhodnější strategie, a to z důvodu zaměření na individuální potřeby a postoje jednotlivců (Hendl, 2012). Kvalitativní výzkum dle Loučkové (2010) lze upravovat v průběhu šetření a uzpůsobovat jej dle individuální situace a analýzy již předešlých výsledků (Loučková, 2010). Tento druh výzkumu je považován za pružný, jelikož se zde mohou měnit výzkumné otázky, výzkumný plán, hypotézy, ale i sběr dat a jejich analýza. Sběr dat i analýza probíhají současně. Výzkumník začíná sběrem dat, která analyzuje a dle výsledků se rozhoduje, která data jsou k výzkumu potřebná a opět začíná od začátku. Zde nastává možnost své závěry a domněnky přezkoumávat (Hendl, 2012). Výsledkem výzkumu by mělo být detailní porozumění zkoumanému sociálnímu problému (Reichel, 2009).

Ve výzkumné části byl použit semistrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Je to velice vhodná metoda, jelikož poskytuje relativní volnost v průběhu rozhovoru. Zároveň však poskytuje možnost kontroly obsahu. Tento typ rozhovoru vyžaduje

vytváření osnovy (Hendl, 2012). V průběhu rozhovoru jsou pak kladeny další doplňující otázky potřebné k ujasnění věcí nebo zamezení nedorozumění. V rozhovoru je často užíváno upřesňování a doplňování podrobností, (Miovský, 2006; Čermák et al., 2013).

Rozhovor první části výzkumu se skládal z otázek, které byly otevřené, týkaly se témat, která klienty po dobu tří měsíců od vstupu do projektu obklopovala. Rozhovor prováděly sociální pracovnice, které docházely do rodiny. Rozhovor se uskutečnil po třech měsících od zařazení klienta do projektu. Otázky k rozhovoru jsou přiloženy jako příloha 1 této práce.

Zaznamenávání odpovědí na otázky rozhovoru probíhalo dvěma způsoby. Okruhy otázek s hodnocením péče po příchodu do projektu byly multidisciplinárním týmem zanechány v rodině do příští návštěvy a klienti tak měli dostatek času na to, aby si odpovědi rozmysleli. V některých případech docházelo k přímému dotazování na jednotlivé otázky rozhovoru. Klienti, kteří odpovídali přímo tazatelům si buď nepřáli nebo nemohli rozhovor vyplnit sami. V tomto případě byly informace od klientů zaznamenávány výzkumníkem na papír přímo v rodině. Záznamy na diktafon si většinou klienti nepřáli, proto byla tato metoda vyloučena.

Závěrečné rozhovory byly prováděny nejen s klienty, ale i s jejich rodinami, či osobami, které se s klientem setkávali nejčastěji a popřípadě o něj pečovali. Možnost hodnotit péči poskytnutou multidisciplinárním týmem měli tedy všichni, kteří se na péči o jedince po poškození mozku nebo CMP podíleli.

Druhou technikou sběru dat byla „focus group“ = diskuze, která se točí okolo jistého tématu, tedy ohniska (Reichel, 2009). Dle Reichela (2009) dále tato metoda využívá toho, že *skupinová atmosféra může napomoci k uvolnění určitých stereotypů a postojoyých schémat*. Takto napomáhá odhalit jisté skryté a podpovrchové vazby, kterých bychom si u jiných typů výzkumů nevšimli, a které mohou mít lidé společné. Reichel (2009) uvádí, že hlavním cílem této metody je zjistit, jak se lidé cítí a co si myslí, ale také to, proč se takto cítí a proč si toto myslí.

Focus group se v průběhu procesu projektu uskutečnily dvě. Jedna proběhla na začátku roku 2017 a druhá po ukončení sběru dat na začátku roku 2018. Rozhovor byl nahráván na mobilní telefon a poté doslovně přepsán. Všichni členové multidisciplinárního týmu, kteří se účastnili focus group souhlasili s nahráváním i zpracováním. Z důvodu zachování anonymity jsou ovšem jednotliví členové označeni písmeny A-Z. Data byla následně zpracována SWOT analýzou. SWOT je zkratka z anglického originálu, kde S = Strengths (Silné stránky), W = Weaknesses (Slabé stránky),

O = Opportunities (Příležitosti), T = Threats (Hrozby). SWOT je tedy zkratkou pro vnitřní silné a slabé stránky organizace a příležitosti a hrozby z vnějšího prostředí organizace (Grasseová et al., 2012). SWOT analýza poskytuje podklady pro formulaci rozvojových směrů a aktivit, podnikových strategií a strategických cílů. Spočívá v rozboru a hodnocení současného stavu organizace (vnitřní prostředí) a současné situace okolí organizace (vnější prostředí) (Grasseová et al., 2012).

Ve vnitřním prostředí jsou identifikovány silné a slabé stránky, které jsou vymezeny vnitřními faktory efektivnosti organizace ve všech významných oblastech (Grasseová et al., 2012). Pro přehlednost mezi oblastmi jsou jednotlivé části analýzy znázorněny na obrázcích 8 – 12.

Analýza dat probíhala pomocí axiálního kódování v programu Atlas.ti 7. V průběhu axiálního kódování se berou do úvahy příčiny, důsledky, podmínky, interakce, strategie a procesy a tvoří se tak propojení jednotlivých kategorií; axiální kódování má stimulovat propojení konceptů a témat, ale mohou při něm vznikat i nové otázky (Hendl, 2015). Kódování je vždy subjektivní – je ovlivněno osobou výzkumníka, tématem, cíli... (Toušek, 2011). Výsledky výzkumu jsou prezentovány formou prostého textu, přímých citací klientů zapojených do projektu GAJU a následně pomocí vytvořených schémat.

3.2 Etická pravidla

Výzkum v rodinách klienta, ale i mezi členy multidisciplinárního týmu probíhal v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Všichni informanti byli seznámeni s cíli výzkumu a souhlasili s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon, nebo popřípadě souhlasili s přepisem rozhovoru. Audiozáznamy se souhlasem a nahrávky focus group mám uložené ve svém osobním archivu.

3.3 Výzkumný soubor

Sběr dat v rámci projektu GAJU probíhal od září roku 2016 do června roku 2018. Oproti původnímu plánu se sběr dat protáhl o 9 měsíců. Zejména tato skutečnost nastala díky nedostatečnému počtu klientů. Do projektu bylo zapojeno celkem 21 klientů. Z toho celkem 12 z nich se zúčastnilo závěrečného hodnotícího rozhovoru. Toto snížení počtu je způsobeno nedokončením projektu klienty. Klienti jsou označeni písmeny A-L. První kontakt s klienty nastal již v nemocnici, na rehabilitačním oddělení, kteří byli oslovovaní

před propuštěním do domácího prostředí. Klienti byli seznámeni s cíli projektu a s formou jejich samotného zapojení do projektu. Byla jim vysvětlena pozitiva spolupráce, ale i úskalí v podobě brzké návštěvy několika různých profesí. Tyto návštěvy se opakovaly každý měsíc po dobu tří měsíců a během této doby ke klientům docházel fyzioterapeut. Každý klient zapojený do projektu podepsal na začátku spolupráce „Informovaný souhlas se vstupem do projektu“.

Výzkumný soubor druhé části výzkumu tvořili členové multidisciplinárního týmu. Každý člen vyslovil souhlas se zpracováním dat potřebných pro výzkum této práce. Výzkumu se účastnilo 12 členů týmu. Zastoupení zde měli odborníci jako fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, lékař.

4 VÝSLEDKY

Výsledky jsem rozdělila do dvou částí. První část je tvořena výpověďmi klientů po uplynutí třech měsíců po zapojení do projektu GAJU. Výsledky první části jsou rozděleny na jednotlivé odborníky multidisciplinárního týmu, kteří se o pacienty během projektu starali. Tito odborníci jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci a lékaři u některých pacientů i obvodní lékaři či psychologové. Z důvodu zachování anonymity jsou klienti, s nimiž odborníci vedli rozhovory označeni písmeny A-L.

4.1 *Koordinovaná rehabilitace z pohledu klienta projektu GAJU*

Následná péče pro osoby po poškození mozku či CMP

Mnozí jedinci se často potýkají se samotou či odkázáním na péči jiné osoby. Nejdůležitějším bodem po příchodu z nemocnice je pro pacienta po poškození mozku rodina. Dává klientovi pocit bezpečí a jistoty, že i v nepříznivé sociální situaci lze něco dělat: *Maminka a dcera hlavně. Ta mi pomohla se vším. Na sociálce vše vyřídila, upravili byt, a tak* (klient D).

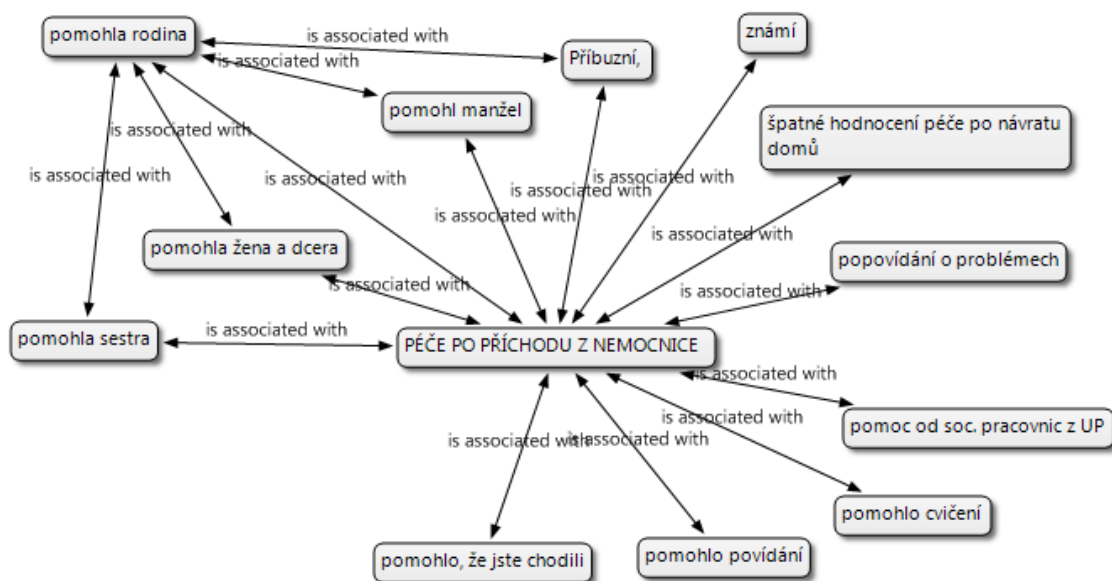
Žena nejvíc pak vnučka, ty se o mě staraly a starají furt (klient B).

Rodina je také prostředníkem mezi klientem a systémem sociálních služeb. *Rodina hodně. Protože ten první týden tady byla sestra, ta se mnou chodila a děda. A ta terapeutka. Edita* (klient D).

Nejvíc mi pomohla ségra, byla jediná, která se o mě starala (klient E).

Tak rozhodně mi nejvíc pomohla žena a přátelé, teda taky rodina (klient I).

Péči po návratu z nemocnice domů popisuje obrázek 2.



Obrázek 2: Péče o osoby po příchodu z nemocnice

Zdroj: vlastní

Následná péče po příchodu z nemocnice je pro některé klienty nedostatečná, v podstatě zde neexistují odborné služby, které by se o pacienty po poškození mozku staraly v domácím prostředí.

Často klientům chybí základní informace, kam se obrátit či koho oslovit. *V podstatě mě pustí z nemocnice, nenajdou mi neurologa. Nevím, jestli je to důležitý nebo není, ale všichni, co jsem s nima mluvila, co byli po mrtvici, všichni chodí k neurologovi, aby to kontroloval. Nikdo mi nic takového nedal. A co se týče spolupráce s pracákem, to je katastrofa. Nic nepřišlo a kdo ví, kdy to přijde* (klient E).

Informace. Kdo třeba předepíše postel. Člověk si musí v nemocnici říct, sami mu nic moc neřeknou. Pak třeba ty pomůcky, to je hrozný, když vám dají recept tak jdete do lékárny a je to, ale tady vám dají poukaz, pojišťovna to musí schválit, pak jdete do prodejny a jsou ještě speciální prodejny kam musíte jít (rodina klienta D).

Klientům mimo jiné také velmi scházelo popovídání si, kontakt s jinou osobou. *Společnost. Nemám s kým hovořit...mluvit...a procházky* (klient A).

No, no mě pomohlo spíš, že jste to všechno rozebíraly společně, no, že jsme o tom mluvily o tej mojí nemoci, no... Nejvíc to, že jsme takhle komunikovaly (klient C).

Taky mi pomohlo, když jste sem přijeli, že jste mě aspoň vyslechli, že jsem se mohla vypovídat z těch svých nářků (klient E).

4.2 Multidisciplinární tým

Tým, který dochází pravidelně ke klientovi by měl být především komplexní. Určitě ta komplexnost, upozornili jste nás třeba, že můžeme na logopedii, pomohli jste s dávkama a tak. Ta propojenost je moc fajn. Kdybychom nebyli v projektu, museli bychom obíhat ty odborníky zvlášť nebo si to nějak sami zajišťovat (rodina klienta D).

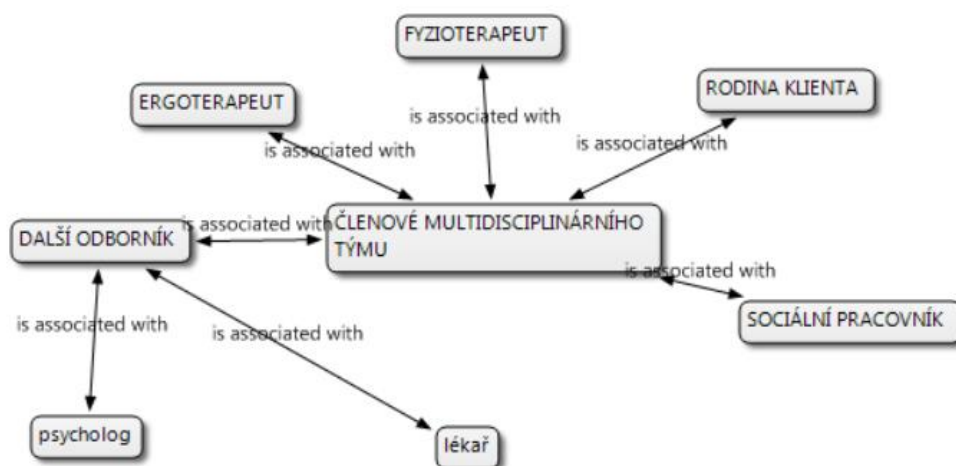
Dalším znakem správně fungujícího týmu je propojenost jednotlivých členů. Já si myslím, že je to dobré, jak spolupracujete dohromady. Že přes vás zůstanu v kontaktu s tou nemocnicí. Protože jak mě bolela ruka, tak jsem to EH říkala, ta to probrala asi s tou vaší paní doktorkou a doporučili mi ortopeda. Já bych nevěděla, na koho se obrátit (klient E).

Spolupracovaly jste dobře. Je vidět, že jste sehranej tým. Dobře spolupracujete mezi sebou a i se mnou. Mně to pomohlo s tím klepetem i s chozením, a i se vstáváním ze židle (klient K).

Výborný, to vím. Vaše komunikace, že jste si to všechno řekly a já to nemusela furt opakovat. Dobrý, takovej týmeček. Člověk si nemusí furt zvykat, nestihnu se bloknout (klient A).

Informovanost, je jednou ze základních vlastností každého člena týmu. Každý člen by měl mít přehled o dalších možnostech pro klienta. V mnoha případech je klient po poškození mozku na celou situaci sám a musí se odkázat do péče například domova pro seniory či o pomoc požádat někoho ze širšího kruhu rodiny.

Ke klientům docházel tým v počtu čtyř osob. Fyzioterapeut, ergoterapeut a dvě sociální pracovnice. Dále byl klientovi k dispozici lékař a psycholog – viz obrázek 3.



Obrázek 3: Členové multidisciplinárního týmu

Zdroj: Vlastní

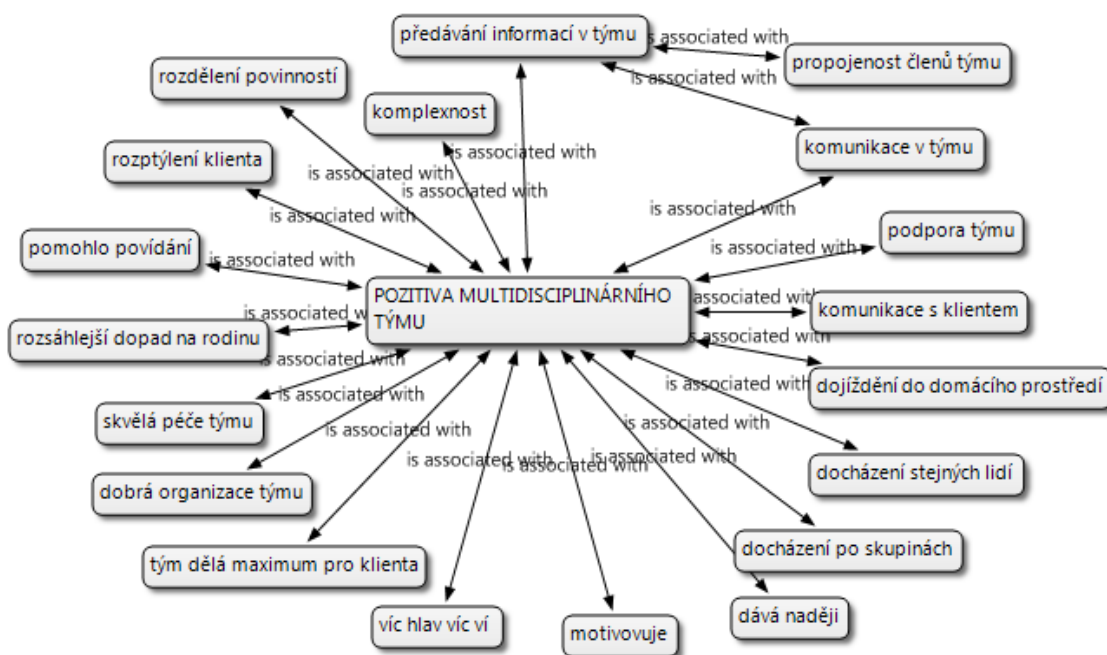
Často je tým jediným návštěvníkem klienta v domácím prostředí, jelikož jedinec po cévní mozkové příhodě je mnohdy dezorientovaný nebo má potíže s kognitivními funkcemi. *Docházela sem jenom EH a taky teda ta paní z města, kvůli bydlení, jinak nikdo* (klient G).

Jo a byla tady jednou ta paní z pracáku, kvůli soc. šetření jednou a jinak nikdo (klient D).

Ta vaše doktorka, pak nejvíc kamarádi, vy z projektu a z rodiny sem chodily právě babičky a tak (klient I).

Všechny jste mi pomohly. Bylo milý vědět, že je z vaší strany zájem. Myslím si, že pro toho, kdo se nedostane do lázní, by tahle péče doma měla být nejméně půl roku. Mně to vyšlo hezky, že jsem byla u vás a pak jsem odjela do Kladru (klient K).

Pozitivem multidisciplinárního týmu je dojíždění do domácího prostředí a s tím spojené docházení stejných osob – viz obrázek 4. V průběhu péče o klienta vznikají mezi klientem a jednotlivými členy týmu vazby. Postupem času začnou klienti svým terapeutům důvěřovat a považují je za členy rodiny. *Ona byl naprosto perfektní, opravdu, já jsem mu mohla říct cokoli, tak mě neposlech, ale jak mu to řekla Edita, tak z ní byl na větvi* (klient B).



Obrázek 4: Pozitiva multidisciplinárního týmu

Zdroj: Vlastní

Výhodou multidisciplinárního týmu je předávání informací mezi jednotlivými členy týmu. *Je fajn, že když se vás na něco zeptám, tak jste propojený a jste ochotné mi pomoci* (klient F).

Jednotliví členové týmu mezi sebou komunikují a domlouvají individuální postup péče u konkrétních klientů. *Považuji vás za dobrou partu, kdy se mezi sebou domluvíte, předáte informace a poradíte mi, to je dobře, že tak spolu fungujete* (klient K).

Multidisciplinární tým dojíždí ke klientovi do domácího prostředí. *Bylo dobrý, že jste chodily domů, já bych nikam nejela...* (klient A). Dochází vždy ve stejném složení kvůli zajištění důvěry mezi členy týmu a klientem. *Je lepší, že chodíte takhle domu a spolu. Kdybych měla chodit za každým zvlášť a objednávat se všude a všem to znovu vysvětlovat, tak to by byla opravdu ztráta času* (klient C).

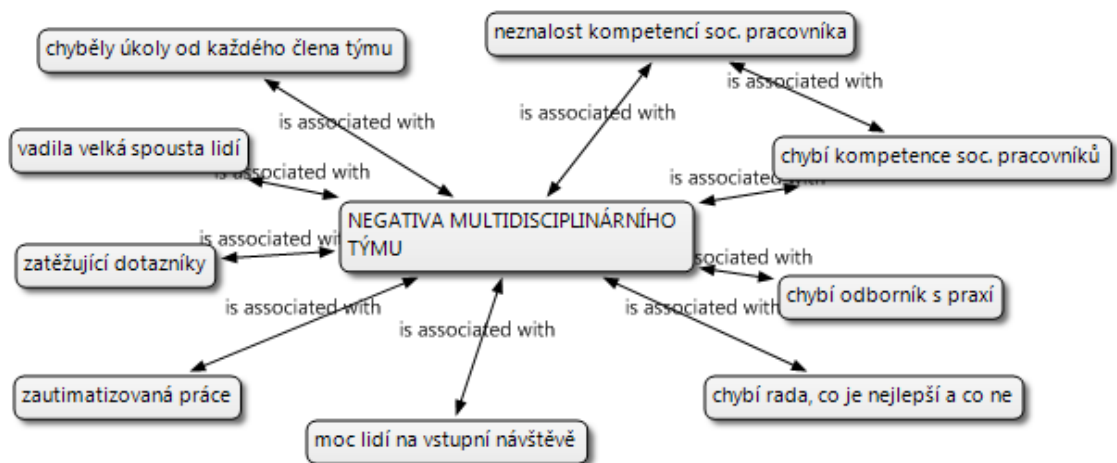
Dobrý je, že sem přijdou hromadně příjemný lidi, a ten přístup při řešení problému (klient G).

Je vás hodně, tak můžete všechno řešit společně. Víc hlav víc ví (klient J).

Bylo dobrý, že to bylo všechno dohromady, bylo to tak lepší, jsem rád, že jste byly všichni takhle spolu (klient F).

Mezi negativa multidisciplinárního týmu můžeme zařadit velké množství neznámých lidí na úvodní návštěvě v domácím prostředí klienta. *Že jste poprvé přišly všechny, moc vjemů najednou. A že to bylo brzo po příchodu domů, že jsem nebyla aklimatizovaná. Kdyby přišli dva človíčky jednou týdně, bylo by to lepší. Jeden týden test, další rozhovor... (klient A).*

Některé informace nechcete říct. Víte, že se to dostane třeba všude, že si to povíte, nebo máte strach, že byste si to mohly povědět. A měli by to dělat lidi, co začínaj, jsou takový nabytý, nemaj věci zautomatizovaný, maj ten individuální přístup, zájem. Já to vidím u sebe, celej život jsem se starala a teď vidím, že fakt nemůžu a přitom vidím, jak jsem už brala jednoho pacienta jako druhého. To vy mladý nemáte, vy chcete udělat maximum. Tak hlavně aby vám to někdo nedával takhle jako špatnej příklad, abyste si to udržely (klient A).



Obrázek 5: Negativa multidisciplinárního týmu

Zdroj: Vlastní

Z obrázku 5 je zřejmé, že jednou z nevýhod docházení v týmu je velký počet lidí. Klienti se mohou z počátku bát svěřit několika neznámým lidem. *Já třeba nemám rád, když je strašně moc lidí, ale potom už to upadá, upadá a pak už je mi to jedno (klient B).*

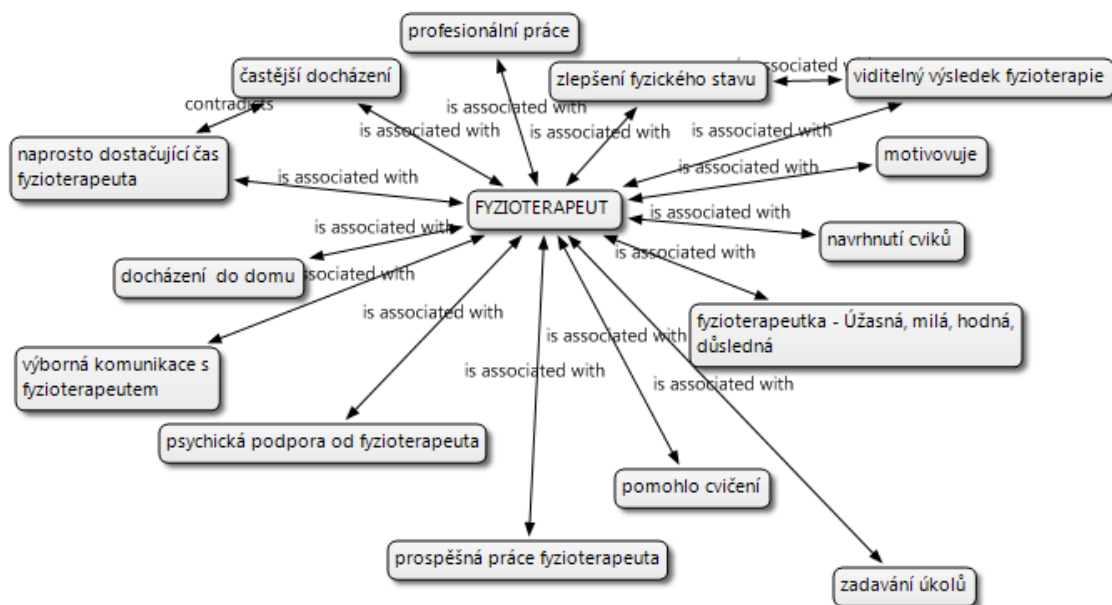
Na tý první návštěvě bylo moc lidí. Já bych to radši brala třeba na skupinky, takhle to byl hroznej nápor (klient A).

Dalším negativem spolupráce byly testy a dotazníky, které byly po čas projektu součástí sběru dat. Pro některé klienty bylo zatěžující, jejich neustálé opakování. *Ty dotazníky mi vadily. Jinak nic mi nevadilo, vy jste tady byly v pořádku* (klient C).

Fyzioterapeut

Fyzioterapeut je v týmu stěžejní osobou. Jezdí do rodin dvakrát týdně po dobu tří měsíců. Je s klienty v kontaktu téměř neustále a výrazně se podílí na klientově rehabilitaci. Zná jeho prostředí, možnosti i schopnosti. Po dobu tří měsíců se z fyzioterapeuta a klienta často stávají partneři, kteří se podílejí na zlepšení fyzického stavu klienta. Fyzioterapeut je profesionál, který je dobře seznámen se stavem klienta a jeho současné situací a je schopen na ni adekvátně reagovat. Fyzioterapie je dle výzkumu nejlepším prostředkem koordinované rehabilitace. *No to...MB, ta tu byla furt. Neuměla jsem ani stát...A ty úkoly. Já, no to bylo parádní. Ona pořád měla nějaké úkoly a taky je kontrolovala a já jsem věděla, že je musím udělat* (pacientka E).

Fyzioterapeut má také své schopnosti a vlastnosti, které ukazuje obrázek 6. Jednou z vlastností může být například důslednost. *Ona byl naprosto perfektní, opravdu, já jsem mu mohla říct cokoliv, tak mě neposlech, ale jak mu to řekla EH, tak z ní byl na větvi (smích)* (rodina klienta B).



Obrázek 6: Fyzioterapeut z pohledu klienta

Zdroj: Vlastní

Fyzioterapeut se v největší míře podílí na zlepšení zdravotního stavu. Klientovi pravidelně zadává úkoly a cviky, které jsou důležité ke správné rekonvalescenci. Klientovi je vymezen určitý čas, který se snaží fyzioterapeut dostatečně využít. *Cvičily jsme hodně cviků, bez přestání, skutečně jsme tu hodinu využily* (klientka H).

Dostávala jsem úkoly, který jsem musela dělat, to ona vždycky poznala, jestli jsem dělala nebo jsem necvičila. S tou rukou mi pomohla, a dokonce i ten palec mi udělala, fakt. Né tedy úplně, jo, ale je lepší. Tadydle ono se mi to stalo že, no já nevím, ono to bylo už dávno...a že jsem s ním vůbec nemohla pohnout. Takže palec, rameno i loket jsme cvičily a všechno se zlepšilo (klient C).

Zlepšila se mi rovnováha, chození... (klient J).

Hodně mi to pomohlo, naučila mě chodit do schodů, byli jsme venku, učila mě psát a takový kraviny (smích) (klient D).

Náročnost byla akorát. EH respektovala moje problémy, nešla do bolesti. Věděla, kdy se může přitlačit a kdy přestat (klient K).

Ta mi pomohla opravdu. Naučila mě spoustu potřebných cviků. Rozmasírovala mi tu jizvu, s tím pracovala a já si to spíš hladila, než abych s tím cvičila. Ale jako to, co ona mě vezme a promasíruje, to já bych si sama neudělala. To mi pomohla hodně. Naučila mě i pracovat s terapeutickou hmotou. Tu musím hodnotit opravdu kladně. Je spolehlivá. A když jsem něco nemohla, tak s tím byla v pohodě, nedělala z toho vědu (klient E).

Hrozně mi pomohl, baví mě jako člověk, mám se s ním o čem bavit, o práci, o světě...je prostě hrozně v pohodě (klient I).

Mě to pomohlo i v tom, že si cvičím sám, že cítím, že se v tý ruce něco děje, tak nějak mi tam škube, jako by se to probouzelo, mám tam takový pocity (klient G).

Všechno bylo dobrý...ale tak ta stabilita, taková ta jistota byla po tom cvičení byla zlepšená. Chůzi jsme...všechno jsme cvičily no...a ...v pořádku (klient H)

Hodně, pomáhá mi to moc, a taky mě to moc bavilo, určitě mi to moc pomáhá a je to pro mě dobrý to cvičení, i jsem se víc rozmluvil (klient F).

Mezi další aspekty zkoumání byl zařazen čas, který byl klientovi fyzioterapeutem poskytnut. U klienta v domácnosti trávil fyzioterapeut dvakrát týdně jednu hodinu. U klienta prováděl nácviky, rehabilitaci, masáže, testování, ale byl zde i jako psychická podpora pro klienta a jeho rodinu. Mnozí klienti byli s časem spokojeni a odpovídali na tuto otázku krátkými větami typu: *Čas byl dobrý, plně využitý, myslím, že to bylo akorát.* (klient G). *Proháněla mě dost. Ne, bylo to tak akorát* (klient K). *Naprosto dostačující* (klient H). *Čas byl dostačující. Já jsem byla hodně unavená, víckrát bych cvičení nezvládla* (klient K).

Některým klientům intenzita návštěv vyhovovala tak, jak byla nastavena, ale několik klientů se shodlo, že by bylo prospěšnější častější docházení a práce na zlepšení jejich psychického i fyzického stavu třeba i vícrát do týdne. *Perfektně vyplněný čas, bylo to v pořádku, pomohlo by mi ale, kdyby chodila častěji* (klient G).

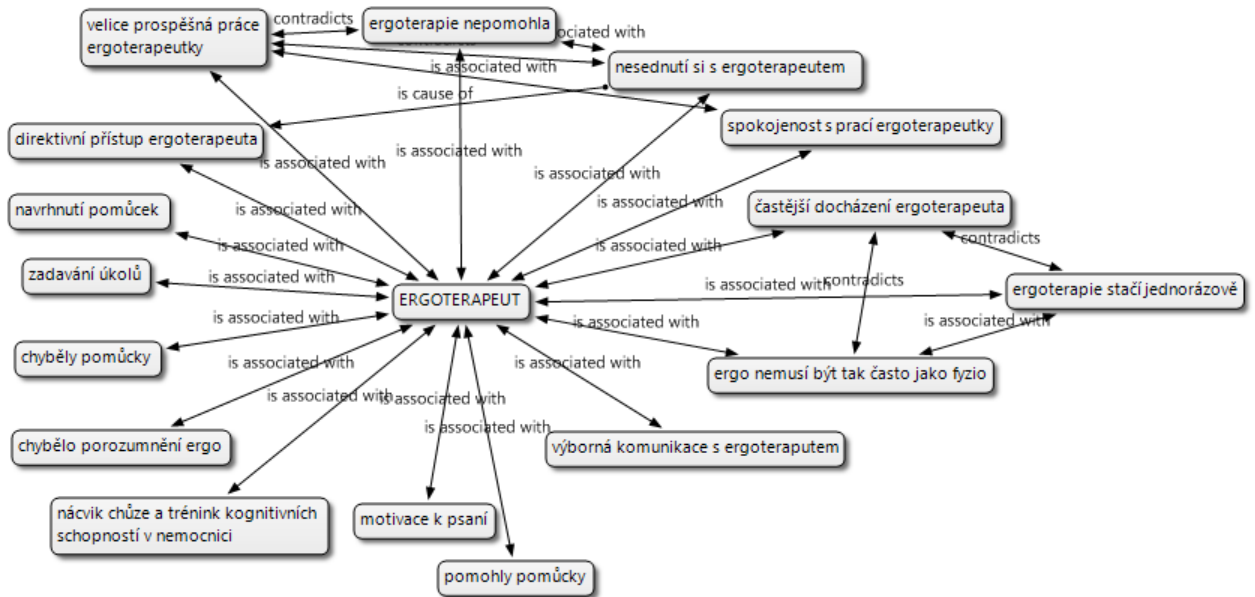
Důležitá je v interakci s klientem a fyzioterapeutem komunikace. Společně si domlouvají další postup na individuálním plánu klienta. *Výborná byla komunikace, mluvila se mnou i jako, nejen cvičila* (klient C).

V pohodě, takhle mi to stačilo, když jsem přišel, tak jsme se vždycky domluvili na další návštěvě, a tak... (klient F).

Dobře se komunikovalo. Celkový přístup byl fajn (klient J).

Hodnocení fyzioterapie klienty zařazenými do projektu GAJU se ve většině názorech shoduje. *Úžasná, milá, hodná, důsledná – to bych podotkla. Byla tu i děle, nikdy nehleděla na čas a tím nemyslim, že by chodila pozdě* (klient A).

Ergoterapeut



Obrázek 7: Ergoterapeut z pohledu klienta

Zdroj: Vlastní

Dalším členem multidisciplinárního týmu je ergoterapeut. Dojíždí do rodin dle indikace rehabilitační lékařky. Nejčastěji tedy jednou za měsíc. Dle sdělení jednotlivých klientů je ovšem návštěva jednou za měsíc málo a byli by raději za častější návštěvu ergoterapeuta. Některým klientům byla na začátku spolupráce nastavena ergoterapie 1x týdně z důvodu potřeby častější docházky ke klientovi. Tato situace nastala ve dvou případech. Jedním z nich byl i klient I, ke kterému ergoterapeutka docházela 1x týdně po dobu 3 měsíců. *Dobře využitý, asi by bylo lepší, kdyby chodila častěji, ale mě to takhle jednou za týden stačilo* (klient I).

Ergoterapeut u klienta zjišťuje deficit dílčích funkcí při běžných domácích úkonech či sebeobsluze. Zajímá se také o zařízení bytu či domu a má na starosti zajistit klientovi co nejhladší znovuzapojení do běžných činností. *Bylo to fajn, i ten příjemný přístup, snažila se pomoci, co doma chybí, nechybí,...* *Doporučila mi ortézu na kotník a další pomůcky, o kterých jsem nevěděl* (klient G).

Ta ergoterapie doma, to bylo dobrý. Že se může v kuchyni podívat a poradit, jak vzít třeba bramboru do ruky jinak nebo kolíčky na prádlo, ono stačí málo, jen to jinak uchopit a pak to už člověk zvládne. Ale musí vědět, jak na to. To je důležitý, a to vám nikdo jen tak neukáže (klient K).

Myslím, že je to hodně dobrý, jako já ty pohyby znám, ale neumím to použít a nedostanu se k tomu jako, takže pro mě je to hodně dobrý ta ergoterapie (klient I).

Výzkum ukazuje, že začátek ergoterapie by měl začínat ihned v nemocnici. Ta ergoterapeutka v nemocnici, jak jsem s ní trénovala to chození. Na počítači měla takový ty hry. Na tom počítači to bylo výborný, tam jsem chytala ty míčky do toho a tak (klient C).

Paní mi ukázala cviky některý a hlavně ty pomůcky. Ty jsou pro mě taky důležitý. Věřím tomu, že kdybych skončila v nemocnici, tak bych toho měla možná daleko víc. V rámci možností jsem ale spokojená (klient E).

No velice prospěšná, ta mě donutila k tomu, že jsem psala. Nějaký omalovánky mi dávala a tak... (klient A).

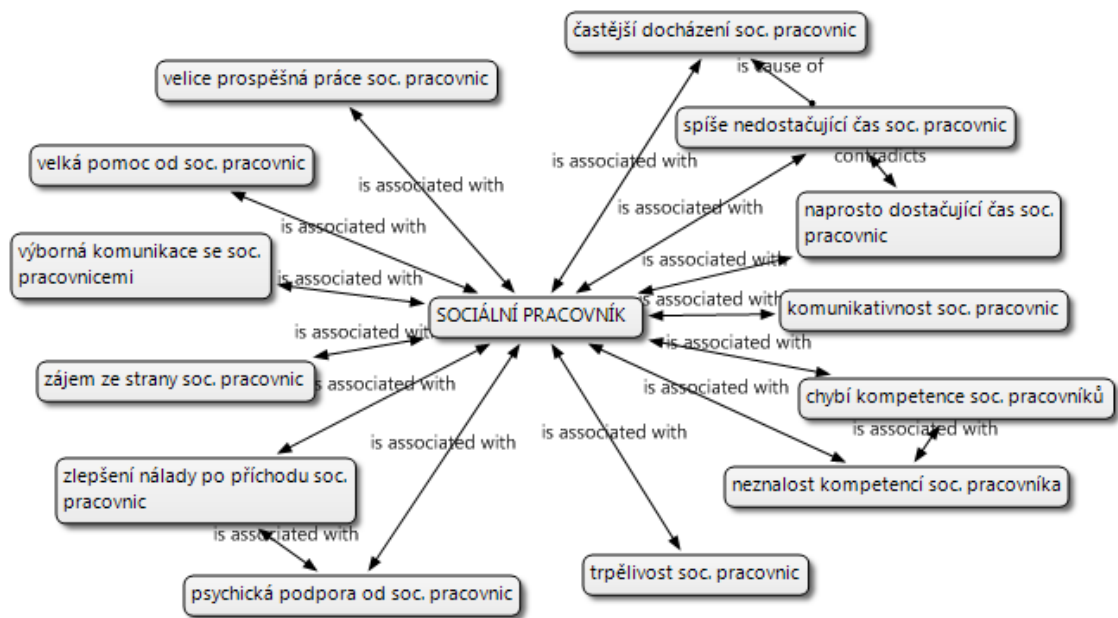
Ergoterapeut dochází do rodiny zpravidla jednou za měsíc a klientům pomáhá s výběrem i předvedením pomůcek, které jsou vhodné pro určitý typ činností. Z obrázku 7 je zřejmé, že přináší ke klientovi různé pomůcky usnadňující každodenní chod domácností. Můžou to být pomůcky stimulační, podpůrné či výukové. Klientům často pomáhají rozvíjet hrubou a jemnou motoriku, či kognitivní trénink. Je možnost, si pomůcky nejdříve vyzkoušet, zapůjčit a až dle vhodnosti posléze zakoupit. *Taky dobrá, vlastně mi pomohla v tom, že mi ukázala různé pomůcky (klient F).*

Vyzkoušel jsem si nové pomůcky, o kterých jsem nevěděl, že bych si mohl pořídit, nebo že mi je zaplatí pojišťovna (klient G).

Důležitým faktorem ve vztahu s klientem je i komunikace. Někdy se může obsah sdělení špatně podat klientovi a vznikají nedorozumění či pochybnosti. *Ona byla taková odměřená, ne odměřená ale taková strohá, příkaz příkaz, její přístup k těm lidem není takovej (klient B).* Klient B si nese i negativní zkušenost, kdy tvrdí, že mu ergoterapie nepomohla, jelikož na něj byla ergoterapeutka příliš direktivní, respektovali jsme tedy přání klienta a dále v ergoterapii nepokračovali. Při každém nedorozumění je důležité osvětlení situace a vyjasnění si požadavků.

Sociální pracovník

Neopomenutelným členem týmu je sociální pracovník. Ke klientovi dochází jednou za měsíc a mapuje jeho sociální situaci. Je klientovi rádcem i z odpovědníkem občas ale také jediným člověkem, kterého klient vidá. Sociální pracovník by měl v týmu zastupovat roli koordinátora, u klienta má ovšem i další role. Měl by mít přehled, co se u jednotlivých klientů dělá a co může ze své pozice pro klienta udělat více. Na obrázku 8 můžeme vidět, že sociální pracovník je spojovatelem a informátorem mezi členy týmu. *Já myslím, že organizace je dobrá, jo že jako to klapě no, že když zavolá někdo, že opravdu přijdete, nebo když nemůžete, že se ozvete, jo to si myslím, že i mezi vámi to funguje dobře* (klient E).



Obrázek 8: Sociální pracovník z pohledu klienta

Zdroj: Vlastní

Sociální pracovník pracuje s klientem a jeho rodinou. V rodině proto může zastávat hned několik rolí. Může se jednat o informátora. Mnohdy je sociální pracovník prvním člověkem, se kterým se klient po závažném onemocnění setkává. Sociální pracovník mu pomáhá zprostředkovat kontakt se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a zajišťovat sociálně aktivizační činnosti. V rodině klienta působí především jako psychická podpora jak klientovi, tak členům rodiny. Na klientovo zdraví, ale i rodině může pomáhat pouhé mluvení o problému a vzniklé situaci. *Vy jste mě psychicky podržely jo, já ze začátku jsem to zvládala a pak to na mě padlo prostě říkala jsem si, co já tady...a pak jste přišly, jak jste se mnou promluvili, vy jste mě fakt jako podržely; Vy jste prostě neutekly, když jsme*

si vám vylejvali srdíčko jo (smích) jste vydržely poslouchat báby kecy, jo to taky každéj nedokáže (rodina klienta B).

Moc jste mi pomohly. Milé, ochotné, vyšly jste vstříc, hezké, upravené. Klidně bysme si mohly víc povídat. Mohly jste chodit častějc, no třeba. Jakože třeba jen tak si popovídat, povzbudit, vzít ven, to já bych vás to brala, no fakt, člověk je furt sám... (klient A).

Dozvěděli jsme se něco nového, samotný by nás to asi nenapadlo třeba (rodina klienta D).

Jednou z vlastností sociálního pracovníka by měla být trpělivost. Klienti po poškození mozku jsou často odkázáni sami na sebe, a tak je velmi obtížné odhadnout v jaké situaci a psychickém rozpoložení se momentálně nacházejí. Sociální pracovník by měl být klientovi oporou v oblasti zařizování finančních prostředků například prostřednictvím zprostředkování informací týkajících se dávek sociálního zabezpečení. Dále by měl napomáhat ke znovuzачlenění jedince do sociálního prostředí. *Dobrá to bylo, pomohlo to tak, že jsme si to tak nějak všechno zopakovali. Táta řešil s váma ty příspěvky nějaký. A o tý asistenci jsme mluvili (rodina klienta H).*

Já nevím v čem, jako třeba jak žádám o ty příspěvky, tak to zatím nedopadlo, to víte, budu v dubnu žádat znova a když bych potřebovala, tak se na vás obrátím, ale jako vy jste měly zájem, když nám to nevyšlo, že jste se ptaly vaší vedoucí, nebo kdo se ptal, tak myslím, že vy jste taky dobrý děvčata (smích) (rodina klienta B).

Že jste mi to vysvětlily, co a jak a že už vím, do čeho jdu. Taky vím, že když budu potřebovat pomoc s bytem, tak se ozvu a vy mi pomůžete (klient F).

My jsme ty příspěvky měli podaný, tak s tím jste nám nemohly poradit, ale věřím, že kdyby bylo něco nutně potřeba, tak byste to zařídily (klient J).

Docházení sociálního pracovníka se zdá být nedostačující. Mnozí klienti by ocenili častější docházení z důvodu psychické podpory. *Jsem rád, že sem přijdou sympatický lidi a pomáhá to hodně na psychiku a je to podpora pro člověka. Těšil jsem se, měly byste chodit častěji a být tady dýl (klient G).*

Já myslím, že děláte svoji práci dobře, u mě jste asi fungovali tako jako psychická podpora bych řekl, že jsem si o tom mohl s někým povídat a tím si to i zapamatovat (klient I).

Děláte vše, co můžete ne? Co bych od vás mohl ještě chtít? Byl bych rád, kdybyste chodili třeba 1 týdně si povídat, to by se mi líbilo (klient D).

Jo to povídání bylo fajn, je to taky taková psychická podpora. Mohli byste chodit častěji, myslím to v tom dobrým, byla bych ráda, i kvůli tatškovi, že si takhle povídá s někým. Je to takový odreagování (rodina klienta D).

U těchto klientů by bylo vhodné nakombinovat sociální práci, která by byla uskutečňována stále jednou týdně, s návštěvou dobrovolníka, který by zajišťoval roli „kamaráda“ a jednou týdně by docházel ke klientovi domů. Klienti, by tak měli příležitost se vypovídat.

Hlavně psychicky, pro mě je to pomoc, že jsem poznal nové lidi (klient G).

Hodně dobrý na psychiku a na jednání je to taky dobrý. Vy pomáháte člověku žít tak nějak líp. A vždycky si společně zhodnotíme pokroky po měsíci, to je taky dobrý (klient I).

Další odborník

Jako dalšího odborníka zapojeného do projektu můžeme označit rehabilitační lékařku, která je členem týmu. Dochází ke klientům v případě potřeby a provádí kontrolní vyšetření po uplynutí třech měsíců od zahájení péče. Lékař zná každého klienta a na konci intenzivní péče 3 měsíců od vstupu do projektu, jsou lékařce poskytnuty zprávy za jednotlivé složky koordinované rehabilitace. Tyto zprávy jsou zasílány koordinátorovi multidisciplinárního týmu, tedy sociálnímu pracovníkovi, který dá zprávy do jednoho souboru a hromadně je předává lékařce ke zpracování. Po vyšetření klienta je sepsána zpráva o průběhu péče. Klientovi je předána zpráva pro obvodního lékaře a dále je u něj jeho stav kontrolován po dobu 9 měsíců od zařazení do projektu.

Tým má možnost oslovit v případě zájmu také psychologa či jiného odborníka. Tým má dále za povinnost oslovovat odborníky individuálně potřebám klienta.

4.3 *Koordinovaná rehabilitace z pohledů členů multidisciplinárního týmu*

Druhou část výzkumu tvořila SWOT analýza subjektivních výpovědí jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. Ve SWOT analýze jsem se věnovala dvěma prostředím, které ovlivňují fungování multidisciplinárního týmu. Jedno prostředí je nazváno vnitřní. Do toho spadají dva okruhy analýzy – jsou jimi silné a slabé stránky fungování týmu a koordinované rehabilitace u klientů po poškození mozku a CMP. Druhým prostředím je prostředí vnější, které pojímá příležitosti a hrozby, které ovlivňují fungování koordinované rehabilitace a týmu zvenčí. Toto rozdělení můžeme vidět na schématu 1. Vzhledem k tomu, že v České republice téměř nefunguje koordinovaná rehabilitace v praxi, byla v rámci projektu GAJU realizována SWOT analýza koordinované rehabilitace, která slouží jako návrh řešení pro koncipování koordinované rehabilitaci v praxi.

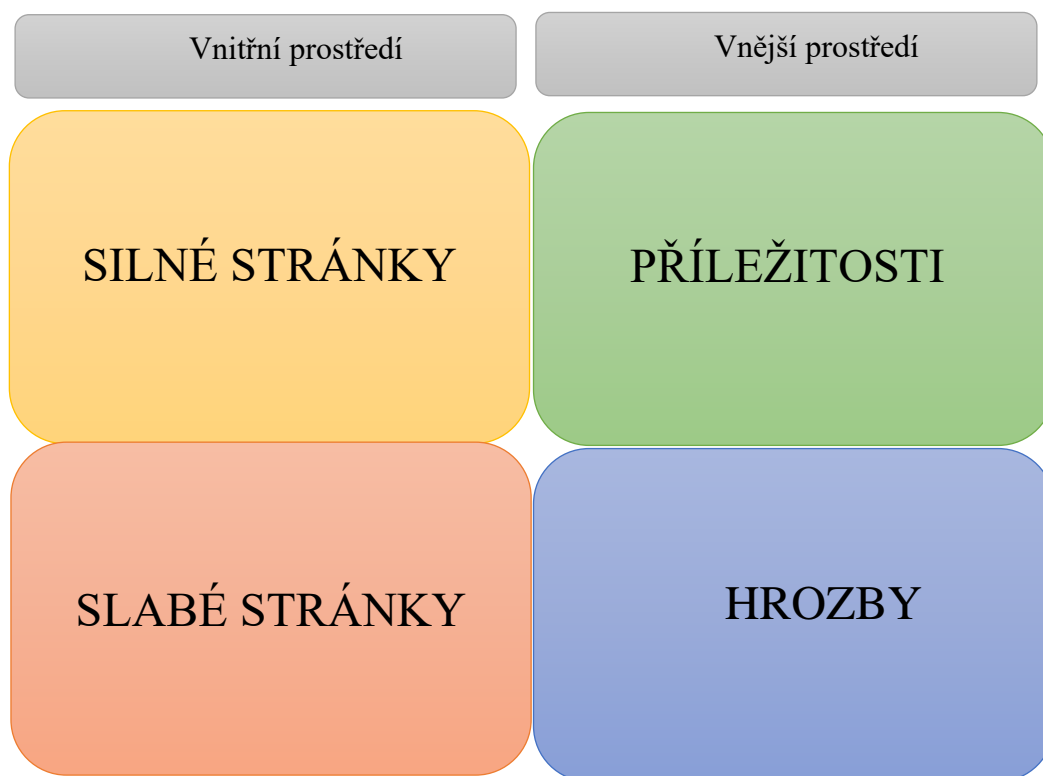
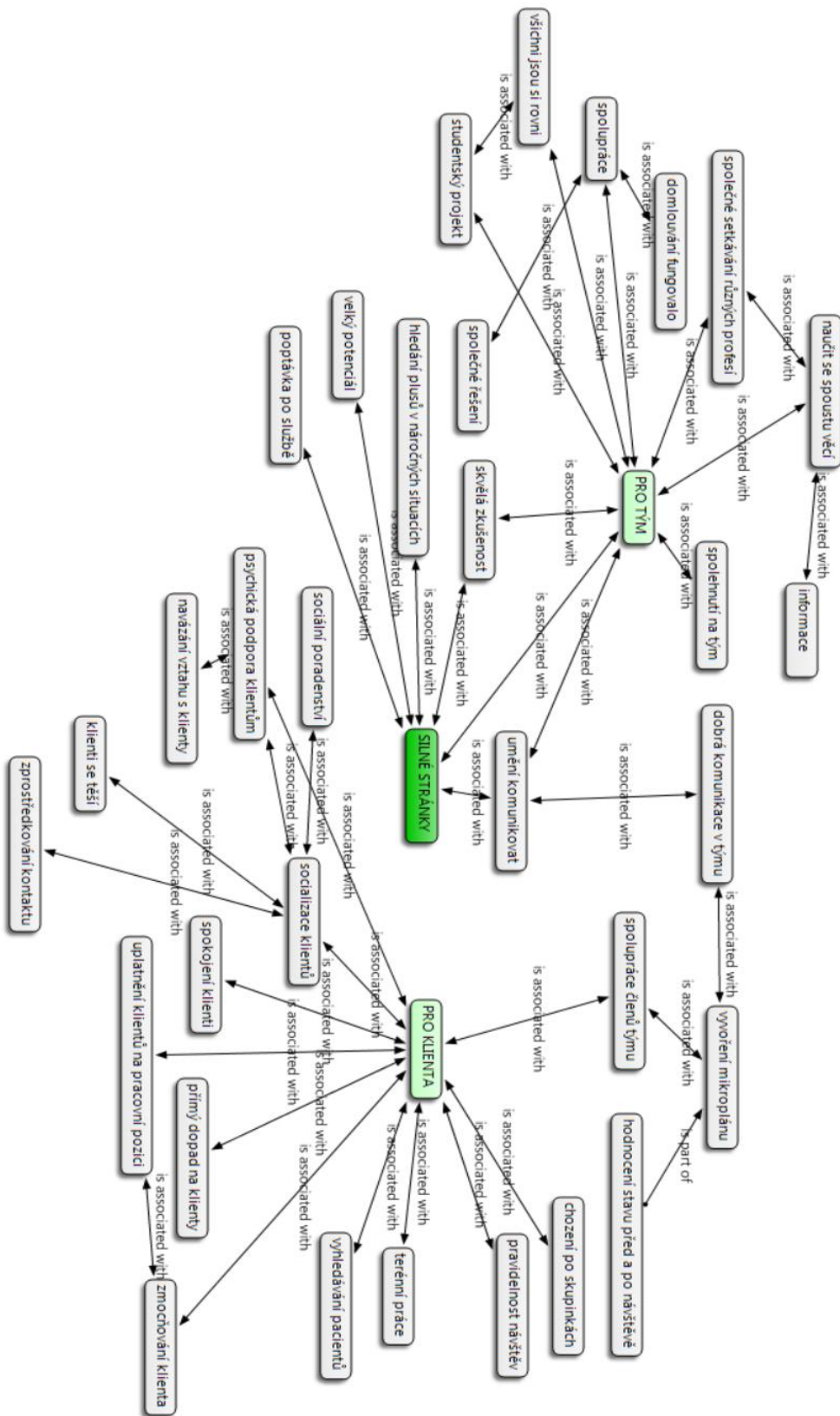


Schéma 1. SWOT analýza

Zdroj: Grasseová et al. (2012)



Obrázek 9: Silné stránky

Zdroj: vlastní

Silné stránky

Z obrázku 9 je zřejmé, že silné stránky se týkají jak klientů, tak i členů multidisciplinárního týmu. Vzhledem k tomu, že tato problematika nebyla ještě zkoumána, vyvstávají napovrch silné stránky, které s sebou nese. Zapojením do projektu automaticky přijímáme nové zkušenosti, které jsou využitelné jak v dalších projektech na podobné téma, tak v budoucím zaměstnání jednotlivých členů týmu. *Pro mě je to skvělá zkušenost při terénní práci, to mi hodně pomůže do budoucna, profesně, že se otkám, že budu vědět, jak s klientama komunikovat a tak (AP).*

I pro mě to byla úplně nová zkušenost, protože já sem nikdy neměla týmový GAJU (JV).

Mezi nabyté zkušenosti můžeme zařadit i terénní práci, se kterou se kromě praxe na vysoké škole sociální pracovníci dosud nesetkali. Tito odborníci se naučili kromě jiného i komunikaci s klienty v domácím prostředí. *Já si myslím, že v tom terénu nám toho dalo hodně, kdy by se nám poštěstilo jít do rodiny a vidět, jak to chodí, i třeba ty pocity jejich nebo tak, vyslechnout si to, přece jen kdo by se takhle s náma bavil (MB).*

Mě se líbí i ta zkušenost z toho terénu, že jdeme za tím pacientem sami za sebe, že když jsi na tý praxi, tak furt tam jsi pod dozorem, furt na tebe někdo kouká, furt tě někdo kontroluje, tady musíš přemýšlet sama, co vlastně je vhodný, a co co ne a je to nová zkušenost (KM).

To je asi úplně nejvíc z té praxe, my jako studenti, když jsme tam teďka šly, tak co můžeme, co nemůžem, co nás ta škola naučila, a přijdem na to, že nás ta škola učí něco úplně jinýho, než je potřeba, že třeba když jdeme na ten ÚP a potřebujeme to vyřídit, tak za kým jít, co jim říct, aby to bylo, a pak to zase předat tomu pacientovi (KP).

Zkušenosti v terénu. To jsou úplně pozitiva jako fakt nejvíc. Že jsme šli do těch rodin, viděli jsme je, museli jsme nějak reagovat, řešit, spolupracovat. Ale jinak jakoby ten terén a praxe úplně nejvíc. To je fakt super. Protože ve škole...to se nedá srovnat. I když se pak takhle jakoby někam jde (MB).

Naučit se něco nového a následně to využít v praxi, je stěžejní pro všechny odborníky, kteří jsou do projektu zapojeni. *Jako v tomhle projektu je to tak, že spoustu věcí se musejí ti členové naučit, než začnou sbírat data, než se do toho vrhnou, je to trochu jiná práce, ale na druhou stranu jako vnímám, že i mě to hodně dává, ve vztahu k tomu,*

co mi říkají v rámci toho procesu jednotliví členové, že třeba mají nějaké kritické výtky, nebo naopak, že je to baví, taky vidím i vývoj na těch lidech (JV)

V rámci multidisciplinárního týmu se setkávají různé profese a odborníci. Sdílením informací a zkušeností často nahlédnou do práce jednotlivých odborníků i ostatní členové týmu a tím si rozšíří vlastní schopnosti a dovednosti. *Ale zase mi to třeba dalo znalosti, neříkám, že jsem fyzioterapeut, ale už začnu rozumět, když začnou holky mluvit, tak jako jen slepě nekoukám, už aspoň rozumím, co říkají, nebo když mi dá paní přečíst zprávu a chce po mě přeložit, co tam říkají, tak už jsem kolikrát schopná jí říct, co je v té zprávě, ač nevím, jak jsem se k těm znalostem dostala, asi to vyplynulo z toho, co se tady říká. Takže asi to společný setkávání různých profesí je dobrý pro každého (KP).*

Další silnou stránkou, kterou vidíme na obrázku 9, je spolupráce členů týmu. Aby tým správně fungoval, musí mezi sebou spolupracovat. Postupem času projekt prošel vývojem, ze kterého je výsledkem společné řešení vztahující se k péči o klienty. *Jinak si myslím, že za ten rok a půl spolupráce, tady vykryštovali některé způsoby společného řešení a já mam pocit, že to funguje (JV).*

Tak dobrýho si myslím, že i když je několik problémů, co se týče vzdálenosti, tak se dokážeme domluvit nějakým způsobem, a snažíme se i ty pacienty nějakým způsobem hledat, nebo hledat řešení třeba i mimo Budějovice se snažíme spolupracovat a oslovovat jiná zařízení, hledáme plusy i v té náročný situaci (AK).

V případě, že by se tým neshodl v názorech či postojích, je možné, aby do procesu zakročil hlavní řešitel projektu, v našem případě se ale nic takového nestalo a zásah někoho dalšího nebyl nutný. Silnou stránku spatřuji v sestavení týmu, který mezi sebou neměl větší potíže. To potvrzuje i výpověď jednoho ze členů týmu. *Třeba kdybychom se neshodli tak pak by bylo možná třeba, aby tam někdo zakročil, ale vždycky všichni se snažili vyjít vstříc, tak to společné řešení jsme vždycky našli, tím že všichni se snažili o hladký průběh třeba tím, že nebylo potřeba aby do toho ještě někdo vstupoval (MB).*

Dalším bodem silných stránek je bezesporu komunikace členů týmu. Komunikace probíhala více způsoby. Někteří členové týmu mezi sebou komunikovali prostřednictvím mobilního telefonu, někteří pomocí e-mailu či Skypu, ale hlavní tok komunikace probíhal na bázi přímého kontaktu. K jednotlivým klientům docházeli pouze někteří odborníci. Pravidelně docházel určený fyzioterapeut, ergoterapeut a dva sociální pracovníci. *Myslím, že je to o skupinkách, že my jsme hodně komunikovali s Janou, přes emaily, kde jsme*

domlouvali pacienty, vlastně jak nám Jana domlouvala pacienty, to si myslím, že úplně skvěle fungovalo (MB).

Zase je pravda, že informace od tebe nebo od někoho jdou pak rychleji ke studentům. Že máme založenou FB skupinu, scházíme se na koleji, ale my to pak nikam nevidujem (KP).

Často se stávalo, že ke klientům docházela určená skupinka odborníků, kteří se domlouvali na společném řešení pouze spolu. Na společných poradách potom docházelo k informování ostatních členů týmu. Myslím si, že ty skupinky fungují dobře, já proti těm skupinkám úplně nejsem, vždycky když jsme šli k těm pacientům, tak jsem věděla, kdo jde za fyzio, tam ta komunikace byla vždycky super, většinou se domluví každá profese s každou takhle se sejdem až na těch poradách no (KP).

A jinak si myslím, že komunikujeme dobře, že chodíme ke klientům společně. (AP)

Před každou návštěvou tedy docházelo k tomu, že se ti určití odborníci sešli a řekli si základní informace, které byly potřebné pro daného klienta. Fyzioterapeut informoval o současné zdravotní situaci klienta. Tato porada se opakovala i při odchodu od klienta. Odborníci společně plánovali, co se bude na další návštěvě řešit, a co je potřeba v současné chvíli pro klienta udělat. A právě že před každou návštěvou jsme se sešli a probrali co se děje novyho třeba s fyzio, že před tou návštěvou jsme si dali pět minut a že i po návštěvě jsme si to řekli (MB).

Jo, ale rozdělilo se to na dvě skupinky. Na jedno ergo, fyzio, sociál, co chodili nejvíc spolu a pak druhá skupinka. Domlouvalo se to spíš jakoby po těch skupinkách, než aby to pak fungovalo úplně celkově. Řešili se ti pacienti, jestli někam jeli. V autě jsme to probrali, co se děje, co potřebujou. To vždycky. Jakoby ke komu jedeme, co se tam událo a tak. Ale co se děje s druhejma pacientama v druhé skupině ne (MH).

Markétou jsme si občas napsali, když jsme měli jít k pacientovi nebo tak teďka s Danou, ale je to spíš o těch skupinkách, co chodí k pacientům (KP).

Ten MT je složenej z těch lidí, co chodí k těm konkrétním pacientům (KP).

Myslím si, že ty skupinky fungují dobře, já proti těm skupinkám úplně nejsem, vždycky když jsme šli k těm pacientům, tak jsem věděla, kdo jde za fyzio, tam ta komunikace byla

vždycky super, většinou se domluví každá profese s každou takhle se sejdem až na těch poradách no (KP).

Z výzkumu dále vyplývají silné stránky v podobě vytvoření individuálního plánu péče pro každého klienta. V průběhu vývoje spolupráce s klienty se dodatečně nastavovala některá pravidla. Operativně se přístup ke klientům měnil, aby co nejvíce vyhovoval právě klientům zapojeným do projektu GAJU. Silnou stránkou je tedy umění se přizpůsobit nově vzniklým událostem a flexibilita členů týmu na změny reagovat. *Bylo by dobrý, i nad tím pacientem, jestli by to pro vás bylo přínosný, tak si fakt nastavit setkání a říct si co je cílem pacienta a kdo má dělat co aby se toho cíle dosáhlo (JV).*

My jsme se nejdřív obávali toho, že když tam najednou přijde pět lidí, že ty lidi se budou hrozně bát toho kontaktu těch pěti lidí, tak mi přišlo naopak, že jim to bylo prospěšný, že prostě to zvládli tu návštěvu i v počtu takovýmhle velkým, takže mi to přišlo nakonec fajn, že bylo úplně jedno, jestli nás tam je 3,4 nebo kdyby nás tam přišlo třeba 6 (MH).

Pro klienty byla silná stránka v podobě terénní práce, tedy dojíždění odborníků ke klientům do domácího prostředí. *Mám pocit, že těm lidem pomáháme přímo v terénu, je to něco, co má přímý dopad na život těch lidí, což spousta těch projektů nemá, takže z toho mám obrovskou radost a musím říct, že se celým tím projektem ráda chlubím, strašně rád se váma chlubím, jak hezky těm lidem pomáháme (JV).*

Z výzkumu dále vyplývá, že několik klientů se po zapojení do projektu stali kompetentnější v hledání zaměstnání. Sociální pracovníci tedy klienta dostatečně zmocnili, aby byl schopen si zaměstnání zajistit vlastními silami. *My jsme se hodně bavili, že ona byla OZZ už dřív, pak jsme probírali invalidní, ona příspěvek nechtěla, chtěla spíš ten invalidní, pak už přemýšlela o tom chráněném místě, tak jsme se bavili, co to je, jak to je, takže z mé strany přišlo poradenství. No ale zařídila si to sama, našla si to sama, rozeslala, takže stačily informace a ona si to zařídila sama (KP).*

Paní si zařídila ID a našla si chráněný pracovní místo (KP). Nakonec nastoupila na recepci (MB).

Tým dojíždějící ke klientům domů pomáhá nejen klientům, ale i celým rodinám. Výzkum ukazuje, že kromě práce vyplývající z popisu práce jednotlivých odborníků, zastávají tyto osoby i další role. Jenou z nich je psychická podpora klientům a jejich

rodinám. Klientům často intervence s odborníky dodala odvahu a sebejistotu v komunikaci se svým přirozeným prostředím. *I říkali, že z psychologického hlediska, jak říkala AP před chvílí, že jsme fungovali i jako takový lidi na vypovídání, a k tomu, že se třeba báli jít mezi lidi, že zjistili, že jsme sice cizí, ale mluvit se s náma dá, takže pak už šli i ven, bavili se, pak už šli i za známejma, jako že to byl hned od začátku kontakt a socializace nastala okamžitě. Hodně nám to říkali i v tom závěrečném zhodnocení (KP).*

Klienti očima členů týmu byli často spokojeni a šťastni, že se do projektu dostali. *Já myslím, že byli hrozně spokojení, že to vnímali jako nějaký luxus, že co to je, že pán se hrozně těšil na vás, že mu pomůžete, to on říkal, kdy přijdou, to já se jich ještě zeptám, takže to oni kvitovali, oni byli spokojení s touhle péčí, která je pro ně v tuhle chvíli nadstandartní (MH).*

Za silnou stránku dále považuji i to, že prostřednictvím projektu se klienti dostali ke kontaktům a informacím, které by se jinak velmi těžko dozvídali. *To nám říkali i nějací pacienti, že jsou rádi, že přes DB jsou v kontaktu s nemocnicí (MB). Protože ona ty pacienty zná, takže se na ní můžou obrátit. Třeba měla nějaký návrh, že to třeba řešila nebo neřešila ještě za hospitalizace. Ted' taky nějaké pomůcky můžou zapůjčit oni už v té nemocnici na vyzkoušení (AK).*

Slabé stránky

Slabou stránkou projektu, která z výzkumu vychází, je časová náročnost. Do projektu byli zapojeni odborníci, kteří jsou zaměstnání či studují a bylo pro ně velmi obtížné skloubit zaměstnání a práci v projektu. *Mě to přijde náročný v tom, že je každé odjinud, že je někdo student, někdo pracující a těžko se organizuje čas, když my jako studenti máme školu až do večera, nebo máme práci večer a pracující můžou až večer a takže to je jedna z nevýhod si myslím toho složení, že je každé odjinud, a ještě má svoje vlastní povinnosti, kromě tohoto projektu (KP).*

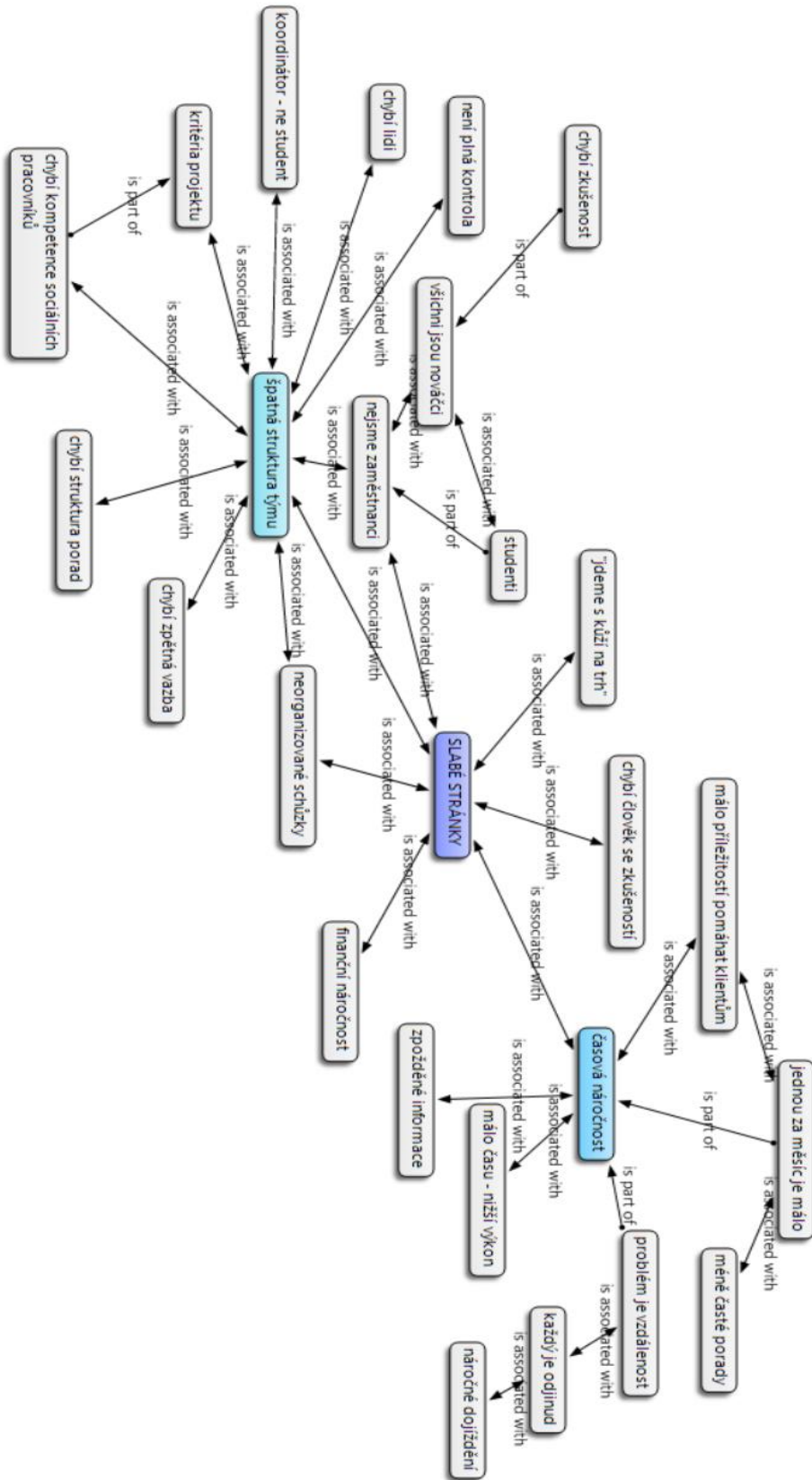
Tam je největší problém ten čas, najít ten termín, není to o tom, že bychom se nechtěli sejít, ale aby se 12 lidí sešlo v jeden čas na jednom místě je docela náročný. (MB)

Že je to fakt náročný se sejít všichni, jak jsme každé odjinud, tak je těžký se sejít před prací na čtvrt hodiny (AP).

Časová náročnost je způsobena například vzdáleností místa bydliště od Českých Budějovic. Dojíždění některých členů týmu bylo komplikované, vzhledem k vzdálenosti od bydliště. Někteří členové týmu si museli brát dovolenou na den ze zaměstnání, aby byli schopni zajistit péči pro klienty projektu. *Já taky tu vzdálenost vnímám jako největší problém, a pak mě ve výsledku mrzí, že se do některých věcí nemůžu zapojit tak, jak bych chtěla se zapojit, nebo třeba se některým pacientům věnovat tolik, jak by bylo potřeba, a že počet nějakých členů týmu nebo profesí týmu např. ergo je opravdu málo na to, abychom mohli dosáhnout optimálních cílů, které bysme měli (AP).*

Sociálním pracovníkům v multidisciplinárním týmu chyběl odborník s praxí, který by jim poradil, co se v domácím prostředí s klienty řeší a zároveň by se měli o koho opřít v případě, že si nebude jistý v komunikaci s klientem. *To mi tam trošku chybělo, že tam není někdo, kdo má větší zkušenost s prací v domácím prostředí, o koho se opřít, kdo by nám dal nějakou radu, kdo by řekl ... ano v domácím prostředí spíš tohle a spíš tohle. (MB)*

Výzkum ukazuje, že slabou stránkou může být i to, že jdeme tzv. s kůží na trh, vysvětluje to výpověď člena týmu: *Já si myslím, že se ohrožujeme tím, že pracujeme v tom domácím prostředí, ergo doporučí chodítka, já seženu po známosti chodítka, které zapůjčím, protože přes praktika by to trvalo delší dobu, takže já na svoje riziko přinesu chodítka tomu člověku a jdu s ním ven a pro pacienta je to přínosný, ale co když se mi na tý ulici svalí, a řekne.. no paní mi tady donesla chodítka... jdeme trošku s kůží na trh (MB1).*



Obrázek 10: Slabé stránky

Zdroj: Vlastní

Na obrázku 10 můžeme dále vidět, mezi slabými stránkami projektu, finanční náročnost.

Pokud by to mělo být vyčíslený tak, že teda fyziologie je hodnocena za hodinu fyzioterapie, tak je to rozhodně podhodnocený, protože to je práce, kdy jedu do nemocnice vyzvednout chodítko, v neděli ho přepravuju někam svým soukromým autem, takže jenom ty náklady... ale to si musí každý rozhodnout, jestli tomu chce věnovat, kdyby o mělo být tak, že dělám jenom to, za co jsem placená, tak to prostě není možný dělat (MB1).

Takhle, nemáme už na něj finanční kapacitu, řeknu to na rovinu, musela bych požádat fakultu, aby to dofinancovala, protože v současné době vlastně jedeme už z jiných zdrojů. Jo? My jsme měli skončit se sběrem loni, ale tím že se nám to trochu natáhlo, tak to řešíme trochu jinak, každopádně AM to propočítala, současné stávající pacienty a na ně vyčerpáme veškerý mzdový prostředky, který vlastně máme (JV).

V multidisciplinárním týmu by měla být nastavena jasná struktura fungování. Slabou stránkou projektu bylo nenastavení jistých rolí v týmu. Chyběla struktura toho, odkud kam mají téct informace a kdo je zpracovává. *Ne to bylo to, co jsem říkala já na začátku, že mi chybí struktura toho, kam mají ty informace téct, kdo má ten dílčí úkol a kam to má poslat dál (JB).*

To mě přišlo, že dlouho nebylo dořešený, jak se bude cvičit, kdo co bude dělat, tak se na těch schůzích hodně řešilo tohle, a k těm pacientům, že bysme si vzali jednoho po druhým, jsme se nedostalo, i když jsme se k pacientům dostali často, ale nebylo to jako organizovaný (KP).

Další slabou stránkou vyplývající z výzkumu byla neorganizovanost porad. Porady týmu probíhaly v kanceláři, kde se sešli zhruba jednou za měsíc všichni členové týmu a probírala se různá témata. Stávalo se ovšem, že se na některé členy nedostalo a nebylo probráno vše, co by bylo potřeba. To potvrzuje i výpověď člena MB1: *Já mám vždycky takovejhle seznam, co chci probrat, a proberu 2 věci a na zbytek nezbyde čas, já to mám takhle nalajnovaný, ale vždycky všichni někam chvátaj. Ale málo kdy se dostanu k tomu, co jsem chtěla.*

Mě třeba přijde, že nikdy nevyřešíme, co jsme chtěli vyřešit, takže mě by vyhovovalo, aby to mělo nějaký harmonogram, aby se daly pevný body, který se musí projednat, sednout i

nad konkrétníma pacientama, aby to mělo hlavu a patu, scházet se, jen proto že se vidíme, si myslím, že to nemá smysl. (JB)

My jsme se o tom trochu bavili a že by bylo možná dobrý zaslat před tou schůzí nějakou strukturu. Možná před tou schůzí si napíše nějaké náměty, co chce probrat a pak by to ten koordinátor měl dát nějak dohromady. (AK)

Většina členů týmu není zaměstnána fakultou. Členové týmu jsou převážně zaměstnanci jiných organizací, dále také studenti. Tudiž mají omezené možnosti a kompetence. Sociální pracovník u klientů funguje jako poradce. *No oni nám hlavně říkali, že chápou, že nejsme zaměstnanci, že jim ten příspěvek neodklepnem, nevyřídíme, ale že je fajn, že tam příjdem a že to s náma můžou mluvit, že jako víc ten fyzió jim pomůže z té zdravotní stránky, s tím ergo vyřeší pomůcky, ale my že ten příspěvek úplně nevyřídíme, ale že to chápou a jsou rádi, že si s námi můžou mluvit (KP).*

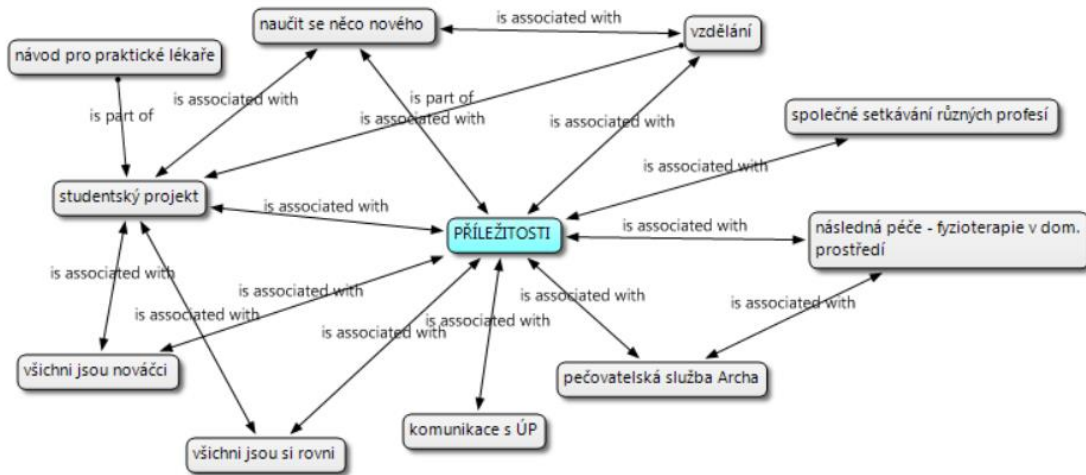
Slabou stránkou tedy mohou být nedostatečné kompetence pro výkon sociálního pracovníka a nezkušenost členů týmu s tímto tématem. *Tak jak říkaly tady holky, že všichni děláme v tomhle projektu poprvé, většina je studentů, nemáme zkušenost, takže to mi tam trošku chybělo (MB).*

Ani kompetence nemáme, celej sociál jsme jenom studenti, takže my nějakýma školeníma jsme prošli, ale já jsem nerada teoretik, a tlumočit někomu něco co mi někdo řekl, jestli jsem si to z toho zákona dobře vyložila, a jestli tomu pacientovi říkám kravinu a oni mi pak řeknou, jako co jste mi to tady řekla a ponesu za to zodpovědnost ač jako stejně jako jim nemůžu vyřizovat příspěvek na péči, pořád můžu jen podávat žádosti, já teda nevím, co holky, ale já jsem si připadala, jako proč tady vlastně jsem, když nemam tu kompetenci přímo ani nejsem zaměstnanec, a ve chvíli když pacientům řekneš, že jsi student, tak klesá tvoje hodnota u nich a taky už to není úplně...ne u všech, ale někteří se pak začnou obracet jinam (KP).

Rodiny nám říkají třeba: No, ale vy nejste zaměstnanci. Tak jako dobrý, chodíte sem, vidíme vás rádi, ale vy nám úplně s tou žádostí jako, aby to bylo rychlejší, nepomůžete (MB).

Výzkum dále ukazuje, že koordinátora multidisciplinárního týmu by měl provádět sociální pracovník. Vzhledem k tomu, že v týmu GAJU byl sociální pracovník student, byla tato skutečnost zařazena do slabých stránek projektu, jelikož student byl v týmu nejmladším členem s nejméně zkušenostmi a byl pověřen kontrolovat a vyžadovat splnění práce ostatními členy týmu. *Myslím si, že koordinátor by neměl být student na nejnižším postu. Mě se zvláště ze začátku, ani jsem se do té komunikační koordinační funkce nedostala, protože já nemůžu koordinovat Martinu, zvláště ze začátku jsme se neznaly, teď jsme si potykaly a já bych jí měla vydávat rozkazy, nešlo to dobře ani od ní ani de mě. Já můžu dělat, papíry, můžu vyřizovat po internetu, ale nejde to úplně, z nízký pozice studenta tohle nejde dělat, možná teď už by to šlo líp, když už se známe, ale ze začátku to nešlo mi to bylo i nepříjemný, nemůžu chtít rešerše po někom kdo má o 3 tituly víc než já (KP).*

Příležitosti



Obrázek 11: Příležitosti

Zdroj: Vlastní

Za velkou příležitostí projektu považuji vzdělání a zkušenosti v projektové činnosti. Členové týmu procházejí nezbytnými školeními, které jsou důležité pro vykonávání potřebné podpory klientů v domácím prostředí. *Jako v tomhle projektu je to tak, že spoustu věcí se musejí ti členové naučit, než začnou sbírat data, než se do toho vrhnou, je to trochu jiná práce (JV).* V rámci projektu je důležité setkávání různých odborníků s různou délkou praxe. Studenti zapojení do projektu tedy mají velkou příležitost pochytit a odnést si do budoucna spoustu zkušeností od služebně starších kolegů.

Klienti zařazení do projektu hodnotí projekt i mezi svým přirozeným prostředím, mezi známými a kamarády a tím se téma koordinované rehabilitace dostává do povědomí širší veřejnosti. Tím se stává projekt a celkový pohled na koordinovanou rehabilitaci prestižnější a vyhledává ji více osob. Za fungování projektu se nejednou stalo, že některého člena kontaktovala rodina, která dostala tip od klienta projektu. *Mě přijde, že to má hroznej potenciál tématem myslím si, že ne všude to tak je a že terénní práce s těmahle lidma si myslím, že je docela na pořadu dne. Včetně toho, že jestli někde vyleze třeba ten příspěvek na péči, že to chce dřív, i z toho právníckýho hlediska to má velkej potenciál (KP).*

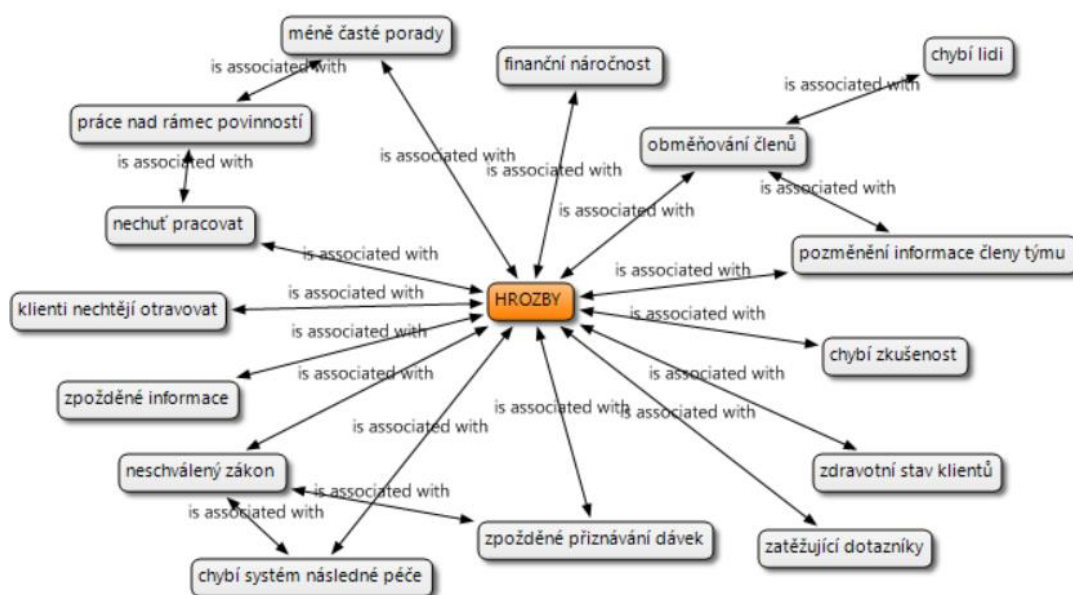
V průběhu výzkumu vyvstala na povrch organizace, která svým zaměřením zajišťuje základní služby jako například podávání stravy, osobní hygienu i asistenci. Jsou orientovaní i v oblasti dávek sociálního zabezpečení, a proto jsou klienti rychleji

seznámení s informacemi, které jim usnadní pohospitalizační adaptaci v domácím prostředí. *Zajišťují domácí péči, jsou tam třeba třikrát, čtyřikrát denně, včetně Štědrého dne, neuvěřitelný jako. Ohřívají jídlo, hygienu, neaplikují teda injekce, protože to nejsou zdravotní sestřičky, ale jinak takovou tu oš péči pokryjou a hlavně i doporučili všechny ty sociální věci, včetně příspěvků a ty žádosti měli podaný strašně rychle (MM).*

Na obrázku 11 můžeme vidět, že díky projektu mají členové týmu kontakty, ke kterým by se nebýt projektu nedostali. V průběhu péče o klienty jsme byli nuceni oslovovat organizace a zjišťovat informace pro klienty individuálně a tím navázali spolupráci například s úřadem práce či nemocnicí v Českých Budějovicích. *Třeba ta komunikace s pracákem, že máme spoustu kontaktů a víme na koho se můžeme obrátit, ona i nemocnice (KP).*

Klienti po ukončení spolupráce v projektu nadále zůstávají nakontaktováni a zmocnění. Mají tudíž pořád možnost se na projekt obrátit, pokud budou potřebovat akutně něco řešit. Klienti od členů týmu dostanou doporučení a zprávu pro praktického lékaře, v jaké terapii je nutné pokračovat a kam se obrátit v případě potřeby. *To že se ti pacienti objevili na oddělení, mohli jsme komunikovat dál a má toto i smysl po skončení toho projektu, to že na nás budou v podstatě ty pacienti pořád napojený a dlouhodobě se bude něco dít, maj se kam obrátit, to je jakoby fajn. (MM)*

Hrozby



Obrázek 12: Hrozby

Zdroj: Vlastní

Skutečnost, že tato problematika nebyla ještě zkoumána, přináší hrozby, které se objevily v průběhu fungování projektu GAJU. Klienti do projektu byli vybíráni podle kritérií nastavených na začátku projektu. Tento výběr nebyl ovšem vyzkoušen a tím nastala situace, kdy někteří vhodní kandidáti nebyli odchyceni a nemohla jim být účast v projektu nabídnuta. *A hlavně z mého pohledu je strašná potřeba, aby tu byl systém v péči o ty pacienty od propuštění z nemocnice, protože to ani nevíme kolik těch pacientů vhodných nám proteklo, i když jsme měli jakoby úzký výběr, tak stejně nám jich proteklo a vůbec netuším, kde jsou ti pacienti. Jsou doma, na neschopenkách, opakovaně chodí na komise, přijdou mi, že třeba po půl roce nebo po návratu z lázní už se s nima nikdo nebaví a oni po pěti letech, teď třeba mám ambulanci spasticity a chodí mi lidi třeba ex post, třeba 5, 8 let po mrtvici a oni opravdu po prvním půl roce v podstatě neví, co je to nějaká koordinovaná péče další. Takže ta potřeba vstoupit do toho domácího prostředí, dát jim tu aktivitu, že to je u nich doma, že oni musí dát trošku z jejich času nejen my, ta potřeba je obrovská (MM).*

S výběrem klientů je také spojena skutečnost, že klienti postižení mozkovou mrtvicí bývají často ošetřeni záchrannou službou v krátkém čase po atace. Tím dochází k tomu, že zdravotní stav některých potenciálních klientů je natolik dobrý, že nevyhovují

podmínkám pro vstup do projektu. *Tím, že nejsou pacienti tak těžký, tak se neprojeví ta spolupráce mezi námi. To je podle mě negativní ovlivnění (KP).*

V rámci sběru dat do výzkumu projektu bylo potřeba získat od klientů validní data. Jedním prostředkem sběru dat byl standardizovaný dotazník Whodas 2., který je dále popsán v kapitole 2. Tento test klienti často negovali. Nebylo jim příjemné ani srozumitelné znění některých otázek a test jim přišel zatěžující. *Tam je blbý, že se tam dělá ten Whodas 2., ty rozhovory, když je to třeba ležák a my se ho v whodasovi ptáme, jak zvládá sexuální aktivity, tak na nás koukaj jak, ale tak my se jich na to musíme zeptat, a ještě když je tam ten třetí rozhovor, tak už je toho hodně (AP).*

Jsou rádi, že si s nimi povídáme, ale prostě Whodas nechťejí dělat, nebo jako udělají ho, ale jako (znehucené) eeehhh, jo tak já vám to tam zaškrtnu. Ale třeba jako, když mu za to něco dám, tak třeba jako, ale ten Whodas, ten prostě neberou (MB).

S projektem je spojena jistá obměna týmu. Jak můžeme vidět na obrázku 12, vzhledem k tomu, že je projekt studentský a je v rámci Jihočeské univerzity, dochází k odchodům stávajících a příchodům nových členů – studentů. Je velmi obtížné nové členy zaučit a přirozeně navázat na spolupráci s klienty. Často mají klienti s členy týmu jistý vztah, důvěru, kterou si s příchodem nových pracovníků musejí budovat znovu od začátku. *Najednou ti lidé skončí pak přijdou noví lidé, které musíme zaučit, to mě emotivně mrzí na celém projektu GAJU (JV).* Zároveň nastává hrozba toho, že noví členové týmu nemají zkušenost s tímto tématem a specifickou prací v projektu a tím klesá jeho prestižnost a potenciál. *Ted' takový tým zkouší na Praze 7. Jsem včera měla zrovna schůzku s poradkyní. A voni tam právě mají ergoterapeuta, fyzioterapeuta, nebo maj spíše jako maj to naplánovaný, maj schváleno, projekt, všechno, ale nemaj právě ty lidi do toho (AK).*

S obměnou členů týmu souvisí i předávání informací, čím více lidí, tím je větší hrozba toho, že se informace někde zpomalí či zastaví a nedostanou se tak ke všem členům týmu. *Mě někdy přijde, že je moc lidí a ta informace se pozmění, jak jde od jednoho k druhému (KP).*

Do projektu se obtížně hledají lidé, kteří by chtěli pracovat nad rámec svých povinností, po zaměstnání. Často pak dochází k tomu, že své povinnosti členové týmu odkládají až na nejzazší termín pro odevzdání a tím se dostávají do stresu a psychické nepohody. *Šlo o to, že ty si po nás chtěla věci, který nikdo nechťel dělat, takže člověk dlouhou dobu dělá jako že nic, a čeká, jestli se ten člověk ozve ještě jednou, jak moc to*

hoří a že to nebylo osobní, že ty něco chceš, ale to tom, že já mam něco udělat, já to vím, ale prostě jako. Ted' musím rychle udělat něco jinýho, třeba to ještě počká, takže to nebylo o tom, že ty něco někomu rozkazuješ, a my nechceme tobě vyjít vstříc, ale že my máme povinnosti, který se nám nechtějí dělat, nebo na to nemáme čas (MB1).

Velkou hrozbou projektu GAJU je neschválený zákon o koordinované rehabilitaci. Prvořadým cílem návrhu řešení je zakotvení podmínek pro koordinované provádění rehabilitace, které je základem pro vznik vzájemně provázaného, účinného a dostupného systému poskytování rehabilitace osobám se zdravotním postižením. Jedině takto nastavený systém má potenciál přispět výrazným způsobem ke zvýšení kvality života těchto osob a jejich sociálnímu začlenění.

Další hrozba spojená s projektem a koordinovanou rehabilitací je časový rozestup mezi schvalovacími jednáními při žádostech o dávky sociálního zabezpečení. Z výzkumu vyplývá, že než je úřadem práce schválen například příspěvek na péči, často ho klienti projektu po půl roce již nepotřebují, vzhledem ke zlepšení zdravotního stavu. *Někteří nám opravdu hodně hodně zdůrazňovali že po půl roce je jim kartička invalida na hovno (KM).*

Na obrázku 12 dále vidíme, že hrozba pro klienty může nastat v případě, kdy jsou odkázáni na péči jiné osoby. Zde dochází k tomu, že někteří opatrovatelé nemají dostatek finančních prostředků k tomu, aby si z nemocnice vzali člena rodiny domů. *A hlavně taky si je ty lidi nechtěj vzít domů, protože čekaj na ten příspěvek na péči, aby s nima teda mohli být doma půl roku, jo. Kdyby ho měli si myslím dřív. Tak by si je taky dřív třeba domů vzali. Ale oni si nemůžou dovolit z finančních důvodů, aby nebyli v práci. A půl roku čekaj, než jim někdo dá příspěvek na péči, jo tu druhou osobu, že jo. To je taky problém (MB).*

S tímto dále souvisí skutečnost, že dle výzkumu Práškové (2018), je v organizacích v Jihočeském kraji nedostatečná spolupráce odborníků v sociálních službách poskytujících péči osobám po poškození mozku. I přes akutní potřebu koordinované rehabilitace a multidisciplinární podpory, chybí v organizacích jednotlivé profese, a to především fyzioterapeuti, ergoterapeuti a logopedi, kteří bývají často nahrazováni nekvalifikovanými pracovníky. Následná péče v organizacích není dle autorky Práškové (2018) dostatečná. Chybí například podpora začlenění klienta zpět do pracovního procesu.

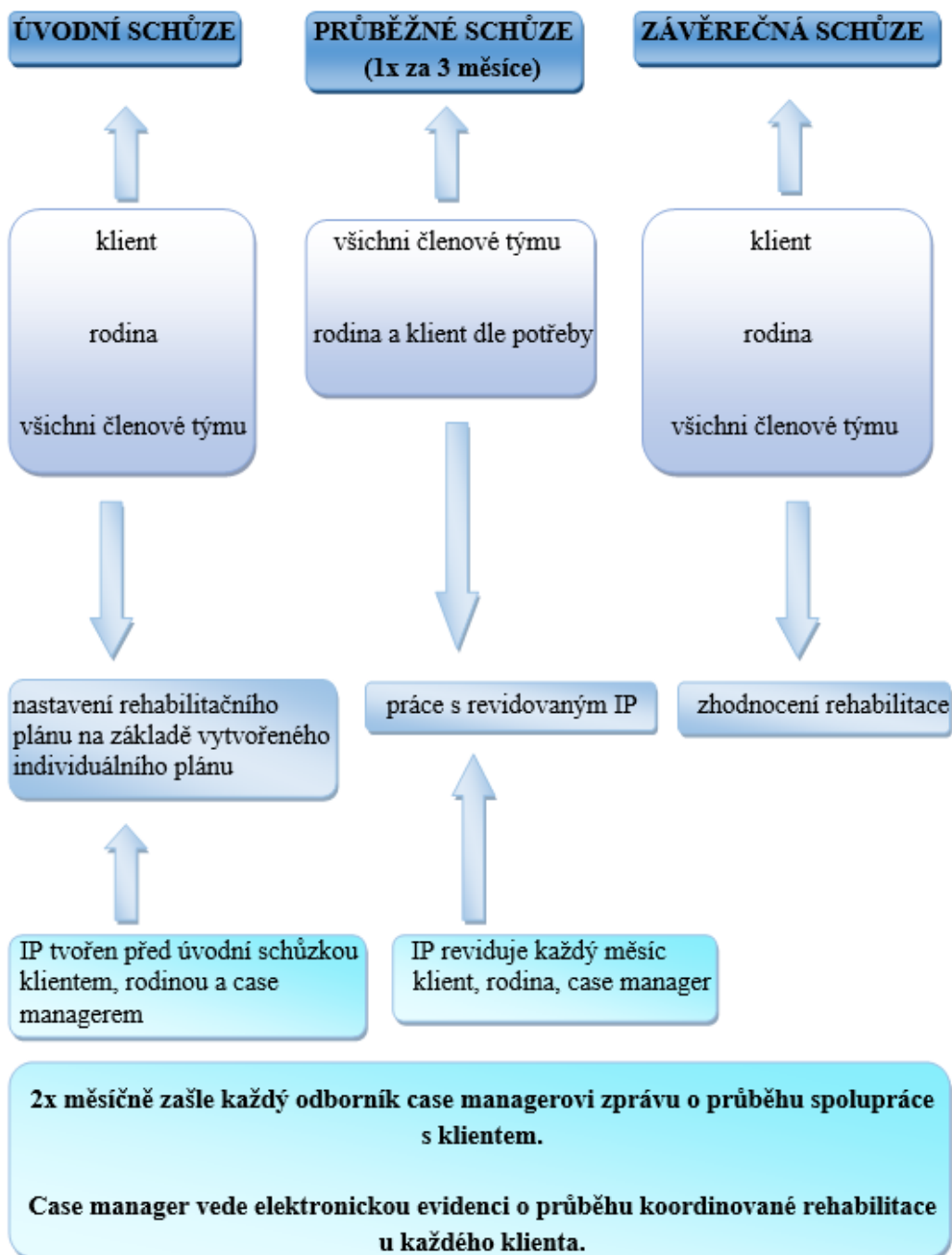
Jednou z hrozeb koordinované rehabilitace u klientů po propuštění z nemocnice je neinformovanost praktických lékařů o tom, kam klienta odkázat, co jim doporučit, či jakou terapii předepsat. Z výzkumu vychází, že klienti jsou často neinformováni a tím se

stává, že přicházejí o podporu, která je jim určena. *Mě přijde, že to předávání informací není včas u těch konkrétních lidí. U lékaře, tady by měli dávat informace lékaři nemocnici, že si má zažádat do určitého termínu a tuhle informaci nedostala proto to prošvihla (JV).*

Návrh na spolupráci členů týmů

Návrh spolupráce popisuje ve své práci členka týmu Prášková (2018). Návrh na spolupráci členů týmu je součástí výsledků týmové práce v projektu GAJU. Prášková (2018) zde popisuje, že pro fungování koordinované rehabilitace je podstatná spolupráce celého týmu. Tato spolupráce by měla probíhat na schůzích multidisciplinárního týmu, kterých se bude účastnit každý odborník zapojený do řešení konkrétního případu. Bylo by vhodné, tyto schůze uskutečňovat vždy na začátku spolupráce s klientem, na jeho konci a v průběhu – minimálně 1x za 3 měsíce. Je důležité nezapomenout na individualitu každého jedince po získaném poškození mozku a přizpůsobovat se jeho aktuální situaci. Úvodní setkání s klientem a jeho rodinou by mělo být zaměřeno na nastavení rehabilitačního plánu. Základem těchto rehabilitačních plánů by měl být individuální plán vytvořený klientem, jeho rodinou a case managerem ještě před samotnou týmovou schůzí. V průběhu péče by měly být vykonány průběžné schůze, na kterých by se mělo pracovat s revidovanými individuálními plány, měly by se zde řešit změny u klienta, jeho nové potřeby a přání. Revize individuálních plánů by se měly dělat minimálně každý měsíc, popřípadě podle potřeby klienta. Závěrečné ukončovací schůze by sloužily k zhodnocení celé rehabilitace, jejího průběhu a dosažených výsledků. Klient a rodina by se měli účastnit minimálně úvodní a poslední schůze týmu, pak samozřejmě každé změny individuálního plánu. Rodina i klient by měli být vždy informováni o změnách či úpravách v individuálním plánu. Informace o průběhu rehabilitace by měl každý odborník zaslat alespoň 2x měsíčně case managerovi, který bude vést elektronickou evidenci každého klienta, ke které budou mít přístup všichni odborníci podílející se na péči klienta. Každý klient by měl mít svoji elektronickou složku, kde bude popsán průběh rehabilitace, ale i závěrečné zhodnocení spolupráce. Na obrázku 13 je zobrazen návrh na spolupráci multidisciplinárního týmu.

SPOLUPRÁCE TÝMU



Obrázek 13: Návrh na spolupráci týmu

Zdroj: Prášková (2018)

5 DISKUZE

Cílem výzkumu bylo popsat, jak funguje multidisciplinární tým z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu v rámci projektu GAJU. Projekt GAJU nese název: „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“. Základním kritériem výběru klientů bylo zachování komunikačních schopností – tedy schopností účastnit se řízeného rozhovoru na základě dotazníku – FIM a WHODAS 2. i doplňujících otázek k sociální oblasti i metodám a technikám fyzioterapie.

V souvislosti s cílem práce byly stanoveny výzkumné otázky a to konkrétně: Jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu klienti zapojení do projektu GAJU? a Jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu členové projektu GAJU, kteří realizují koordinovanou rehabilitaci v terénu?

Cévní mozková příhoda je nemoc, která změní vztahy nemocného k jeho rodině i přátelům. Většinou se dotyčný stává závislým na pomoci jiných, přičemž výše pomoci závisí na stupni postižení. Jedním z následků CMP Lávičková (2005) uvádí tělesnou zátěž. Ošetřování bezmocného jedince působí rodině či okolí zvýšenou tělesnou zátěž jako každá fyzická práce. Lávičková (2005) píše, že péče zahrnuje starost o domácnost, provádění hygieny, úkony spojené s vyprazdňováním, zvedáním a přemísťováním jedince. Rodina hraje v klientově životě důležitou roli. Často je klient na rodinu odkázán do konce života. Tvrzení Lávičkové (2005) potvrzuje i odpověď klienta B: *Žena nejvíc, pak vnučka, ty se o mě staraly a starají furt.*

Autorka Lávičková (2005) dále uvádí, že pokud se rodina či nemocný rozhodne, zůstat nemocný ve svém domově, je potřeba aby došlo k nějakým úpravám bytu. Tuto tezi potvrzuje výpověď klienta D: *Maminka a dcera hlavně. Ta mi pomohla se vším. Na sociálce vše vyřídila, upravili byt, a tak.* Z výpovědí klientů je zřejmé, že je rodina nejdůležitější ihned po navrácení z nemocnice do domácího prostředí. Rodina společně s klientem a ergoterapeutem navrhnu úpravy bytu, které jsou pro klienta vhodné vzhledem ke stupni mobility. Společně se sociálním pracovníkem domluví, na čem je v současné chvíli nutné pracovat, o jaké dávky sociálního zabezpečení požádat. Klienti dostávají nějaké informace od sociální pracovnice v nemocnici, ale z výzkumu vyplývá, že klientům je poskytováno jen minimum informací, kam se po příchodu domů obrátit. Tento fakt potvrzuje výpověď klienta E: *V podstatě mě pustí z nemocnice, nenajdou mi neurologa. Nevím, jestli je to důležitý nebo není, ale všichni, co jsem s nima mluvila, co*

byli po mrtvici, všichni chodí k neurologovi, aby to kontroloval. Nikdo mi nic takovýho nedal. Jedním z důvodů neinformovanosti klientů může být i neinformovanost zdravotnického personálu. V Jihočeském kraji existuje jen velmi málo organizací, které by poskytovaly koordinovanou rehabilitaci v domácím prostředí u klientů po poškození mozku a CMP. Toto potvrzuje výzkum Práškové (2018), která uvádí, že v organizacích dochází k nedostatečné spolupráci odborníků v sociálních službách poskytujících péči osobám po poškození mozku. I přes akutní potřebu koordinované multidisciplinární podpory od široké škály odborníků, chybí v organizacích jednotlivé profese – především ergoterapeuti, logopedi a fyzioterapeuti, kteří jsou nahrazováni jinými pracovníky, kteří vykonávají specifické terapie bez potřebné kvalifikace (Prášková, 2018).

Pro lepší fungování systému koordinované rehabilitace je třeba vycházet z výsledků multidisciplinárního posouzení, které je dle Lippertové – Grünerové (2015) podkladem pro stanovení konkrétních prostředků rehabilitace. V rámci rehabilitace je důležitá dle Jankovského (2006) kruhová péče. Kruhová péče dle autora garantuje rovnocenné postavení odborníků v multidisciplinárním týmu. Pokud má být spolupráce týmu efektivní, a funkční, vyžaduje dle Jankovského (2006) od všech složek týmovou spolupráci. Důležitost pracovat v týmu potvrzují i výpovědi členů týmu GAJU: *Myslím si, že ty skupinky fungují dobře, já proti těm skupinkám úplně nejsem, vždycky když jsme šli k těm pacientům, tak jsem věděla, kdo jde za fyzio, tam ta komunikace byla vždycky super, většinou se domluví každá profese s každou takhle se sejdem až na těch poradách no.* Dle mého pozorování se přirozeně v průběhu fungování projektu vytvořily skupinky, kde každá skupinka měla svého koordinátora – většinou se jednalo o fyzioterapeuta, který docházel do rodiny ke klientovi nejčastěji a bylo pro něj snazší termín s klientem domluvit. Každý „mikro tým“ byl složen z fyzioterapeuta, ergoterapeuta a dvou sociálních pracovníků. Každý člen týmu měl na starosti několik klientů. Při sestavování týmu je podstatná struktura a rozdělení rolí a kompetencí se závaznými pravidly, která jsou stanovená předem (Linhartová, 2013). Z výzkumu vyplývá, že tým GAJU spolupracuje a funguje u klientů dobře, potvrzuje to i výpověď klienta E: *Já si myslím, že je to dobré, jak spolupracujete dohromady. Že přes vás zůstanu v kontaktu s tou nemocnicí. Protože jak mě bolela ruka, tak jsem to EH říkala, ta to probrala asi s tou vaší paní doktorkou a doporučili mi ortopeda. Já bych nevěděla, na koho se obrátit* (klient E). Právě komunikace je nejdůležitější při práci v týmu a jak uvádí Linhartová (2013), není jí stále věnována dostatečná pozornost. Linhartová (2013) se vyjadřuje i k tomu, že úroveň komunikace mezi jednotlivými členy týmu souvisí s pracovní náladou v týmu, ale

i pohodou klientů. Dobré fungování týmu závisí na vhodném výběru členů týmu, ale také zároveň na vzájemném respektu, toleranci a porozumění. Z výzkumu vyplývá, že postupem času projekt prošel vývojem, ze kterého je výsledkem společné řešení vztahující se k péči o klienty. S mým názorem souhlasí i výpovědi členů týmu: *Jinak si myslím, že za ten rok a půl spolupráce, tady vykryštovali některé způsoby společného řešení a já mam pocit, že to funguje (JV). Tak dobrýho si myslím, že i když je několik problémů, co se týče vzdálenosti, tak se dokážeme domluvit nějakým způsobem, a snažíme se i ty pacienty nějakým způsobem hledat, nebo hledat řešení třeba i mimo Budějovice se snažíme spolupracovat a oslovovat jiná zařízení, hledáme plusy i v tý náročný situaci (AK).* Výpovědi členů týmu se shodují s výpověďmi klientů, kteří například uváděli, že to bylo *Výborný, to vim. Vaše komunikace, že jste si to všechno řekly a já to nemusela furt opakovat. Dobrý, takovej týmeček. Člověk si nemusí furt zvykat, nestihnu se bloknout (klient A).*

Dalším pozitivem multidisciplinárního týmu je pravidelné dojíždění odborníků do domácího prostředí klientů. Jedním z odborníků je fyzioterapeut, který, jak už bylo zmíněno výše, dochází do rodiny dvakrát týdně po dobu tří měsíců. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je fyzioterapeut *zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických.* Tuto definici fyzioterapie potvrzuje výpověď několika klientů, kteří například tvrdí: *Ta mi pomohla opravdu. Naučila mě spoustu potřebných cviků. Rozmasírovala mi tu jizvu, s tím pracovala a já si to spíš hladila, než abych s tím cvičila. Ale jako to, co ona mě vezme a promasíruje, to já bych si sama neudělala. To mi pomohla hodně. Naučila mě i pracovat s terapeutickou hmotou. Tu musím hodnotit opravdu kladně. Je spolehlivá. A když jsem něco nemohla, tak s tím byla v pohodě, nedělala z toho vědu (klient E).* Potřebnost fyzioterapie u klientů po poškození mozku a CMP potvrzuje i výpověď klienta C: *Dostávala jsem úkoly, který jsem musela dělat, to ona vždycky poznala, jestli jsem dělala nebo jsem necvičila. S tou rukou mi pomohla, a dokonce i ten palec mi udělala, fakt. Né tedy uplně, jo, ale je lepší. Tadydle ono se mi to stalo že, no já nevím, ono to bylo už dávno...a že jsem s nim vůbec nemohla pohnout. Takže palec, rameno i loket jsme cvičily a všechno se zlepšilo.*

Ergoterapeut je také člen multidisciplinárního týmu docházející ke klientům domů. Ergoterapie dle Krivošíkové (2011) pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to i přes jejich postižení či disabilitu. Tyto činnosti by

měly být především smysluplné pro klienta nebo aby jejich vykonávání považoval za důležité a potřebné (Krivošíková, 2011). Krivošíková (2011) dále uvádí, že důležitým faktorem je vztah klient/ergoterapeut. Je důležité budovat vzájemnou důvěru prostřednictvím správně navázané komunikace a dále pracovat na společném cíli. Z výzkumu ovšem vyplývá rozpor s autorkou, kdy se u jednoho klienta objevila odpověď, že ergoterapeutka byla *taková odměřená, ne odměřená ale taková strohá, příkaz příkaz, její přístup k těm lidem není takovej* (klient B). Došlo i k tvrzení, že ergoterapie byla *k ničemu, nepomohlo, ona mi dala lžici a já jsem málem rozbil talíř* (klient B). Mezi klientem a odborníkem došlo dle mého názoru k nedorozumění. Klient potřeboval vysvětlit, k čemu daná činnost je a proč je dobré pracovat na jejím rozvoji. Z výzkumu také vychází, že klienti byli naopak s prací ergoterapeutky spokojeni. *Bylo to fajn, i ten příjemný přístup, snažila se pomoci, co doma chybí, nechybí... Doporučila mi ortézu na kotník a další pomůcky, o kterých jsem nevěděl* (klient G). V rozporu s klientem B je i odpověď klienta K, který tvrdí, že: *Ta ergoterapie doma, to bylo dobrý. Že se může v kuchyni podívat a poradit, jak vzít třeba bramboru do ruky jinak nebo kuličky na prádlo, ono stačí málo, jen to jinak uchopit a pak to už člověk zvládne. Ale musí vědět, jak na to. To je důležitý, a to vám nikdo jen tak neukáže* (klient K).

Dalším členem týmu je sociální pracovník, který docházel do rodiny dle harmonogramu projektu, jednou za měsíc po dobu tří měsíců a následně jednou za tři měsíce. Roli sociálního pracovníka definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 109, odst. 1, který říká, že *Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*. Četnost návštěv sociálního pracovníka v domácím prostředí klienta byla nastavena na frekvenci jednou za tři měsíce. Z výzkumu je zřejmé, že potřebnost návštěv u klientů je vyšší. Potvrzuje to i klient G, který tvrdí: *Perfektně vyplněný čas, bylo to v pořádku, pomohlo by mi ale, kdyby chodily častěji*. Definici role sociálního pracovníka potvrzuje i člen týmu *my vlastně provádíme sociální poradenství, že jo, když jim radíme, kam mají jít s tou žádostí, na koho se obrátit, když chtějí schodolez a tak...(AM)*. Z výzkumu je patrné, že někteří klienti nedokáží správně pochopit kompetence sociálního pracovníka. Potvrzuje to výpověď klienta E: *Bylo to popovídání spíš si o problémech, jo,*

ale jako, myslím, si že vy sami máte dost málo kompetencí k tomu, abyste mohli něco vyřešit. Ale to není vaše chyba nebo vina. Výpověď klienta potvrzuje i člen týmu, který odpověděl: *Já jsem si připadala, jako proč tady vlastně jsem, když nemám tu kompetenci přímo ani nejsem zaměstnanec, a ve chvíli, kdy pacientům řekneš, že jsi student, tak klesá tvoje hodnota u nich a taky už to není úplně...ne u všech, ale někteří se pak začnou obracet jinam (KP).* Sociální pracovník tedy dle výzkumu v rodinách působil jako psychická podpora a člověk, na kterého se klienti mohou obrátit v případě potřeby. S klienty jsme navázali často i přátelský vztah, což potvrzuje výpověď člena rodiny klienta D: *Jo to povídání bylo fajn, je to taky taková psychická podpora. Mohli byste chodit častěji, myslím to v tom dobrým, byla bych ráda, i kvůli tatkoví, že si takhle povídá s někým. Je to takový odreagování.* Úlohou sociálního pracovníka je pomoc a podpora klienta a jeho zpětné začlenění do společnosti obvyklým způsobem v dané společnosti (Epstein, 2014). Matoušek (2013) a Epstein (2014) píší, že sociální pracovník nepracuje pouze s klienty, ale zabývá se i jeho rodinou a okolím. Úkolem sociálního pracovníka je vnímat klienta komplexně, s důrazem na jeho bytí, vztahy a prostředí, a nikoliv jeho chorobu (Čípková, 2015). Navázání vztahu jak s klientem, tak jeho rodinou je podstatné pro všechny odborníky pečující o klientovo zdraví. Rodina klienta B byla jednou, u které bylo zřejmé zlepšení psychické pohody a zlehčení atmosféry mezi manželi při příchodu některého člena týmu: *Vy jste mě psychicky podržely jo, ja ze začátku jsem to zvládala a pak to na mě padlo prostě říkala jsem si, co já tady...a pak jste přišly, jak jste se mnou promluvili, vy jste mě fakt jako podržely.*

Mezi silné stránky projektu patří mimo jiné nabytí nových zkušeností a schopností členů týmu. Dle Kolajové (2006) společné hledání řešení rozvíjí kreativitu, netradiční nápady a také podněcuje k vyšším výkonům. Podnětem k hledání nových způsobů práce je skutečnost, že tým ví, co má vytvořit – zná cíl a hledá k němu cestu. Mezi hlavní přínosy týmové spolupráce řadí Horvátová (2008) například spojení znalostí jednotlivých členů týmu, která přispívá ke kvalitnější odvedené práci. Toto tvrzení podporuje výpověď člena týmu: *Ale zase mi to třeba dalo znalosti, neříkám, že jsem fyzioterapeut, ale už začnu rozumět, když začnou holky mluvit, tak jako jen slepě nekoukám, už aspoň rozumím, co říkají, nebo když mi dá paní přečíst zprávu a chce po mě přeložit, co tam říkají, tak už jsem kolikrát schopná jí říct, co je v té zprávě, ač nevím, jak jsem se k těm znalostem dostala, asi to vyplynulo z toho, co se tady říká. Takže asi to společný setkávání různých profesí je dobrý pro každého (KP).* Setkávání různých odborníků s sebou nese spoustu pozitiv v práci s klienty. Objevuje se zde názor klienta J, který říká: *Je vás hodně, tak*

můžete všechno řešit společně. Víc hlav víc ví (klient J). Tvrzení klienta je podloženo výrokem autorky Kolajové (2006), která tvrdí, že „tým víc ví“ znamená, že každý člen má nějaké zkušenosti, dovednosti, či znalosti. Stejně tak svůj způsob myšlení a vidění světa. Při práci v týmu se zkušenosti a dovednosti jednotlivců kombinují, na problém je nahlíženo z různých úhlů pohledu a tím se i nabízejí širší možnosti řešení (Kolajová, 2006). Dochází tak i k rozvoji každého člena týmu, a to komunikací a vzájemnou spoluprací.

Multidisciplinární tým a koordinovaná rehabilitace u klientů po poškození mozku s sebou nese i slabé stránky v péči o tyto klienty. Negativem týmové spolupráce označuje Kolajová (2006) přizpůsobování se určitým normám a pravidlům, nutnost společného cíle a někdy i časovou náročnost spolupráce v týmu. Časová náročnost je jednou ze zásadních negativ projektu GAJU. Největším problémem je fakt, že členové týmu jsou mimo projekt zaměstnáni na hlavní pracovní poměr ve svém zaměstnání a druhá skupina členů jsou studenti. Je velmi obtížné setkávání všech členů týmu v jeden čas na jednom místě.

Úkolem sociálního pracovníka jako koordinátora týmu je informovat členy týmu o termínu porady a dohlédnout na to, aby si členové týmu plnili své povinnosti. S tím je spojený fakt, že koordinátor projektu GAJU je student, který má vzhledem ke své pozici nejnižší stupeň vzdělání. V týmu toto není dobrá pozice, jelikož se sociální pracovník v roli koordinátora nemusí cítit bezpečně. Potvrzuje to výpověď člena týmu KP, který po čas působení v projektu prováděl funkci koordinátora: *Myslím si, že koordinátor by neměl být student na nejnižším postu. Mě se zvlášť ze začátku, ani jsem se do té komunikační koordinační funkce nedostala, protože já nemůžu koordinovat MH, zvlášť ze začátku jsme se neznali, teď jsme si potykali a já bych jí měla vydávat rozkazy, nešlo to dobře ani od ní ani de mě. Já můžu dělat, papíry, můžu vyřizovat po internetu, ale nejde to úplně, z nízký pozice studenta tohle nejde dělat, možná teď už by to šlo líp, když už se známe, ale ze začátku to nešlo mi to bylo i nepříjemný, nemůžu chtít řešerše po někom kdo má o 3 tituly víc než já.* Je nutné doplnit, že koncepce projektu GAJU je právě zapojení studentů, kteří mají nabýt tyto kompetence.

Mezi nevýhody nebo slabé stránky projektu byla zařazena pasivita některých členů týmu. Horvátová (2008) uvádí, že týmovou práci mohou negativně ovlivnit určité rušivé momenty, které nazývá kritické faktory. Mezi tyto faktory patří například ztráta zájmu o týmovou práci či pasivitu. Pasivita v projektu dle mého názoru nastala v momentě, kdy členové týmu nepovažují projekt jako prioritní bod zájmu. Činnosti spojené s plněním povinností v rámci projektu nechávají členové často na později a tím se projekt protahuje

a nenastává kontinuita péče. K Horvátové (2008) se přiklání i odpověď člena týmu: *Šlo o to, že ty si po nás chtěla věci, který nikdo nechtěl dělat, takže člověk dlouhou dobu dělá jako že nic, a čeká, jestli se ten člověk ozve ještě jednou, jak moc to hoří a že to nebylo osobní, že ty něco chceš, ale to tom, že já mam něco udělat, já to vím, ale prostě jako.. teď musím rychle udělat něco jinýho, třeba to ještě počká, takže to nebylo o tom, že ty něco někomu rozkazuješ, a my nechceme tobě vyjít vstříc, ale že my máme povinnosti, který se nám nechtějí dělat, nebo na to nemáme čas (MBI)*. Nechutí pracovat nebo plnit povinnosti projektu může tým, ale i fungování projektu vážně ohrozit.

Koordinovaná rehabilitace u osob po poškození mozku a CMP v domácím prostředí je krokem dopředu v péči o klienty. Důležitými faktory u klientů s tímto onemocněním je dle Lippertové – Grünerové (2015) individuální přístup, návaznost a koordinovanost, multidisciplinární posouzení, včasnost, dostupnost a komplexnost. Velkou příležitostí vyplývající z výzkumu projektu GAJU by bylo přijetí návrhu zákona o koordinované rehabilitaci, který v minulých letech navrhovali MPSV, MŠMT a MZ, jejichž cílem bylo prosadit zákon o koordinaci osob se zdravotním postižením, který by podporoval provázanost a spolupráci jednotlivých složek rehabilitace a zaměřil se na jejich legislativní i věcné podmínky (Merhautová, 2015). Návrh věcného záměru zákona o koordinaci rehabilitace byl předložen MPSV vládě ČR do 31. 5. 2018 (Merhautová, 2017). Zákon nebyl přijat.

Možná zkreslení výzkumu

U výzkumů se společenskovedním zaměřením se dle Schatzmana et al. (1973) vyhnout prakticky nedá. Ke zkreslení výsledků výzkumu mohlo dojít hned z několika důvodů. Jedním z důvodů zkreslení mohla být nedůvěra klientů vyjádřit své postoje a názory na jednotlivé členy týmu, vzhledem k tomu, že tazatelé byli z velké části sociální pracovníci, kteří s klienty po dobu projektu spolupracovali. Někteří klienti se mohli bát vyjádřit negativní názor na fungování projektu, jelikož byl projekt zdarma, a tím mohli nabýt dojmu, že by měli být vděční a ne kritičtí. K některým zkreslením mohlo dojít při přepisu odpovědí od klientů na papír a následně při kódování odpovědí.

K dalšímu zkreslení mohlo dojít v důsledku časového omezení projektu. Bylo by zajímavé zjistit, jak by klienti vnímali multidisciplinární tým, kdyby ke klientům docházeli v delším časovém období.

Ke zkreslení výpovědí členů týmu pro focus group mohlo dojít z důvodu strachu vyjádřit svůj názor před všemi členy. Obava mohla nastat i v případě, že člen týmu vyjádřil nelibý názor na jiného člena týmu, což mohlo ovlivnit vztahy mezi členy týmu.

Výsledky mohly být ovlivněny náladou a subjektivními pocity jak klientů zařazených do projektu, tak členů multidisciplinárního týmu.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na problematiku koordinované rehabilitace a fungování multidisciplinárního týmu u klientů po poškození mozku a CMP bezprostředně po propuštění z nemocnice do domácího prostředí.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se popisuje koordinovanou rehabilitaci, její historii, rozdělení a základní principy. S koordinovanou rehabilitací úzce souvisí multidisciplinární tým. V teoretické části je dále popsáno složení, cíle, ale i klady a zápory multidisciplinárního týmu. Další kapitoly jsou zaměřené na charakteristiku poškození mozku, konkrétně na cévní mozkovou příhodu, traumatická poškození a nádorová onemocnění mozku.

Ve výzkumné části je popsána metodika sběru a zpracování dat, charakteristika výzkumného souboru a etická pravidla.

Cílem diplomové práce bylo popsat, jak funguje multidisciplinární tým z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu v rámci projektu GAJU. Pomocí výzkumných otázek bylo zjišťováno, jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu klienti zapojení do projektu GAJU a jak vnímají činnost multidisciplinárního týmu členové projektu GAJU, kteří realizují koordinovanou rehabilitaci v terénu.

Tato diplomová práce vznikla jako součást projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)". Do projektu byli zapojeni pacienti po cévní mozkové příhodě a také pacienti po poškození mozku.

Při sběru dat byla použita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly s dvanácti klienty projektu a dvanácti členy týmu. Základním kritériem výběru klientů bylo zachování komunikačních schopností – tedy schopností účastnit se řízeného rozhovoru na základě dotazníku – FIM a WHODAS 2. i doplňujících otázek k sociální oblasti i metodám a technikám fyzioterapie.

Z výzkumu je zřejmé, že hlavním článkem multidisciplinárního týmu u klientů po poškození mozku je fyzioterapeut vzhledem k jeho časté docházce ke klientovi. V péči o klienta je ovšem podstatný také ergoterapeut, který navrhuje pomůcky a úpravy bytu na míru požadavkům každého klienta. Sociální pracovník zde vystupuje hlavně jako psychická a informační podpora a napomáhá klientovi při uplatňování jeho práv. Z výzkumu vyplynulo, že četnost návštěv odborníků v domácím prostředí je nedostatečná. Klienti by ocenili častější docházení ergoterapeuta a sociálního pracovníka.

Byla by vhodná spolupráce s dobrovolníky, kteří by za klienty docházeli a dělali jim společnost na procházkách i v běžném životě. Multidisciplinární tým je důležitou položkou v klientově rekonvalescenci a má za úkol podpořit v co možná největší míře klientovo zdraví či znovunavrácení do běžného života.

Z výzkumu dále vyplývají vnitřní vlivy, kterými jsou silné a slabé stránky projektu. Silné stránky jsou rozděleny na silné stránky pro klienta a silné stránky pro multidisciplinární tým. Mezi silnými stránkami pro klienta najdeme například socializaci klientů díky časté docházce fyzioterapeuta do domácího prostředí. Dále se zde objevuje zmocňování klienta, znovunavrácení klientů do pracovního procesu, či psychická podpora od členů týmu. Mezi silnými stránkami pro tým pak můžeme najít například dobrou komunikaci mezi členy týmu, docházení po skupinkách ke klientům či nalezení společného řešení v plnění individuálního plánu s klienty. Mezi slabými stránkami nalezneme například neorganizované schůzky členů týmu. Dále v týmu chybí struktura práce a porad. Jednou ze slabých stránek je pak také časová a finanční náročnost.

Z výzkumu dále vyplývají vnější vlivy, kterými jsou příležitosti a hrozby. Mezi příležitostmi spadá například fakt, že projekt je studentský, a tak skýtá mnoho nového pro členy týmu. Je zde příležitost naučit se něco nového od služebně starších členů týmu v rámci setkání různých profesí. Jako hrozbu považuji například obměňování členů týmu a příchod nových členů, což s sebou nese zátěž v podobě opětovného zaučování nováčků. Další hrozbou je neschválený zákon o koordinované rehabilitaci s čímž souvisí zpožděné přiznávání dávek sociálního zabezpečení.

V péči o klienta po získaném poškození mozku je důležitá podpora ve všech složkách koordinované rehabilitace. V multidisciplinárním týmu by neměl chybět tzv. case manager, který bude jednat v zájmu klienta a jeho rodiny a zároveň bude koordinátorem týmu GAJU. S týmem si koordinátor nastaví jasná pravidla spolupráce, hlavně to, jak bude docházet k předávání informací, jak časo budou probíhat schůzky týmu, kteří odborníci se budou podílet na klientově rehabilitaci. Nejasnosti v kompetencích jednotlivých členů týmu by mohlo vyřešit legislativní ukotvení koordinované rehabilitace.

Diplomová práce bude sloužit k poskytnutí zpětné vazby projektu GAJU. Výstupy z výzkumu budou publikovány v rámci monografie z projektu GAJU a publikačních výstupech.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ABDUL AZIZ, A.F., MOHD NORDIN, N.A., ALI, M.F., ABD AZIZ, N.A., SULONG, S.C, ALJUNID, S., 2017. *The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): A shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services*. BMC Health Services Research. 17(1), 35. Doi: 10.1186/s12913-016-1963-8
2. ABZ: slovník cizích slov. [online]. 2017 [cit. 23.11.2017]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/multidisciplinari>
3. BABUR, NAVEED, M., ULLAH, H., SHIASTA, FAROOQ, NOUREEN, 2017. *Perception towards multidisciplinary team approach in stroke rehabilitation: A qualitative study*. Pakistan Armed Forces Medical Journal. 67(1), 171-175. ISSN: 0030-9648
4. BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ V., 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. [online]. Praha: VUPSV. 73 s. ISBN 978-80-7416-102-5. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf
5. CALABÒ, R.S., DE LUCA, R., LEO, A., NARO, A., et al. 2015. *Innovations in stroke rehabilitation: From research to clinical practice*. Horizons in Neuroscience Research. 18, 111-125. ISBN: 978-163482382-1;978-163482368-5
6. CEREBRUM, © 2010. *Analýza současné situace dostupnosti vybrané zdravotní a sociální péče a rehabilitace pro pacienty po získaném poškození mozku v České republice*. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/popis-soucasne-situace/analyzasoucasne-situace-dostupnosti-vybrane-zdravotni-a-socialni-pece-a-rehabilitace-propacienty-po-ziskanem-poskozeni-mozku-v-cr.html>
7. CEREBRUM, © 2010. *Multidisciplinární přístup a vzájemná spolupráce*. [online]. [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/doporuceni-k-systemu-pece/multidisciplinari-pristup-a-vzajemna-spoluprace.html>
8. ČERMÁK, I., T. ŘIHÁČEK, R. HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.
9. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011. *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>

10. ČÍPKOVÁ, I., 2015. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*. Sociální práce. [online]. [cit. 2017-12-09]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>
11. DEBROUWERE, I., LEBEER, J., PRINZIE, P., 2016. *The use of the international classification of functioning, disability and health in primary care: Findings of exploratory implementation throughout life*. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. 27(2), 57-76. Doi: 10.5463/DCID.v27i2.511
12. DOBIÁŠ, V., 2007. *Urgentní zdravotní péče*. Martin: OSVETA. 178 s. ISBN 978-80-8063-258-8. Doi: 10.1080/21679169.2016.1229027
13. EPSTEIN, N., 2014 *Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review*. *Surgical Neurology International*. 5(8): 295-. DOI: 10.4103/2152-7806.139612
14. GRASSEOVÁ, M., DUBEC, R., ŘEHÁK, D., 2012. *Analýza podniku v rukou manažera*. 2. vyd. Brno: BizBooks, ISBN 978-80-265-0032-2.
15. HANUŠ, P., 2007. *Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný*. Sociální práce/Sociálna práca. s. 6. ISSN 1213-6204
16. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4
17. HORVÁTOVÁ, P., 2008. *Týmy a týmová spolupráce*. ASPI – Wolters Kluwer. s. 200. ISBN 978-80-7357-390-4
18. JANKOVSKÝ, J., 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: TRITON, 158 s. ISBN 80-7254-192-7
19. JANKOVSKÝ J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*, 2. doplněné vydání. Praha: Triton, ISBN 807254-730-5.
20. JANKOVSKÝ, J., 2007. *Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu*. Sociální práce/Sociálna práca. s. 97- 105. ISSN 1213-6204
21. JONES, T.A. 2017. *Motor compensation and its effects on neural reorganization after stroke*. Nature Reviews Neuroscience. 5, 267-280. Doi: 10.1038/nrn.2017.26
22. KELNAROVÁ, J., a kol., 2013. *První pomoc II. Pro studenty zdravotnických oborů 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4200-7

23. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
24. KOLÁŘ, P., 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
25. KOLÁŘ, P., BITNAR, P., DRYHONOVÁ, O., a kol., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1
26. KÖRNER, M., LIPPENBERGER, C., BECKER, S., REICHLER, L., MÜLLER, C., ZIMMERMANN, L., RUNDEL, M.B, BAUMEISTER, H., 2016. *Knowledge integration, teamwork and performance in health care*. Journal of Health, Organisation and Management. 30(2), 227-243. Doi: 10.1108/JHOM-12-2014-0217
27. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. s. 368. ISBN 978-80-247-2699-1
28. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7
29. KUZNÍKOVÁ, I., MALÍK HOLASOVÁ, V., 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. s. 96. ISBN 978-80-7368-987-2.
30. LAKOMÝ, R., 2006. *O nádorech mozku a míchy*. In: www.linkos.cz [online]. [cit. 16.11.2017]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-mozku-a-cns-c70-72/o-nadorech-mozku-a-michy>
31. LÁVIČKOVÁ, J., 2005. *Sociální důsledky CMP pro nemocného a jeho rodinu*. [online]. [cit. 16.11.2017]. Dostupné z:
32. LINHARTOVÁ, V., 2013. *Týmová práce je efektivnější*. In: [Linkos.cz](http://www.linkos.cz) [online].10.06.2013 [cit. 23.11.2017]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/pomoc-zdravotnikum/tymova-prace-je-efektivnejsi/>
33. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.
34. LOUČKOVÁ, I., 2013. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-86429-79-3.
35. MAS, M.À., INZITARI, M. 2015. *A critical review of Early Supported Discharge for stroke patients: From evidence to implementation into practice*. International Journal of Stroke. 10(1), 7-12. Doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00950.x

36. MERHAUTOVÁ, I., 2015. Záměry MPSV v oblasti zdravotně-sociální péče. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-07-12]. Dostupné z: <http://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/76114/64000> 38.
37. MERHAUTOVÁ, I., 2017. Koordinace rehabilitace. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-07-12]. Dostupné z: https://www.azzp.cz/images/dokumenty_na_web/Konference_Senat_171130/koordinace-rhb-1v3.pdf
38. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4
39. MOÚ, 2017. *Národy mozku a míchy*. Brno: Masarykův onkologický ústav. [cit. 16.11.2017]. Dostupné z <https://www.mou.cz/nadory-mozku-a-michy/t4152>.
40. NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M. NEUBAUER, K. 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 136 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
41. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
42. PALLESEN, H., BUHL I. 2016. *Interdisciplinary facilitation of the minimal participation of patients with severe brain injury in early rehabilitation*. European Journal of Physiotherapy. 19(1) 13-23.
43. PALMER, J., PALMER, S., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici*. Praha: Portal. 224 s. ISBN 978-80-262-3048-3
44. PFEIFFER, J. a kol., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
45. PFEIFFER, J., O. ŠVESTKOVÁ, 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing, 280 s. ISBN 978-80-2471587-2.
46. POWELL, T. J., 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
47. PRÁŠKOVÁ, A., 2018. *Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
48. RANDSTRÖM, K.B., WENGLER, Y.A, ASPLUND, K.B, SVEDLUND, M.A, 2014. *Working with 'hands-off' support: A qualitative study of multidisciplinary*

- teams' experiences of home rehabilitation for older people*. International Journal of Older People Nursing. 9(1), 25-33. Doi: 10.1111/opn.12013
49. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
50. RENONTIEROVÁ, M., 2003. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 85 s. ISBN 80-244-0532-6
51. ROCCA, A., PIGNAT, J.-M., et al. 2016. *Sympathetic activity and early mobilization in patients in intensive and intermediate care with severe brain injuries: A preliminary prospective randomized study*. BMC Neurology. 16(1), 13, 169. Doi: 10.1186/s12883-016-0684-2
52. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2
53. ŠKODA, O., 2016. *Léčba ischemických CMP v České republice - pohled neurologa*. In: Zdravi.euro.cz [online]. [cit. 19.11.2017]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-ischemicky-ch-cmp-vceske-republice-pohled-neurologa-482355>.
54. ŠKODA, O., HERZIG, R., MIKULÍK, R., et al., 2011. *Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou. Národní sada klinických standardů*. Praha: Národní referenční centrum, s. 1–39. [cit. 6.11.2017]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-ischemicky-ch-cmp-vceske-republice-pohled-neurologa-482355>.
55. VILÍMOVSKÝ, M., 2012. *Mozková mrtvice: prevence, příznaky, následky a rehabilitace*. In: cs.medlicker.com [online]. [cit. 6.11.2017]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/24-mozkova-mrtvice-prevence-priznaky-nasledky-a-rehabilitace>
56. VOJTKO, T. 2010. In NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M. NEUBAUER, K. 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 136 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
57. VOTAVA, J., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN: 80-246-0708-5
58. Vyhláška č. 55/2011 Sb. *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, 2011. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 20, s. 482 – 544. ISSN 1211-1244

59. WHO, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
60. WHO, 2006. In ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011. *Osud koordinované rehabilitace*. Praha: MPSV. [online] [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
61. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37, s. 1257 – 1289, ISSN 1211-1244
62. Zákon č. 435/2004 Sb., *o zaměstnanosti*, 2009. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 22, s. 842-904. ISSN 1211-1244
63. Zákon č. 95/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů*. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 72, s. 2065-2085. ISSN 1211-1244

8 SEZNAM OBRÁZKŮ A SCHÉMAT

Obrázek 1: Kruhová péče

Obrázek 2: Péče o osoby po příchodu z nemocnice

Obrázek 3: Členové multidisciplinárního týmu

Obrázek 4: Pozitiva multidisciplinárního týmu

Obrázek 5: Negativa multidisciplinárního týmu

Obrázek 6: Fyzioterapeut z pohledu klienta

Obrázek 7: Ergoterapeut z pohledu klienta

Obrázek 8: Sociální pracovník z pohledu klienta

Obrázek 9: Silné stránky

Obrázek 10: Slabé stránky

Obrázek 11: Příležitosti

Obrázek 12: Hrozby

Obrázek 13: Návrh spolupráce členů týmu

Schéma 1: SWOT analýza

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Otázky k závěrečnému rozhovoru s klientem

Příloha 2: Publikovaný článek

Příloha 1: Otázky k závěrečnému rozhovoru s klientem

ZHODNOŤTE PÉČI PO PŘÍCHODU Z NEMOCNICE:

Co Vám nejvíce pomohlo?

Kdo Vám nejvíce pomohl?

Chybělo Vám něco?

Kdo všechno k Vám docházel/dochází?

Fyzioterapeut

- Jeho práce pro Vás byla:
- Zhodnoťte čas, který Vám byl věnován:
- Zhodnoťte prosím komunikaci fyzioterapeuta:

Když jste uvedl/a, že komunikace byla „velmi špatná“, proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „velmi špatná“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byla „výborná“?

- Zhodnoťte, jak Vám fyzioterapie pomohla..

Ergoterapeut

- Jeho práce pro Vás byla:
- Zhodnoťte čas, který Vám byl věnován:
- Zhodnoťte prosím komunikaci ergoterapeuta:

Když jste uvedl/a, že komunikace byla „velmi špatná“, proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „velmi špatná“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byla „výborná“?

- Zhodnoťte, jak Vám ergoterapie pomohla..

Sociální pracovník

- Jeho práce pro Vás byla:
- Zhodnoťte čas, který Vám byl věnován:
- Zhodnoťte prosím komunikaci sociálního pracovníka:

Když jste uvedl/a, že komunikace byla „velmi špatná“, proč tomu tak bylo? Z jakého důvodu byla „velmi špatná“? Jak by to podle Vás mělo vypadat, aby byla „výborná“?

- Zhodnoťte, jak Vám sociální pracovník pomohl..

Další odborník (doplň klient)

- Jeho práce pro Vás byla:

- Zhodnoťte čas, který Vám byl věnován:
- Zhodnoťte prosím komunikaci odborníka:
- Zhodnoťte, jak Vám pomohl...

Kdo Vám pomáhal (z projektu)?

Popište, jak tito lidé spolupracovali...

Zhodnoťte, zda Vám tato spolupráce nějak pomohla...

Co Vám na práci jednotlivých odborníků vadilo?

Co byste doporučil/a aby dělali tito odborníci lépe?

Jaká pozitiva Vám může spolupráce mezi členy týmu přinést?

Jaká negativa Vám může spolupráce mezi členy týmu přinést?

Máte nějaké další podněty, postřehy?

Příloha 2: Pulikovaný článek

COORDINATED REHABILITATION FROM PATIENT'S PERSPECTIVE AFTER BRAIN DAMAGE

Bc. Andrea Matejkova ¹

Assoc. Prof. Mgr. et Mgr. Jitka Vackova, PhD. ¹

Bc. Anna Praskova ¹

Bc. Jana Jirkova ¹

Bc. et Bc. Edita Hanzalova ¹

¹Faculty of Health and Social Studies, University of South Bohemia in České Budějovice

Brain diseases or injuries are often accompanied by a serious neurological deficit and by a considerable socio-cultural problem. Coordinated approach under use of all rehabilitation elements is needed from the beginning of the disease. Coordinated rehabilitation includes a multidisciplinary team based on mutual cooperation of several experts from different branches. But the cooperation of such experts is often missed by patients after returning to their natural home environment. So the burden of the situation is often only on the patient or the patient's family.

The study was aimed at describing how the multidisciplinary team works from the perspective of the brain damage patient within the GAJU project called "Coordinated rehabilitation of patients with brain damage (reg. No. GAJU 138/2016/S)". The project included patients after a cerebrovascular stroke, as well as patients after brain injury. The basic criterion of the selection of consisted in in preserved communication capabilities - i.e. the capability to get involved in structured interview based on questionnaires - FIM and WHODAS, as well as additional questions on social area and methods and techniques of physiotherapy.

After returning from the hospital, the presence of the family is the most important for the patients. The patients were assisted by a multidisciplinary team who regularly visited the home environment. The team included physiotherapists, ergotherapists, social workers and physicians. In view of frequent visits of the physiotherapist, the patients often

perceive that professional as the crucial one during recovery. Not less important is the ergotherapist whose work at fine motor skills or familiarization with aids is praised. The social worker is perceived by the patients rather as psychic or informative support. The positive aspects include for example the visits of the team to the patient's home, the cooperation of the team members or the client's development by all support forms. The negative aspects include for example the absence of practical training of some team members, but also the unsuitable form of data acquisition through questionnaires.

The presence of the multidisciplinary team constitutes the main element of the patient's subsequent therapy after brain damage.

Key words: coordinated rehabilitation, brain damage, multidisciplinary team, physiotherapy, ergotherapy, social work.

INTRODUCTION

The coordinated rehabilitation system allows purposeful interconnection of professional activities in therapeutic, social, educational or working area with the help of a multidisciplinary team. It is an efficient approach to the therapy of persons after brain damage. At present there are only few organizations dealing with follow-up therapy of clients after brain damage. For the coordinated rehabilitation to work well, the presence of a multidisciplinary team is indispensable. The GAJU project called "Coordinated rehabilitation of patients with brain damage" (reg. No. GAJU 138/2016/S) approached professionals from the areas of physiotherapy, ergotherapy and social work. The team must necessarily include also a physician or a psychologist.

The study describes how the multidisciplinary team works from the perspective of a brain damage patient, included in the GAJU project. Within the study, the patient evaluated the work of the physiotherapist, ergotherapist and social worker, primarily the time that was devoted to the patient, the work of the individual professionals and also the communication. Furthermore, the clients also considered the cooperation of individual professionals and focused on the positive and negative aspects of the cooperation of the multidisciplinary team in the home environment.

The study was implemented within the project of the Faculty of Health and Social Sciences, called "Coordinated rehabilitation of patients with brain injury" (reg. No. GAJU 138/2016/S), funded by the Grant Agency of the University of South Bohemia.

COORDINATED REHABILITATION AND MULTIDISCIPLINARY TEAM

The coordinated rehabilitation is a mutually interconnected, coordinated and goal-directed process built on the basic principle of minimizing direct and indirect long-term or permanent consequences of the individual's handicap. If the health handicap has some consequences, the main goal of the rehabilitation consists in the fastest and broadest connection of the individual rehabilitation components, with great stress on timely intervention [1]. The components of coordinated rehabilitation include the therapeutic, social, pedagogical and working rehabilitation [2]. Coordinated rehabilitation must be based on several principles, i.e. individual approach, timely start of rehabilitation, interconnection and coordination of the rehabilitation components, multidisciplinary assessment, as well as availability of social services [3].

The multidisciplinary team can be described as a group of cooperating persons who have common time-limited goals and depend on each other when achieving the goals [4]. The rehabilitation implemented at such interdisciplinary level usually starts in the health care facilities where the rehabilitation system includes primarily health care workers like physicians, physiotherapists, ergotherapists, speech therapists and other professionals [5]. The multidisciplinary team structure is important for the team to work well [4]. When putting the team together, the structure and division of roles and competences with binding preset rules is essential [6].

Brain damage and brain stroke

Brain damage is defined as damage as live brain tissue, primarily caused by external mechanical forces [7]. The most frequent causes of brain injury include a blow to the head and subsequent post-traumatic damage of nerve cells leading to their local damage or diffuse damage of nerve cells, brain swelling, brain or meninges haemorrhage subdural bleeding [8]. Brain damage is divided into primary, secondary and tertiary injury. The primary injury is caused by the primary blow leading directly to the brain damage [7]. The secondary injury, occurring in the subsequent minutes, is caused by insufficient brain oxygenation. If the injury occurs in subsequent days or months, it is called tertiary injury, which is caused by bleeding, contusion and swelling damaging the brain tissue [7].

Brain stroke is defined as sudden loss of brain function caused by necrosis of brain cells [9]. Brain stroke may be the final consequence of diseases that have developed for several years, or it may be a sudden unexpected event in an otherwise healthy individual [9]. Individuals with acute brain stroke usually have mobility disorders in one body side, they are confused, act unusually and are like beside themselves; they often have slacked mouth corner or face on the affected side [10]. Coordinated rehabilitation should be started immediately after the brain stroke, as it is very probable for the individual to get back as many as possible lost functions and fully recover. However, the physiotherapy or ergotherapy techniques may bring good results also later, even years after the brain stroke [11].

GOALS AND METHODS

The study was aimed at describing how the multidisciplinary team works from the perspective of a brain damage patient, included in the GAJU project.

The project included 11 patients after a brain stroke, as well as patients after brain injury. The study was focused on ascertaining how the multidisciplinary team works in the home environment in the time from the stroke to three months from the release from the hospital; the basic patient selection criterion consisted in preserved communication abilities - i.e. the capability to take part in a structured interview based on the FIM and WHODAS questionnaires [12]. The data collection made use of the method of qualitative research strategy and of the technique of semi-structured interview [13]. The interviews were made with patients after brain damage and brain stroke, after reaching 3 months from entering the project. The interview was implemented by social workers and focused on the evaluation of the care of the multidisciplinary team. The patient evaluated the work, time, communication and cooperation of individual professionals cooperating at the patient's health condition and social situation.

RESULTS

The results are divided among individual professionals of the multidisciplinary team who cared for the patients during the project. The professionals were: physiotherapists, ergotherapists, social workers and physicians and, for some patients, also the general

practitioners and psychologists. The clients are marked with letters, in order to preserve their anonymity.

Care after arrival from the hospital

The most important point after the patient's arrival from the hospital is the family. The family provides the brain damage client with feeling of safety and certainty that something can be done even in an adverse social situation. *"Primarily my mother and my daughter. She helped me with everything. She arranged everything at the welfare department, they adapted the flat, and so on"* (client D). The family is also the mediator between the client and the social service system.

The follow-up care after the return from the hospital is insufficient for some clients; there actually are no facilities to care for the brain damage patient in the home environment. The clients often miss basic information where to turn or whom to approach. *„They release me from the hospital and don't find a neurologist for me. I don't know whether it is important or not, but everybody after brain stroke I talked to, everybody goes to a neurologist to check them. Nobody gave me anything like that. And as for the cooperation with the employment office, that is a disaster. I received nothing, and god knows when it will arrive“* (client E).

Multidisciplinary team members

The team that regularly visits the client should be comprehensive first of all. *„The comprehensive character for sure; you informed us for example that we could go to speech therapy, you helped us with the benefits, and so on. The interconnection is very fine. If we were not in the project, we would have to visit the professionals separately or arrange for everything by ourselves“* (patient D). Another feature of a correctly working team consists in the interconnection of individual members. *„I think it is good that you cooperate together. That I stay in contact with the hospital through you. Because when the arm hurt me, I told Edita about it, she probably discussed it with your doctor and they recommended me to visit the orthopaedist. I wouldn't have known whom to address“* (patient E). The information level is one of the basic features of each team member. Each member should have good grasp of other options for the client. In many cases, the brain damage client is alone to cope with the whole situation and must either go to a seniors'

home or ask somebody from the wider family for help. The team is often the only visitor to the client in home environment, as the individual after brain stroke is often disoriented or has problems with cognitive functions.

A positive aspect of the multidisciplinary team consists in visiting the home environment by always the same persons. In the course of the care for the client, bonds develop between the client and the individual team members. In the course of time, the clients start to trust their therapists and consider them members of the family. „*She was just perfect, really; I could be telling him anything and he didn't obey, but as soon as Edita told him, he was just astonished by her*” (patient B). The negative aspects of the multidisciplinary team include a great number of unknown people at the initial visit to the client's home. „*The first time all of you came together; it was too many impressions at one time. And as it was shortly after my return home, I wasn't acclimatized. If two persons came, it would be better.*”

Physiotherapist

The physiotherapist is a crucial person of the team. He or she visits the families twice a week during three months. The physiotherapist is in permanent contact with the clients and is markedly involved in the client's rehabilitation. The physiotherapist is a professional who is well familiarized with the client's condition and current situation and is able to respond well to it. According to the study, the physiotherapy is the best means of coordinated rehabilitation. „*Well yes,...Markétka, she was here all the time. I couldn't even stand... And the tasks. Wow, that was cool. She always had some tasks and controlled them and I knew that I had to do them*“ (patient E)

The physiotherapist has the greatest degree of share in the improvement of the health condition. The client is regularly given tasks and exercises important for right recovery. The client has a limited time and the physiotherapist tries to make the best use of it. „*We made a lot of exercises, incessantly, we really made use of the whole hour*“ (patient H). The evaluation of the physiotherapy by the clients included in the GAJU project coincides in the most opinions. „*She is fantastic, kind, nice, consistent – I would like to stress that. She sometimes was more time here, she never considered time and she never arrived late*“ (patient A).

Ergotherapist

The ergotherapist is another member of the multidisciplinary team. The ergotherapist visits the families according to the indication of the rehabilitation physician, usually once a month. The ergotherapist ascertains the deficits of partial functions at common home actions or self-service. The ergotherapist also deals with the equipment of the home or flat and is charged with arranging the smoothest possible reintegration in common activities for the client.

The study shows that the ergotherapy should start in the hospital already. *„The ergotherapist in the hospital who trained walking with me. She had specific games in the computer. The computer was cool, I caught the balls in that thing and so on“* (patient C).

The ergotherapist brings different aids making everyday operation of the household easier to the client. The aids can include stimulation, support or teaching aids. They often help the clients to develop gross and fine motor skills. *„It was fine, including the kind approach; she tried to help with what was missing in the home... She recommended me an ankle orthosis and other aids I didn't know about“* (patient G).

Communication is another important factor in the relation with the client. Sometimes the communication content may be given to the client in a wrong form, which leads to misunderstandings or doubts. *„She was reserved, well, not reserved, but terse, command and command, her approach to the people is not such...“* (patient B). Every misunderstanding requires clarification of the situation and of the demands.

Social worker

The social worker is an indispensable team member. The social worker visits the client once a month to map the client's social situation. The social worker acts as advisor and confessor to the client. The social worker should have the coordinator's role in the team, have awareness of what is done for individual clients and what more can be done. The social worker is a mediator and informer among the team members. *„I think the organization is good, yes, it works fine, well, if somebody calls that you really will or will not come, that you inform us, yes, I think your mutual cooperation works well“* (patient E).

The social worker may act as psychological support in the client's family too. Mere talking about the problem and the resulting situation may be beneficial for the client's health or for the family. „*You gave me psychological support, yes, I coped with it at the beginning, and then I became frustrated, I said to me, what should I do here... and then you came, and as you talked to me, you really supported me*“ (patient B's wife). Patience should be one of the social worker's features. Clients after brain damage must often rely on themselves, and it is therefore very difficult to estimate in what situation and mood they just are. The social worker should support the client in the area of arranging for money, e.g. through mediation of information concerning welfare benefits. Furthermore, the social worker should help the individual to reintegrate into the social environment. „*It was good, it helped because we repeated everything somehow. My father discussed some benefits with you. And we talked about the assistance*“ (patient H).

The social worker's visits seem to be insufficient. Many clients would appreciate more frequent visits because of the psychological support. „*I am glad that pleasant people come here, it helps much to the psyche and it supports one. I looked forward to your visits, you should come more often and be here longer*“ (patient G).

Other professionals

Other professionals of the team include the rehabilitation physician. The rehabilitation physician visits the clients as needed and makes control checks after three months from the beginning of the care. The client is given a report for the general practitioner and subsequently, the condition is checked during 9 months from inclusion in the project.

In case of interest, the team may also approach a psychologist or another professional.

CONCLUSION

The study shows that the physiotherapist is the main member of the multidisciplinary team for brain damage patients, due to the frequent visits to the patient. However, the ergotherapist is also essential in the care for the client, because of suggesting aids and adaptation of the flat according to the requirements of each client. The social worker acts primarily as psychological and informational support and helps the client to exercise the applicable rights. The multidisciplinary team is an important asset in the client's recovery;

its task consists in supporting the client's health as much as possible or in the client's reintegration in common life.

The study results will be published in a monograph from the GAJU project and in publishing outcomes. Another outcome will consist in documentation for a proposal for increasing efficiency of coordinated rehabilitation.

References used

- [1] PFEIFFER, J. a kol., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
- [2] ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. *Osud koordinované rehabilitace*. Praha: MPSV. 2011 [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
- [3] LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. 2015. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.
- [4] HORVÁTOVÁ, P. *Týmy a týmová spolupráce*. ASPI – Wolters Kluwer. s. 200. 2008. ISBN 978-80-7357-390-4
- [5] JANKOVSKÝ J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*, 2. doplněné vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 807254-730-5.
- [6] LINHARTOVÁ, V. *Týmová práce je efektivnější*. In: Linkos.cz [online]. 10.06.2013 [cit. 23.11.2017]. 2013. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/pomoc-zdravotnikum/tymova-prace-je-efektivnejsi/>
- [7] POWELL, T. J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. 200 s. 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.
- [8] CEREBRUM. *Analýza současné situace dostupnosti vybrané zdravotní a sociální péče a rehabilitace pro pacienty po získaném poškození mozku v České republice*. © 2010. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/popis-soucasne-situace/analyzasoucasne-situace-dostupnosti-vybrane-zdravotni-a-socialni-pece-a-rehabilitace-propacienty-po-ziskanem-poskozeni-mozku-v-cr.html>
- [9] PALMER, J., PALMER, S. *Soužití s partnerem po mrtvici*. Praha: Portal. 224 s. 2013. ISBN 978-80-262-3048-3

- [10] VILÍMOVSKÝ, M. *Mozková mrtvice: prevence, příznaky, následky a rehabilitace*. In: cs.medlicker.com [online] [cit. 6.11.2017]. 2012. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/24-mozkova-mrtvice-prevence-priznaky-nasledky-a-rehabilitace>
- [11] ABDUL AZIZ, A.F., MOHD NORDIN, N.A., ALI, M.F., ABD AZIZ, N.A., SULONG, S.C, ALJUNID, S. *The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): A shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services*. BMC Health Services Research. 17(1), 35. 2017 Doi: 10.1186/s12913-016-1963-8
- [12] KRULOVÁ, A., VACKOVÁ, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Community-based rehabilitation system for people with acquired brain injury in the Czech Republic* {from the point of view of occupational therapist}. In: Brain Injury Journal. 31 (6-7), 852-3, 2017. DOI:10.1080/02699052.2017.1312145
- [13] VACKOVÁ, J., PECHOUŠKOVÁ, K., KRULOVÁ, A., MÍKOVÁ, M., BENDOVÁ, M. Coordinated rehabilitation of patients after brain damage - first study results. In 4th international multidisciplinary scientific conference on social sciences and arts SGEM 2017 Conference proceedings. Sofia, Bulgaria : STEF92 Technology Ltd., 51 "Alexander Malinov" Blvd. s. 441-446, 2017. ISBN 978-619-7105-95-7.

10 SEZNAM ZKRATEK

CMP – cévní mozková příhoda

GAJU – grantový projekt Jihočeské univerzity

IP – individuální plán

KR – koordinovaná rehabilitace

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠ – Ministerstvo školství

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

OSN – Organizace spojených národů

WHO – Světová zdravotnická organizace