



VÝSKUMNÁ ŠTÚDIA

Faktory efektivity a možné funkčné modely multidisciplinárnych tímov pri práci s rodinami v náročných situáciách



VÝZKUMNÁ ŠTÚDIA

Faktory efektivity a možné funkčné modely multidisciplinárnych tímov pri práci s rodinami v náročných situáciách



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Editor:

Miroslava Bruncková

Ďalší autori:

Miroslava Bozogánová, Miroslava Bruncková, Martin Ferletjak,
Ben Furman, Lenka Marenčíková, Martin Martinkovič,
Lenka Martinkovičová, Katarína Medzihorská, Oľga Okálová,
Loek Schoenmakers, Veronika Šebeková, Přemysl Ulman

Recenzenti:

Pavel Nepustil, Veronika Luksa

1. VYDANIE

©VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Hrabovská cesta 5512/1A, 034 01 Ružomberok
<http://ku.sk>, verbum@ku.sk
<http://www.multidisciplinarity.eu/>



ISBN 978-80-561-0977-9

Ružomberok 2022



Táto publikácia odráža výhradne názory partnerov projektu a Komisia nenesie žiadnu zodpovednosť za akékoľvek využitie tu uvedených informácií.


Táto publikácia vznikla ako jeden z výstupov projektu “Multidisciplinary support of positive changes within families in difficult situations” financovaného z programu Erasmus+ organizovaného Európskou úniou. Zámerom celého projektu bola viacúrovňová podpora pri vytváraní a rozvoji multidisciplinárnej spolupráce a multidisciplinárnych tímov, špecificky pri uplatňovaní prístupov vychádzajúcich zo sociálneho konštrukcionizmu a prístupu zameraného na riešenie, predovšetkým v multidisciplinárnej podpore rodín. Projekt bol realizovaný v rokoch 2019 – 2022 a mimo iné zahrňoval priamu podporu členov multidisciplinárnych tímov vo forme pilotného výcviku a mentoringu. Do projektu sa zapojilo cez 40 osôb z Česka a Slovenska, odbornú garanciu ponúknutých prístupov zabezpečil Loek Schoenmakers (Holandsko) a Ben Furman (Finsko) prostredníctvom svojich organizácií.





Obsah

Úvod.....	5
Vymedzenie pojmov multidisciplinárny prístup a multidisciplinárny tím.....	6
Podmienky pre fungovanie multidisciplinárnych tímov.....	10
Výhody a nevýhody multidisciplinárnych tímov.	17
Faktory efektivity multidisciplinárnych tímov.....	23
Organizácia a plánovanie stretnutia multidisciplinárneho tímu.....	35
Procesy fungovania multidisciplinárneho tímu.....	36
Modely fungovania multidisciplinárneho tímu.....	42
Multidisciplinarita na Slovensku.....	50
Multidisciplinárne tímy v Českej republike.....	62
Výskum efektivity faktorov multidisciplinárnych tímov.....	70
Záver.....	93
Použitá literatúra	93



Úvod

Pri riešení ťažkých životných situácií rodín dochádza často kvôli nekomplexnosti prístupu profesionálov ku zdĺhavým, neefektívnym až viktimitizačným procesom. Náročné situácie zasahujú aj psychosociálny vývin detí, čím sa tlak na poskytovanie účinných intervencií zvyšuje. Rozvojom poradenských a terapeutických prístupov sa zväčšuje repertoár metód či techník pre prácu s rodinou, ktoré sa však nie vždy odrážajú na efektívite pomáhajúceho procesu. Postupne vyvstala požiadavka používať časovo aj ekonomicky účinné metódy, ktoré by na jednej strane obsiahli šírku a prepojenosť ťažkostí v rodine a na strane druhej priniesli odbornú a nápomocnú službu. Rozvojom multidisciplinárnej spolupráce sa navyšoval počet jej teoretických konceptov a modelov, ktorých efektívnosť sa zaznamenávala aj v praxi. Absentoval však vhlad do sily konkrétnych faktorov a do rozdielov medzi rezortami či charakterom praxe.

Túto medzeru sa snaží vyplniť jeden z hlavných cieľov projektu Erasmus+ „Multidisciplinárna podpora pozitívnych zmien v rodinách v ťažkých situáciách“ formulovaný v úlohe O10 - identifikácia a opis funkčných modelov multidisciplinárnych tímov pri práci s rodinami v ťažkých situáciách. Táto publikácia prináša definovanie multidisciplinarity a multidisciplinárnych tímov, určenie ich hlavných charakteristík, zameranie na vzťahovú a kolaboratívnu zložku, určenie podmienok pre fungovanie multidisciplinárnych tímov, výhody a nevýhody týchto tímov, pomenovanie rolí, úloh a kompetencií členov tímu, tému organizácie a plánovania stretnutia tímu, procesy a modely fungovania tímu a ich implementáciu do praxe. Zároveň sa v krátkosti zameriava na charakteristiky multidisciplinarity na Slovensku a v Českej republike a zastavuje sa cez interview pri príkladoch dobrej praxe. Výskumom s využitím dotazníka pre posúdenie sily faktorov multidisciplinárnych tímov sa následne zameriava na poradie týchto faktorov a na rozdiely v jednotlivých aspektoch praxe.

Táto publikácia má za svoj cieľ priniesť aktuálne a relevantné informácie o faktoroch úspešnosti multidisciplinárnej tímovej spolupráce a priniesť možnosť vyskaladať si jednotlivé aspekty v každom tíme vzhľadom na potreby a charakter tímu.

Vymedzenie pojmov multidisciplinárny prístup a multidisciplinárny tím

U rodín v ťažkej životnej situácii sa ťažisko riešenia nachádza v pôsobnosti rôznych rezortov a inštitúcii medzirezortnej spolupráci (Kodymová, 2015). Samostatný, hoci vysoko odborný a kompetentný, prístup odborníka z jednej oblasti je nepostačujúci, pretože nedokáže obsiahnuť komplexnosť riešení zložitejších situácií okolo rodiny (Krnáčová et al., 2020). Rovnako nedostatočne efektívnym sa javí byť tiež izolovaný postup rôznych odborníkov rôznych oblastí, ktorí sa síce podieľajú na hľadaní riešenia a podpore pozitívnej zmeny u rodiny, no prístupujú k tomu len z pohľadu vlastnej odbornosti so zameraním na individuálne vytýčený cieľ. Jednotlivé úkony odborníkov sa tak môžu opakovať v praxi duplikujú alebo nemusia na seba nenadväzujú nadväzovať a pre rodiny to môže byť nezrozumiteľné, vyčerpávajúce, čo môže viesť k vedie to často k nedôvere, a následne aj neochote spolupracovať ku spolupráci či prijímaní postupov riešenia.

Využitie multidisciplinárneho prístupu sa tak stáva kľúčovým pre dosahovanie pozitívnych výsledkov intervencií (Kodymová, 2015) a zásadnou podmienkou kvality poskytovanej starostlivosti pre rodiny v ťažkej životnej situácii v oblasti zdravotníckej, sociálnej, psychologickej či právnej (Ondrušová et al., 2019).

Multidisciplinárny prístup

Multidisciplinárny prístup sa v súčasnosti nestáva len jedným z hlavných prístupov ku človeku (spolu s holistickým, biodromálnym či bio-psycho-sociálno-spirituálnym) (Blatný et al., 2010; Blatný et al., 2016), ale aj jedným zo základných pilierov vedy a výskumu (Čeněk et al., 2016; Štefančík, Dulebová, 2017).

Zavedenie multidisciplinárneho prístupu do praxe si vyžaduje spoluprácu odborníkov z rôznych odborov, ktorí sa tak dokážu komplexne pozrieť na ťažkosti či potreby jedinca ale aj celej rodiny a ich jednotlivcov z rôznych pohľadov. Tímová práca sa tak stáva nevyhnutným predpokladom kvalitnej starostlivosti postavenej na multidisciplinárnom prístupe., kde sa venuje dostatočná pozornosť aj tímovej dynamike. Členovia multidisciplinárneho tímu nepracujú len vedľa seba, a každý len zo svojej izolovanej pozície, ale pracujú spoločne a vychádzajú zo zdieľaného chápania cieľa v starostlivosti o jedinca či celej rodiny (Vévoda et al., 2013).

Metodika multidisciplinárnej spolupráce (2015, str. 4) poníma multidisciplinárny prístup ako „spôsob práce, akým rôzne profesie, rôzne organizácie partnersky spolupracujú, efektívne vzájomne komunikujú a plánujú tak, aby bol maximálne využitý ich spoločný potenciál znalostí, skúseností a intervencií pre prospech cieľovej skupiny. jednotlivca či celej skupiny. Pod pojmom prospech sa poníma maximálna možná podpora v individuálnom procese zotavenia sa u ľudí so psychickým ochorením s ich zapojením a s rešpektom k ich potrebám.“ Tímová spolupráca je považovaná za základnú formu spolupráce a je kladená do kontrastu so skupinou. Tím je nehierarchicky usporiadaný a v jeho fungovaní je kladený dôraz na správanie, dohody a priamu spoluprácu medzi jednotlivými členmi.

„Organizácia tímovej spolupráce je logisticky a časovo náročnejšia, výsledky však kvalitnejšie“ (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015 s. 6). Multidisciplinárny prístup tak dokáže zaručiť, že koordinovaná spolupráca medzi odborníkmi dopomôže získať maximálny možný úžitok s primeraným počtom potrebných intervencií (Krnáčová et al., 2020, s 4). Multidisciplinarita je teda takou spolupracou, kedy každý odborník prístupuje ku riešeniu z pohľadu vlastnej odbornej disciplíny a znalostí. Existuje však spoločný problém alebo téma pre rôzne vedné odbory, ktoré spolupracujú pri hľadaní riešení a podnecujú sa v nových nápadoch. Výsledkom spolupráce je spoločný plán riešenia, ktorého jednotlivé časti sa dajú jednoznačne pripojiť ku konkrétnemu odboru (de Waal, 2018).

Pre lepšie porozumenie pojmu multidisciplinarita a tým aj pre jeho efektívne zavedenie do praxe, je ho potrebné odlišiť pojmy od príbuzných pojmov ako intradisciplinarita, interdisciplinarita a transdisciplinarita. Intradisciplinarita je ponímaná ako spolupráca odborníkov v rámci jednej disciplíny, pričom odborníci môžu pochádzať z rôznych rezortov alebo inštitúcií (Collin, 2009). Intradisciplinarita sa líši od monodisciplinárnej spolupráce, kedy ide o spoluprácu odborníkov jednej odbornosti v rámci jednej inštitúcie či rezortu (de Waal, 2018). Interdisciplinarita je ponímaná ako spoločná práca odborníkov na témach, ktoré sú prienikom ich odborných disciplín, ale žiadna z nich túto oblasť samostatne nepokrýva (Pstružina, 2007). V rámci interdisciplinárnej spolupráce sa tak dva odlišné odbory spájajú, aby výstupom spolupráce bol taký poznatok alebo informácia, ktoré nespádajú pod oblasť žiadnej z pôvodných disciplín a svojím obsahom ich presahujú. Výsledok je tak závislý od spolupráce týchto disciplín a charakter výstupu je modifikovaný vzájomnou interakciou odborníkov, ktorá je najviac viditeľná pri spoločnom uvažovaní a tvorení. V konečnom výsledku sa disciplíny navzájom prepoja, čím je náročné rozlíšiť, čo z daného výstupu pod ktorú disciplínu spadá (Collin, 2009; de Waal, 2018). Transdisciplinarita je konštitúcia novej disciplíny na ploche, kde sa jednotlivé už rozpracované vedné disciplíny prekrývajú (Pstružina, 2007). Odborníci tak pracujú z perspektívy iného odboru, ako ich vlastného a navzájom využívajú svoje metódy, zručnosti či techniky. Samotný proces objavovania a experimentovania býva dôležitejší, ako výsledok, ktorý nebýva definitívny, ale dá sa na ňom neustále pracovať (Collin, 2009; de Waal, 2018). Multidisciplinárny prístup je do praxe zavádzaný prostredníctvom niekoľkých prostriedkov ako napríklad - dvoj a viacstranné poskytovanie informácii, vedenie evidencie a spisovej dokumentácie, preventívna, poradenská a terapeutická činnosť, výchovné opatrenia, evalvácia poskytovaných služieb, žiadosť a dohoda o spolupráci, prípadová konferencia, inkluzívny resp. odborný tím, konzílium, individuálny plán ochrany dieťaťa/plán rozvoja osobnosti/výchovno-vzdelávacieho proces a i. .

Multidisciplinárny tím

Multidisciplinárny tím je tak prostriedkom multidisciplinárneho prístupu, metódou aplikácie myšlienok multidisciplinarity do praxe. Prostredníctvom jeho organizácie sa dajú efektívnejšie zavádzať priority holistického, biodromálneho ale aj bio-psycho-socio-spirituálneho celostného modelu do práce s jedincom či celou rodinou naprieč primárnou, sekundárnou či terciárnou viacúrovňovou starostlivosťou (Krnáčová et al., 2020). Spolupráca členov tímu je koordinovaná a využívajú sa obzvlášť metódy kolaboratívnych prístupov (Ells, 1998).

Zmyslom multidisciplinárnej spolupráce je teda individualizované, komplexné a organizované a efektívne vykonávanie odborných podporných služieb (Krnáčová et al., 2020). Multidisciplinárny tím môže mať rôznu veľkosť a odborníkov z rôznych oblastí. Charakter tímu je totiž závislý od typu a obsahu problému rodiny v ťažkej životnej situácii. Tím tak môže pôsobiť ako relatívne stabilná pracovná skupina zložená z odborníkov v rámci jednej inštitúcie alebo rezortu, ale aj z odborníkov rôznych inštitúcií a rôznych rezortov. Multidisciplinárny tím sa však môže stretnúť aj jednorázovo, výlučne z dôvodu hľadania riešenia pre jednotlivca, alebo rodinu (Majetný et al., 2019).

Jedinec alebo rodina pri práci multidisciplinárneho tímu nie sú ponímaní ako pasívni prijímajúce resp. podriaďujúce sa subjekty, ale ako osoby, ktoré sa aktívne rozhodujú o vlastnom smerovaní (Krnáčová et al., 2020). Podľa Metodiky multidisciplinárnej spolupráce (2015) tak starostlivosť a jej plánovanie prebiehajú na úrovni človeka, tzn. že užívatelia služieb sú partnermi pri všetkých rozhodnutiach týkajúcich sa liečby, nastavovania cieľov rekonvalescencie, formulovania a zhodnocovania intervenčných a zotavovacích plánov. V starostlivosti a v jej plánovaní sa teda často využíva prístup zdieľaného rozhodovania. Individuálny prístup je v multidisciplinárnom tíme základným metodickým nástrojom poskytovania podpory a služby. Podpora, intervencia a služby sa zaisťujú s ohľadom na potreby, ciele, hodnoty, možnosti a schopnosti klienta či rodiny. Rovnako tak je tomu i so zvolenými spôsobmi a prostriedkami dosahovania cieľov klienta alebo rodiny.

Metodika multidisciplinárnej spolupráce (2015) opisuje vytváranie multidisciplinárnych tímov na troch úrovniach: na úrovni jedného tímu lôžkových a komunitných organizácií; na úrovni virtuálnych tímov medzi lôžkovými a komunitnými tímami a centrami duševného zdravia a na úrovni komunitnej siete medzi obcami, službami, bežnou komunitou a ďalšími sektormi.

Prvá úroveň multidisciplinárnej spolupráce: tímová spolupráce vo vnútri jedného tímu

V tomto prípade ide o typ multidisciplinárnej spolupráce vo vnútri jedného tímu a to buď v rámci lôžkovej psychiatrickej starostlivosti, centra duševného zdravia alebo komunitného tímu. Jeho cieľom je vytvorenie multidisciplinárnej spolupráce organizovanej formou jedného tímu s definovanými členmi, zdieľanými hodnotami a spoločnými tímovými postupmi a procesmi, ktoré vedú k podpore klienta alebo celej rodiny na jeho ceste k zotaveniu alebo dosiahnutiu cieľa. Pri vytváraní multidisciplinárneho tímu je dôležitých niekoľko prvkov, medzi nimi napríklad zavedenie princípov case managementu, ustanovenie členov tímu, ustanovenie systému multidisciplinárnych tímových porád, zavedenie princípov zdieľania informácií, zavedenie procesov pre tvorbu plánu zotavenia resp. dosiahnutia cieľa alebo zavedenie princípu supervízií a prípadových konferencií. Užívatelia služby, prípadne ich rodinní príslušníci alebo iné blízke osoby, sú neoddeliteľnou súčasťou tohto procesu. Podľa toho, či ide o multidisciplinárne tímy na lôžkovom oddelení alebo multidisciplinárne tímy v centrách duševného zdravia alebo komunitné tímy, sú do týchto tímov, okrem užívateľov a ich blízkych, zahrnutí aj ľudia zastávajúci profesie ako lekár/psychiater, psychológ, zdravotná sestra, sociálny pracovník, kľúčový pracovník, peer konzultant alebo opatrovník.

Druhá úroveň spolupráce: virtuálny tím, multidisciplinárna spolupráca medzi dvoma tímami

V tomto prípade ide o zavádzanie a vytváranie spolupráce medzi dvoma tímami v procese starostlivosti o klientov napríklad medzi tímami na lôžkovom oddelení a tímom centra duševného zdravia alebo komunitným tímom. Ide o vytváranie štruktúry spolupráce, ktorá je nazvaná virtuálnym tímom. Jeho hlavným cieľom je „rozvoj spolupráce medzi lôžkovými a komunitnými službami za účelom vzájomného zladenia pohľadov a metód práce tak, aby bola zaistená maximálna kontinuita starostlivosti o jednotlivca či celú rodinu. Pobyt na lôžkovom oddelení by nemal byť celkom vybočením z plánu, na ktorom klient pracoval spolu s komunitnými službami. Spolupráca by mala taktiež zaisťovať rýchlú náväznosť potrebnej starostlivosti hneď po ukončení pobytu na lôžkovom oddelení, na ktorej príprave začínajú tímy spolupracovať už pri prijatí jedinca“. Súčasťou procesu zavádzania takýchto tímov je napríklad zosieťovanie tímov v spádovom území nemocnice, stretávania spádových tímov a nemocnice, ustanovovanie virtuálnych tímov, individuálnych stretnutí s klientom a plánovanie v triáde jedinec - kľúčový pracovník oddelenia - kľúčový pracovník centra duševného zdravia, stáže a prípadovej konferencie a zhodnotenie spolupráce. Vo virtuálnom tíme sú okrem užívateľa a jeho blízkych osôb zastúpení aj ľudia z profesií lekár/psychiater, psychológ, sociálny pracovník, kľúčoví pracovníci na oddelení a pracovníci centra duševného zdravia alebo komunitného tímu, poprípade opatrovník užívateľa služby.

Tretia úroveň spolupráce: komunitná sieť

V tomto prípade ide o medzisektorovú spoluprácu vo vnútri jednej „spádovej“ oblasti, v ktorej žije asi 100 000 obyvateľov. Multidisciplinárna spolupráca na tretej úrovni sa zakladá na utvorení tímu, ktorý spoluprácou rôznych sektorov a subjektov prispieva ku riešeniu zložitej situácie človeka s problémom. Vo vnútri definovanej oblasti by sa mali stretnúť významní predstavitelia zo všetkých odvetví a reagovať na potreby duševného zdravia spádovej oblasti. Centra duševného zdravia/komunitné tímy tu majú okrem iného zastávať rolu konzultantov pre ostatných poskytovateľov služieb (napr. pre všeobecných lekárov) a v prevencii duševných problémov a liečbe ľudí. Predpokladá sa nastavenie dvoch typov spolupráce: vytvorenie platformy pre medzisektorovú spoluprácu a prípadové workshopy. Členovia platformy sú zástupcami týchto inštitúcií: zložky integrovaného záchranného systému, mestská polícia, opatrovník, obec (OSPOD, kurátori, sociálni pracovníci), zástupcovia ďalších komunitných zdrojov, ďalšie úrady, inštitúcie, podnikatelia, správcovia bytového fondu, sociálne služby, vrátane služieb pobytových, zdravotné služby, vrátane home care, zástupcovia ambulancií – ošetrujúci psychiater, primárna starostlivosť, pracovník centra duševného zdravia či komunitného tímu, zástupcovia užívateľov služieb, rodičov. Prípadové workshopy sú stretávania zvolávané podľa potrieb jednotlivých ľudí so skúsenosťou s duševným ochorením, v spolupráci s kľúčovým pracovníkom centra duševného zdravia či komunitného tímu. Prípadový workshop je stretnutím človeka so skúsenosťou so psychickým ochorením, jeho rodiny, prípadne iných blízkych osôb a pracovníkov pomáhajúcich profesií, prípadne obcí. Obsahom prípadových stretnutí je spoločná koordinovaná činnosť zamarená na naplňovanie potrieb klienta podľa zjednoteného plánu zacieleného na naplnenie identifikovaných potrieb znázornených v kole života.

Podmienky pre fungovanie multidisciplinárnych tímov

To, že jednotliví odborníci dlhodobo a úspešne vykonávali prax vo svojom odbore, ešte nezaručuje aj ich efektívnu spoluprácu na úrovni multidisciplinárnych tímov. Tá si totiž vyžaduje iné postoje a nastavenie a rozvoj odlišných osobnostných ale aj sociálnych kompetencií ako vykonávanie individuálnej špecializovanej praxe.

Iniciáciou multidisciplinárnej spolupráce je cez vzájomný dialóg vytvorenie podmienok pre koordinovanú spoluprácu a dosahovanie spoločných cieľov. A to si vyžaduje splnenie predpokladov na úrovni osobného nastavenia každého člena, ale aj na úrovni formálnym podmienok práce tímu (Krnáčová et al., 2020).

Multidisciplinárna spolupráca si vyžaduje odlišný prístup profesionálov pôsobiacich v praxi. Mať primerane rozvinuté odborné predpoklady a dosiahnutú kvalifikáciu už nepostačuje. Odborníci musia byť okrem toho schopní spolupracovať so zamestnancami z iných odborov, aby mohli naplňať princíp multidisciplinarity. Mali by vedieť rozpoznávať situáciu, kedy sú potrebné odborné znalosti iných odborníkov, navrhovať nové riešenia, objavovať a učiť sa spoločne s ostatnými a hľadať rovnocennú interakciu nielen s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu, ale so svojimi klientmi (Doornenbal et al., 2017).

Predpokladom je teda špecifické nastavenie postojov každého člena tímu („mindset“ pre multidisciplinárnu spoluprácu), ktorý zahŕňa špecifické stratégie na úrovni kognitívnych procesov (spôsoby zamerania pozornosti, utvárania konceptu, uvažovania, hľadania riešení a rozhodovania), afektívnych procesov (spôsoby primeraného prežívania, spracovania a prejavovania vlastných emócií a reagovania na emócie druhých ľudí) a spôsobov správania. Je to teda prijatie toho, že jediniec či rodina nemusí byť len vo výhradnej špecializovanej starostlivosti jedného odborníka, ale môžu profitovať z kontaktu s viacerými odborníkmi. Porozumieť významu či zmyslu multidisciplinárnej spolupráce a jej výhodám podporuje u odborníkov dialogické a kolaboratívne nastavenie, otvorenosť vo vzťahoch a v spolupráci s hlavným cieľom dosiahnuť pozitívnu zmenu u svojich klientov (Krnáčová et al., 2020, Reitsma, 2020).

Jedným z nevyhnutných znakov multidisciplinárneho tímu ako malej sociálnej skupiny a tím aj hlavným predpokladom pre spoluprácu je vytýčenie si spoločného cieľa. Dosahovanie spoločnej vízie podporuje v tíme súdržnosť ako dôležitého aspektu skupinovej dynamiky a zároveň aj ďalšieho znaku malej sociálnej skupiny, ktorá následne podnecuje spoluprácu a tým spätne efektívnejšie dosahovanie vytýčených cieľov (Oravcová, 2004). Pri formulovaní spoločných cieľov je veľmi nápomocné vzájomné zdieľanie očakávaní, potrieb a predstáv, na základe ktorého sa nastavujú aspirácie multidisciplinárnej spolupráce. Dôležité je aj pomenovanie úloh jednotlivých členov tímu a prínosov tímovej práce. Vytýčenie a jasné určenie cieľov je veľmi nápomocné aj pri evalvácii tímoveho procesu a terapeutickú zmenu u jednotlivca či rodiny v ťažkej životnej situácii (Reitsma, 2020).

Spoločný cieľ podporí zdieľanie informácií medzi členmi tímu a spoločné hľadanie spôsobov riešenia, čím sa aj výsledok práce stáva spoločným vlastníctvom skupiny, keďže bez vzájomnej spolupráce by žiaden z jej členov nebol schopný dôjsť k výsledku individuálnou prácou. Myšlienky či nápady jedného člena tímu sa stávajú podnetom pre objavovanie nových možností u ostatných členov tímu a tým sa môžu členovia tímu spoločne učiť. Otvorený postoj k novým poznatkom a pohľadom podnecuje zdieľanie informácií a nápadov (Persoonlijk Meesterschap in het brede jeugddomein, 2017). Ponímanie procesu a výsledkov multidisciplinárnej spolupráce ako spoločného vlastníctva podporuje aj zdieľanie zodpovednosti, čím sa môže znižovať úzkosť u jednotlivých členov tímu za individuálne prevzatie zodpovednosti (ako sa to môže diať u vertikálnej štruktúry skupinovej práce) a narastá tak pocit dôvery ako aj pracovnej spokojnosti (Majetný et al., 2019). V spoločne vytýčenom ciele sa ma prejavíť hlavný účel multidisciplinárnej spolupráce a to perspektíva rozvoja a pozitívnej zmeny u klienta či celej rodiny v jej každodennom živote. Vytýčením spoločného cieľa sa vytrácajú rozdiely medzi členmi multidisciplinárneho tímu a medzi inštitúciami či rezortmi a podnecuje sa perspektíva spoločných záujmov. Každý z členov tímu však pri zdieľanom ciele potrebuje akceptovať aj vzdanie sa časti individuálnych záujmov či pracovanie na prioritě, ktorá nemusí plne zahrňovať jeho špecializáciu (Persoonlijk Meesterschap in het brede jeugddomein, 2017). Prijatie vzájomnej závislosti pri dosahovaní spoločného cieľa ako prirodzeného aspektu multidisciplinárnej spolupráce podporí súdržnosť v skupine. Jeden človek či inštitúcia nedokáže obsiahnuť komplexnosť prístupu ku klientovi či rodine a akceptovanie pozície člena či inštitúcie ako jedného, no rovnocenného, subjektu v reťazci poskytovaných služieb, ktoré na seba nadväzujú, podporuje multidisciplinárnu spoluprácu (Veeke et al., 2009).

Dynamizujúcim aspektom spolupráce v tíme je aj určitá miera tenzie, ktorá nevzniká na základe konfliktov či nejasností, ale ktorej podkladom je dosahovanie aj individuálnych cieľov či napĺňanie individuálnych potrieb členov tímu alebo inštitúcii (Oravcová, 2004). Výbornou možnosťou je vytýčenie takých cieľov a podnecovanie záujmov, ktoré zároveň vedú k dosiahnutiu spoločného cieľa daného rozvojom a pozitívnou zmenou u klienta či celej rodiny, ale aj k dosiahnutiu individuálnych cieľov (princíp pluriformity). Tými individuálnymi aspektmi spoločného cieľa môže byť inovatívnosť, tlak nevyhnutnosti pre riešenie ťažkej životnej situácie u jednotlivca či rodiny alebo podpora finančných či sociálnych cieľov členov tímu či inštitúcii (napr. zvýšenie pracovnej spokojnosti, nižšia pracovná fluktuácia či absencia, ušetrenie finančných prostriedkov a pod.). Vízia dosahovania aj individuálnych cieľov či napĺňania individuálnych potrieb navyšuje motiváciu členov tímu a zastúpených inštitúcii ku prekonávaniu frustrácie pri formulácii spoločných cieľov a spôsobov ich dosahovania (Veeke et al., 2009). Vytýčovanie spoločného cieľa aj na základe individuálnych očakávaní alebo pomenovanie napĺňania individuálnych potrieb členov tímu či inštitúcii pri dosahovaní spoločného cieľa udrží ich individuálnu autonómiu. Členstvo v multidisciplinárnom tíme ani v žiadnej inej skupine neznamena plnú identifikáciu sa s normami skupiny a potlačenie individuálnych potrieb jej členov. Pre efektívne fungovanie v tíme je dôležité stotožňovanie sa s konkrétnymi, špecifickými normami či hodnotami skupiny, s hlavným cieľom efektívneho fungovania multidisciplinárneho tímu ako celku. Tak ako si každý člen či inštitúcia ponecháva časť svojej autonómie, tak aj multidisciplinárny tím vo svojom fungovaní potrebuje byť v určitej miere nezávislý od iných skupín či tímov. Autonómia je považovaná za ďalší hlavný znak malej sociálnej a tým aj dôležitým predpokladom pre fungovanie multidisciplinárneho tímu (Oravcová, 2004; Veeke et al., 2009).

Nezávislé a transparentné riadenie procesov dopomáha udržať určitú nezávislosť fungovania tímu a dôveru jeho členov v prebiehajúci proces a k sebe navzájom. To zastrešuje aj proces zhromažďovania, zdieľania či poskytovania informácií, prepájanie kontextov, rozhodovanie, postupy zamerané na riešenie a pod.. Riadenie procesov tímu tak môže vychádzať od case menežéra prípadu, ktorý sa viaže na koordináciu služieb okolo klienta (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015; Krnáčová et al., 2020), alebo z pozície koordinátora či facilitátora tímu, ktorý zabezpečuje organizáciu procesov v tíme. Koordináciu by mal však vykonávať človek, ktorý má najväčšie predpoklady pre udržanie profesionálneho náhľadu na tému jedinca či celej rodiny (Majetný et al., 2019; Krnáčová et al., 2020). Vo fungovaní mnohých multidisciplinárnych tímov sa uplatňuje princíp „jedna rodina – jeden plán – jeden koordinátor“ (Persoonlijk Meesterschap in het brede jeugddomein, 2017). Pozícia nezávislej osoby riadiacej proces v tíme dopomôže hlavne na začiatku fungovania tímu zladať protichodné záujmy členov tímu alebo zapojených inštitúcií, znížiť tenziu v dynamike skupiny, sprehľadniť komplexnosť procesov v tíme a zvýšiť implementáciu riešení do reťazca spolupracujúcich inštitúcií v praxi (Veeke et al., 2009). Upúšťa sa od direktívneho vedenia z dominantnej pozície a skôr sa prizýva ku rovnocennej spolupráci. Pokiaľ sa do procesov vedenia multidisciplinárneho tímu začlenia aktivizujúce, kolaboratívne alebo interakčné metódy vrátane utvárania oslobodzujúcej štruktúry, navýši sa otvorenosť v komunikácii a dynamika v skupine. So špecifickými postupmi riadenia sa spájajú aj konkrétne normy a pravidlá skupiny, ktoré sú ďalšou podmienkou fungovania multidisciplinárneho tímu (Oravcová, 2004; Reitsma, 2020; Bos-de Groot & van der Vinne, 2016).

Usporiadanie členov multidisciplinárneho tímu, určenie resp. pomenovanie ich pozície, rolí, kompetencie, zodpovednosti či právomocí je ďalšou z podmienok pre fungovanie tímu (Reitsma, 2020). Štruktúra tímu je tiež ponímaná ako základný znak fungovania malej sociálnej skupiny (Oravcová, 2004).

Jedným z hlavným predpokladov úspešnej iniciácie multidisciplinárnej spolupráce je tak zosúladienie cieľov, pozícií a procesov v tíme, ktoré je založené na vzájomnej kolaborácii členov tímu a zdieľaní informácií vrátane výstupov spolupráce. Nevyhnutnou podmienkou sa tak stáva interakcia medzi každým členom tímu, ktorá prebieha priamo a bezprostredne. Interakcia je aj poslednou zo šiestich základných znakov multidisciplinárneho tímu ako malej sociálnej skupiny (Oravcová, 2004). Vytváranie vzťahov, ktoré sú založené na dôvere a rešpekte, významne zvyšuje efektivitu fungovania multidisciplinárneho tímu (Persoonlijk Meesterschap in het brede jeugddomein, 2017). Zabezpečenie efektívnej spolupráce si vyžaduje aj kontrolu počtu členov multidisciplinárneho tímu, kde platí pravidlo maximálneho počtu osem osôb. Táto hranica je určená cez zabezpečenie optimálnej úrovne výkonnosti, komunikácie, dynamiky a motivácie k spolupráci. Podmienka maximálneho počtu členov platí obzvlášť pri tímoch, ktoré sa stretávajú pravidelne. Vo výnimočných prípadoch alebo pri konziliárnych stretnutiach alebo prípadových štúdiách je možný aj vyšší počet osôb ako osem (Krnáčová et al., 2020).

Pre multidisciplinárnu spoluprácu je teda dôležité, aby si každý zapojený odborník alebo každá inštitúcia na individuálnej úrovni, ale aj celý multidisciplinárny tím spoločne, vytvorili rovnováhu medzi nasledovnými aspektmi spolupráce (Kaats et al., 2005):

- C** a) vlastné záujmy verzus kolektívny záujem – pred vstupom do kooperácie je dôležité si ozrejmiť, koľko pozornosti a zacielenia bude na individuálne priority a koľko na tie spoločné. To prinesie aj odpovede na otázky, aké výhody a náklady prinesie zameranie na spoločný cieľ a či je napĺňanie individuálnych záujmov jednotlivých účastníkov spravodlivé;
- C** b) záväzok verzus autonómia – v akej intenzite chcú členovia tímu či celé inštitúcie budovať nadväzujúci reťazec služieb v praxi a nakoľko chcú byť vo svojej individuálnej práci závislí na procese a výsledkoch multidisciplinárnej spolupráce. Zodpovedanie tejto dilemy vyjasní aj to, do akej miery sa obmedzí individuálny priestor odborníka pri multidisciplinárnej spolupráci a kde procesy v tíme zasiahnu resp. sa dostanú do konfliktu s internými procesmi zapojenej inštitúcie;
- C** c) bezpečnosť verzus flexibilita – nakoľko sú očakávané inovatívne a tvorivé prístupy a výsledky spolupráce, ktoré si vyžadujú nielen flexibilitu, ale aj ochotu znášať riziko nepoznaného, ochotu učiť sa a konfrontovať sa aj s vlastnými limitami. Na opačnom konci tejto dimenzie je vyhýbanie sa zmenám, ktoré by prinášali nové možnosti, čo by zabezpečovalo dobre známe (hoci nie vždy efektívne) spôsoby riešenia, ktoré sa však spájajú so znížením prežívania úzkosti členov tímu. Ujasnenie si tohto konfliktu prinesie aj odpoveď na otázku, nakoľko si členovia tímu či celé zapojené inštitúcie dokážu poradiť s vopred uzatvorenými dohodami v tíme;
- C** d) zdieľanie vedomostí verzus ochrana vedomostí – pri tejto dileme je dôležité si ujasniť, nakoľko chcú členovia multidisciplinárneho tímu chrániť vlastné poznatky a „know-how“ a nakoľko ich chcú otvoriť aj prípadnej svojej konkurencii v odbore či problematike. V týchto otázkach zastáva dôležitú funkciu dôvera v tíme.
- C** e) vnútorná racionalita verzus vonkajšia racionalita – v tomto prípade ide o ujasnenie hlavne toho, na koľkých reťazcoch spolupráce sa odborník či inštitúcia podieľa a či je efektívne dôjsť k úpravám týchto zoskupení,
- C** f) veľká pozornosť venovaná vzťahom verzus malá pozornosť venovaná vzťahom – silné či slabé zameranie na vzťahy v multidisciplinárnom tíme prináša svoje výhody aj nevýhody. Silné zameranie na vzťahy môže vyústiť aj do tendencie vyhýbať sa konfliktom či k slabej tenzii v skupine, ktorá je potrebná pre dosahovanie výsledkov. Slabé zameranie na vzťahy môže priniesť silný nárast napätia v tíme spojeného s nespokojnosťou a zníženou otvorenosťou ku zdieľaniu a spolupráci (Oravcová, 2004).

Udržiavanie balansu v opísaných dimenziách je nevyhnutné nielen na začiatku multidisciplinárnej spolupráce, ale aj v jej priebehu. Tento proces si vyžaduje neustálu koordináciu a vyladovanie procesov, synchronizáciu medzi odborníkmi v tíme a medzi jednotlivými úrovňami v inštitúciách. Je potrebné, aby všetky dôležité prvky organizácie pracovali s rovnakým nasmerovaním s hlavnou perspektívou rozvoja (Labovitz & Rosansky, 1997). Tento proces koordinácie a vyladovania sa v teóriách organizácie nazýva zosúladenie a dopomáha tímom a inštitúciám zvyšovať výkonnosť. Efektívne udržiavanie balansu si vyžaduje funkciu samostatného odborníka, ktorý by bol „sietovačom“ ľudí a vzťahovým expertom (Verbeek & Odenthal, 2012).

Ďalšou z dôležitých podmienok pre multidisciplinárnu spoluprácu je dôvera a rešpekt medzi členmi tímu. Oba sú výsledkami samotného utvárania vzťahov a partnerstva medzi odborníkmi a výsledkom procesu dosiahnutej pozitívnej zmeny u užívateľa služby na úrovni jednotlivca či celej rodiny v ťažkej životnej situácii. Pochádzajú z ocenenia v interakciách a vedú k pocitom šťastia a istoty a podporujú motiváciu v multidisciplinárnej spolupráci. Bezpečné prostredie utvára predpoklad pre zdieľanie informácií, poznatkov a príbehov od ľudí, ktorí sú do procesu zmeny zapojení. Úroveň prežívania dôvery vo vzťahoch by mala byť kľúčovým hodnotiacim kritériom nielen samotnej práce multidisciplinárneho tímu, ale aj poskytovanej starostlivosti pre jednotlivca či rodinu v ťažkej životnej situácii. Prežívanie dôvery a nádeje vo vzťahoch v tíme dopomôže pri prekonávaní prekážok v procese spolupráce. Dôvera a rešpekt vo vzťahoch ozdravujú väzby nielen v tímoch, ale aj v systémoch a vytvárajú prostredie podpory. Byť otvoreným k týmto vzťahom prináša spokojnosť, dôveru v seba samého, zmysel pre pracovnú angažovanosť ale aj pre celý život.

Dôvera v multidisciplinárnom tíme vzniká aj ako dôsledok myšlienok a správania členov tímu. Vzniká a rastie na základe vzájomných skúseností. V praxi pomáha pri budovaní dôvery nasledujúce správanie (Reitsma, 2020):

- a) uzatváranie konkrétnych dohôd a ich dodržiavanie – ak nastane v procese spolupráce odchýlka od uzatvorenej dohody, je veľmi dôležité ju včas oznámiť ostatným členom tímu a nastaviť plán riešenia. Rovnako je nevyhnutná komunikácia aj o nenaplnených očakávaniach, prekvapeniach (pozitívnych aj negatívnych), neúspechoch a sklamaníach. Pri nastavení spoločných dohôd je dôležitá aj rovnomerná distribúcia výnosov medzi členmi tímu avšak aj zdieľaná zodpovednosť za neúspech.
- b) každý z členov tímu by sa mal snažiť o predvídateľnosť svojho správania a spoľahlivosť pri dodržiavaní dohôd. Ak si niečo vyžaduje pozornosť aj ostatných členov, je dôležité o tom otvorene diskutovať a nezakryvať podstatné skutočnosti. Ak sa tento princíp prepojí s teóriou Johari okienka (Luft & Ingham, 1955 in Oravcová, 2004), členovia tímu sa majú snažiť o rozvoj verejnej zóny, kde sa nachádzajú tie informácie o sebe samom, ktoré sú známe aj danému človeku aj ľuďom, ktorí ho poznajú. Dominancia verejnej zóny je v multidisciplinárnej spoluprácu najvýhodnejšia. K jej prevahe pomáha sebaopoznanie človeka, ktorý je otvorený nielen spätnej väzbe, ale aj v poskytovaní primeraného množstva relevantných informácií o sebe samom s cieľom budovania čestných a rešpektujúcich vzťahov. Toto nastavenie podporuje istotu v komunikácii členov tímu a partnerstvo v tímoch;
- c) transparentnosť a otvorenosť vo vzťahoch – a zároveň aj ku všetkým informáciám dôležitým pre spoluprácu. Dôvera začína jej poskytovaním a to sa dá v praxi docieľiť zdieľaním poznatkov;
- d) zabezpečenie reálnej vzájomnej pozornosti a všímavosti – to by malo byť uplatňované v akomkoľvek okamihu a na základe princípov rovnosti a vzájomnosti všetkých zúčastnených členov v tíme.

Vyššie opísané predpoklady pre multidisciplinárnu spoluprácu sa zhodujú so spoločnými faktormi pozitívnej zmeny v akomkoľvek terapeutickom kontexte (Norcross & Prochaska, 1999), ktorými sú pozitívne očakávanie, nadviazaný vzťah a získavaná pozornosť. Túto skutočnosť potvrdil aj ďalší výskum (Budge et al., 2013), ktorý preukázal, že na výslednej pozitívnej zmene sa efektom sily 0,72 podieľajú zadané spoločné ciele a kolaboratívny prístup práce. Ďalším dôležitým faktorom je empatia vo vzťahoch so silou efektu 0,63 a následne vytvorenie aliancie s hodnotou 0,58. Pozitívne očakávania, ktoré sú v multidisciplinárnom tíme dané vytváraním pozitívnej zmeny u jedinca či rodiny v ťažkej životnej situácii, sa podieľajú efektom s hodnotou 0,56 a kongruencia osôb (zahrňujúcej predvídateľnosť správania) s hodnotou 0,49. Faktory zohľadňujúce kolaboratívne a relačné prístupy vysoko prevyšujú efekt tých faktorov, ktoré sa viažu na konkrétnu odbornosť profesionála či používanie špecifickej techniky.

Vytváranie a podpora kolaboratívnych interakcií v multidisciplinárnom tíme s dostatkom dôvery, nádeje a rešpektu a rovnako aj participácie na takýchto vzťahoch si vyžaduje od členov tímu rozvoj tých zručností, ktoré umožňujú pracovať v takomto tíme a vytvárať väzby s ostatnými osobami (Jacobs, 2010). Byť expertom vo svojej odbornej oblasti tak nestačí, od členov multidisciplinárneho tímu sa očakáva aj aktivita, pružnosť, pohotovosť a odolnosť. V multidisciplinárnej praxi sa postupuje od izolovaných, sebestačných a na svoje záujmy zameraných odborníkov či inštitúcií do ich prepájania v sieťach či konzorciách, ktoré by rozvíjali spoločné zdroje a nápady. To si vyžaduje vedomie „vzťahovosti“ a aktivitu, pri ktorej sa „ten druhý“ nezredukuje len na objekt, ale pristupuje sa k nemu ako ku subjektu s vlastnou realitou, ktorej sa musí každý člen tímu dotýkať. Táto prax zameraná na človeka je vyjadrená v hľadaní „spojenia“ medzi všetkými zúčastnenými stranami a uhlami pohľadov. Experti pre vzťahy tak nespájajú len ľudí, ale aj kontexty riešených tém. Utváranie vzťahov a partnerstva nie je dôležité len medzi odborníkmi v multidisciplinárnom tíme, ale aj medzi profesionálom a užívateľom služby v podobe jednotlivca či celej rodiny. Fungovanie v multidisciplinárnom tíme sa tak môže stať tréningom pre utváranie vzťahov odborníkov s ich klientmi, ktoré si rovnako vyžadujú rovnocenný partnerský prístup s dostatkom dôvery, nádeje a rešpektu.

Prepojenie odborníkov či inštitúcií len na administratívnej či formálnej úrovni nepostačuje a nie sú zárukou partnerstva a vytvárania aliancie. Vytváranie a participácia na otvorených a rovnocenných vzťahoch sa tak stáva základom pre zmenu (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016). Gaby Jacobs (2010) využíva pojem Profesionalita 3.0., kedy sa z odborníka nestáva len expert vo svojom odbore, ale aj odborník na vytváranie vzťahov. S tým sa spája aj vzťahová zodpovednosť a vedomie vzťahovosti. Tým sa rozširujú kompetencie odborníka pre prácu v multidisciplinárnom tíme o zručnosti profesionála pre sieťovanie a manažovanie vzťahov (Kaats et al., 2005). Týmto kompetenciami sú vedomosti a zručnosti v oblasti kolaboratívnych a dialogických praxí a na riešenie zameraného prístupu. Postoj odborníka je modifikovaný cez osobnostné charakteristiky a vlastnú profesionalitu. Medzi základné kompetencie patrí schopnosť vstupovať do vzťahov a primerane na nich participovať, schopnosť poradiť si s komplexnosťou, schopnosť prosociálneho správania, riadiace schopnosti a kolaboratívne zručnosti. Tieto vedomosti, kompetencie či zručnosti závisia od zdedených či vrodených predispozícií, no dajú sa ovplyvňovať aj procesom výchovy či vzdelávania (Oravcová, 2004).

Pre ciele rozvíjanie týchto predpokladov sú účinné individuálne či skupinové aktivity vo formálnej aj neformálnej rovine, ktoré bude organizovať manažment organizácie či rezortu, pod ktorý daný multidisciplinárny tím spadá (Krnáčová et al., 2020). Na európskej úrovni funguje inštitúcia EIPEN - Európska sieť medziodborovej praxe a vzdelávania (European Interprofessional Practice & Education Network). Jej cieľom je stimulovať a zdieľať účinný medziodborový tréning v európskom postgraduálnom vzdelávaní a zlepšovať postupy spolupráce v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti v Európe s cieľom pomôcť optimalizovať kvalitu starostlivosti a subjektívnu pohodu jednotlivcov. Ako sieť vzdelávacích a klinických inštitúcií a jednotlivých odborníkov má zámer aj ovplyvňovať politiku v oblasti vzdelávania a zdravotnej starostlivosti v Európskej únii a jej členských štátoch. Inštitúcia organizuje konferencie, semináre a workshopy a podporuje spoločné projekty jej členov.

Ďalšie podmienky pre multidisciplinárnu spoluprácu a utváranie multidisciplinárnych tímov sa týkajú materiálno-organizačnej a legislatívnej oblasti. Prax každého povolania je daná legislatívou, etickým kódexom a profesijnými štandardmi. Je nevyhnutné, aby každý odborník už pred nástupom na výkon povolania, si tieto normy naštudoval a riadil sa nimi. Pri multidisciplinárnej spolupráci sa stretávajú odborníci z rôznych oblastí, ktorí môžu byť usmerňovaní odlišnými pravidlami, ktoré môžu vstupovať aj do konfliktu. Pre kooperáciu v tíme je dôležité poznať tieto rozdiely a na základe dialógu sa zhodnúť na spoločnom a zdieľanom celi a postupe jeho dosiahnutia vrátane participácie na procese v tíme. Dôležité sú aj legislatívne rámce pre umožnenie spolupráce odborníkov, ktoré vytvárajú postup pre zákonné a tým bezpečné zdieľanie informácií. Materiálne zabezpečenie fungovania multidisciplinárneho tímu patrí rovnako k podmienkam pre fungovanie multidisciplinárnej spolupráce. Tím vyžaduje vhodný priestor pre stretnutia vrátane materiálneho vybavenia a informačno-komunikačných technológií. Pod materiálne zabezpečenie tímu patrí aj finančné krytie platov členov tímu, prítomnosť facilitátora či supervízora a umožnenie ďalšieho vzdelávania členov tímu. Vytvorenie pre prácu multidisciplinárneho tímu dostatok časového priestoru je ďalšou podmienkou multidisciplinárnej spolupráce. Časová dotácia by mala byť dostatočná, no nemala by presahovať rámec výkonu odbornej činnosti členov tímu. Súčasťou časového priestoru je aj vytvorenie časového harmonogramu pre pravidelné stretávania tímu (Krnáčová et al., 2020)

Jednotlivé podmienky pre fungovanie multidisciplinárnej spolupráce sa v praxi prekrývajú a navzájom ovplyvňujú a sú aj súčasťou organizácie a riadenia tímu či mechanizmami tímov (napr. ciele, riadenie, štruktúra, role, kompetencie a pod.). Preto budú ešte niektoré z vyššie opísaných predpokladov v ďalších častiach textu opätovne spomenuté.

Výhody a nevýhody multidisciplinárnych tímov.

Výhody multidisciplinárnej spolupráce sú nepopierateľné a mnoho odborníkov z oblasti praxe ako aj vedy a výskumu považujú multidisciplinárny prístup za nenahraditeľný. Nižšie je zhrnutých niekoľko benefitov fungovania multidisciplinárnych tímov.

1. Snaha o maximálnu aktivizáciu klienta či celej rodiny v ťažkej životnej situácii – pri izolovanom užívaní odbornej, hoci vysoko špecializovanej, služby pri komplexnej ťažkosti, ktorá môže byť poskytovaná v nerovnocennom vzťahu, dochádza ku inhibícii aktivity klienta a niekedy až ku účelovému užívaniu služby. Multidisciplinárny tím ponúka jeho užívateľom možnosť stanoviť si konkrétne krátkodobé či dlhodobé ciele alebo aspoň sa na ich formulácii podieľať. To umožňuje tímu vo výrazne väčšej miere aktivizovať jedinca či celú rodinu, ktorá tiež preberá zodpovednosť voči sebe a ku dosahovaniu požadovaného výsledku a tým aj viac dodržiava odporúčania dané odborníkmi. Tým sa podporia vnútorné zdroje klientov, čo podporuje osobnostný rast klienta a uplatnenie jeho potenciálu, čím sa spätne navyšuje účinnosť poskytovanej starostlivosti. Pri spoločnej formulácii cieľov a postupu ich dosahovania získavajú klienti jasnejšiu predstavu o očakávaníach odborníkov, ale aj od seba, posilňuje sa ich schopnosť vykonávať rozhodnutie a niešť za toto rozhodnutie zodpovednosť a posilňuje sa celková reziliencia či jednotlivca alebo aj celej rodiny. Rovnako je prítomná možnosť multidisciplinárneho tímu zapájať blízke osoby jedinca či celej rodiny do dosahovania cieľov, čo môže v mnohých situáciách zlepšiť koordináciu starostlivosti. Zážitok zdieľania, podpory, vzťahovosti či ocenenia z multidisciplinárneho tímu môžu klienti prenášať aj do vzťahov či skupín vo svojom okolí, čím sa ešte výraznejšie podporí ich sociálna sieť, efekt poskytnutej starostlivosti ale aj udržateľnosť pozitívnej zmeny (Gaille, 2018; Krnáčová et al., 2020; Majetný et al., 2019; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015; Rosell et al., 2018).

2. Využívanie zdrojov v prirodzenom prostredí klienta alebo celej rodiny v ťažkej životnej situácii – multidisciplinárne tímy sa zameriavajú na poznávanie človeka v jeho prirodzenom prostredí a zároveň vo vzťahoch s blízkymi ľuďmi. Toto poznanie pomôže pre zvýšenie dostupnosti ponúkaných služieb, spravodlivú distribúciu starostlivosti a vytváraním aj nových spôsobov poskytovania zvýši ich implementáciu. Multidisciplinárne tímy zvyšujú dostupnosť zdrojov od viacerých odborníkov či inštitúcií v danom regióne a to aj vďaka tomu, že už svojou samotnou činnosťou prepájajú tieto služby (Gaille, 2018; Jackson, 1998; Krnáčová et al., 2020; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015).

3. Časová úspora – časová efektivita sa prejavuje tak pri skrátení procesu starostlivosti, ako aj v rýchlejšej dostupnosti služieb. Keďže je multidisciplinárny tím zložený z odborníkov z rôznych oblastí, klient či celá rodina má k ich službám automatický prístup bez nutnosti odosielania iným pracovníkom. Multidisciplinárny tím sa aj podieľa na schvaľovaní procesov poskytovaných služieb a má efektívnejší dosah na ich zavedenie u daného klienta či celej rodiny, čím sa minimalizujú oneskorenia pri iniciácii procesu zmeny.

Poskytovanie ako aj celý manažment služby sa stáva pružnejší, čím sa navýši čas pre priamu prácu s klientom či celou rodinou (Gaille, 2018; Krnáčová et al., 2020; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015).

4. Súčinnosť poskytovateľov služieb oproti nekoordinovanému postupu – vďaka zdieľanému vytyčovaniu cieľa a spôsobu jeho dosahovania môžu jednotlivé výkony odborníkov či inštitúcií v praxi na seba lepšie nadväzovať. Eliminuje sa tak riziko duplicitných vyšetrení či neefektívnych krokov. Vďaka nastaveniu akčného plánu sa zvolia priority v poskytovaní služieb, čím sa minimalizuje možnosť protichodnosti poskytovanej starostlivosti a preťaženia klienta či celej rodiny (Gaille, 2018; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015).

5. Riešenie situácie klienta alebo celej rodiny v ťažkej životnej situácii nie je len na jednom pracovníkovi, ale na multidisciplinárnom tíme – tým, že odborníci od začiatku môžu spoločne postupovať na pozitívnej zmene u užívateľov služby, rýchlo sa dostanú ku komplexnému pohľadu na problematiku, presnejšie a hlbšie porozumejú potrebám klientov a klienti získajú ľahší prístup k najlepším možným možnostiam liečby, ktoré sú v súčasnosti k dispozícii (Gaille, 2018). Rovnako sa tým vytvára možnosť na poskytovanie služieb na jednom mieste, čím klienti nemusia viackrát zdieľať svoje skúsenosti, ktoré sú často veľmi zaťažujúce. V procese poskytovania služby je tak možné vyhnúť sa opakovej iatrogenizácii resp. sekundárnej viktimizácii klientov (Krnáčová et al., 2020; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015).

6. Obmedzenia chybných rozhodnutí pomocou komplexného získavanie informácií o prípade – prítomnosť viacerých odborníkov a udržiavanie rôznych uhlov pohľadu hneď od iniciácie riešenia problematiky znižuje riziko nielen nefunkčných riešení, ale aj chybných rozhodnutí. Starostlivosť u jedného odborníka pri komplexnej téme klienta či celej rodiny môže vyvolávať onnipotentné tendencie od odborníka, neustráženie hraníc odborných kompetencií a tým riziko chybovosti (Majetný et al., 2019). Pravidelné stretávanie multidisciplinárneho tímu zabezpečuje okrem komplexného pohľadu na ťažkú životnú situáciu klientov aj plasticitu náhľadu, čím môže dochádzať k prehodnocovaniu účinnosti poskytovanej starostlivosti a k jej modifikácii pre efektívnejšie dosahovanie pozitívnej zmeny. Multidisciplinárna spolupráca dopomáha aj k zabráneniu nadmernej špecializácii jednotlivých úkonov a zložitosti poskytovanej starostlivosti, čím sa následne zníži nielen finančné a časové zaťaženie, ale aj zníži riziko chybovosti (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015; Tsakitzidis & Van Royen, 2008).

7. Finančná úspora – komplexná, koordinovaná a kontinuálna starostlivosť okolo jednotlivca či celej rodiny v ťažkej životnej situácii zamedzuje riziko duplicitných či vzhľadom na problematiku neefektívnych služieb. Mnoho výskumov prináša aj informáciu, že práca multidisciplinárneho tímu skracuje čas hospitalizácie ako aj celkovej liečby či inej odbornej starostlivosti, znižuje mortalitu klientov a zamedzuje nadužívanie liekov. To sa odráža na finančnej úspore, ale aj na efektívnejšom využití finančných zdrojov, čím môže dochádzať ku zhodnocovaniu financií (Majetný et al., 2019; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015; Schmitt, 2001).

8. Vzájomná edukácia pracovníkov prostredníctvom spolupráce – práca v multidisciplinárnom tíme prehľbuje poznanie odborníkov, rozvíjajú sa ich schopnosti, zručnosti a získavajú nové kompetencie. Je to pozitívny následok kooperácie ľudí rôznej špecializácie s odlišnými skúsenosťami. V procese práce tímu dochádza pri zdieľaní informácií, poznatkov či zážitkov do ich zakomponovania u každého člena, hoci pôvodne do jeho špecializácie nepatrili. To následne rozširuje oblasti poznania profesionálov a možnosti implementácie och poznatkov v praxi. Odborníci tak v procese spolupráce zažívajú vlastný osobný rast, ktorý ich bude následne motivovať ku ďalšej odbornej práci, k spolupráci s inými profesionálmi a ku neustálemu rozvoju sociálnych a tímových kompetencií. Prostredníctvom tímovej práce sa podporujú komunikačné schopnosti odborníkov a ich kolaboratívne zručnosti, čo sa následne odráža na ich pozitívnom smerovaní v kariére. Vzájomná edukácia odborníkov môže byť prínosná obzvlášť pri začínajúcich odborníkov v práci (Hsien-Hui & Hsiao, 2013; Krnáčová et al., 2020; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015; Rosell et al., 2018).

9. Prevencia syndrómu vyhorenia - odborníci na multidisciplinárnej spolupráci oceňujú to, že neostávajú s prípadom klienta či celej rodiny v ťažkej životnej situácii sami, ale že v tíme získavajú dostatok profesionálnej podpory a zdieľania úspechov. Zároveň dostávajú pomoc pri zvládaní konfliktov či bariér implementácie poskytovanej starostlivosti, delia sa o zodpovednosť za riešenie komplexného prípadu s ostatnými odborníkmi, podnecuje sa ich tvorivosť, partnerstvo a možnosť vzájomných konzultácií. Týmto procesom sa zvyšuje prežívanie zmyslu vlastnej odbornej činnosti, zintenzívňuje pracovná spokojnosť a spokojnosť v práci a znižuje riziko syndrómu vyhorenia a tým predčasného ukončenia profesijnej dráhy odborníka. Okrem zlepšovania vlastných vedomostí a zručností dochádza medzi odborníkmi aj ku vzájomnému oceňovaniu a uznávaniu odbornosti, čím si odborníci vo vzťahoch budujú medzi sebou dôveru a rešpekt, znižuje sa riziko konfliktov a rivality. Pomocou striedania perspektív práce (individuálna interakcia s klientom – skupinová interakcia s klientom – interakcia s statnými odborníkmi o klientovi) a lepšieho rozloženia zodpovednosti sa znižuje riziko preťaženia profesionála. Prevenciu proti vyhoreniu tvorí aj skutočnosť, že vďaka funkcii multidisciplinárneho tímu nebudú odborníci v sieti starostlivosti zatažovaní tými úkonmi, ktoré sú pre efekt liečby neefektívne (Krnáčová et al., 2020; Majetný et al., 2019; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015; Tsakitzidis & Van Royen, 2008; Vendel, 2008).

10. Upevňovanie tímu – posilňovanie profesionality a kooperácie členov multidisciplinárneho tímu posilňuje preukazovanie vzájomného rešpektu, zdieľanie zodpovednosti a uznanie kompetentnosti. Zážitok pozitívnych interakcií a úspechov tak podporuje súdržnosť, upevňuje tím a umožňuje mu riešiť postupne aj komplexnejšie a náročnejšie úlohy (Krnáčová et al., 2020).

11. Zhromažďovanie informácií na jednom mieste – v procese práce multidisciplinárneho tímu nedochádza len k zdieľaniu informácií, ale aj ku ich zhromažďovaniu na jednom mieste, čo prispieva ku neskoršej dostupnosti údajov, ale aj ku evalvácii efektivity postupu poskytovanej starostlivosti (Krnáčová et al., 2020).

12. Podpora manažmentu celej organizácie – multidisciplinárne tímy bývajú súčasťou jednej inštitúcie alebo rezortu, takže svojou činnosťou spadajú resp. nadväzujú na ich aktivity. Efektívne riadenie multidisciplinárnej spolupráce si vyžaduje prepojiť a zladiť procesy v tíme aj s tými v organizácii či rezorte. Efekt partnerstva a kolaborácie sa tak môže preniesť aj do profesionálnych vzťahov v inštitúcii mimo tím, čím dôjde k posilneniu manažmentu organizácie a tým celkovej starostlivosti (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016; Krnáčová et al., 2020).

13. Lepšia a efektívnejšia komunikácia medzi jednotlivcami a profesionálnymi skupinami – vďaka stretnutiu na jednom mieste a facilitovanej interakcii dochádza k významne účinnejšej komunikácii, ako keď prebieha len v dyádach odborníkov či len prostredníctvom odovzdávania správ. Tým sa vytvárajú siete vedúce k plnému, dostupnému a efektívnemu využívaniu služieb v regióne, čím sa zvyšuje celková kvalita života komunity (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016; Majetný et al., 2019).

14. Zvyšovanie kvality starostlivosti – predstavuje finálny benefit, na ktorom sa podieľajú aj vyššie opísané výhody multidisciplinárnych tímov na základe synergického efektu kolaborácie členov tímu. Poskytované služby sú adresnejšie a rýchlejšie. To má presah na skrátenie času prežívania tiesne či bolesti u jednotlivca ale aj celej rodiny, urýchľuje proces adaptácie či inklúzie a tým navyšuje životnú spokojnosť klientov, ktorá je jedným z hlavných komponentov zdravia. Členovia multidisciplinárneho tímu môžu osvojený kolaboratívny postup práce rozširovať do iných oblastí výkonu ich povolania, čím dôjde k efektívnemu poskytovaniu služieb aj v iných oblastiach (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016; Krnáčová et al., 2020; Křivohlavý, 2003; Majetný et al., 2019).

Okrem vyššie opísaných výhod môže implementácia multidisciplinárnych tímov prinášať aj výzvy resp. nevýhody, s ktorými si musí každý člen tímu, koordinátor tímu a manažment organizácie vysporiadať.

1. Časový tlak - poskytovanie služieb býva spojené s časovou tiesňou. Pri práci s multidisciplinárnym tímom je potrebné brať do úvahy dva kľúčové prvky. Nielenže sú členovia tímu zodpovední za dokončenie vlastnej práce s klientom, ale musia tiež venovať čas komunikácii s ostatnými odborníkmi. Musia flexibilne reagovať na všetky zmeny, ktoré sa udejú v pláne poskytovanej starostlivosti, niekedy aj na zmeny, ktoré sa priamo nevzťahujú na ich odbor resp. pochádzajú od odborníka z inej oblasti. Môže sa aj udiť, že odborníci budú preťažení počtom riešených prípadov aj prostredníctvom multidisciplinárnej spolupráce. Aj keď v multidisciplinárnom tíme ide o proces spolupráce, existujú aj také prvky, ktoré sa vyhýbajú nadväzovaniu kooperácie a môžu byť pre efekt prístupu dôležité (Gaille, 2018; Hsien-Hui & Hsiao, 2013; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015). Časový tlak môže byť zároveň aj prospešný v zmysle vyššej efektivity spoločnej práce. Členovia tímu môžu spoločne venovať čas prioritizovaniu situácie a nezameriavať sa tak na menej podstatné aspekty či témy.

2. Rozdielnosť členov multidisciplinárneho tímu – aj keď je rôznorodosť špecializácii odborníkov v tíme nespornou výhodou, prináša do procesu spolupráce aj určité limity.

Rôzni členovia tímu pochádzajú z odlišných prostredí, s rozdielne posudzovaným statusom profesie a odboru, čím môžu byť riadení rôznymi predstavami či legislatívnymi postupmi, ktoré môžu byť v konflikte a následne môžu brzdiť prácu tímu. V multidisciplinárnom tíme sa členovia môžu medzi sebou líšiť aj dĺžkou praxe a u niektorého z členov tímu sa môžu vyskytnúť nedostatočné kvalifikačné predpoklady v porovnaní s ostatnými členmi tímu. Multidisciplinárnemu tímu prospeje, ak je podobnosť medzi členmi a ich dĺžkou vzdelávania a praxe podobná. Rôzne úlohy členov tímu sa vyskytujú v rozličných časových plánoch, čo môže vytvárať problémy pri pokuse o poskytovanie služieb (Gaille, 2018; Hsien-Hui & Hsiao, 2013; Krnáčová et al., 2020; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015). V tejto súvislosti sa dá odvolať na myšlienky jedného zo zakladateľom Prístupu zameraného na riešenie, Steve de Shazera (2017), podľa ktorého neexistuje úplné porozumenie, iba viac či menej užitočné nedorozumenie. Rozdielnosť skúseností a pohľadov členov multidisciplinárneho tímu môže byť veľmi užitočná pre ich spoluprácu a pre celkový výsledok ich spoločnej práce pre klienta. Vzhľadom na to, že multidisciplinárny tím má spoločný cieľ, ktorým je podpora klienta, môže na ceste za splnením cieľa využiť všetky zdroje od členov tímu - ich skúsenosti, pohľady, inšpirácie.

3. Frekvencia stretnutí - aby bola činnosť multidisciplinárneho tímu efektívna a aby sa zabezpečila spolupráca a komunikácia, vyžaduje sa od tímu pravidelné stretávanie. Stretnutie multidisciplinárneho tímu môže trvať 2 až 3 hodiny, čo je pre väčšinu ľudí veľa času, ktorý sú nútení do spolupráce investovať. Táto nevýhoda sa dá prekonať primeraným finančným kompenzovaním účasti na tíme, vhodným časovým rozvrhnutím pracovného harmonogramu a zmenami v hodnotiacich kritériách pracovného výkonu (Gaille, 2018). Táto nevýhoda môže byť aj výhodou v zmysle stanovenia si priorít pre celý tím, na ktorých budú spoločne pracovať, aby sa nevenovalo príliš veľa času menej podstatným témam.

4. Závislosť na dostupných zdrojoch - efektivita multidisciplinárneho tímu závisí od prístupnosti služieb. Môže to aj znamenať, že nebudú môcť byť všetky odporúčania tímu implementované do praxe alebo nie v rovnakom čase. Postupnosť uavádzania starostlivosti u klienta či celej rodiny v ťažkej životnej situácii môže postupovať podľa priority, čo môže mať za nevýhodu aj to, že stretnutí tímu sa budú zúčastňovať aj tí odborníci, ktorých služby aktuálne nie sú uskutočňované (Gaille, 2018). Pri práci s klientom sa samozrejme často naráža na systémové nedostatky, ktoré bránia efektívnejšej podpore. Z pohľadu prístupu zameraného na riešenie to ale pracovníkov ako členov multidisciplinárneho tímu učí lepšie sa zamerať a posudzovať posuny pri práci s klientom, aj keď sú menšie. Často sa môže pri práci v multidisciplinárnych tímoch zdať, že pomoc pre klienta je nedostatočná a úspechy pri spolupráci s ním sú malé. Dôležité je pozrieť sa aj na drobné úspechy a hovoriť o nich s klientom.

5. Nedostatočné informácie - neúplné informácie vedú k nastaveniu nepostačujúcich cieľov. Pravdepodobne ani najlepšie zostavený multidisciplinárny tím nedokáže obsiahnuť všetky potrebné informácie o klientoch. Prax často prináša absenciu jedného z kľúčových odborníkov, čo sa môže odrážať na výslednom efekte poskytovanej služby (Gaille, 2018). Táto nevýhoda sa dá veľmi efektívne využiť na skompetentnenie klienta či rodiny ako rovnocenného partnera v multidisciplinárnom tíme. Klient môže tieto informácie o sebe poskytnúť sám a zároveň rozhodovať o tom, aké informácie sa s cieľom jeho podpory budú zverejňovať.

6. Iniciácia kolaboratívneho procesu – začiatok akejkoľvek spolupráce môže priniesť väčšie zameranie na interakciu členov tímu ako na samotný výsledok na úrovni pozitívnej zmeny u klientov. Proces spolupráce môže byť aj brzdený nejasne vymedzenými rolami, kompetenciami, nespravodlivo distribuovanou podporou, mierou kontroly či právomocí a rovnako aj prípadnou rivalitou medzi členmi tímu, ktorá môže byť podmienená implicitnými motívmi moci alebo konkurenčnou pozíciou v praxi (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015). Tento proces môže byť však zároveň veľkým priestorom pre učenie sa a rozvoj pre všetkých členov tímu, vrátane klienta - pre rozvoj spolupráce, zameranie sa na cieľ, vykomunikovanie si pravidiel, rolí a hraníc pri práci v multidisciplinárnom tíme.

7. Nedostatočné materiálne a finančné zabezpečenie – v podobe nedostatočného finančného ohodnotenia za účasť na multidisciplinárnom tíme, chýbajúcom kancelárskom vybavení, absentujúcich alebo nedostatočne funkčných informačno-komunikačných prostriedkov alebo v nemožnosti implementovať akčný plán z multidisciplinárneho stretnutia do praxe z dôvodu nedostatočnej kapacity danej služby v regióne (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015). V dnešnej dobe, kedy stretnutia často prebiehajú online, sa znižujú náklady na cestovanie a miestnosť, v ktorej práca za normálnych okolností v multidisciplinárnom tíme prebieha.

Faktory efektivity multidisciplinárnych tímov

Na efektívite samotnej práce multidisciplinárneho tímu sa podieľa niekoľko dôležitých faktorov, ktoré sa týkajú personálnej, legislatívnej, procesuálnej, organizačnej či materiálnej stránky. Týmito faktormi sa stávajú aj skutočnosti, ktoré sú ponímané aj ako predpoklady pre multidisciplinárnu spoluprácu. Číže v procese fungovania multidisciplinárneho tímu figurujú pred iniciáciou spolupráce, ale aj ako faktory zvyšujúce samotný kolaboratívny proces v tíme.

Metodika pre meranie faktorov efektivity multidisciplinárnej spolupráce MDT-OARS (Observational Assessment Rating Scale) (Taylor et al., 2012) pracuje s 86 položkami podieľajúcimi sa na efektívite multidisciplinárneho tímu, ktoré sú roztriedené do piatich veľkých skupín: úroveň tímu, oblasť materiálneho zabezpečenia, oblasť logistiky a organizácie multidisciplinárnych stretnutí, úroveň rozhodovacieho procesu a oblasť procesu multidisciplinárnej spolupráce.

1. Faktory na úrovni tímu

a) dochádzka – prítomnosť relevantných a kľúčových členov tímu na stretnutí tímu.

b) vedenie – hovorí o moderovaní stretnutí tímu, kde sú dôležité nasledujúce skutočnosti:

- dodržiavanie programu stretnutia,
- podpora aktívneho zapájania a spoluúčast členov,
- podpora zacielenej diskusie,
- formulácia odporúčaní.

c) tímová práca a tímová kultúra – kde sú dôležité:

-účasť a zahrnutie relevantných členov tímu – to sa spája s aktivitou a primeraným zapájaním týchto členov; so skutočnosťou, aby nedominovala len jedna popri prípade len dve osoby; s dobrovoľnou možnosťou vstupovať do komunikácie vrátane kladenia otázok; s príspevkami účastníkov podnecujúcich rozhodovací proces a/alebo prinášajúcich do diskusie relevantné informácie a s konsenzom pri tvorbe rozhodnutí,

-vzťahovosť členov tímu navzájom – v tomto prípade sa sledujú premenné ako prítomnosť humoru, pozitívna a uvoľnená skupinová atmosféra, prijímajúce a podporujúce tímové vzťahy a priateľský kooperatívny spôsob interakcií,

-vzájomný rešpekt – ktorý zahŕňa venovanie dostatočnej pozornosti procesu a členom tímu, rešpekt ku členom tímu, vyhýbanie sa súbežným komunikačným línii popri hlavnej, očakávanie a pozitívne hodnotenie relevantných príspevkov členov tímu a absencia prítomnosti negatívneho napätia či konfliktu,

d) osobný rozvoj a vzdelávanie – táto oblasť zahŕňa komunikáciu o vedecky podložených dôkazoch a situácie učenia sa.

2. Materiálne zabezpečenie stretnutia

- a) miesto stretnutia – v tomto prípade sa sledujú parametre ako:
 - primerane veľká miestnosť pre stretnutia vzhľadom na počet členov tímu,
 - usporiadanie sedenia umožňujúce každému členovi tímu vhlad do materiálov,
 - dostatok miesta pre sedenie pre každého účastníka tímu,
 - miestnosť pre stretnutie s vhodnými fyzikálno-chemických podmienkami ako osvetlenie, teplota, hluk, kvalita vzduchu a pod.
- b) využívanie informačno-komunikačných technológií (ďalej len IKT) – dostupnosť IKT vybavenia pre náhľad do všetkých materiálov (efektívnym riešením je mať k dispozícii viaceo obrazoviek/monitorov).

3. Organizácia a riadenie procesu stretnutia

- a) príprava stretnutia – zahrňuje požiadavky ako:
 - program stretnutia – spoločne s relevantnými materiálmi ku stretnutiu vrátane ich dostupnosti,
 - u komplexných resp. náročných prípadov stanovenie priorít – ktoré sú zahrnuté v programe dňa s dostatkom času pre ich diskusiu.
- b) organizácia stretnutia – kde sú dôležité premenné ako:
 - spis klienta – dostupnosť relevantných spisových informácií klienta počas stretnutia,
 - prezentácia príbehu klienta – komplexný, jasný, prehľadný a stručný opis ťažkej životnej situácie klienta či rodiny.

4. Uskutočnenie rozhodnutia

- a) klient alebo rodina v strede záujmu starostlivosti – rozhodnutie tímu je uskutočnené vzhľadom na charakteristiky jednotlivca alebo rodiny (socio-demografické premenné, komorbidné ťažkosti, psycho-sociálne potreby, prania a očakávania klienta alebo rodiny a preferencie ich blízkych osôb zahrnutých do procesu starostlivosti),
- b) plán starostlivosti – kde je nevyhnutná jasnosť postupu poskytovanej starostlivosti vrátane krokovosti.

Ponímanie faktorov efektívneho výkonu môže byť medzi jednotlivými výskumníkmi odlišné. Evans et al., (2019) usporiadali premenné určujúce výkonnosť multidisciplinárneho tímu do piatich hlavných komponentov:

1. Organizácia a riadenie tímu – do ktorého zapadajú faktory ako samotné vedenie tímu, kompetencie členov tímu, uskutočňovanie rozhodnutia a manažment rizík.
2. Plánovanie stretnutia – ktoré sa delí na fázy pred stretnutím, počas stretnutia a po stretnutí.
3. Prepojenie klientov s členmi tímu – do ktorého patria premenné ako prístup klientov ku členov tímu, komunikácia klientov s členmi tímu, informovanosť a vzdelávanie členov tímu a charakteristiky klientov.
4. Zhromažďovanie dát a ich analýzy – pod ktoré spadá samotný zber údajov, monitorovanie a hodnotenie dát, zabezpečovanie kvality údajov a ich systémovej integrácie a uskutočňovanie prieskumu či výskumu.

Metaanalýza projektov zaoberajúcimi sa faktormi úspešného fungovania multidisciplinárnych tímov, ktoré sa uskutočnilo pod dohľadom anglického Národného centra zdravia (National Health Service – NHS, 2018), dospela ku siedmym kľúčovým faktorom efektivity:

1. Starostlivosť zameraná na klienta alebo rodinu - dôležitým komponentom pre úspešnú multidisciplinárnu spoluprácu je zahrnutie predstáv klientov do plánovania starostlivosti. Nezhľadnenie ich prání vedie podľa štúdií k predĺženiu starostlivosti (Shaw, Rosen, Rumbolt, 2011). Klienti by sa mali rovnako ľahko orientovať v systéme poskytovanej starostlivosti, k čomu dopomáha funkcia case manažéra (Cameron et al., 2012). Dôležitým aspektom je aj zapojenie komúní do organizácie procesov multidisciplinárneho tímu, kde by mohli predkladať návrhy a poskytovať spätnú väzbu (Cameron et al., 2012; Suter et al., 2009). Dá sa predpokladať, že klienti budú mať záujem participovať na časovo efektívnej, flexibilnej a pohotovej službe. Multidisciplinárny tím by mal brať na zreteľ očakávania klientov aj napriek tomu, že sa môžu odlišovať od záujmov inštitúcie či komunálnej politiky (Cameron et al., 2012).
2. Zapojenie lekára – analýza teoretických zdrojov o zásadách úspešnej integrácie systémov v starostlivosti o klienta, ktorú vypracovali Suter et al., (2009), dospela k záveru, že je potrebné účinne zapájať lekárov na všetkých úrovniach systému a zohľadňovať ich kompetencie pri navrhovaní, organizácii a implementácii do integratívnych snáh v starostlivosti o zdravie klientov. To zahŕňa aj zapojenie všeobecných lekárov do práce multidisciplinárnych tímov. Výskumne sa totiž preukázalo, že kľúčovým faktorom pre úspech integrovanej starostlivosti o klientov je jej poskytovanie mimo nemocničných zariadení.
3. Zdieľané ciele a očakávania - úspešná multidisciplinárna spolupráca si vyžaduje jasné, realistické a dosiahnuteľné ciele, ktoré sú zrozumiteľné a akceptovateľné pre všetkých členov tímu vrátane klientov alebo aj celých rodín ako aj ich blízkych osôb, ktorí sa podieľajú na starostlivosti. Niekoľko štúdií zistilo, že členovia tímu často nechápu ich presné úlohy a zodpovednosti alebo im chýba zdieľané zhodnotenie cieľov a zámerov multidisciplinárneho tímu (Erens et al., 2016; Goodwin et al., 2013; Madge & Khair 2000). To viedlo aj k problémom v nedodržiavaní procesov postúpenia prípadu iným inštitúciami, ktoré sa tak stali neoprávnené a zdržali proces poskytovanej starostlivosti.
4. Zdieľaná informačná technológia a prístup k údajom o klientovi alebo rodine – realizované výskumy zistili, že úspech multidisciplinárnej spolupráce závisí od spoľahlivých informačných systémov zameraných na rýchlu komunikáciu medzi sektormi a organizáciami a v rámci multidisciplinárnych tímov, napríklad použitím jediného záznamu o klientovi či rodine so zhromaždenými informáciami z multidisciplinárnych stretnutí. Na uľahčenie komunikácie medzi členmi tímu poprípade aj poskytovateľmi starostlivosti musia byť informácie prístupné z akéhokoľvek miesta pripojenia v systéme poskytovanej starostlivosti. Kvalitné informačné systémy tiež zvyšujú dostatočnú kapacitu pre uloženie ako aj tok informácií. Okrem správy údajov o klientovi či rodine by mala byť k dispozícii registrácia klientov a koordinácia plánovania v celom systéme poskytovanej starostlivosti. Ďalej je dôležité zabezpečiť monitorovanie pokroku pri implementácii nových spôsobov práce, ktoré zahŕňajú aj vysoké finančné náklady.

To si vyžaduje informačné systémy, ktoré uľahčujú efektívnu správu údajov a monitorovanie činnosti a výsledkov práce multidisciplinárneho tímu. Schopnosť integrovať informácie o priebehu poskytovanej starostlivosti a finančné náklady na túto starostlivosť sa považuje za podstatné pre sledovanie ekonomickej efektívnosti a pre uľahčenie plánovania služieb. Elektronické záznamy o klientovi či rodine podporujú prepájanie členov tímu, hodnotiacich komisárov a poskytovateľov služieb v rámci kontinua starostlivosti a prepájanie poskytovania relevantných informácií týmito skupinám zainteresovaných strán. Vývoj a implementácia integrovaných elektronických systémov je ale časovo náročná, zložitá a finančne nákladná, čo predstavuje prekážku v implementácii tohto faktoru do praxe. Ďalšími bariérami sú zle navrhnuté elektronické informačné systémy; nedostatok jasného finančného plánu; nedostatok zdieľaných pravidiel komunikácie cez IKT; nedostatočné školenie a aktivizácia pre poskytovateľov služieb k účasti na participácii zdieľania informácií cez IKT; nedostatočné technologické zabezpečenia a neefektívne vedenie vo vzťahu ku využívaniu IKT (Suter et al., 2009).

5. Vyladovanie odborníkov rôznych špecializácií, spolupráca a spoločné uskutočňovanie rozhodovania – štúdie preukázali, že bariéry vychádzajúce z odlišnej špecializácie odborníkov sú jednou z kľúčových výziev multidisciplinárnej spolupráce. Výskumy zdôraznili rozdiely medzi poskytovateľmi zdravotníckych služieb a služieb sociálnej starostlivosti alebo medzi lekármi a inými odborníkmi, ktoré prispievajú ku zlyhaniu integračných snáh. Štúdie tiež identifikovali tzv. „súbor názorov na akútnu starostlivosť“, ktorý umiestňuje nemocnicu do centra integračného procesu ako kľúčovú bariéru medziodborovej spolupráce (Hibbard, 2004 in NHS, 2018; University of Birmingham 2010). Aby fungovala multidisciplinárna spolupráca a kolaboratívne snahy, musia byť členovia tímu schopní dať záujmy klientov do popredia pred svojimi vlastnými záujmami a byť pripravení pracovať rôznymi spôsobmi. Metaanalýza pilotných programov integrovanej starostlivosti v Anglicku preukázala, že niektoré projekty zlyhali kvôli presadzovaniu profesionality niektorého z členov tímu alebo kvôli zlyhaniu tímovej spolupráce (Robertson, 2011). Dôležitosť efektívnej spolupráce zdôraznila aj Správa Kráľovského fondu z roku 2013. Kým sa uplatnia výhody nových spôsobov práce, je dlhodobý záväzok ku vzájomnej spolupráci dôležitý pre prekonávanie tejto úvodnej frustrácie (NAO, 2017). Pre multidisciplinárne tímy sú nesmierne dôležité zdieľaná zodpovednosť a rozhodovanie. Všetci členovia tímu zodpovedajú za pozitívnu zmenu klienta či celej rodiny, a preto musia mať príležitosť vyjadriť svoj názor na poskytovanie starostlivosti. Do multidisciplinárnej spolupráce tak musia byť zavedené vhodné mechanizmy riadenia tímu a normy práce, ktoré by tento proces zabezpečili (McKinsey, 2014 in Carter et al. 2014).

6. Implementácia do komunity a práca na úrovni regiónu - spoločná poloha v regióne sa považuje za dôležitý prvok multidisciplinárnej práce, podpory neformálneho kontaktu, zvýšenia vzájomného porozumenia, rýchlejšej a ľahšej komunikácie, účinného riešenia problémov a efektívneho učenia aj mimo profesijného zamerania (Ling et al. 2010). Na základe hodnotení viac ako tridsiatich komunitných zásahov určených na zníženie urgentného príjmu v nemocniciach sa začala presadzovať dôležitosť multidisciplinárneho tímu ako štruktúry s rôznymi komunikačnými kanálmi, ktoré efektívne prenášajú informácie cez hranice tímu (Bardsley et al. 2013). Metaanalýzy úspešných multidisciplinárnych projektov preukázali, že spoločné umiestnenie služieb podporilo medziprofesijnú spoluprácu a vzťahy medzi poskytovateľmi. Bolo to hlavne preto, že spolu s častými tímovými stretnutiami, používaním elektronických informačných systémov a blízkeho/regionálneho umiestnenia služieb to zabezpečovalo efektívnu komunikáciu medzi rôznymi poskytovateľmi a odborníkmi (Suter et al., 2009).

7. Zameranie na vysoko rizikové skupiny populácie – táto požiadavka sa naplňa cez stratifikáciu rizík, aktívneho vyhľadávania prípadov a efektívnej identifikácie rizikovej populácie. Pre dosiahnutie efektívneho poskytovania služby by sa mala aktivita multidisciplinárneho tímu zamerať na zachytávanie osôb z kategórie rizikovej populácie.

Národný akčný tím pre liečbu rakoviny (National Cancer Action Team – NHS, 2010) vytvoril veľmi dôslednú a precízne formulovanú kategorizáciu faktorov podieľajúcich sa na efektívnosti multidisciplinárneho tímu.

1. Tím

- a) členstvo v tíme – pre naplnenie obsahu tohto komponentu musia byť v tíme zastúpení všetci odborníci, ktorí svojou odbornosťou spadajú pod komplexnú riešenie problematiku. Každý tím potrebuje svojho koordinátora, ktorý počas stretnutia tímu sedí na mieste, kde dobre počuť a vidieť. Tím by mal mať zabezpečenú alternáciu za jednotlivých odborníkov v prípade ich neprítomnosti a každý člen tímu má mať splnené požadované kvalifikačné predpoklady.

- b) dochádzka členov tímu – každý z členov tímu má mať v organizácii svojho pracovného času zahrnutú cestu na a zo stretnutia multidisciplinárneho tímu ako aj čas strávený na stretnutí a pri príprave na toto stretnutie. Potrebný čas sa organizuje individuálne vzhľadom na riešenie problematiku. Členovia tímu musia byť na stretnutí prítomní vždy, ak sú ich podnety potrebné. Vo výnimočných prípadoch sa tím môže dohodnúť, či prijme aj prítomnosť náhradného člena pri absencii kľúčového člena tímu. Kritériom rozhodovania je zabezpečenie bezrizikovosti navrhnutých odporúčaní. Obzvlášť veľké úsilie sa má vynakladať na zabezpečenie tých odborníkov, ktorí s klientom či celou rodinou priamo pracujú. Absencia kľúčových členov tímu má byť manažmentom tímu pretavená do ich hodnotiacej pracovnej správy. Vedenie evidencie dochádzky aj s časmi dopomáha k vyššej účasti členov. Každý, kto sa aj jednorázovo zúčastní tímu ako prisediaci, by mal byť členom tímu predstavený a zapísaný do prezenčnej listiny.

- c) vedenie tímu – každý tím ma menovaného vedúceho či predsedu (môže to byť aj jedna osoba), ktorí sú zodpovední za organizáciu, logistiku a vedenie tímu.

-predseda: je zodpovedný za organizáciu a priebeh multidisciplinárneho stretnutia. Mal by mať rozvinuté nasledovné kompetencie – organizácia schôdze, aktívne počúvanie a komunikácia, manažment medziludských vzťahov, zvládanie rôznorodosti osobnostných typov a interpersonálnych konfliktov, konštruktívne vedenie dialógu, facilitácia efektívneho rozhodovania sa o konsenzoch, organizácia času. K jeho úlohám v multidisciplinárnom tíme patrí príprava a odsúhlasenie programu s koordinátorom multidisciplinárneho tímu, zabezpečenie uznášaniaschopnosti stretnutia, zabezpečenie prediskutovania všetkých dôležitých bodov a stanovenie priorít, zabezpečenie aktívnej účasti každého člena na diskusii, zabezpečenie zameranej a relevantnej diskusie, zabezpečenie plynulého priebehu dialógu, podpora centrácie dialógu na klienta či celú rodinu v ťažkej životnej situácii, zabezpečenie dialógu o pláne starostlivosti a jeho úplnosti pred otvorením diskusie na nový tému, zabezpečenie zápisnice či tvorbu záznamu o klientovi či celej rodine, zaistenie jasných a kompletných odporúčaní, ktoré budú dostupné klientom či celej rodine.

-vedúci – môže byť zároveň aj predsedom multidisciplinárneho tímu, no má širšie právomoci ako vedúci, ktoré sa neohraničujú len na stretnutia tímu. Vedúci je zodpovedný aj za riadenie tímu (jeho cieľov, významu, očakávaní členov tímu a pod.), za zabezpečenie porozumenie úlohy každým členom tímu, za financovanie tímu vrátane vyhľadávania zdrojov tohto financovania a za zabezpečenie priaznivej sociálnej atmosféry.

d) **tímová práca a kultúra** – každý člen má formulovanú svoju úlohu a kompetencie, ktoré sú zahrnuté aj v jeho pláne práce. Pre zabezpečenie tohto faktoru je dôležité, aby sa tím dohodol na normách správania, ktoré budú zohľadňovať vzájomný rešpekt a dôveru medzi členmi tímu, rovnaký priestor pre všetkých členov, riešenie konfliktov medzi členmi tímu; podporu konštruktívneho dialógu, absenciu osobných záujmov a schopnosť požiadať a poskytnúť vysvetlenie, ak je niečo nejasné. Každý člen tímu za podieľa na zdieľaní poznatkov a najlepších postupov.

e) **osobný rozvoj a vzdelávanie členov tímu** – členovia tímu sú stotožnení s potrebou neustáleho sa vzdelávania a sú podporovaní pre dopĺňanie nových vedomostí a zručností pre dosahovanie úloh, za ktoré sú zodpovední. V organizácii tímu sa vytvárajú možnosti pre zdieľanie informácií a skúseností. Pre každého člena sú prístupné kurzy pre rozvoj kompetencií potrebných pre účasť v tíme – schopnosti pre vedenie tímu, komunikačné schopnosti, organizácia času, sebadôvera a asertivita, používanie IKT vybavenia a softvéru. V tíme existuje pozícia člena, ktorý zaobstaráva pre tím vzdelávacie kurzy.

2. Materiálne a technologické zabezpečenie tímu

a) **priestor pre stretnutie** – multidisciplinárny tím má k dispozícii miestnosť na vhodnom (tichom) mieste budovy so zvukovou izoláciou pre zabezpečenie dôverných informácií. Miestnosť je vzhľadom na počet členov tímu dostatočne veľká, každý člen má miesto na sedenie a všetci členovia sa môžu navzájom vidieť, počuť a mať prístup ku prezentovaným materiálom.

b) **IKT vybavenie** – jej dostupnosť a možnosť prevádzkovania – pre naplnenie tejto požiadavky je dôležitý prístup k zobrazovacím zariadeniam pre menej typické záznamy o klientovi (napr. papierové dokumenty), pripojenie do dôležitých systémov a databáz, prístup k projekčným zariadeniam k zabezpečeniu náhľadu pre zaznamenané ciele a postupy pre všetkých členov tímu a pripojenie ku komunikačným zariadeniam umožňujúcim aj dištančnú účasť na stretnutí. Všetky organizácie podieľajúce sa na účasti na multidisciplinárnom tíme majú zabezpečenú rovnakú úroveň IKT vybavenia, ktoré je spoľahlivé a kvalitné a spĺňa minimálne požiadavky (ako napr. štandardy prenosu údajov, kvalita obrazu, šírka pásma - rýchlosť načítania obrázkov, časové oneskorenie pre diskusie, kompatibilita medzi organizáciami). IKT vybavenie je priebežne inovované vzhľadom na technologické požiadavky. Multidisciplinárny tím má k dispozícii IKT podporu počas stretnutia, keďže kvalita IKT sa podieľa na efektívnosti uskutočňovania rozhodovania

3. Organizácia stretnutí a logistika

- a) časový harmonogram stretnutí tímu – multidisciplinárny tím sa stretáva pravidelne vo vopred stanovených hodinách, ktoré vyhovujú každému členovi tímu a nevytvárajú stret s chodom ani jednej zúčastnenej organizácie.
- b) príprava na stretnutia tímu – pre zabezpečenie tohto komponentu je potrebné mať stanovené procesy, ktoré by zabezpečili otvorenie prípadu klienta či celej rodiny na stretnutí tímu – napr. každý klient inštitúcie resp. len rizikovní klienti. Je potrebné nastaviť aj maximálny čas, v ktorom sa klient či celá rodina dostanú do starostlivosti tímu. Organizácia tímu by mala byť zároveň dostatočne flexibilná, aby sa mohol naliehavý prípad uprednostniť. Harmonogram otvárania prípadov má zohľadňovať primeranosť času vzhľadom na závažnosť problematiky a má sa riadiť aj potrebou prítomnosti jednotlivých členov tímu pri dialógu. Pred stretnutím tímu sa zašle štruktúrovaný program poprípade aj zoznam klientov. Tím má mať určené aj minimálne požiadavky pre súbor informácií o klientovi či celej rodine, ktoré budú členom tímu k dispozícii ešte pred stretnutím (anamnestické údaje, diagnostické správy, postoje a očakávania klienta či celej rodiny). O týchto minimálnych požiadavkách má byť vyzrozmeneň každý člen tímu.
- c) organizácia priebehu stretnutí tímu – pred zahájením dialógu je ozrejmené, prečo sa o klientovi či celej rodine diskutuje a kto inicioval zaradenie týchto klientov. Následne sa odprezentujú všetky dôležité informácie, ktoré sú v súlade s minimálnymi požiadavkami na súbor údajov. Dôraz sa kladie na to, že tím má počuť všetky informácie, ktoré sú relevantné pre uskutočnenie efektívnych odporúčaní. Pred stretnutím tímu by mali byť dôležité materiály o klientovi či celej rodine skontrolované vzhľadom na aktuálnosť a relevantnosť. Počas plánovania starostlivosti o klienta či rodinu sa zaznamenávajú odporúčania (najlepšie s možnosťou prezentácie pre členov tímu) vrátane akýchkoľvek nejasností či nezhôd v odporúčaní. Počas stretnutia sa dopĺňa spis o klientovi či rodine o dôležité a aktuálne dáta pre zamedzenie spomalenia ďalšej komunikácie. Pre niektoré tímy môže byť nápomocné zhromažďovať tieto údaje ešte pred stretnutím a počas stretnutia sa len kontrolujú a vyhodnocujú. Mobilné telefóny by mali byť počas stretnutia vypnuté, poprípade telefonujúci odchádza z miestnosti. Pre priebeh stretnutia je dôležitá facilitácia a koordinácia.
- d) koordinácia služieb po stretnutí tímu – pre naplnenie obsahu tohto faktoru je podstatné zavedenie procesov komunikácie s klientmi či celými rodinami a ostatnými dôležitými osobami, ktoré sa podieľajú na starostlivosti, o odporúčaní tímu. Je dôležité zaznamenávať potreby klientov týkajúce sa informovanosti, pravidelne ich vyhodnocovať a naplňovať. Podstatné je aj zabezpečenie implementácie odporúčaní do praxe a spätné informovanie tímu o naplňaní opatrení. Ďalšou dôležitou úlohou je nastavenie odoslania klientov do iných organizácií, ako je inštitúcia, pod ktorú multidisciplinárny tím spadá. Sledovanie využívania služieb starostlivosti klientmi dopomôže k evalvácii procesu a zabezpečovania efektivity poskytovania služieb. Po stretnutí tímu sa môžu doplniť aj tie údaje do záznamu o klientoch, ktoré sa nestihli vyplniť počas stretnutia.

4. Proces rozhodovania zameraný na klienta

- a) cieľ spolupráce tímu – tento faktor zahrňuje vnútorné mechanizmy pre identifikáciu jednotlivcov či celých rodín, ktorých ťažkosti budú vstupovať do diskusie tímu. Rovnako sú dôležité kritéria pre odoslanie klientov či celých rodín do práce multidisciplinárneho tímu, ktoré by mali zahŕňať informácie o charakteristike osôb a rodín, o ktorých môže tím diskutovať, o charakteristike ich ťažkostí, ktoré sa môžu prerokovávať, o charaktere informácii, ktoré multidisciplinárny tím potrebuje ku svojej práci a o charaktere stavu, kedy multidisciplinárny tím odosiela klientov do starostlivosti iných odborníkov či inštitúcií.
- b) starostlivosť zameraná na klienta- každý jednotlivec či rodina sú upovedomení, že ich témy sa budú rozoberať v multidisciplinárnom tíme a že budú upovedomení o výsledkoch a odporúčaníach s konkrétnym termínom odovzdania týchto informácii. Očakávania a potreby jednotlivcov či celej rodiny sú zahrnuté do diskusie tímu a sú viazané na prácu jedného člena tímu. V tíme je menovaný aj case manažér prípadu jedinca či celej rodiny a člen tímu (môže byť aj v osobe case manažéra), ktorý má za úlohu informovať klientov. Jednotlivcom či rodinám sú informácie prezentované vzhľadom na ich možnosti im primerane porozumieť, s ohľadom na ich potreby a so zreteľom na to, aby mohli uskutočniť vedomé rozhodnutie o procese starostlivosti.
- c) proces rozhodovania – pre proces rozhodovania je nevyhnutné, aby sa informácie o klientoch zhromažďovali na jednom mieste a aby boli dostupné každému členovi. Počas stretnutia tímu sa všetky informácie prezentujú hlavne z toho dôvodu, aby členovia tímu mohli uskutočniť racionálne a uvedomelé rozhodnutie. Tím zvažuje všetky možnosti pre klientov, dokonca aj tie, ktoré nie je možné poskytnúť na regionálnej úrovni. Tím má k dispozícii všetky odborné dáta, ktoré zahrňujú informácie o vhodnosti navrhovanej starostlivosti pre klientov tímu. Do procesu rozhodovania sú zavedené štandardné postupy liečby či starostlivosti. Pri vytváraní odporúčaní sa veľmi prihliada na socio-demografické charakteristiky klientov ako aj komorbidné ťažkosti. Vždy sa pristupuje holistickým, bio-psycho-socio-spirituálnym prístupom, kde sú zohľadnené potreby a prania klientov. Výsledkom rozhodovacieho procesu sú jasné a konkrétne odporúčania založené na evidence-based základe, zamerané na potreby a prania klientov v súlade so štandardnými postupmi starostlivosti. Ak dôjde ku zmene odporúčaného postupu vzhľadom na štandardné postupy, je potrebné dôvody tohto odklonu zaevidovať. Rozhodnutia tímu môžu byť len tak kvalitné, ako sú kvalitné údaje o klientoch, ktoré má tím k dispozícii. Preto je potrebné zaznamenať aj informáciu o chýbajúcich dátach. V prípade, ak nie je možné navrhnúť odporúčania z dôvodu neúplnosti údajov alebo ak sa objavia nové a relevantné informácie a až po stretnutí tímu, malo by dôjsť k opätovnej diskusii o klientoch. Odporúčania odkomunikuje s klientom vždy konkrétny člen tímu. Tím pri diskusii o klientoch zhromažďuje aj socio-demografické dáta o klientoch, aby sa zabezpečila rovnosť prístupu k poskytovanej starostlivosti.

5. Riadenie tímu

- a) organizačná podpora – inštitúcia, pod ktorú spadá multidisciplinárny tím, či aspoň jeden jeho člen, oficiálne podporuje zasadanie tímu a model multidisciplinárnej spolupráce ako nástroj kvalitnej a efektívnej starostlivosti a podporuje jeho primerané financovanie. Každoročne dochádza ku zhodnoteniu práce tímu a ku riešeniu vystavaných otázok fungovania.

- b) zber dát, analýza a evalvácia výsledkov – multidisciplinárny tím má k dispozícii nástroj na zaznamenávanie, zhromažďovanie a uchovávanie informácií vrátane kľúčových dát, ktoré sa podieľali na rozhodnutiach tímu, a sú zaznamenávané pred, počas alebo tesne po stretnutí multidisciplinárneho tímu. Údaje sa analyzujú a tím ich získava naspäť pre proces učenia sa. Multidisciplinárny tím sa zúčastňuje interných aj externých auditov a ponúka návrhy na zmenu pre efektivitu procesov. Tím ďalej pracuje aj na základe evalvácie výsledkov práce ale aj na základe spätnej väzby klientov.
- c) riadenie starostlivosti – účel a obsah činnosti multidisciplinárneho tímu je na internej úrovni inštitúcie jasne definovaný a sú spísané pokyny pre fungovanie tímu, jeho organizačná štruktúra vrátane kompetencii členov, noriem spolupráce, riadenia zmien v praxi a spôsobov komunikácie s klientmi. Externí partneri multidisciplinárneho tímu môžu ponúkať spätnú väzbu, na ktorú by mal tím reagovať. Smernice organizácie multidisciplinárneho tímu by sa mali aspoň raz ročne prehodnocovať. V tíme by mali byť zavedené mechanizmy pre zaznamenanie odklonu od navrhovaných postupov resp. pre zachytenie nežiaducich efektov navrhovanej starostlivosti. Tím má aj zavedené stratégie pre eliminovanie diskusií ku klientom, kde nie sú dostatočné informácie a pre poskytnutie služby čo najväčšiemu počtu možných klientov. Multidisciplinárny tím používa osvedčené postupy spolupráce a o problémových oblastiach kolaborácie diskutuje. Tím by mal byť zaevidovaný v národnej resp. nadnárodnej sieti multidisciplinárnych tímov a zástupca tímu sa zúčastňuje na stretnutiach týchto spoločenstiev. Tím by mal mať aj zavedené stratégie pre zachytenie nezrovnalostí medzi vlastnými odporúčaniami a návrhmi iného tímu ako aj pre pravidelnú evalváciu zabezpečenia rovnakého prístupu ku starostlivosti pre svojich klientov. Samotný multidisciplinárny tím alebo jeho zriaďovateľská inštitúcia minimálne raz ročne zhodnocujú efektivitu tímu a výkon sa porovnáva s ostatnými tímami pôsobiacimi v rovnakej oblasti.

Role, úlohy a kompetencie členov multidisciplinárneho tímu

V praxi existuje niekoľko modelov fungovania multidisciplinárnych tímov, ktoré sa od seba líšia štruktúrou či hierarchiou. Tie sú závislé od krajiny či rezortu, v ktorých tím pôsobí, ako aj od jeho cieľa, významu a oblasti riešenej problematiky. Konkrétne príklady modelov tímu budú predstavené v kapitolách „Modely fungovania multidisciplinárneho tímu“ a „Príklady dobrej multidisciplinárnej praxe“. V tejto kapitole budú zhrnuté všeobecné informácie o rolách v tíme vrátane ich stanovených úloh a kompetencií.

Role a kompetencie v tímoch sú určené aj hierarchiou v tíme. Medzi základné usporiadania tímu patrí vertikálna a horizontálna organizácia. Pri vertikálnom usporiadaní tímu sa miera zodpovednosti a moci v rozhodovaní medzi členmi tímu líši. V multidisciplinárnom tíme tak môže vystupovať vedúci člen, ktorému táto rola môže vyplývať z funkcie v tíme (ako podľa National Cancer Action Team – NHS, 2010), alebo z postavenia v inštitúcii, pod ktorú tím spadá (napr. konzílium, prípadová konferencia na OSPODaSK) (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015). Vedúci pracovník v tíme tak nezabezpečuje len koordinačnú a facilitačnú funkciu, ale aj riadi tím prostredníctvom zladovania cieľov, významu, očakávaní členov tímu, zabezpečuje porozumenie úlohy každým členom tímu a obstaráva financovanie tímu vrátane vyhľadávania zdrojov tohto financovania (National Cancer Action Team – NHS, 2010). Vo vertikálnej organizácii sa môže okrem pozície vedúce vyskytovať aj niekoľko členov tímu (najčastejšie 3-5), ktorí sú pri riešení prípadu klienta či celej rodiny vzhľadom a charakter ťažkostí kľúčoví. Tým preberajú väčšiu právomoc pri nastavovaní cieľa diskusie a odporúčaní tímu, no zároveň preberajú väčšiu zodpovednosť ako ostatní členovia tímu (Morlion et al., 2013). Horizontálna organizácia tímu je model tímovej práce, kedy sú si členovia tímu rovnocenní a nesnažia sa udržiavať moc. Horizontalitu udržiava tiež vedúci tímu, ale jeho pozícia sa líši od tej vo vertikálnej štruktúre tým, že nenariaďuje z dominantnej moci, ale z rovnocennej pozície vnáša medzi členov tímu kolaboratívne a dialogické princípy (Majetný et al., 2019).

Organizácia multidisciplinárneho tímu začína podnetom člena tímu, ktorý by rád formou multidisciplinárneho tímu prebral tému klientov. Môže to byť ošetrojúci lekár resp. iný pracovník z pomáhajúcich profesií (často case manažér) alebo z oblasti školstva. Pri niektorých modeloch multidisciplinárnych tímov to môže byť aj iná kompetentná osoba, ktorá zasahuje do ovplyvňovania pozitívnej zmeny v rodine (napr. prokurátor, sudca, príslušník policajného zboru a pod.), alebo to môže byť aj samotný klient či jeho opatrovatel. Osoba alebo člen tímu, ktorý prináša do tímu tému klienta či celej rodiny, sa nazýva zvolávateľ (Majetný et al., 2019).

Prípravu a organizáciu tímu následne preberá koordinátor, ktorý získa nevyhnutné informácie o klientovi či celej rodine vrátane telefonických kontaktov. Postupne získava informácie o tom, ktoré dôležité osoby by mali byť na tíme prítomné a pokúša sa ich cez vysvetlenie významu multidisciplinárneho tímu prizvať ku spolupráci.

Úlohou koordinátora je aj nájsť vhodné miesto a čas stretnutia, ktoré by vyhovovali, pokiaľ je to možné, každému členovi tímu. Skupina osôb, ktorí sa podieľajú na starostlivosti a ovplyvňovaní pozitívnej zmeny u klientov či celých rodín a zároveň sú prítomní aj na stretnutí multidisciplinárneho tímu, sa nazýva „užší tím“. Odborníci či iné významné osoby vstupujúce do procesu zmeny u klientov, no ktoré sa nemohli tímu zúčastniť z akýchkoľvek dôvodov, sa nazývajú „širší tím“. Vzhľadom na svoje úlohy vyžaduje pozícia koordinátora výborne rozvinuté komunikačné a organizačné schopnosti. Jeho úlohou je prekonávať bariéry pri iniciácii kooperácie (hlavne tie psychologické) a spolupracovať s facilitátorom multidisciplinárneho stretnutia, ktorý sa dostaví až na stretnutie tímu. Koordinátor by mal vedieť udržiavať náhľad na užší a širší tím, ktoré sa zapájajú do starostlivosti o jednotlivca či rodinu, získavať spätnú väzbu od účastníkov multidisciplinárneho stretnutia a zdieľať ju s facilitátorom (Majetný et al., 2019).

Funkcia koordinátora má teda skôr administratívnejšiu povahu, pričom pozícia facilitátora sa týka organizácie procesu počas multidisciplinárneho stretnutia a má výrazne relačný charakter. Facilitátor pri stretnutí predstaví prípad, zaisťuje plynulosť a efektivitu komunikácie, zhodu na cieľoch, návrhoch riešenia a tvorbe finálnej verzie plánu podpory. Facilitátor tak nie je angažovaný v samotnom prípade, ale posúva proces a riadi diskusiu multidisciplinárneho tímu k dohodnutému cieľu. Facilitátor vyvažuje v procese stretnutia rozdielnosť členov tímu a vťahuje ich do spolupráce a dialógu. Okrem sprievodcovskej funkcie zastáva facilitátor aj motivačnú funkciu cez zameranie na cieľ, ocenenie či sledovanie fyziologických procesov. Vhodne kladenými otázkami povzbudzuje zameranie na cieľ a aktivitu, dokáže viesť vyjednávanie medzi rôznymi pohľadmi na problematiku, predvída a prekonáva únavu a napätie tímu, vedie prípadné konflikty do konštruktívneho riešenia a má zodpovednosť za udržanie hlavnej témy. Nápomocné je, ak facilitátor oceňuje snahu, nápady a pokroky členov tímu a tímu ako celku, ak kladie dôraz na zrozumiteľnosť aj odborných pojmov a ak stráži uplatňovanie etických princípov a hodnôt multidisciplinarity počas stretnutia (Majetný et al., 2019; Matoušková & Vrabcová, 2015; Wilkinson, 2011 in Majetný et al., 2019).

Dominantným prístupom pri zavádzaní multidisciplinárneho prístupu do starostlivosti o jednotlivcov aj rodiny je case management. Pre implementáciu multidisciplinarity do praxe je potrebné, aby každý klient resp. rodina mali jedného konkrétneho člena tímu ako svojho kľúčového pracovníka (case manager resp. key worker). Je však dôležité, aby jedinec či rodina vedeli, že nie sú iba klientom jedného konkrétneho kľúčového pracovníka, ale klientom a súčasťou celého tímu. Case manager je ďalším legitímnym členom multidisciplinárneho tímu a v praxi pomáha zavádzať odporúčania a rovnako aj ich koordinuje. Nezastáva žiadnu inú odbornosť a jeho cieľom je, aby služby, ktoré jedinec či rodina využíva, boli efektívne a prepojené. Case manager sa stretáva priamo s rodinou, veľakrát aj v jej domácnosti, nadväzuje s rodinou blízky, osobný, podporný vzťah a v neformálnej atmosfére pomáha starostlivosť integrovať v zmysluplný a funkčný celok. Case manager môže byť pre jedinca či rodinu aj podporou a prostredníkom pre zvýšenie dostupnosti služieb (Majetný et al., 2019; Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015).

Ďalšie pozície v tíme sa týkajú zapojenia dôležitých odborníkov, ktorí sa s klientmi podieľajú na pozitívnej životnej zmene. Najčastejšie to bývajú pracovníci rezortu zdravotníctva (lekári, zdravotné sestry, fyzioterapeuti, psychológovia, ...), sociálnych vecí (vychovávateľ, kurátor, kolízny opatrovník, terénny sociálny pracovník, sociálny pedagóg, ...) či školstva (triedny učiteľ, riaditeľ školy, výchovný poradca). Medzi členmi multidisciplinárneho tímu sa vyskytujú aj kňazi či odborníci v oblasti práva (Kodymová, 2015; Majetný et al., 2019). Zloženie multidisciplinárnych tímov sa odvíja aj od štandardov poskytovanej starostlivosti, kde môže byť presne určené, aké profesie a s akým úväzkom sa majú na multidisciplinárnom tíme podieľať. Napríklad pri hospicovej paliatívnej starostlivosti sa odporúča mať v multidisciplinárnom tíme troch lekárov odlišnej odbornosti a úrovne kvalifikácie s celkovým úväzkom 2,33, jedného lekára ústavnej pohotovostnej služby s úväzkom 0,2, jedenásť sestier na plný úväzok, z toho tri vrchné/staničné sestry, pätnásť ošetrovateľov, diétnu sestru na úväzok 0,2, psychológa na úväzok 0,2, jedného sociálneho pracovníka na plný úväzok a kňaza na polovičný úväzok (Štandardy paliatívnej hospicovej péče, 2007 in Dolanová, Adamicová, 2013). Pre kvalifikačné predpoklady členov multidisciplinárneho tímu pri práci s klientmi so psychickou poruchou sa odporúča mať v tíme lekára (najlepšie s atestáciou psychiatria), zdravotnú sestru, sociálneho pracovníka, psychológa a ergoterapeuta (Woody et al., 2018).

Niektoré z modelov multidisciplinárnych tímov zahrňujú medzi svojich rovnocenných členov aj klientov, či celú rodinu. Veľakrát sa prizývajú aj iní dôležití rodinní príslušníci (napr. starý otec, krstná mama, ...) alebo blízki ľudia z okruhu rodiny, ktorí sa môžu podieľať na starostlivosti alebo aj na ovplyvňovaní či podpore pozitívnej zmeny u klientov (napr. tréner, vedúci pracovník v práci, ...). Výhodou týchto modelov je, že klienti môžu vstupovať do formulovania cieľov a odporúčaní pre starostlivosť, ktoré by zohľadňovali ich potreby, túžby a motívy. Rovnocenná pozícia v tíme ich následne viac aktivizuje v dodržiavaní navrhnutých metód starostlivosti a podporuje ich autoregulácia (Majetný et al., 2019).

Organizácia a plánovanie stretnutia multidisciplinárneho tímu

Samotná iniciácia multidisciplinárneho stretnutia v podobe plánovania a organizácie schôdzky tímu je rovnako dôležitá ako priebeh stretnutia či proces po ukončení zasadnutia. Všetky tri časové diely procesu tvoria súčasť jedného celku, ktorý by bez adekvátne prevedenej každej z častí, nedokázal prinášať do praxe tvorivosť, inovatívnosť, efektívnosť a podporu humanistických princípov.

V praxi sa multidisciplinárne tímy stretávajú buď pravidelne, alebo ich schôdze závisia od príchodu klientov s konkrétnymi potrebami či charakteristikami. Rovnako môžu tímy patriť pod jednu inštitúciu, pod ktorou pracujú všetci členovia tímu, alebo členovia tímu môžu prichádzať z rozdielnych inštitúcií či rezortov, dokonca z rozdielnych regiónov. Niektorý z členov tímu môže mať účasť na stretnutí zahrnutú v pláne práce, iní členovia mať nemusia. Je dôležité všetky tieto aspekty zosúladiť a zahrnúť pri plánovaní stretnutia, čo veľakrát býva ale komplikovaná úloha. Z toho dôvodu má každý multidisciplinárny tím svojho koordinátora.

Ako bolo v predchádzajúcej kapitole zmienené, plánovanie stretnutia multidisciplinárneho tímu začína podnetom člena tímu, ktorý by rád formou multidisciplinárneho tímu prebral tému klientov. Prípravu a organizáciu tímu následne preberá koordinátor, ktorý od zadávateľa získa nevyhnutné informácie o klientovi či celej rodine vrátane telefonických kontaktov a zhodnotí, či daný klient či celá rodina svojou charakteristikou a potrebami spadajú pod oblasť zamerania daného multidisciplinárneho tímu. Následne koordinátor kontaktuje dôležitých odborníkov, alebo aj členov rodiny, ktorých cez telefonát alebo aj osobné stretnutie motivuje k účasti na stretnutí. Rovnako sa dopytuje na ďalšie dôležité osoby z radov odborníkov aj rodinných príslušníkov či iných blízkych osôb klientov. Podľa miesta bydliska alebo výkonu profesie následne koordinátor hľadá vhodné miesto. Rovnako sa snaží od členov tímu prezistiť čo najviac možností vhodných termínov. Miesto stretnutia tímu musí spĺňať materiálne a priestorové podmienky a rovnako musí byť pre každého člena vyhovujúce. Môže sa udiť, že negatívne skúsenosti klienta s určitou inštitúciou a tým aj s jej budovou ako sídlom, môžu vytvoriť bariéru pre budúcu spoluprácu. Preto je prospešné, ak sa koordinátor pýta členov tímu aj na nápady pre priestorové možnosti stretnutia. Inú variantu organizácie tvorí tím, ktorý sa stretáva pravidelne v rámci jednej inštitúcie, kde organizácia tímu prebieha jednoduchšie z dôvodu zabehnutého časového harmonogramu zosúladeného s individuálnymi plánmi práce a zabezpečenej miestnosti (Majetný et al., 2019, National Cancer Action Team – NHS, 2010).

Niektoré multidisciplinárne tímy riešia počas jedného stretnutia len tému jedného klienta či rodiny, niektoré sa zaoberajú viacerými. Preto je dôležité, aby časový harmonogram stretnutia zohľadňoval nielen nároky psychohygieny každého člena tímu, ale aj závažnosť, komplexnosť či urgentnosť prípadu. Postupnosť radenia klientov by mala odrážať aj nevyhnutnú prítomnosť konkrétnych odborníkov, aby napríklad niektorý člen z tímu nemusel byť pri diskusii k prípadu, ktorý nie je v jeho starostlivosti. Každý člen tímu pred stretnutím dostane štruktúrovaný program vrátane časového harmonogramu, ako aj materiály zhromaždené koordinátorom o klientoch a požiadavky pre prípravu na stretnutie tímu (National Cancer Action Team – NHS, 2010).

Procesy fungovania multidisciplinárneho tímu

Jednotlivé komponenty procesov, ktoré prebiehajú v multidisciplinárnom tíme počas stretnutia, boli už spomenuté v kapitole o podmienkach fungovania a o faktoroch efektivity multidisciplinárnych tímov. Na tomto mieste budú priblížené vybrané spôsoby riadenia procesov v tíme, ktoré udržujú princípy multidisciplinarity (kolaborácia, rovnocennosť, zdieľanie, spoločný cieľ, ...) v práci tímu.

Mnoho prístupov vyzdvihuje ako prioritu pri vedení multidisciplinárnych tímov budovanie vzájomných vzťahov medzi členmi tímu (napr. Jacobs, 2010; Majetný et al., 2019; Schoenmakers, 2014). Tento prístup je aplikovateľný do praxe cez ocenenie, budovanie aliancie a spoločných cieľov a uplatňovanie kolaboratívnych a dialogických princípov. Najväčšou výzvou pri uplatňovaní tohto prístupu je zmena v nastavení myslenia človeka cez jeho postoj a očakávania. Existujú dva základné módy tohto nastavenia – zameranie na riešenie problému a zameranie na ocenenie. Princíp práce zameranej na riešenie problému iniciuje prácu tímu pri vzniku problému, kde sa následne identifikuje spúšťač problému, analyzujú sa príčiny vzniku tohto spúšťača, následne sa vytvárajú riešenia, ktoré prechádzajú do akčného plánu a ten následne do akcie v praxi napríklad v podobe poskytovania starostlivosti rodine v ťažkej životnej situácii. Princíp práce zameranej na riešenie problému však môže udržiavať nastavenie myslenia členov v tíme v móde „človek má problém, rodina má problém, tím má problém“. Prístup zameraný na ocenenie však v praxi veľakrát prináša efektívny a rýchly spôsob postupu práce pre tím. Ben Furman a Tapani Ahola (2017) identifikovali kľúčové oblasti spolupráce a navrhli model dvojitej hviezdy tzv. Twin Star. Tento model ponúka teoretický rámec pre rozvíjanie tímovej spolupráce založený na prístupe zameranom na riešenie a na poznatkoch sociálnej psychológie. Jedna hviezda sa zameriava na oblasti, ktoré je užitočné rozvíjať a druhá hviezda zahŕňa oblasti, ktoré môžu v oblasti spolupráce spôsobovať ťažkosti a je potrebné vedieť ich efektívne zvládať. Všetky tieto faktory sú dôležité pre psychickú pohodu a spokojnosť v tíme. „Najdôležitejšie faktory, ktoré prinášajú pozitívne prežívanie pocitov spolupatričnosti, sú: oceňovanie, zážitok úspechu, starostlivosť o druhých, zábava a humor. Hlavnými problémovými bodmi, ktoré spokojnosť tímu ohrozujú, sú: diskusia nad problémami, dávanie a prijímanie kritiky, zážitok zranenia a rôzne neúspechy a prekážky.“ (Furman, Ahola, 2017, s. 18).

Prístup zameraný na ocenenie (Schoenmakers, 2014) sa začína oceňovaním a porozumením toho najlepšieho a najfunkčnejšieho z práce tímu či zo života jedinca či celej rodiny. Následne sa dá priestor víziám, ktoré zahŕňujú to, čo môže v budúcnosti byť, k čomu by sa dalo smerovať a následne prebieha dialóg o tom, čo sa dá z toho realizovať a akým spôsobom. Výsledkom je inovácia s formulovaným postupom jej dosiahnutia. Prístup zameraný na ocenenie udržiava v členoch tímu nastavenie „človek má zdroje a má riešenia, rodina má zdroje a má riešenia a tím má zdroje a má riešenia“.

Tento prístup tak v praxi zahŕňa filozofiu poznania, metodiku riadenia zmien, spôsob vedenia tímu, techniku ľudského rozvoja, odhalovanie a spoznávanie mechanizmov, ktoré podporujú potenciál človeka a metódu rozvoja celých organizácií, ktorá zahŕňa predpoklad, že zameranie sa v dialógu na silné stránky, úspechy, hodnoty, nádeje a sny je samo o sebe transformačné. Zavádzanie tohto prístupu do praxe má niekoľko pravidiel:

- (a) v každej sociálnej výmene (interakcii, vzťahu, situácii) funguje aspoň niečo,
- (b) to, na čo sa zameriavame, sa stáva našou realitou,
- (c) realita je vytvorená daným momentom a týchto realít je nespočetné množstvo,
- (d) jazyk, ktorý používame, vytvára našu realitu,
- (e) spôsob kladenia otázok ovplyvňuje výsledok,
- (f) ľudia viac dôverujú budúcnosti (neznámej), keď prenášajú časti z prítomnosti (známej),
- (g) ak prepájame minulosť s budúcnosťou, mali by sme to robiť s tými najlepšimi časťami minulosti,
- (h) je dôležité oceňovať rozdiely.

Fungovanie prístupu zameraného na ocenenie je v praxi postavené na niekoľkých princípoch:

1. Konštruktivistický prístup – ktorý chápe akékoľvek organizácie či skupiny ako ľudské konštrukty. Viera v to, čo je efektívne, tak ovplyvňuje správanie a postoj ľudí k zmenám. Realita je subjektívna a spoločensky utváraná prostredníctvom jazyka, aký používame, a cez dialógy, aké vedieme. Spôsob, akým poznávame, tak ovplyvňuje našu budúcnosť.
2. Princíp simultánnosti – ktorý hovorí o tom, že zmena začína v momente, keď sa položí otázka. Samotný začiatok pýtania sa pripraví predpoklad pre to, čo sa objaví či odhalí. Z odpovedí na otázky sa tak koncipuje, diskutuje a na záver konštruje budúcnosť.
3. Princíp písania príbehu - sa viaže na symboliku ľudí ako otvorených kníh a organizácie inštitúcii či skupín ako spoluautorstvo týchto kníh. Minulosť, prítomnosť a budúcnosť organizácii sa tak stáva nekonečným zdrojom učenia, inšpirácie a interpretácie.
4. Princíp anticipácie – sa zameriava na to, že správanie v prítomnosti je ovplyvňované predstavou budúcnosti. Čím pozitívnejší a nádejnejší je obraz budúcnosti, tým pozitívnejší je súčasný stav. Kolektívna predstavivosť o priaznivej budúcnosti sa tak pre skupinu či organizáciu stáva zdrojom konštruovania zmien a zlepšení.

5. Princíp pozitivizmu – za zakladá na tom, že každá úspešná zmena vyžaduje vysokú úroveň prežívania pozitívnych emócií. Prežívanie týchto emócií totiž zlepšuje kognitívne schopnosti človeka, ktoré sa prejavia v lepšom strategickom myslení, rýchlejšej pohotovosti pri prijímaní informácií, zvýšenej tvorivosti, rýchlejšom rozhodovaní a prekonávaní neúspechov a prospieva aj celkovému zdraviu.

Tieto princípy sa pri budovaní partnerstva v skupinách či organizáciách aplikujú tak, že sa inštitúcie (skupiny) uberajú tým smerom, na čo sa zameriavajú a to by malo byť na najpozitívnejší potenciál organizácie - jej pozitívne jadro, ktorou je podstata samotnej organizácie a to kolektívna múdrosť členov organizácie o hmotných a nehmotných silných stránkach, schopnostiach, zdrojoch, potenciáloch a aktívach inštitúcie. V organizácii by tak mal prebiehať neustály cyklus objavovania a zameriavania sa na to najlepšie a najefektívnejšie, predstavovania pozitívnej budúcnosti, dizajnovania z tejto vízie uskutočniteľných možností, následne konštruovania želanej budúcnosti a opäť objavovania a zameriavania sa na to najlepšie a najefektívnejšie pri vzniknutej zmene. Tento cyklus sa nazýva 4D cyklus (Discovery – Dream – Design - Destiny) (Schoenmakers, 2014).

Nastavenie myslenia, očakávaní a postojov, ktoré prechádza aj do štýlu používaného jazyka v tíme, vzorcov správania členov tímu a následne aj do výslednej efektivity práce multidisciplinárneho tímu, zachytáva teória kmeňového vodcovstva (Logan et al., 2014 in Majetný et al., 2019). Táto teória narába s piatimi základnými nastaveniami mysle člena tímu, ale aj tímu ako celku:

1. stupeň – „Život nestojí za nič“ – toto nastavenie v sebe zahŕňa nedôveru voči svetu a pocit nespravodlivosti a krivdy. Tento spôsob uvažovania sa netýka len jednotlivcov, ale aj celých skupín, ktoré bývajú väčšinou maladaptívne, pretože častými vzorcami správania sú disociaľne prejavy v podobe krádeží, vyhrážania a pod. (napr. gangy). Podľa výskumných štúdií autorov sú na tomto stupni nastavenia mysle v USA 2% pracujúcej populácie. V multidisciplinárnom tíme pri pomáhajúcich profesiách je veľmi nepravdepodobné stretnúť člena z radov odborníkov s týmto nastavením. Častejšie sa však stáva, že toto nastavenie do práce multidisciplinárneho tímu prinášajú klienti, alebo ich blízke osoby. Teória kmeňového vodcovstva ponúka možnosti vytvárania spolupráce hlavne pre role koordinátora a facilitátora, kedy je pravidlom ponúknuť šancu pre službu multidisciplinárneho tímu každému človeku a následne pokračovať s tými, ktorí prejavia záujem. Nápomocné býva aj cez individuálny dialóg posunúť človeka do druhého stupňa – „môj život za nič nestojí“, informovať o úspechoch ľudí, ktorí boli v podobnej situácii, alebo sprostredkovať kontakt na človeka, ktorý zažil službu poskytovanú multidisciplinárnym tímom a hodnotí ju kladne.
2. stupeň – „Môj život sa nič nestojí“ – na druhom stupni je posun v myslení človeka v tom, že svoj život považuje stále za „zlý“, ale všíma si „dobrých“ životov u iných ľudí. Podľa autorov teórie kmeňového vodcovstva je v tejto úrovni v USA 25% organizácii. Tento mód nastavenia mávajú najčastejšie v multidisciplinárnom tíme klienti, ktorí sa na stretnutie nechcú dostať z dôvodu nedôvery v pozitívnu zmenu, alebo na stretnutí pôsobia pasívne, apaticky či odmietavo. Pri tomto nastavení býva veľmi nápomocné oceňovanie, budovanie a podpora v rozvoji dyadických vzťahov, motivácia k uskutočniteľným činnostiam, kde človek môže zažiť ocenenie.

3. stupeň – „Som skvelý (na rozdiel od Teba)“ – je charakterizovaný tým, že ľudia sa cítia ako vynikajúci odborníci vo svojej oblasti, usilujú sa o úspech, ale len individuálny. Toto nastavenie vedie väčšinou ku samostatnej práci, pretože človek nemá záujem participovať s inými na svojom ciele, lebo im nedôveruje, alebo sa obáva, že sa tým stali lepšími ako on. Výsledkom takéhoto prístupu môže byť rivalita medzi odborníkmi a pocit vyčerpania. Podľa výskumov je na treťom stupni 48% amerických inštitúcií. Pri iniciácii multidisciplinárnej spolupráce je možné sa s týmto nastavením veľmi často stretnúť. Zdieľanie informácií môže byť pre členov tímu s týmto postojom ohrozujúce, poprípade počas stretnutia môžu veľmi intenzívne presadzovať svoj názor a odmietať postoj iných členov v tíme. To môže vyústiť do stupňovania súťaživosti a tým navyšovania tenzie v tíme (hlavne u členov nachádzajúcich sa tiež v stupni 3), alebo inhibovať aktivitu a vzbudzovať strach a neistotu (posúvať členov tímu na stupeň 2). V praxi pomáha aj opakovane vyzdvihovať výhody multidisciplinárneho prístupu, pomenovávať kvality každého člena tímu a informovať o úspechoch iných odborníkov, ktorí pracujú multidisciplinárne.

4. stupeň – „my sme úžasní... (na rozdiel od Vás)“ – toto nastavenie je plne postačujúce pre multidisciplinárnu spoluprácu, keďže v sebe zahrňuje tímovosť, porozumenie významu zdieľanej múdrosti, vzájomnej spolupráce a vzťahov postavených na rešpekte a dôvere. V tomto nastavení býva 22% organizácií v USA. Úlohou facilitátora je udržovať toto nastavenie v tíme, poprípade tímu do tejto úrovne doprevádzať. Štvrtý stupeň nesie nevýhodu v tom, že tímovosť v rámci jednej skupiny vytvára rivalitu voči druhej. To sa môže prejaviť pri multidisciplinárnej spolupráci druhej a tretej úrovne- medzi tímami z rôznych organizácií alebo rezortov (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015). Nápomocné by bolo zameriavať sa na výhody spolupráce aj medzi tímami, oceňovať kvality multidisciplinárnych tímov z iných organizácií a vytvárať spôsoby pre vzájomnú spoluprácu.

5. stupeň – „život je skvelý“ – posledná piata úroveň je charakterizovaná spoluprácou a synergiou medzi tímami a organizáciami naprieč rezortmi. Pri nastavení na všeobecné blaho a globálne ciele sa vytráca rivalita a konkurencia. Autori tejto teórie opisujú dve situácie, kedy sa organizácie môžu v tomto stupni nachádzať – pri prelomových projektoch alebo pri organizáciách vo veľmi silnej pozícii, kedy sa stáva prítomnosť iných firiem nepodstatnou. Pri spolupráci medzi multidisciplinárnymi tímami tak pomôže formulovanie spoločného cieľa na úrovni zdravia populácie a pomenovávať napĺňanie individuálnych potrieb organizácie cez spoluprácu s ostatnými inštitúciami.

V modely fungovania multidisciplinárneho tímu „Stretnutie okolo dieťaťa“ sa využíva princíp riadenia komunikácie „Múdry rast“ (SAMRT GROW) (Siderek, 2019 in Majetný et al., 2019). Úvodnou fázou dialógu je hľadanie spoločného cieľa (GOAL), ktorý by spĺňal charakteristiky SMART – konkrétny (specific), merateľný (measurable), dosiahnuteľný (attainable), zodpovedajúci úlohe (súlady s účelom fungovania multidisciplinárneho tímu; relevant) a časovo ohraničený, čiže sledovateľný (trackable). Jednoznačné nastavenie cieľa na základe horizontálnych priorít, ktorý bude dôležitý pre všetkých členov tímu vrátane klienta či celej rodiny, nasmeruje celú komunikáciu stretnutia a tým aj efektivitu výsledných odporúčaní. Po formulácii cieľa nasleduje priestor pre zdieľanie pohľadov na realitu každého člena tímu (REALITY), kedy každý odborník ako aj klient či celá rodina opíše vlastné ponímanie skutočnosti, čím sa rozšíri kontext príbehu.

Následne sa pracuje s hľadáním možností (OPTIONS), ktoré by smerovali k naplneniu cieľa. Posledným krokom tohto postupu je formulácia konkrétnych krokov v podobe priorit činností, ktoré vytvoria akčný plán. Ten uľahčí implementáciu odporúčaní do praxe, ich lepšiu koordináciu, efektívne využívanie služieb a možné priebežné zhodnocovanie výsledkov. Peter Limbrick, autor modelu „Team around the child (in Majetný et al., 2019), zhrnul obsah akčného plánu do niekoľkých bodov:

- a) formulácia žiaducich výsledkov,
- b) ozrejenie, či ide o celý proces zmeny, alebo len o prvú fázu,
- c) formulácia krokov a zodpovednej osoby (vrátane klientov),
- d) ozrejenie, či členovia multidisciplinárneho tímu môžu pracovať aj samostatne, alebo len pod inštitúciou,
- e) formulácia podmienok a bariér naplňovania krokov,
- f) operacionalizácia žiadaného stavu podľa merateľných premenných,
- g) dohoda o prípadnom ďalšom multidisciplinárnom stretnutí,
- h) osoby, ktoré budú mať k akčnému plánu prístup.

Ďalšie rozdelenie prístupov vedenia multidisciplinárnych tímov rozlišuje princípy zamerané na koordináciu postupov a princípy zamerané na koordináciu spolupráce (Krnáčová et al., 2020). Pravidlá rozvíjajúce koordináciu postupov sa zameriavajú hlavne na dosahovanie cieľa a patria sem:

- a) zameranie na klienta – koordinácia odborných postupov sa iniciuje identifikáciou kľúčových odborníkov a iných osôb, ktorí sa môžu podieľať na pozitívnej zmene klienta či celej rodiny. Tieto osoby sa navzájom poznajú, rešpektujú sa, akceptujú odbornosť a význam prítomnosti v tíme. Proces zohľadňuje potreby, prania, perspektívy klientov, aj napriek tomu, že sa môžu líšiť od tých odborných. Odhaľovaním individuálnych potrieb a zďalším každého člena sa otvára dialóg vedúci k formulácii spoločného cieľa, ktorý smeruje k pozitívnej zmene klientov.
- b) komplexný prístup – špecializácia každého odborníka prináša do dialógu hlboký vhľad do porozumenia špecifickej oblasti. Ak sa tieto pohľady spoja, vytvorí sa komplexný prístup reflektujúci zameranie na človeka, holistický a humanistický prístup.
- c) rastový model – ktorý stojí na opačnej strane dimenzie ku deficitnému modelu. Rastový model sa zameriava na zdroje klientov a na pozitívne možnosti.
- d) zodpovednosť – spoločná formulácia cieľa, zdieľanie nápadov a poznatkov a vytváranie spoločného plánu rozptyľuje zodpovednosť za zmenu rovnomerne medzi všetkými účastníkmi tímu vrátane klientov.

Pravidlá rozvíjajúce koordináciu spolupráce sa týkajú v prvom rade podpory vzniku a prehľbovania rovnocenných kooperujúcich vzťahov v multidisciplinárnom tíme a na ich riadenie. Medzi tieto pravidlá patria:

- a) organizovanosť – sa dotýka metodických postupov práce a napĺňaním štandardov na úrovni procesu, obsahu, výkonu a materiálno-technického zabezpečenia,
- b) hodnotová zhoda – sa podieľa na význame multidisciplinárneho tímu, čím podporuje spoluprácu,
- c) psychologické bezpečie – prežívanie rešpektu a dôvery prehĺbuje kooperáciu členov tímu,
- d) spolupráca – a jej akceptácia aj cez upustenie od individualizovaných prístupov pri náhlade na klienta,
- e) rovnováha profesionálnych rolí – ktorá sa spája s princípom horizontality (Majetný et al., 2019) a vedie k oceňovaniu odbornosti každého člena tímu,
- f) starostlivosť – do ktorej spadá nielen podpora pozitívnych kooperujúcich vzťahov, ale aj podpora rozvojových aktivít pre členov tímu.
- g) otvorená komunikácia – úprimná, zrozumiteľná, zdieľna a rešpektujúca komunikácia prehĺbuje spoluprácu. Súvisí aj s komunikačnými výzvami ako konštruktívna spätná väzba, priznanie limitov svojej odbornosti a svojich kompetencií, ...
- h) spoločenská zodpovednosť – postupy práce multidisciplinárneho tímu by mali v súlade s aktuálnym vedeckým poznaním,
- i) reflexia a supervízia – pri neistote alebo nadmernej tensii v procese práce tímu je vhodné zvoliť proces intravízie (reflexie tímu zvnútra) alebo supervízie (reflexie tímu zvonku). Obe dokážu poskytnúť vhlád do procesov a vzťahov v tíme, čím sa aj neúspech v tíme či konfliktná situácia môžu stať prostriedkom pre nadobúdanie nového poznatku,
- j) evalvácia – pre udržiavanie efektivity tímu je dôležité pravidelne prehodnocovať dosahovanie cieľov v spolupráci nielen s odborníkmi, ale aj s klientmi vo vzťahu k ich pozitívnej zmene.

Modely fungovania multidisciplinárneho tímu

Hodnoty, vzťahy, systémy a produkty sa dnes rýchlo stávajú zastaranými a jednorázovými, znalosti a technológie sa stali špecializovanými a komplexnejšími, čo si od jednotlivcov vyžaduje, aby boli prispôsobivejší, flexibilnejší, kreatívnejší, inovatívnejší a neustále a permanentne prichádzali s rýchlymi riešeniami. Tieto charakteristiky tzv. postmodernej spoločnosti spôsobili rekonštrukciu spoločenského života, systémov a štruktúr fungovania organizácií.

V pomáhajúcich profesiách sa hovorí aj o sieti „organizácií, ktoré sa učia“, sú adaptabilné a flexibilné na nové spôsoby myslenia a interakcie, vyžadujú „autonómnych ľudí“, ktorí sa zaoberajú komplexnými informáciami, obhajujú svoje vlastné myslenie a sú schopní myslieť spoločne, spochybňovať a zlepšovať systémové predpoklady. Vnímame ich ako „organizácie, kde ľudia neustále rozširujú svoju schopnosť vytvárať výsledky, po ktorých skutočne túžia, kde sú stimulované nové a prijímajúce vzorce myslenia a ľudia sa tu neustále učia, ako sa spoločne učiť“ (Senge, 2006, s. 37, Gorz, 2004; Harvey, 2007; Toffler, 1994 in Lucchi, Bianco, Lourenção, 2011).

Pre multidisciplinárnu prax boli do tejto kapitoly vybrané iba ohraničené charakteristiky modelov a prístupov, ktoré umožňujú najst logickú schému budovania a riadenia tímovej zmeny. Ide o tradičné i inovatívne metódy participácie na dosiahnutie efektívnej tímovej spolupráce. Vybrané príklady môžu inšpirovať k vyskladaniu vlastnej štruktúry (mixu modelov manažmentu zmeny), podľa vlastných potrieb, či atribútov kvality. Je vhodné, aby štruktúra/mix zohľadňovala:

1. Efektívne zapojenie siete rodín do podporných procesov zmeny. Siete by mali byť navrhnuté tak, aby podporovali dobré nápady, posilňovali kompetencie aktérov, včasnosť a jedinečnosť intervencií, v ktorých vznikajú (Cross et al., 2010). Ak sú siete vyskladané na spolupráci v multidisciplinárnych tímoch, zväčša fungujú s pomocou mentorov, aby mohli čo najlepšie mobilizovať svoje vedomosti v rámci spoločného učenia sa. Podľa viacerých štúdií mentoring často stimuluje pozornosť, autonómiu tímu a podporuje integráciu v inkluzívnom prostredí klienta (Nonaka, Takeuchi, 1997; Crossan, Lane and White, 1999; Choo, 2000, 2001; Garvin, 2002; Schwartz, 2003; Zietsma, Winn, Branzei a Vertinsky, 2002; Senge, 2006; Castañeda, Rios, 2007; Pérez-Acosta, 2005 in Lucchi, Bianco, Lourenção, 2011).
2. Kvalifikovanosť v oblasti vytvárania, získavania, interpretácie, prenosu a uchovávania vedomostí. Zámerná modifikácia svojho správania tak, aby odrážalo nové poznatky aktérov zmeny, jasnú predstavu o svojich cieľoch, vyhľadávanie informácií a ich rozmanitú analýzu. Ide tu o citlivé vnímanie odlišných názorov, kde sa stáva šírenie spoločných myšlienok súčasťou organizačnej pamäte, ku ktorej by mali mať prístup všetci jednotlivci, aby sa nepretržite zabezpečovalo ich uchovanie v priebehu času.

3. Prepájanie „tichých“ (individuálnych) a explicitných (skupinových) organizačných prvkov ako sú: individuálna/osobná oblasť, mentálne modely porozumenia spoločnej tvorenej reality, interaktívna a participatívna tvorba vízie, schopnosť učiť sa spoločne, spojenie disciplín, skúseností - je systémové a nelineárne myslenie. Interakcia medzi tichými a explicitnými prvkami tvorí tímové učenie cez procesy: socializácie, externalizácie, kombinácie a internalizácie (Nonaka & Takeuchi, 1997 in Lucchi, Bianco, Lourenção, 2011).

Vybraný mix príkladov zrkadlí skúsenosti z multidisciplinárnej praxe, kde bolo potrebou jednak 1. prepájať individuálne a skupinové prvky v organizácii (predstavuje „Model 7S“) a 2. efektívne zapojiť siete rodín do podporných procesov zmeny (zastúpený „Procesom tvorby sietí neformálnej spolupráce“). Každý z nich prináša iný typ budovania a vedenia tímu. Kým „Model 7S“ je vhodný pre viac inštitucionalizovanú formu etablovania tímov, proces tvorby sietí neformálnej spolupráce ladí s intuitívnymi procesmi učiacej sa multidisciplinárnej siete.

Taktiež, keďže sú témy „hodnoty“ a „spolupráca“ považované za kľúčové pri budovaní a fungovaní multidisciplinárnych tímov, prinášame aj dva modely, ktoré sa na ne zameriavajú a môžu byť pre multidisciplinárne tímy užitočné: Model hodnotovo založenej praxe a model Dvojitej hviezdy pre utváranie atmosféry spolupráce. Témy hodnôt a spolupráce sú základným stavebným kameňom efektívnej podpory našich klientov a ich rodín a pokiaľ nie sú v tíme ošetrené, ťažko sa nám bude nadväzovať hodnotovo a eticky založenú spoluprácu zameranú na klientov.

Okrem týchto spomínaných modelov a prístupov, ktoré môžu slúžiť ako inšpirácia pre budovanie a rozvoj multidisciplinárnych tímov, je možné pre ich rozvoj využiť ďalšie prístupy a metódy ako napr. „akčné učenie tímov“, „akčný výskum/ výskum v akcii“, ako aj „oceňujúce sa pýtanie“ (AI – appreciative inquiry). Určite však jestvujú i ďalšie inšpiratívne prístupy, o ktorých by sa dalo napísať niekoľko ďalších strán.

Procesný model 7S

Model bol vyvinutý na konci sedemdesiatych rokov (Williams, 2017). Autori identifikovali sedem vnútorných prvkov, ktoré je potrebné v tíme zosúladiť, aby bola koordinácia transformačných zmien úspešná.



(<https://www.mindtools.com/pages/article/meet-your-new-team.htm>).

Obrázok 1.: Schéma procesného modelu 7S

Definovanie zdieľaných hodnôt v starostlivosti zameranej na klienta pomáha mnohým organizáciám zacieliť tímovú podporu pomáhajúcich profesionálov. Aby multidisciplinárny tím dobre fungoval, týchto sedem prvkov je potrebné navzájom a neustále vyvažovať, posilňovať. Je dobré si ich v tímoch spoločne zvedomiť a dlhodobu sledovať ich zosúladienie s organizáciou, kde pôsobia. Využitie modelu je vhodné vo viac formalizovaných kontextoch ako napríklad v prepájaní spolupracujúcich organizácií z odlišných systémov podpory, kde tímy vznikajú za špecifických okolností, potrieb a príbehu klienta. Tiež v širokej škále situácií, kde je užitočná perspektíva zosúladienia, či dokonca ako diagnostický nástroj dostatočného zapojenia zainteresovaných strán (NHS North West Leadership Academy, 2021). Napríklad u klienta služieb poskytovaných viacerými rezortmi súčasne. Podľa Williamsovej (2017) sa dajú do manažmentu zmeny cez tento model priniesť nové procesy a zmena myslenia.

Hodnotovo založená prax

Táto časť nadväzuje na tému hodnôt. Pri hľadaní riešení v tímovej spolupráci je dôležité vyvážené rozhodovanie a hodnoty sú odpoveďou na to, ako sa môžu tímy pripraviť na toto rozhodovanie už vo fáze budovania. Prístup a model, ktorý k tomu prispieva, je hodnotovo založená prax (value based practice - VBP).

Zdrojom informácií o hodnotovo založenej praxi je centrum The Collaborating Centre (2021), ktoré sa venuje tejto téme z pohľadu teórie, praxe, vzdelávania i výskumu najmä v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Toto centrum vníma dôležitosť multidisciplinárnej tímovej práce a práve prax založená na hodnotách je kľúčom k starostlivosti zameranej na človeka a o jeho hodnoty je rozšírený multidisciplinárny tím. Spolupráca a integrácia medzi službami, ako je zdravotná a sociálna starostlivosť, sa dosahuje ťažšie, preto okrem množstva individuálnych projektov centrum vytvorilo tri programy zamerané na podporu rozvoja integrovanejších prístupov v oblastiach: služby pre verejnosť; psychické zdravie detí a dospelých; a vzdelávanie.

Hodnotovo založená prax (VBP) stavia na predpoklade vzájomného rešpektu pri podporovaní vyváženého rozhodovania v rámci zdieľaných hodnôt, ktoré sú komplexné, či protichodné. VBP prináša rámec a zručnosti, ktoré by mali umožniť ľuďom pracovať rešpektujúcim a citlivým spôsobom s rôznymi hodnotami a perspektívami, ktoré sú v ich praxi prítomné.

Model VBP opisuje proces obsahujúci desať kľúčových prvkov: štyri kľúčové klinické zručnosti, dva aspekty profesionálnych vzťahov, tri princípy prepájajúce VBP s praxou založenou na dôkazoch a partnerstvo pri rozhodovaní.

Štyri kľúčové zručnosti zahŕňajú:

Povedomie o hodnotách zahŕňa povedomie o rozmanitosti jednotlivých hodnôt, povedomie o vlastných hodnotách, ako aj o hodnotách ostatných, a povedomie o pozitívnych hodnotách (hodnoty StAR, tj. silné stránky, ašpirácie a zdroje), ako aj o negatívnych hodnotách (ako sú potreby a ťažkosti). Venovanie pozornosti tomu, aký sa používa jazyk, je tiež spôsobom zvyšovania povedomia o hodnotách.

Uvažovanie o a zdôvodňovanie hodnôt v hodnotovej praxi je zamerané skôr na rozšírenie našich hodnotových horizontov, ako na (priame) rozhodovanie o tom, čo je správne. Pri procese rozhodovania je dôležité preskúmať všetky prítomné hodnoty.

Znalosti o hodnotách odvodené z výskumu a skúseností.

Komunikačné zručnosti zahŕňajú zručnosti pre zisťovanie hodnôt, pre riešenie konfliktov a uskutočňovanie rozhodnutí.

Dva aspekty profesionálnych vzťahov kľúčové pre VBP:

Prax zameraná na osobné hodnoty je prax, ktorá sa zameriava na hodnoty klienta a zároveň si uvedomuje a odráža hodnoty ďalších zúčastnených osôb, t.j. odborníkov, manažérov, rodiny atď. (je to dôležité pri vzájomnom porozumení a pri protichodných hodnotách).

Rozšírená multidisciplinárna tímová práca je tímová práca, ktorá čerpá nielen z rozmanitosti zručností predstavovaných rôznymi členmi tímu, ale aj z rozmanitosti tímových hodnôt (je to dôležité pri identifikácii hodnôt v danej situácii, aj pri hľadaní vyváženého rozhodnutia o tom, čo robiť).

Tri princípy prepájajúce VBP s praxou založenou na dôkazoch (evidence-based practice - EBP):

Princíp dvoch nôh (The two-feet principle): Všetky rozhodnutia sú založené na dvoch nohách: hodnotách a dôkazoch/faktoch (evidence). Preto je potrebné aplikovať postup založený na dôkazoch a na povedomí o hodnotách klienta – t.j. „myslenie na hodnoty, myslenie na fakty“.

Princíp škripajúceho kolesa (The Squeaky wheel principle): Máme tendenciu všímať si hodnoty iba vtedy, keď (ako škripajúce koleso) spôsobujú problémy. V prípade hodnotovo zaťažených situácií je potrebné zamerať pozornosť na hodnoty, ale aj na príslušné dôkazy s aplikovaním kultúrneho povedomia.

Princíp poháňaný vedou (The science-driven principle): Pokroky vo vede otvárajú nové možnosti (a prinášajú aj rôznorodosť hodnôt) a vyvolávajú potrebu praxe založenej na hodnotách, ako aj praxe založenej na dôkazoch, pričom zároveň posilňujú ich rozvoj.

Partnerstvo:

Partnerstvo pri rozhodovaní (Partnership in decision-making): Partnerstvo pri rozhodovaní závisí od konsenzu, ako aj od rozdielných názorov a nezhôd. Konsenzus nastáva, keď sa rozdiely v hodnotách vyriešia prijatím jednej alebo druhej hodnoty. Niekedy však rozdiely v hodnotách zostávajú v hre, aby sa vyrovnali raz jedným a inokedy iným spôsobom podľa konkrétnych okolností v rôznych situáciách.

Model Dvojitej hviezdy pre utváranie atmosféry spolupráce

Ďalším modelom, ktorý ilustruje kľúčové prvky v rámci spolupráce je Model Dvojitej hviezdy. Model Dvojitej hviezdy (Twin star model) kľúčových oblastí spolupráce prinášajú autori Ben Furman a Tapani Ahola (2017) v publikácii Nikdy není pozdě na spokojený tým. Autori praktizujú na riešenie zameraný prístup a na modeli Dvojitej hviezdy ilustrujú kľúčové oblasti spolupráce.

Jedna hviezda pozostáva zo štyroch oblastí, ktoré je z hľadiska spolupráce užitočné rozvíjať: oceňovanie, zábava, úspech, starostlivosť o druhých.

Druhá hviezda sa zameriava na štyri oblasti, ktoré sa často objavujú a môžu v téme spolupráce spôsobovať ťažkosti: problémy, zranenia, prekážky/chyby/neúspechy, kritika.

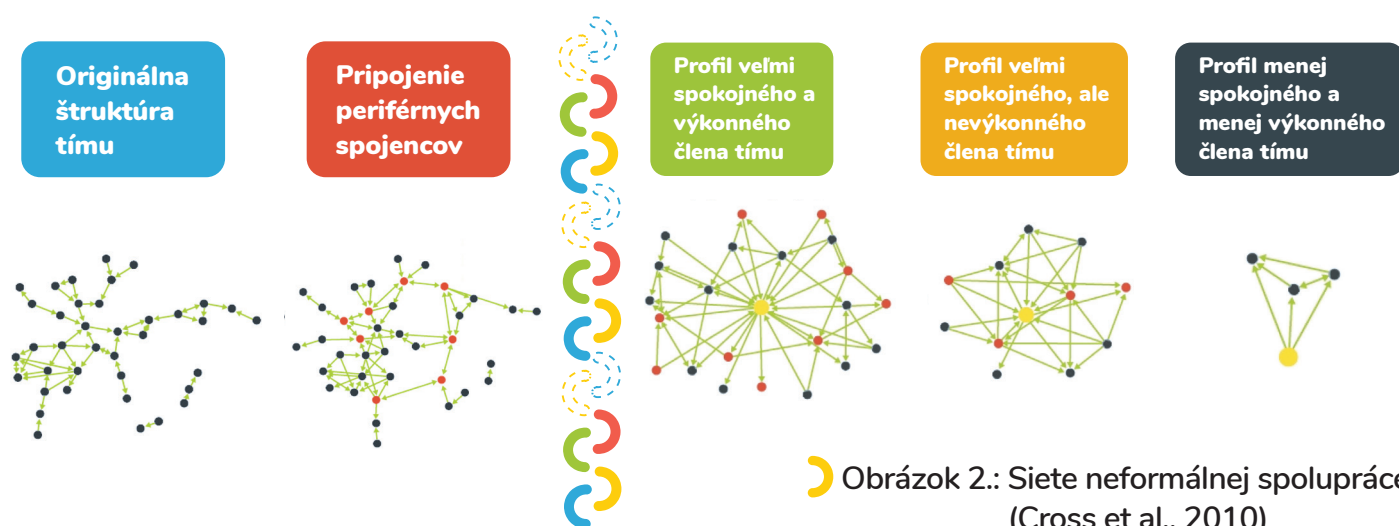
Furman a Ahola tieto oblasti považujú za kľúčové faktory v oblasti interpersonálnych vzťahov na pracovisku, ktoré najviac ovplyvňujú psychickú pohodu a spokojnosť.

Proces tvorby sietí neformálnej spolupráce

Inovatívne riešenia sa často objavujú neočakávane prostredníctvom neformálnych a neplánovaných interakcií medzi jednotlivcami, ktorí vidia problémy z rôznych hľadísk. A čo viac, úspešné vykonávanie často prúdi zo sietí vzťahov, ktoré pomáhajú profesionálom i laikom zvládnuť situácie, ktoré sa nezmestia do zavedených procesov a štruktúr (Cross et al., 2010). Model tvorby sietí neformálnej spolupráce stavia na reflexii multidisciplinárneho prístupu v dvoch rovinách - internej a externej reflexii sieťových štruktúr tímovania.

U internej roviny je cieľom tímov pomenovanie istých štandardov vzťahových pojítok, na ktorých sú ich členovia ochotní participovať aj po intervíznej reflexii. Zameriavame sa tu na pripojenie všetkých členov tímu do jednej tímovej línie a siete, vrátane jej nestabilných (periférnych) častí. V praxi to poznáme aj pod názvom „pripájania odtrhnutých subtímov“ späť do „tímovej línie“ siete vzťahov. Analýza funkčných prepojení pomáha tímom „premostovať“ a „stabilizovať“ zdroje a koniec koncov i to, čo už sieť sama dokáže v rámci žiadanej zmeny.

Obrázok 2 ilustruje originálnu tímovú štruktúru, kde sú niektorí aktéri na periférii. Môžu to byť napríklad „odpojení“ členovia tímu alebo „budúci“ členovia – ešte nepoznaní a dôležití jednotlivci komunity, ktorí majú tímový potenciál.



Obrázok 2.: Sieť neformálnej spolupráce (Cross et al., 2010)

V externej rovine ide o situačné prijatie externých členov (definovaných v rámci širšieho tímu spoločne tvorenej „novej reality“). Mnohokrát sú ponímaní ako spolutvorcovia inovácie (multiplikácie zmeny) už prijatej zmeny – istej „obnovy štandardu pôvodnej siete vzťahov“ v „novej realite“, ale už na sebaznásobenú. Sú to osobnosti, lídri vítaní ako nositelia jedinečných interakcií, ktoré si komplexnosť zmeny vyžaduje.

Táto rovina si nárokuje nekonvenčný spôsob myslenia, istú „hmatateľnú veličinu“ v riadení tímov a spolieha sa na „zaručený okamih prítomnosti“, tvorený pôvodným tímom a tímom externým. Ide o budovanie nových prepojení, príležitostí k zlepšovaniu tímových procesov. Multiplikácia „novej reality“ teda inovácie zmeny ponúka tímom isté benefity. Napríklad:

- a) zváženie spôsobov generovania väčšej konektivity v kritickom bode siete vzťahov,
- b) odhalenie úskalí v spolupráci skôr ako sa v praxi môžu objaviť,
- c) porozumenie formálnej úrovne - spojeniu v interakciách i ich atypickosti,
- d) chuť identifikovať nepoznané role, ktoré pomôžu vytvárať nové spojenia v sieti vzťahov,
- e) vizualizácia sietí, navrhovanie vysoko účinných a efektívnych programov zmien (napríklad pripojenie periférnych subtímov v tíme zvyšuje počet ľudí, ktorých je možné prizvať do siete podporných vzťahov) a pod.

Vzťahová sieť u multidisciplinárnych tímov môže mať hlboký dopad na transformáciu rigidných procesov organizácií a zvyšovať počet ich flexibilných jednotiek, ktoré sa môžu prispôbiť a inovovať. Aby došlo k takejto participatívnej zmene, lídri sa musia vzdať niektorých tradičných metód, organizačných schém riadenia a prijať iný, „kolaboratívnejší model vedenia“.

Je prospešné vedieť, že hoci dobre štandardizované procesy a koordinácia môžu poskytnúť dôležité východiská pri práci s rodinou v kríze, ak nepočítajú s „Modelom tvorby sietí neformálnej spolupráce“ nie sú dostatočne flexibilné, aby podporovali inkluzívne typy internej a externej spolupráce, partnerstiev multidisciplinárnej podpory.

Preto je vhodné využiť model všade tam, kde je žiadané propagovať nové vzorce multidisciplinárnej spolupráce, aby sa stali nielen tímy a organizácie, ale predovšetkým rodiny v kríze sociálne odolnejšími (Cross et al., 2010).

Sieťovanie ako proces tvorby základného tímu

V praxi zmiešaných tímoch sa prevádza proces budovania „core tímu“ – „základného tímu“, ktorá je zoskupením kľúčových ľudí. Zvyčajne ide o dve až štyri osoby, ktoré dokážu dlhodobejšie integrovať nielen proces budovania tímu, ale i jeho udržateľnosť, premenu, kvalitu, dokonca možný zánik.

Proces budovania základného tímu v sieťovaní multidisciplinárnej spolupráce môže vyzeráť napríklad takto:

1. Zachytit důležitost / potřebu síťovat aktéry změny

uvědomění si velikosti rámce sociálního konstruktů ve vztahu k potřebám klienta / týmu

2. Ustanovit role síťového dvojčete

vyjasnit/definovat nosné týmové role (síťovač & koordinátor) zajišťující plynulost koordinace, komunikace a bezpečí v týmu, také multiplikace podporovatelů klienta/týmu

3. Vytvořit individuální model síťování

nastítnit určitý design, plán podpory týmu s jasnou strukturou, reálnou mírou zapojení klienta, jeho komunity

4. Identifikovat klíčové aktéry změny

společně pojmenovat členy týmu, jejich úkoly, rozmanitost a užitečnost jako spolurealizátory procesů změny

5. Iniciovat síťování aktérů

zrealizovat iniciační setkání aktérů změny

6. Propojit aktéry s koordinátorem multidisciplinární spolupráce

posílit dlouhodobější vztah klienta, týmu a koordinátora multidisciplinární podpory

7. Hodnotit multidisciplinární spolupráci aktérů

monitorovat kvalitu standardu spolupráce aktérů a navrhnout inovaci ke zlepšování se

8. Zlepšovat kvalitu síťování

realizovat inovace síťování a cyklicky uplatnit dobrou praxi

Implementácia multidisciplinárnych tímov do praxe

Príkladom fungovania multidisciplinárneho tímu je práca školského psychológa. Ten pri svojej práci spolupracuje s klientom (žiakom školy), jeho rodičom (zákonným zástupcom), triednym učiteľom, majstrom odbornej výchovy, výchovným poradcom na škole, zástupcom riaditeľa školy. Členom multidisciplinárneho tímu môže byť taktiež súrodenec, partner či kamarát žiaka.

Ďalším príkladom práce v multidisciplinárnom prístupe je Tranzitný program - podpora mladých ľudí so znevýhodnením a ich sprevádzanie pri prechode zo školy do samostatného života. V tomto programe pracovníci spolupracujú nielen s klientom (mladým človekom so znevýhodnením), ale aj s jeho systémom, teda napr. s rodičom, partnerom, spolužiakom, triednym učiteľom, sociálnym pracovníkom (pokiaľ ide o mladého človeka z centra pre deti a rodiny), vychovávateľom na internáte a pod. Zapojenie dôležitých ľudí do spolupráce je veľmi užitočné pre podporu klienta. Každý z členov multidisciplinárneho tímu pozná klienta z iného kontextu, prípadne v inej roli. Pri zameraní sa na klientove zdroje (jeho silné stránky, jeho jedinečnosť) môžeme získať bohatý zoznam toho, čo mu ide, v čom je dobrý, čo si na ňom ostatní cenia. Klient totiž môže prejavovať iné silné stránky a pozitívne vlastnosti v škole, iné v kamarátskom vzťahu, iné pri individuálnej práci s pracovníkom Tranzitného programu. Pohľady ostatných členov tímu sú veľmi vzácne a môžu byť taktiež veľmi podporujúce pre posilnenie pozitívneho sebaobrazu klienta - mladého človeka na ceste k jeho samostatnému životu.

Multidisciplinarita na Slovensku

Nasledujúca kapitola bola vyhotovená cez analýzu interných a externých textov strategických organizácií, ktoré tvoria aktuálnu teóriu i prax multidisciplinarity na Slovensku. Odkazy na zdrojové dokumenty sú uvedené pod čiarou.

Kapitola prináša multi sektorový prierez definícií, pojmov a charakteristík multidisciplinárneho prístupu (ďalej aj MDP). Pre zjednotenie zdrojov pri pojme „multidisciplinárny prístup“ bola použitá syntéza odvodených pojmov, predovšetkým „multi-sektorová spolupráca“, „medzirezortná spolupráca“, „multidisciplinárna starostlivosť“, „multiinštitucionálna intervencia“, „intervenčný tím“ a „multidisciplinárny tím“.

Pri tvorbe nasledovného textu sa vychádza z hlavných cieľov projektu a zo základných rámcov Vlády SR, ktorá deklaruje¹, že vytvorí podmienky na koordinovanú multidisciplinárnu spoluprácu pri riešení problémov rodín.

V téme školstva boli vybrané charakteristiky European Agency for Special Needs and Inclusive Education, VUDPaP, To dá rozum, ŠPÚ, MPC a MŠVVaŠ SR. Pre tému sociálnej práce a právnej ochrany online dostupné dokumenty v rezorte MPSVaR SR, MV SR a MS SR. V rezorte zdravotníctva boli spracované dokumenty Úradu hodnoty za peniaze „Duševné zdravie a verejné financie - Diskusná štúdia“ a rovnako aj dokumenty „Národný program duševného zdravia“ a ŠDTP (Štandardné diagnostické a terapeutické postupy) v zdravotníctve².

1.1 Školstvo

Dokument „Inkluzívne vzdelávanie v ranom detstve - Nové pohľady a nástroje“, ktorý vytvorila Európska agentúra pre rozvoj špeciálneho a inkluzívneho vzdelávania upozorňuje, že zariadenia inkluzívneho vzdelávania v ranom detstve dokážu plniť dodatočné potreby všetkých detí, ak tvorcovia politiky zaistia prepojenie miestnej komunity do „Ekosystémového modelu inkluzívneho vzdelávania v ranom detstve“. Ideálne tak, aby bolo dieťa jeho aktívnou súčasťou a zapájalo sa do vzdelávacích a sociálnych aktivít s celou rodinou. Odporúčania agentúry pre multidisciplinaritu³ tiež hovoria o podpore spolupráce medzi všetkými sektormi a disciplínami spolu s pracovníkmi z praxe, rodinami a miestnymi komunitami s cieľom zvýšiť kvalitu príslušnosti, zapojenia a vzdelávania všetkých detí.

¹ <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/24756/1>, str. 11 a 43

² <https://www.standardnepostupy.sk/>

³ https://www.european-agency.org/sites/default/files/iece-summary-sk_0.pdf

Podľa VUDPaP je multidisciplinarita jeden z možných prístupov riešenia problému z pohľadu viacerých nezávislých disciplín, kde každá z nich pristupuje k spoločne zdieľanému problému cez vlastné perspektívy, metódy a teoretické koncepty i vlastný jazyk. „Riešenie je súčtom čiastkových záverov. Ak sa dá problém rozdeliť na čiastkové problémy a tie je možné následne priradiť jednotlivým disciplínam, je multidisciplinárny prístup postačujúci.“ Oproti „interdisciplinarite“ kde dochádza k syntéze poznania a nefragmentácii problematických celkov i vzniku nových interdisciplinárnych odborov, multidisciplinarita drží citlivo hranice disciplín. A ak ju tiež porovnáme s pojmom „transdisciplinarita“, kde ide o koncepty presahujúce jeden odbor, bez delenia na objekt, subjekt a disciplíny výskumu, má multidisciplinarita výsadu prepojenia rôznych oblastí poznania aj vo vede a výskume. Je teda nielen pre profesionálov, ale i laikov lepšie uchopiteľná, no tiež vedecky merateľná.

Podľa VUDPaP⁴ je MDP založený na úzkej spolupráci, ktorá stavia na odbornosti, skúsenosti, dôvere a zdieľaní rôznych ľudí. Prospešnosť a uplatniteľnosť multidisciplinárneho prístupu v systéme výchovného poradenstva a prevencie ponúka komplexnú starostlivosť. Identifikuje a odpovedá na potreby dieťaťa a jeho rodiny alebo skupiny, poskytuje im koordinovanú podporu a umožňuje participovať na rozhodnutiach v dosiahnutí zlepšenia ich situácie. Multidisciplinárny prístup MŠVVaŠ SR úzko súvisí s inkluzívnym nastavením spoločnosti a s inkluzívnym školstvom. A to vo všetkých úrovniach⁵. Rezort chce vytvoriť silnú sieť poskytovateľov včasnej podpory pre rodiny a deti so zdravotným znevýhodnením a rodiny a deti ohrozené chudobou⁶. Pri zavádzaní inkluzívneho vzdelávania podporuje MDP cez inkluzívne tímy⁷ zložené z pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov. Databáza „Formulárov dobrej praxe“ v systéme výchovného poradenstva a prevencie⁸ dnes disponuje 427 kazuistikami vo viac ako 50 témach duševného zdravia, kde bol praktikmi uplatnení multidisciplinárny prístup⁹ a intervencie. Podpora implementácie štandardov¹⁰ prináša niekoľko multidisciplinárnych prístupov¹¹ a inovácií¹², vrátane zvyšovania kvality tímovej spolupráce¹³. MPC a ŠPÚ v rámci NP „Profesijný rozvoj učiteľov (TEACHERS)“ spoločne integrujú multidisciplinárne prístupy do vybraných podaktivít projektu¹⁴. Príkladom multidisciplinárneho prístupu na pomedzí dvoch rezortov školstva a sociálnych vecí je vzdelávací koncept školských podporných tímov¹⁵ Inklucentra. Podľa School Education Gateway¹⁶ multidisciplinárny prístup k znevýhodneniu vo vzdelávaní a predčasnem ukončení školskej dochádzky charakterizuje ako združovanie odborníkov v rámci školy aj mimo nej, napríklad psychologov, sociálnych pracovníkov a zdravotníkov. „Multidisciplinárne tímy majú potenciál ponúknuť škálu služieb na podporu mladých ľudí, ktorým hrozí znevýhodnenie v procese vzdelávania a predčasné ukončenie školskej dochádzky. Patrí sem napríklad zameranie na jazykový vývoj, podpora duševného zdravia, emocionálna podpora, zručnosti na prevenciu šikanovania, práca v teréne s marginalizovanými rodinami a podpora pri rozvíjaní rodičovských zručností.“¹⁷

⁴ Krnáčová, Z., Čerešník, M., 2020: Filozofia MDP_V5, interný materiál VUDPaP

⁵ HALL, R. Riadenie vysokých škôl. In HALL, R. et al. Analýza zistení o stave školstva na Slovensku: To dá rozum. Bratislava: MESA 10, 2019. Dostupné na <https://analiza.todarozum.sk/docs/317425002mu0a/>

⁶ <https://todarozum.sk/konferencia/865-odporucania-pre-skvalitnenie-skolstva-na-slovensku/>, str. 40

⁷ <https://www.minedu.sk/data/att/16787.pdf>, str.: 22

⁸ VUDPaP k 25.9.2020 – Interná databáza formulárov dobrej praxe – výstup aktivity A1 NP „Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie k inklúzii a úspešnosti na trhu práce“

⁹ <https://vudpap.sk/dobra-prax-a-multidisciplinarny-pristup-pre-odbornych-a-pedagogickych-zamestnancov-2/>

¹⁰ <https://vudpap.sk/x/projekty/standardy/>

¹¹ <https://vudpap.sk/zostrih-z-online-webinara-multidisciplinarny-pristup-zakladne-myslienky-a-ramce/>

¹² <https://vudpap.sk/x/projekty/standardy/podpora-a-implementacia-standarov-v-systeme-vpap/>

¹³ <https://vudpap.sk/x/projekty/standardy/vzdelavanie-a-rozvoj-ludskych-zdrojov-pre-system-vpap/>

¹⁴ <https://mpc-edu.sk/prezentacia-narodneho-projektu-profesijny-rozvoj-ucitelov-teachers>

¹⁵ <https://inklucentrum.sk/wp-content/uploads/2020/09/Skolsky-podporny-tim.pdf>

¹⁶ <https://www.schooleducationgateway.eu/sk/pub/resources/toolkitsforschools/area.cfm?a=5>

¹⁷ <https://www.schooleducationgateway.eu/sk/pub/resources/toolkitsforschools/area.cfm?a=5>

1.2 Sociálne veci a právna ochrana

Prepojenie multidisciplinárneho prístupu v školstve s prístupom rezortu sociálnych vecí a rodiny prebieha veľmi prirodzene. Zväčša ide o komunitné či programové prepojenia školy na sociálne služby, alebo aktivity SPODaSK. Témy multidisciplinárnych prístupov sú orientované na prevenciu a intervenciu u rizikových žiakov v školskom prostredí. MDP apelujú na systematickú a multidisciplinárnu spoluprácu so zapojením školského a rodinného prostredia. Sociálni pracovníci pracujú ako členovia multidisciplinárneho školského tímu na pozíciách sociálneho pedagóga.¹⁸

Rezortné MDP prístupy¹⁹ v sociálnoprávnej ochrane dieťaťa a sociálnej kuratele prezentujú koncept Cochemského modelu²⁰ a témy CAN²¹, sanácia rodiny²² i iné metodiky. Napr.: „Príručka o syndróme CAN“ definuje multidisciplinárny tím (podrobne nižšie) ako skupinu odborníkov, ktorí sa podieľajú na hodnotení situácie dieťaťa a na práci pri samotnom riešení situácie dieťaťa - odborníkov z iných systémov podieľajúcich sa na ochrane života a zdravia detí a to tak z verejného ako aj neverejného sektoru. Kompetenčne rodiny a deti zapája uvedený multidisciplinárny prístup do akčných krokov, napr.: vypracovanie a realizácie Plánu sociálnej práce s dieťaťom, jeho rodičmi s cieľom využiť potenciál rodiny na riešenie jej situácie, bez ktorých spolupráce nie je možné dosiahnuť v situácii dieťaťa a rodiny pozitívne zmeny.²³ Metodika „Inovatívny model manažmentu sanácie rodiny“²⁴ usmerňuje multidisciplinárny tím pri komplexnom posúdení životnej situácie dieťaťa a jeho rodiny (podrobne nižšie).

Cochemský model²⁵ ako ucelený koncept MDP je na Slovensku implementovaný cez pilotný projekt Ministerstva spravodlivosti SR. K jeho overovaniu pristúpil Krajský súd v Prešove a dva okresné sudy v jeho pôsobnosti – Okresný súd Prešov a Okresný súd Kežmarok, cez hodnotenie napĺňania cieľov, testujúcich model tzv. Cochemskej praxe. U právnych a sociálnych služieb pre dospelé osoby ohrozené násilím je multidisciplinárny prístup výzvou.²⁶

Dokument „Právny a odborný rámec zriaďovania a fungovania siete intervenčných tímov - Východisková analýza“ sa venuje postupom krízovej intervencie formou multiinštitucionálnej intervencie v prípadoch domáceho násillia a násillia na ženách. Multiinštitucionálny prístup (tu ho vnímame ako MDP) by mal byť holistický, koordinovaný tak, aby všetky aktivity, opatrenia a programy na seba nadväzovali a boli harmonizované, vrátane aktivít orgánov činných v trestnom konaní, po zdravotníckej službe, psycho-sociálne služby, služby zabezpečujúce bezpečnosť obetí a iné. Jeho výhodou je spolupráca a bezprostredná tvorba siete ľudí, na ktorých je možné zacieliť vzdelávanie a ktorí tvoria významný zdroj informácií o tom, čo v danom systéme funguje a čo naopak nie. Efektivita je prepojená na rozsah zapojenia aktérov z rôznych profesionálnych a inštitucionálnych sfér, medzi ktorými je potrebné vytvoriť vzájomnú dôveru a ochotu spolupracovať.

¹⁸ <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2018/fff/moznosti-socialnej-prace-web.pdf>, str.: 7,11,13,14,28,58,85,87,88

¹⁹ https://detstvobeznasilie.gov.sk/web_data/content/upload/subsubsub/8/subjekty_posobiace_v_oblasti_ochrany_deti_pred_nasilim__prehlad_opravneni_a_povinnosti_elektronicka_verzia-1-1.pdf

²⁰ <https://www.justice.gov.sk/Stranky/aktualitadetail.aspx?announcementID=2584>

²¹ https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Prirucka_CAN_NP_DEI.pdf

²² https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Inovativny_model_manazmentu_sanacie_rodiny.pdf

²³ https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Prirucka_CAN_NP_DEI.pdf, str.: 39 – 40, 58, 60-71, 88,93 a 100.

²⁴ https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Inovativny_model_manazmentu_sanacie_rodiny.pdf, str.: 9 a 20 až 108

²⁵ <https://tvoj-pravnik.sk/2019/02/10/cochemsky-model-a-postavenie-mediatora/>

²⁶ https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2012/Holubova/2261_holubova_monitoring_sluzby.pdf, str.: 48, 57, 61, 72, 74, <https://www.zastavmenasilie.gov.sk/informacie/>,

<http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=914>,

<https://www.zastavmenasilie.gov.sk/news/podpora-multiinstitucionalneho-partnerstva-v-banskobystrickom-regione/>

Hlavnými cieľmi multiinštitucionálneho prístupu je vždy zaručiť a zabezpečiť koordinovaný prístup k prepojeným službám a pomoci pre obeť u jednotlivých intervencií.²⁷

Oblasť sociálnych služieb pokrývajú zväčša nízkoprahové multidisciplinárne prístupy, prístupy vo včasnej intervencii a prístupy v hospicových zariadeniach.

Komunitné, rodinné centrá a nízkoprahové centrá sú zastúpené pracovníkmi v rámci multidisciplinárnych tímov spolu s rodičmi, resp. opatrovatelmi. Ich zámerom je odvrátenie toho, aby sa rodina stala klientom OSPODaSK, príp. nedochádzalo k vyňatiu detí z rodiny, teda minimalizácia rizika a optimalizácia príležitostí pre deti a rodičov. Úlohou uplatnenia multidisciplinárneho prístupu je tiež zefektívňovať asistenciu pri vytváraní vzdelávacích podporných súborov aktivít a služieb, ktoré poskytujú vedenie a poradenstvo.²⁸ U nízkoprahových centier boli IA MPSAaR SR vytvorené štandardy²⁹, kde multidisciplinárny prístup počíta s funkčnou spolupracou organizačných zložiek so spolupracujúcimi subjektmi. V odporúčaníach a indikátoroch štandardov pre manažment nízkoprahovej sociálnej služby pre deti a rodinu sa explicitne uvádza:

„Zanedbávanie multidisciplinárneho princípu znižuje pravdepodobnosť toho, že prijímateľovi sociálnej služby bude poskytnutá služba najvyššej možnej kvality.“

„Metódy spolupráce s prijímateľom sociálnej služby musia byť jasne a zrozumiteľne popísané a musí byť dodržaný princíp tímovej a multidisciplinárnej spolupráce.“

„Voľba a popis metód – metódy spolupráce s prijímateľom sociálnej služby sú akceptované prijímateľom sociálnej služby a jeho rodinou a inými osobami.“

„Poskytovateľ sociálnej služby uplatňuje aktívnu multidisciplinárnu a tímovú spoluprácu medzi všetkými organizačnými zložkami s cieľom napĺňania individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb.“³⁰

Etablovanie multidisciplinárneho prístupu do štandardov nízkoprahových centier i ďalších zariadení poskytovateľov sociálnych služieb vychádza z dokumentu „Hodnotenie podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb – metodické východiská (návrh)“. Autorka uvádza partnerskú spoluprácu ako súčasť multidisciplinárnej a multisektorovej agendy sociálnych služieb³¹. Podrobnejšie napr. pri Kritérium 3.1: Vypracovanie štruktúry a počtu pracovných miest, kvalifikačných predpokladov na ich plnenie v súlade s §84 s určením štruktúry, povinností a kompetencií jednotlivých zamestnancov, počet zamestnancov je primeraný počtu prijímateľov sociálnych služieb a ich potrebám, kde dokonca kvalitatívne sleduje dôkazy o fungovaní multidisciplinárneho tímu³². Podrobnejšie je táto skutočnosť priblížená cez metodiku³³ nižšie.

²⁷https://ivpr.gov.sk/wp-content/uploads/2020/07/V%3BDchodiskov%3BA1-anal%3BDza_Interven%C48Dn%C3%A9-centr%C3%A1.pdf, str.: 7

²⁸ <https://www.unipo.sk/public/media/29623/2.pdf>, str.: 20

²⁹ https://www.ia.gov.sk/npkiku/data/files/np_kiku/dokumenty/Standardy%20NSSDR.pdf

³⁰ https://www.ia.gov.sk/npkiku/data/files/np_kiku/dokumenty/Standardy%20NSSDR.pdf, str.: 40, 55, 56, 79,

³¹<https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/hodnotenie-podmienok-kvality-poskytovanych-socialnych-sluzieb-metodicke-vychodiska.pdf>, str.: 11

³²<https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/hodnotenie-podmienok-kvality-poskytovanych-socialnych-sluzieb-metodicke-vychodiska.pdf>, str.: 86

³³ <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/metodika-verzia-3.12-komplet.pdf>

Práca multidisciplinárnych tímov v hospicovej starostlivosti a spôsob jej hodnotenia boli teoreticky skúmané československým vedeckým tímom³⁴ Masarykovej univerzity Brno, Lékařské fakulty, Katedry ošetrovatelství, Katolíckou univerzitou v Ružomberku, Fakultou zdravotníctva, Katedrou ošetrovatelstva a Univerzitou Komenského v Bratislave, Jesseniovej lekárskej fakulty v Martine a Univerzitnej nemocnice Martin, Ústav patologickej anatómie. K nim praktickým skúmaním prispeli autorky³⁵ z Univerzity Konštantína Filozofa, Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva, Katedry sociálnej práce a sociálnych vied. Ich prieskum u 11 participantov v zariadeniach: Detský hospic Plamienok v Bratislave, Hospic sv. Bernadety v Nitre a Onkologický Ústav sv. Alžbety v Bratislave opisuje multidisciplinárny prístup cez proces rozhodovania zúčastnených (nielen samotným zomierajúcim pacientom, ale aj jeho rodinou a celým sprevádzajúcim tímom pracovníkov) u komunikačného prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti v paliatívnej medicíne. V časti tohto textu (v kapitole 2 Multidisciplinárne tímy v SR) charakterizujeme MDP aj cez štúdiu z roku 2020³⁶.

Trendy uplatnenia multidisciplinárnych prístupov vo včasnej intervencii zameranej na rodinu sú na Slovensku prepojené na celosvetové platformy a štandardy. V SR sú koordinované v rámci projektu Agora APPVI³⁷. Metodiky, ktoré u slovenských poskytovateľov i podporovateľov vznikajú, presahujú multidisciplinaritu do transdisciplinarít. APPVI v prezentácii s názvom „Transdisciplinárny tím“³⁸ definuje rozdiely prístupov multi – inter – transdisciplinarít v kontexte zapojenia rodiča do tímových procesov.

Špecifickým typom multidisciplinárneho prístupu je jeho uplatnenie v krízových situáciách. Včasnosť, dostupnosť, nízkoprahovosť a variabilnosť jeho foriem (dištančných aj prezenčných), podporuje možnosť rýchlej intervencie do sociálneho fungovania osôb v ich transakciách do prostredí, zohľadňujúcich sociálne a kontextuálne špecifiká.³⁹ Patrí sem nielen multiinštitucionálny prístup, spomínaný vyššie, ale aj programové formy multidisciplinárnych prístupov, ktoré napr. implementuje organizácia Integra. Tá vytvára funkčný rámec pre koordináciu starostlivosti a špecializovaných služieb u klientov s problémami duševného zdravia v jeho prirodzenom prostredí.⁴⁰ Ide o organizačný model komunitnej starostlivosti, úzko previazaný na rezort zdravotníctva.

³⁴ https://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2013/11-timova-praca-v-hospicovej-starostlivosti-a-sposob-jej-hodnotenia.pdf

³⁵ <https://prohuman.sk/socialna-praca/zdravotno-socialna-verzus-socialno-zdravotna-starostlivost-o-zomierajuceho-klienta?page=4>

³⁶ https://www.researchgate.net/publication/342233206_VYZNAM_SOCIALNEHO_PRACOVNIKA_V_MULTIDISCIPLINARNOM_TIME_HOSPICU_THE_IMPORTANCE_OF_A_SOCIAL_WORKER_IN_THE_MULTIDISCIPLINARY_HOSPICE_TEAM

³⁷ <https://asociaciavi.sk/obsah-a-kvalita-sluzby-vcasnej-intervencie-podla-aktualnych-trendov/>

³⁸ <https://asociaciavi.sharepoint.com/Verejne/Forms/AllItems.aspx?id=%2FVerejne%2FPrezentacie%20VUC%202019%2FPlanovanie%20s%20cielom%20posilnit%20rodinu%2Epdf&parent=%2FVerejne%2FPrezentacie%20VUC%202019&p=true&originalPath=aHR0cHM6Ly9hc29jaWFjaWF2aS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86YjovZy9FY2RVLUN2SGJ3cEVqcUIZjVGN0VRd0J5U2oyLUxjUjFNzWlUxZTQ4Z1Z1Z1gwVkd3P3J0aW1lPXBjLNU12VkJ0MkVn>

³⁹ <https://www.unipo.sk/public/media/29623/2.pdf>, str. 17

⁴⁰ <http://www.dusevneporuchy.sk/ckeditor/kcfinder/userfiles/files/home/zbornik-2018.pdf>, str. 20

1.3 Zdravotníctvo

V SR sa téme MDP začali venovať viaceré lekárske univerzity⁴¹ a vysoké školy so zdravotníckymi odbormi.⁴² Prístup je definovaný naprieč rezortnými témami a spektrom diagnóz, medicínskych prístupov a konceptov⁴³, od ošetrovatelstva, diagnózy DMO⁴⁴, multidisciplinárneho prístupu k antitrombotickej liečbe⁴⁵, či komplexne, v rámci odborov ako je napr. verejné zdravotníctvo⁴⁶, ktorého multidisciplinárny prístup plne integruje okrem zdravotníckych resp. medicínskych vied aj napr. ekológiu, klimatológiu, psychológiu, sociológiu, ekonómiu, politológiu a iné. Súčasné priority verejného zdravotníctva sú: podpora zdravia, organizácia efektívnej zdravotnej starostlivosti, prevencia infekčných chorôb, prevencia faktorov životného štýlu a užívania návykových látok, prevencia chronických chorôb, prevencia úrazov, nerovnosť v zdraví, starostlivosť o starých ľudí a iné.

Duševné zdravie bude od júna roku 2021 riadené ministerstvom cez samostatný odbor s expertmi, ktorí sa tejto problematike naplno venujú. Rezort plánuje vytvoriť aj centrá duševného zdravia založené na fungovaní multidisciplinárnych tímov starostlivosti o deti a dospelých s duševnými poruchami, aj pre pacientov v seniorskom veku. V oblasti reformy duševného zdravia zohrá dôležitú úlohu prevencia i aktívne medzirezortné prepojenie.⁴⁷ Opatrenia pre prevenciu a podporu duševného zdravia Úradu hodnoty za peniaze⁴⁸ v dokumente „Duševné zdravie a verejné financie - Diskusná štúdia“ zahŕňajú aj identifikáciu programov prítomných na Slovensku, ktoré sú relevantné pre podporu duševného zdravia podľa praxe v zahraničí. Autori nabádajú predovšetkým k vytvoreniu silnej medzirezortnej spolupráce najmä MZSR, MPSVaR a MŠVVaŠ SR a spoločnú stratégiu pre prevenciu a starostlivosť, prenesenie konceptov z reformy psychiatrickej starostlivosti z ČR i iných krajín, koncepcnosť v skríningu a včasnej identifikácie ACEs a pod., prostredníctvom multidisciplinárnej starostlivosti. Medzirezortná spolupráca má v dokumente samostatnú kapitolu a pre MDP na úrovni Vlády SR i konkrétne odporúčania. V dokumente „Národný program duševného zdravia“⁴⁹ sa deklaruje, že ...“Pre úspešne fungovanie kvalitnej siete komunitnej starostlivosti o duševné zdravie je nevyhnutná tímová spolupráca v rámci psychiatrických multidisciplinárnych komunitných tímov, koordinovaných APDS alebo denným stacionárom, psychiatrickou ambulanciou. Multidisciplinárne psychiatrické tímy sú prepojené s inými miestnymi a regionálnymi sektormi (školsťvo, zamestnávateľia, dobročinnosť, nápravno-výchovná činnosť (kurátori), a mimovládnyimi organizáciami v oblasti iniciatívy prevencie a podpory duševného zdravia.“

⁴¹<https://fzszu.sk/blog/2018/04/23/celostatna-konferencia-s-ustrednou-temou-multidisciplinarny-pristup-k-poskytovaniu-zdravotnej-starostli-vosti/>

⁴² <https://www.unipo.sk/fakulta-zdravotnictva/kpas-new/projekty/KEGA/3/>

⁴³ https://www.youtube.com/watch?v=T_ZSksqmhY8

⁴⁴ https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201401-0005_MULTIDISCIPLINARNY_PRISTUP_K_PACIENTOM_S_DETSKOU_MOZGOVOU_OBR_NOU.php

⁴⁵ <https://ks.lekom.sk/index.php?id=22009&r=activity/print>

⁴⁶ <https://www.jfmed.uniba.sk/pracoviska/vedecko-pedagogicke-pracoviska/predklinicke-ustavy/uvzd/>

⁴⁷ <http://www.ku.sk/index.php/fakulty-a-pracoviska/fakulta-zdravotnictva/fz-studium/fz-bc-studium/verejne-zdravotnictvo>

⁴⁸ <https://www.health.gov.sk/Clanok?minister-dusevne-zdravie-programove>

⁴⁹ Duševné zdravie a verejné financie - Diskusná štúdia, 2020: Útvar hodnoty za peniaze, Ministerstvo financií SR / [www.finance.gov.sk/uhp.str.: 31 a 63, tiež kapitola 7.](http://www.finance.gov.sk/uhp.str.:31_a_63_tiez_kapitola_7)

⁴⁹ <http://slovanet.sk/uvzsr/docs/info/podpora/NPDZ.pdf>, str.: 15 a 16

Multidisciplinárny prístup rezortu definuje i aplikuje cez dialóg o nových a inovovaných štandardných klinických (diagnostických a terapeutických) postupoch a ich zavedení do medicínskej praxe multisektorová platforma zástupcov z WHO, EÚ, MZ SR i MPSVaR SR⁵⁰ i bežných praktikov. Dokonca je, v niektorých prípadoch⁵¹, Technickou komisiou MZ SR prístup komplexného manažmentu pacienta s konkrétnou diagnózou – od prevencie cez presné pravidlá diagnostiky až po jasne definovanú liečbu oceňovaný a zaradovaný ako štandardný prístup MZ SR. ŠDTP vychádza z medzinárodných odporúčaní a zároveň zohľadňuje slovenské špecifiká. Od štandardu sa očakáva, že umožní rýchlu, kontrolovateľnú a efektívnu diagnostiku a liečbu každého pacienta bez ohľadu na región, kde žije a špecializáciu lekára, ktorý sa mu venuje.

Pre konkrétnejšie zadefinovanie MDP v rezorte zdravotníctva je vybraný: Štandard všeobecnej Baby-friendly Hospital Initiative - Interdisciplinárna oblasť, Štandardný diagnostický a terapeutický postup o pacienta s hypotyreózou, Štandardný diagnostický a terapeutický postup Rehabilitácia v intenzívnej medicíne, Poruchy vývinu jazyka a reči, Porucha primárnych vzťahov v detstve, Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou, Starostlivosť o ľudí so spoluzávislosťou, Traumatické zážitky v detstve, Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v ADOS, DOS, paliatívnom zariadení a zariadení sociálnej pomoci a Štandard vyšetrení psychomotorického vývinu detí pri 2.-11. preventívnej prehliadke v primárnej starostlivosti.

„Štandardný postup pre výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) – podpory vzťahovej väzby a laktácie“⁵²

Multidisciplinárny prístup je obsiahnutý v popise ...“Zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov by mali v rámci komunity identifikovať vhodné možnosti na zabezpečenie pokračujúcej a konzistentnej podpory dojčenia. Sú zodpovedné za spoluprácu s miestnou komunitou v záujme zlepšovania týchto možností. Medzi takéto možnosti v rámci komunity môžu patriť zdravotnícki pracovníci, laktáčne konzultantky, podporné skupiny dojčiacich matiek alebo telefónne linky.“

„Štandardný diagnostický a terapeutický postup Rehabilitácia v intenzívnej medicíne“⁵³

„Dôležitý je multidisciplinárny prístup s tímom odborníkov, ktorých činnosť je potrebné koordinovať a následne implementovať do praxe. Včasná mobilizácia pacientov: Na komplexnú starostlivosť zabezpečiť multidisciplinárny tím pracovníkov, ktorí budú úzko spolupracovať. Na komplexnú starostlivosť zabezpečiť multidisciplinárny tím pracovníkov, ktorých činnosť budú zabezpečovať a koordinovať pracovníci anesteziologicko-resuscitačných oddelení.“

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Indikátory kvality:

Personálne a materiálne - technické zabezpečenie anesteziologicko-resuscitačných pracovísk, multidisciplinárna spolupráca, edukácia personálu, ekonomické ukazovatele.“

⁵⁰ https://healthconferences.eu/_files/200000513-064ec064ee/Program%20C5%A0DTP%202019%2017-18.10.2019%20final%20last%20version-9.pdf

⁵¹ <http://www.primarnykontakt.sk/spravy/prvy-narodny-guideline-arteriova-hypertenzia-je-schvaleny/>

⁵² <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵³ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

„Poruchy vývinu jazyka a reči“⁵⁴

„Diagnostika - Postup určenia diagnózy. Pre správne určenie logopedickej diagnózy je nevyhnutný komplexný a multidisciplinárny prístup, avšak primárnu úlohu v procese diagnostiky zohráva klinický logopéd.“

„Porucha primárnych vzťahov v detstve integruje MDT tím“⁵⁵

„Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou - Moderná psychosociálna rehabilitácia si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu tímu. Mali by byť preto zriadené multidisciplinárne tímy psychiatrickej starostlivosti na liečbu ľudí so závažným duševným ochorením. Do multidisciplinárneho tímu patrí psychiater, klinický psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra, prípadne fyzioterapeut, či ďalší zdravotnícki pracovníci a dobrovoľní pracovníci v zdravotníctve. Efektivita psychosociálnej rehabilitácie sa zvyšuje, ak je poskytovaná v komunite pacienta. Je poskytovaná v spádovej oblasti a môže zahŕňať domáce návštevy aj tímové zásahy. Existujú presvedčivé dôkazy (Malone et al., 2007; Cleary et al., 2008; Coldwell, Bender, 2007; Drake, O'Neal, Wallach, 2008; Nelson et al., 2007; NICE, 2009) o tom, že liečba multidisciplinárnym tímom v komunitnom prostredí zníži pravdepodobnosť epizód hospitalizácie o približne 20 percent a zvýši spokojnosť pacientov (DGPPN, 2013).“

„Starostlivosť o ľudí so spoluzávislosťou“⁵⁶

„Liečebný pedagóg, liečebný pedagóg so špecializáciou – case-management, liečebnopedagogická diagnostika (funkčných disabilít a potenciálov, diagnostika pomocou MKF), liečebnopedagogické poradenstvo, liečebnopedagogická intervencia formou individuálnou alebo skupinovú, párová a rodinná terapia, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramaterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, terapie hrou, hagioterapie, edukácia, motivačný rozhovor, krízová intervencia, podpora reziliencie, salutorov, vulnerability, nácvik relaxačných techník, harm reduction terapia, zlepšenie kvality života, resocializácia, integrácie do spoločnosti.“

„Traumatické zážitky v detstve“⁵⁷

„Na základe vedeckých poznatkov o význame raného detstva pre vyrovnaný duševný život v dospelosti je problematika spracovania negatívnych a traumatických zážitkov spojených so stresom v detstve v kontexte multidisciplinárneho prístupu vysoko aktuálna. Spracovávanie negatívnych a traumatických zážitkov v detstve rôznej závažnosti a intenzity v kontinuu od menej zjavných a závažných až po traumy, z pohľadu liečebnej pedagogiky zahŕňa prevenciu, diagnostiku a ošetrovanie ohrozeného dieťaťa berúc do úvahy vývinové hľadisko a ekosystémový prístup. Z toho pohľadu je daná problematika značne široká a komplikovaná, aj napriek tomu je nutné dieťaťu poskytnúť zdravotnú starostlivosť čo najskôr a v čo najlepšej možnej miere.“

⁵⁴ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁵ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁶ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁷ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

Liečebný pedagóg pracuje v súčinnosti multidisciplinárneho tímu, za účelom triangulácie a validity získaných údajov. Odborníci v tíme vyhodnotia riziká porúch psycho-sociálneho vývinu, prítomné symptómy porúch zdravia, prognózu v súvislosti s povahou skúsenosti dieťaťa a jeho rezerv, navrhnu opatrenia. Hodnotí sa tiež sociálna opora, zdroje zvládania, stratégie dieťaťa pri vyrovnávaní sa so záťažou.

Príprava na potencionálne traumatizujúcu udalosť (chirurgický výkon, vyšetrenie, iný medicínsky zákrok, hospitalizácia) - zahŕňa lekára špecialistu, ktorý indikuje výkon, vyšetrenie, hospitalizáciu, následne má byť v súčinnosti multidisciplinárneho tímu vykonaná príprava dieťaťa a rodiča na výkon alebo vyšetrenie, následne sa realizuje výkon a potom v súčinnosti multidisciplinárneho tímu následná zdravotnícka starostlivosť na základe jednotlivých profesných kompetencií (viď Algoritmus Prevencia-príprava na potencionálne traumatizujúcu udalosť)....“.

„Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci“⁵⁸

„Sestra koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine (blízkym) pacienta....“ Obdobné i u KOM v ADOS, DOS, paliatívnom zariadení.

„Štandard vyšetrení psychomotorického vývinu detí pri 2.-11. preventívnej prehliadke v primárnej starostlivosti.“⁵⁹

„Preventívna úloha všeobecného lekára pre deti a dorast je kľúčová v medzirezortnom multidisciplinárnom systéme starostlivosti o deti s vývinovými ťažkosťami (vrátane zdravotného postihnutia). Exkluzivita postavenia lekára primárnej starostlivosti vyplýva z jedinečnej a nenahraditeľnej možnosti získavať a priebežne počas prvých troch rokov života doplniť všetky údaje potrebné k posúdeniu vývinu psychomotorických funkcií, odporúčať zvýšenú starostlivosť pre deti u ktorých existuje významné riziko znevýhodnených podmienok vývinu, medzirezortne spolupracovať so zariadeniami, inštitúciami, s orgánmi miestnej správy, ktoré riešia problémy detí raného veku v regióne, priebežne monitorovať poskytovanú starostlivosť a jej vplyv na rozvoj vývinového potenciálu dieťaťa v kontexte rodiny, a tak prispieť k efektívnosti celého systému. zvýšenie účinnosti komplexnej starostlivosti - odporúčaným postupom ďalšej multidisciplinárnej starostlivosti, vrátane možnosti medzirezortnej spolupráce.“

⁵⁸ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁹ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

2. Národný multirezortný pohľad na multidisciplinaritu a tímy v SR

Strešnou a riadiacou platformou multidisciplinárnej spolupráce v oblasti duševného zdravia sa v SR stala Rada vlády SR pre duševné zdravie (ďalej aj ako RVDZ). Bola zriadená 24. februára 2021 vládou Slovenskej republiky ako jej stály poradný orgán. Plní koordinačné, konzultatívne a odborné úlohy v oblasti ochrany a podpory duševného zdravia, prevencie vzniku duševných porúch, psychodiagnostiky, liečby duševných porúch, následnej starostlivosti o pacientov s duševnými poruchami, výskumu duševného zdravia, vzdelávania odborníkov poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie a služby, tvorby politiky duševného zdravia a sledovania kvality v uvedených oblastiach.

Rada v oblasti svojej pôsobnosti sleduje dodržiavanie právne záväzných národných i medzinárodných aktov a ďalších právnych predpisov upravujúcich oblasť duševného zdravia. Pôsobí v záujme zvyšovania kvality v oblasti duševného zdravia a zabezpečuje medzirezortné prepojenie. Predstavuje fórum pre diskusiu a riešenie otázok z oblasti duševného zdravia vo vzájomnom dialógu predstaviteľov štátnej moci, akademických inštitúcií, regulovaných profesií, prijímateľov služieb a tretieho sektora za účelom tvorby a udržiavania koherentne fungujúceho systému starostlivosti o duševné zdravie v Slovenskej republike, ktorý poskytuje svoje služby tým, ktorí ich potrebujú. RVDZ participuje na tvorbe strategických a koncepčných materiálov v oblasti duševného zdravia prostredníctvom medzinárodných i národných akčných plánov duševného zdravia (napr.: WHO Mental Health Action Plan, WHO European Mental Health Action Plan, mhGAP, Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, Dohovoru OSN o právach dieťaťa a rezolúcia Rady OSN pre ľudské práva). Je rozdelená do niekoľkých výborov (Výboru pre primárnu prevenciu RVDZ, Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie RVDZ, Výboru pre výskum RVDZ a Výboru pre odbornú prípravu a vzdelávanie RVDZ).

2.1 Multidisciplinarita v akcii

Vďaka aktivitám a rozmanitosti členov výborov RVDZ sa multidisciplinarita na medzirezortnej úrovni Vlády SR dostáva do akcie. Pohyb v izolovaných politikách sa zmenil na koordinovaný multisektorový manažment duševného zdravia, ktorý umožňuje systematicky, dlhodobo budovať multidisciplinárnu spoluprácu a stavať na pilieroch participatívnych politik v oblasti ochrany a rozvoja duševného zdravia.

Čo sa nám už v multidisciplinarite dnes na Slovensku darí?

Do všetkých reforiem Plánu obnovy a ich legislatívnych procesov v rámci tém a podpory rodín začleniť filozofiu a prvky multidisciplinarity ako bazálnu súčasť implementačných procesov politik a lokálnych zmien (Plán obnovy, 2021);

Schváliť vytvorenie Národného centra duševného zdravia (NCDZ), výkonnú zložku na celonárodnej úrovni v oblasti multidisciplinárnej starostlivosti a výskumu v oblasti duševných ochorení. NCDZ bude národnou platformou pre vývoj, testovanie a zavádzanie najnovších terapeutických metód a štandardov do praxe. Tiež bude spracovávať údaje o duševnom zdraví a realizovať vzdelávanie odborníkov v príslušných odboroch zaoberajúcich sa duševným zdravím. Centrum garantuje vytvorenie funkčného nadrezortného koordinačného orgánu v oblasti multidisciplinárnej starostlivosti a výskumu v oblasti duševného zdravia (RVDZ, 2021) ;

Schváliť Návrh na realizáciu projektu Zber a spracovanie údajov o duševnom zdraví (str. 2, RVDZ, 2021);

Schváliť Návrh strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, ktorý multidisciplinaritu integruje do základných pilierov Národného programu duševného zdravia (str. 45 - 47, RVDZ, 2022);

Identifikovať oblasti prevencie (RVDZ, 2022);

U minimálnych štandardu personálneho vybavenia pomenovávať a operatívne i masívne kompenzovať biele miesta v minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti viazanej na duševné zdravie, podľa zdravotných potrieb obyvateľstva, v spolupráci s príslušným samosprávnym krajom a miestnou územnou samosprávnou, a to napríklad vytvorením rámca:

- siete multiprofesionálnych tímov lekárov primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v zmysle odporúčaní Európskej komisie do každého okresu cez doplnenie normatívov pracovných miest garantovaných štátom. Tím je zložený z: klinických logopédov, liečebných pedagógov, verejných zdravotníkov, tiež lekárov všeobecných i špecialistov, zdravotných sestier, fyzioterapeutov, poradenských alebo klinických psychológov, a klinického laboratórneho diagnostika (str. 15 a 16, RVDZ, 2022).

- siete „špecializovaných centier integrovanej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, kde by mali byť centrá mentálneho zdravia, centrá včasnej zdravotnej starostlivosti, ambulantné centrá rýchlej diagnostiky, multidisciplinárne pediatrické konzultačné a hodnotiace ambulantné centrá, špecializované konzultačné a hodnotiace multidisciplinárne ambulantné centrá na podporu matiek s deťmi, multidisciplinárne geriatrické konzultačné a hodnotiace ambulantné centrá, ďalej pre rodiny a príbuzných s deťmi s chronickým ochorením; pre rodiny a príbuzných s deťmi s postihnutím (telesné, zrakové, sluchové, mentálne, kombinované) alebo pre rodiny s deťmi nachádzajúcimi sa v ohrození zdravia vyplývajúceho z nepriaznivej životnej situácie a okolností (deti psychiatrických chorých rodičov, deti látkovo alebo nelátkovo závislých rodičov, deti osamelých matiek, deti s elektívnym mutizmom, deti nezamestnaných rodičov, deti chudobných rodičov a podobne)“ - z uvedených by malo byť vždy minimálne 1 z každého druhu v každom kraji.“ (str. 21, RVDZ, 2022)

- „združenia praxí“, kde jednotliví poskytovatelia uzavrujú dohodu o spolupráci, v ktorej si okrem integrácie pracovných činností na báze vzájomnej spolupráce uskutočňovanej pod vedením určeného zdravotníckeho pracovníka v záujme pacienta upravujú aj zdieľanie spoločných priestorov a vybavenia, prípadne ďalšiu spoločne zdieľanú infraštruktúru. „Na sprístupnenie konceptu integrácie činností v ambulantnej zdravotnej starostlivosti a multiprofesionálnej spolupráce na báze zdieľania spoločných priestorov, materiálno-technického a personálneho vybavenia a ďalšej inej spoločnej infraštruktúry a v rámci dobrovoľne spoločne riadenej spolupráce pod vedením zdravotníckeho pracovníka identifikovaného v rámci tímu spolupracujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ďalších zapojených odborníkov na základe „iniciatívy zdola“, bude potrebné upresniť iníciaľný právny vzťah, na základe ktorého takéto zdravotnícke centrum multiprofesionálnej spolupráce môže vzniknúť a bude ďalej možno neskôr v iných právnych formách ďalej existovať.“ (str. 23, RVDZ, 2022).



Multidisciplinárne tímy v Českej republike

V rámci projektu Erasmus+ „Multidisciplinary support of positive changes within families in difficult situations“ bolo prevedené mapovanie aktuálnej situácie, vývoje, tvorby a užívania multidisciplinárnych tímov v Českej republike. Jednalo sa o multidisciplinárne tímy fungujúce v organizáciách, ktoré pracujú s rodinami v oblasti sociálnej starostlivosti a v oblasti duševného zdravia. Ďakujú ochotou kolegov z oblasti pomáhajúcich profesií, vznikla tak tiež možnosť prostudovať vytvárajúce sa metodiku multidisciplinárnej spolupráce v rámci pomoci osobám s ťažkým duševným ochorením. Táto metodika síce necíli úplne presne na rodiny, nýbrž na jednotlivcov. Zapojenie rodín do multidisciplinárnej spolupráce však zahŕňa a môže byť dobrou inšpiráciou pre vytváranie multidisciplinárnych tímov zameraných na pomoc rodinám v ťažkých situáciách.

Nejprve bude predstavená vznikajúca metodika s názvom „Metodika zavádzania multidisciplinárnej spolupráce v starostlivosti a podpore ľudí s duševným ochorením“. Ďalej budú shrnuté poznatky dobrej praxe z dvoch organizácií, ktoré boli ochotné sdieľať svoje poznatky a skúsenosti z praxe multidisciplinárnej spolupráce.

Metodika zavádzania multidisciplinárnej spolupráce v starostlivosti a podpore ľudí s duševným ochorením

Tento dokument bol spracovaný v rámci projektu „Podpora zavedenia multidisciplinárneho prístupu k duševne nemocným“. Jedná sa o druhú pracovnú verziu, ktorá vznikla v roku 2020. V nasledujúcom roku sa predpokladá tretia finálna verzia. Téma multidisciplinárneho prístupu je považovaná za jedno z kľúčových tém probíhajúcich reforiem psychiatrických starostlivostí.

„Multidisciplinárnym prístupom je v rámci tejto metodiky myslený spôsob práce, ktorým rôzne profesie, rôzne organizácie partnersky spolupracujú, efektívne vzájomne komunikujú a plánujú tak, aby bol maximálne využitý ich spoločný potenciál znalostí, skúseností a intervencií na prospech jednotlivca či celého skupiny. Prospechom je myslená maximálna možná podpora v individuálnom procese zotavenia u ľudí s duševným ochorením s ich zapojením a rešpektom k ich potrebám“.

Výchozím bodom metodiky je pojem „zdraví“ podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Táto jej definuje ako „stav plnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len ako neprítomnosť choroby či vady“ a ďalej dopĺňa „zdraví ako schopnosť viesť sociálne a ekonomicky produktívny život“. Pojem „zdraví“ je pak spojený s konceptom „zotavenia“, ktorého cieľom je nastaviť na základe silných stránok človeka s duševným ochorením cestu jeho uzdravenia. Zotavenie teda prekračuje u ľudí s duševným ochorením len kontrolu symptómov jednotlivých ochorení, čo je doména tzv. medicínskeho prístupu, ale zameriava sa na rozvoj kvalitného a plnohodnotného života. Jedná sa o kontinuálny proces, v ktorom je nevyhnutne potrebná propojenosť s komunitou. Proces zotavenia je možné vidieť v štyroch cykloch: nádej, zplnomocnenie, prijatie zodpovednosti a smysluplné životné úlohy. Ako kľúčové oblasti pre zotavenie sú uvádzané: práca s nádejou, rozvoj silných stránok, celistvý prístup, seburčenie, zplnomocňovanie, rešpekt, individuálny prístup a podpora peer pracovníkov.

Uvádí se také klíčové principy fungování multidisciplinárních týmů pro zotavení. Tyto principy jsou obsaženy v deseti otázkách:

1. Podporujeme obnovení zdraví, fungování a identitu?
2. Nabízíme naději na zotavení?
3. Ptáme se sami sebe při všem, co děláme: pomáháme, nebo překážíme?
4. Soustředíme se na to, co je silné, ne, co je špatné?
5. Rozhodujeme S a ne O uživateli služeb?
6. Uznáváme, že expertiza člověka, který využívá služby, je stejně důležitá jako ta naše?
7. Spolupracujeme se sociálními „investory/donátory“ a dalšími účastníky?
8. Uznáváme práva člověka/uživatele/pacienta „zdravě“ riskovat?
9. Spolupracujeme s rodinou a sítí jakožto se zdroji a partnery?
10. Sdílíme a začleňujeme znalosti?

Týmová spolupráce je považována za základní formu spolupráce a je kladena do kontrastu se skupinou. Tým je nehierarchicky uspořádán a v jeho fungování je kladen důraz na jednání, dohody a přímou spolupráci mezi jednotlivými členy. „Organizace týmové spolupráce je logisticky a časově náročnější, výsledky však kvalitnější“.

Dominantním přístupem při zavádění multidisciplinárního přístupu do péče o dlouhodobě duševně nemocné je case management. Pro zajištění multidisciplinární spolupráce s klientem je zapotřebí, aby každý klient měl jednoho konkrétního člena týmu jako svého klíčového pracovníka (case manager). Je však důležité, aby klient věděl, že není pouze klientem jednoho konkrétního klíčového pracovníka, ale klientem a součástí celého týmu.

Príklady dobrej multidisciplinárnej praxe

Centrum Anabell, z.ú.

Tato organizace založená v roce 2002 pracuje s klienty a jejich rodinami, kteří vykazují poruchy příjmu potravy. V průběhu posledních asi šesti let se v této organizaci začala vytvářet, definovat a rozvíjet multidisciplinární spolupráce. Různými podobami prošly i multidisciplinární týmy, které byly postupně vydefinovány v metodikách multidisciplinární spolupráce.

V letech 2014 a 2015 došlo k organizaci v rámci spolupráce s klienty k vydefinování si odborných rolí. V tomto roce organizace vydala také první metodiku týkající se multidisciplinární spolupráce. V této publikaci se vyslovuje potřeba propojení sociálních a zdravotních služeb při práci s cílovou skupinou klientů, s nimiž organizace spolupracuje. V metodice zmiňuje užší a širší multidisciplinární tým, tedy tým odborníků spolupracujících s klientem a jeho rodinou.

Užší tým tvoří psycholog/psychoterapeut, psychiatr, sociální pracovník a nutriční terapeut, do širšího týmu je pak zapojen i gastroenterolog, gynekolog, pediatr a praktický lékař, kteří spolupracují především se sociálním pracovníkem z užšího týmu.

V následujících letech je identifikována potřeba propojit multidisciplinární tým s klientem, následně pak také s jeho rodinou. Klient a jeho rodina jsou tedy zahrnuti do multidisciplinárních týmů jako nedílná součást.

V roce 2018 organizace vydává revidovanou metodiku multidisciplinární spolupráce. Zde explicitně vyjadřuje potřebu propojení nejen sociálních a zdravotních služeb v péči o klienta, ale také propojení těchto služeb s klientem a jeho životním okolím. Podle této metodiky model základního multidisciplinárního týmu tvoří psycholog/psychoterapeut, sociální pracovník/case manager, nutriční terapeut, klient a jeho nejbližší. V případě potřeby může být tento tým rozšířen o odbornosti zastoupené v osobách psychiatra, peer konzultanta, gastroenterologa nebo jiného odborníka. Na druhou stranu může být tento tým rozšířen také o osoby z prostředí klienta, jako jsou přátelé, škola, zaměstnání a jiné sociální nebo veřejné služby. Metodika pak nastiňuje různé způsoby spolupráce klienta s multidisciplinárním týmem.

V roce 2020 vydává organizace další metodiku zahrnující fungování multidisciplinárních týmů, v tomto případě inspirovanou metodou Otevřeného dialogu, která vznikla ve Fisku a jejíž hlavním představitelem je Jaakko Seikkula. Tato metodika zdůrazňuje především partnerský přístup mezi všemi členy multidisciplinárního týmu, v němž všichni členové participují na plánu léčby klienta. Metoda Otevřeného dialogu počítá již v počátku se dvěma nebo více terapeuty, kteří vedou s klientem dialog a kteří mohou tento dialog mezi sebou reflektovat. Metoda počítá s různými odbornostmi zapojenými v multidisciplinárním týmu, včetně peer konzultantů a sítě klienta. Partnerskost je významným prvkem ve fungování takového týmu.

V podobě Centra Anabell jsou v základním multidisciplinárním týmu zastoupeny následující odbornosti: sociální pracovník, nutriční terapeut a psycholog. V rozšířeném týmu jsou pak zastoupeny odbornosti jako peer konzultant, psychiatr, gastroenterolog a další. Tito všichni pracují v partnerském vztahu s klientem a jeho nejbližším okolím.

EDUCO, středisko rané péče

Tato organizace spolupracuje s rodinami s dětmi se zdravotním znevýhodněním do věku 7 let. Jejím posláním je poskytovat těmto dětem a rodinám odbornou pomoc a podporu v jejich přirozeném prostředí s cílem posílit jejich samostatnost a nezávislost na sociální pomoci.

V organizaci se nehovoří přímo o multidisciplinární spolupráci nebo multidisciplinárním týmu, nicméně tyto koncepty jsou fakticky naplňovány. Organizace hovoří o mezioborové spolupráci a v praxi používá metodu Týmu okolo dítěte, kterou rozvinul ve Velké Británii Peter Limbrick. Organizace pořádá Týmy okolo dítěte od roku 2017 a v současnosti pořádá také akreditované vzdělávání v této metodě a vypracovává samostatnou metodiku.

Tým okolo dítěte je facilitované setkání rodiny s dítětem se zdravotním znevýhodněním s odborníky, kteří s dítětem a jeho rodinou spolupracují nebo přicházejí do kontaktu. Toto setkání má daný cíl, který si stanoví rodina s dítětem. Tento tým má nehierarchickou strukturu, participující odborníci nejen sdílí zkušenosti ze spolupráce s rodinou a dítětem, ale také nabízejí další možnosti spolupráce s ohledem na cíl setkání, který si určí rodina. Odbornosti, které mohou být zastoupeny v Týmu okolo dítěte, souvisejí hlavně s cílem tohoto setkání. Vždy se jedná o klíčového pracovníka organizace zastávající ranou péči, dále pak o zástupce vzdělávacího zařízení, které dítě navštěvuje nebo se chystá navštěvovat, pečujícího pediatra, psychologa, logoterapeuta, speciálního pedagoga, zástupce OSPOD a podobně. Setkání má danou strukturu, pravidla a trvání, s nimiž jsou účastníci seznámeni a jejichž zachovávání v průběhu setkání hlídá facilitátor.

Dotazníky

Abychom zjistili osobní zkušenosti zástupců výše zmíněných organizací s praxí multidisciplinárních týmů, byl vytvořen dotazník, o jehož vyplnění jsme požádali. V případě zástupce organizace EDUCO jsme otázky upravili tak, aby odpovídali terminologii používané v této organizaci. Následně uvádíme otázky použité v dotazníku a pak přepis odpovědí zástupců zmíněných organizací.

- Co je v pojetí vaší organizace a multidisciplinární tým?
- V čem vnímáte hlavní přínos práce multidisciplinárního týmu při práci s rodinami? V čem vnímáte, že může být multidisciplinární tým efektivním-přínosným způsobem práce? Co dělá multidisciplinární tým efektivní?
- Díky čemu může multidisciplinární tým fungovat v praxi?
- Co naopak brzdí implementaci multidisciplinárního týmu v praxi?
- V jakých rolích a s jakými kompetencemi vystupují osoby v multidisciplinárním týmu?
- Jaký je proces práce multidisciplinárního týmu? (plánování, organizace, průběh setkání)
- Jaké jsou výhody a nevýhody multidisciplinárních týmů v praxi?

Centrum Anabell

- Co je v pojetí vaší organizace a multidisciplinární tým?

Multidisciplinární tým je tým osob, které jsou v daném okamžiku žádoucí při řešení situace a potřeb klienta. Hlavním principem je otevřenost dialogu. Máme vyspecifikovaný základní tým a rozšířený tým pro práci s osobami s poruchou příjmu potravy. V případě práce s rodinami s dětmi s duševními obtížemi má tento tým prozatím podobu složení – rodina, dítě, významní z okolí dítěte a z naší strany sociální pracovník, etoped, rodinný terapeut.

-V čem vnímáte hlavní přínos práce multidisciplinárního týmu při práci s rodinami? V čem vnímáte, že může být multidisciplinární tým efektivním-přínosným způsobem práce? Co dělá multidisciplinární tým efektivní?

V jednom čase na jednom místě zaznívají hlasy rodiny, jejich jednotlivých členů a hlasy přítomných odborníků/pracovníků. Díky tomu se všichni navzájem slyší a mohou efektivně pracovat na tom, co je třeba, co je žádoucí. Eliminuje se opakování popisu situace, kterou si rodina prochází. Eliminuje se neefektivnost /malá efektivnost/ soliterní práce rodina vs 1 odborník, dítě vs odborník; rodiče vs odborník. Chápeme tento systém práce jako maximální využití veškerých zdrojů směrem k řešení situace, zplnomocňování klienta/rodiny!

Ovšem důležitou podmínkou je, že se v daném okamžiku všichni společně respektují, všichni mají svůj dostatečný čas na vyřčení emocí, myšlenek a nápadů. To že setkání má nadefinovaný čas, po který bude setkání probíhat. Že se setkání děje s cílem najít řešení, zdroje, uvědomit si, co už se děje dobrého. Že celý tým zná pravidla a principy a řídí se jimi. Všichni si jsou při setkání rovni a při větším počtu přítomných je přítomen nezávislý facilitátor.

- Díky čemu může multidisciplinární tým fungovat v praxi?

Asi jsem zodpověděla výše – setkání má daná pravidla a principy a řídí se jimi celý tým. A všichni mají společný zájem – zájem klienta/rodiny.

- Co naopak brzdí implementaci multidisciplinárního týmu v praxi?

Malá zkušenost s MD týmy. Časová náročnost sladit na jeden čas více lidí (organizačně náročnější logistika). Obavy rodiny, pokud se jim dostatečně nevysvětlí a nehovoří se s nimi, v čem je MD tým efektivnější.

Obavy odborníků hovořit před jinými odborníky (dlouholetá individuální praxe). Nepochopení rolí členů týmu navzájem. Jakási pomyslná asymetrie mezi odbornostmi, která může pramenit z neznalosti profesí.

Finanční limity – jsme omezeni financemi, které můžeme platit přítomných externím členům MD týmu.

- V jakých rolích a s jakými kompetencemi vystupují osoby v multidisciplinárním týmu?

Každý přítomný člen je plnohodnotným členem a přichází a přispívá do setkání svými popisy situace, emocí myšlenkami, nápady. Všichni mají stejné kompetence, máme nadefinovaná pravidla, principy, na prvním setkání /někdy již před tímto prvním setkáním/ jsou rodina i přizvaní členové seznámeni s pravidly. To, zda se plány a věci budou dít tak, jak se na setkání nadefinují je na rozhodnutí rodiny/klienta. Vše se děje v nejvyšším zájmu dítěte a rodiny!

-Jaký je proces práce multidisciplinárního týmu? (plánování, organizace, průběh setkání)

První setkání rodiny je v našem OSP se sociálním pracovníkem. Ten zjišťuje situaci dítěte/rodiny/klienta. Navrhuje možnost setkávat se v MD týmu, nyní můžeme zrealizovat 3 takováto MD setkání (jsme limitováni financemi). Sociální pracovník přiblíží klientovi, jak tato setkání probíhají, kdo je na nich přítomen, jaké jsou role účastníků, jaké jsou výhody tohoto setkání. Je na rodině/klientovi, zda využije možnosti MD týmů, či nikoliv.

Sociální pracovník pak naplánuje termíny, svolá tým.

Na samotném setkání, které trvá zpravidla 90 – 120 minut, se všichni vzájemně představí, sdílí svá očekávání. A pracuje se formou otevřeného dialogu /anticipačního rozhovoru, reflektujících týmů/. Po 3 setkání probíhá opět setkání rodiny se sociálním pracovníkem, vyhodnocuje se přínos MD setkání. V průběhu spolupráce probíhají intervize, ale jen odborníků. Zatím neprobíhají intervize za přítomnosti rodiny/klienta.

Rodina může kdykoliv přestat službu využívat, stejně jako opětovně ji začít využívat!

-Jaké jsou výhody a nevýhody multidisciplinárních týmů v praxi?

Z mého pohledu jsou to jen výhody, když se děje vše v duchu respektu, otevřenosti a zájmu klienta

Výhody:

Čas – klient/rodina nemusí obcházet jednotlivé profese zvlášť.

Informovanost – všichni zapojení slyší stejné informace, nezkrácené.

Aktivní a platné zapojení – všichni jsou aktivní a zapojení a k dané věci se může daný odborník vyjádřit přímo teď a tady, nemusí se „polemizovat“ co by asi doporučil

Pochopení rolí – pochopení rolí jednotlivých profesí

Respekt – posilování respektu k sobě navzájem

Zkompetentňování - nikdo nepřebírá za nikoho zodpovědnost

Pomoc/řešení/ situace není na jedné osobě! Je komplexní!

Nedubluje se pomoc více odborníků jedné profese.

Nevýhody:

Časová náročnost sladit tým

Finanční limity (tým svoláme jen když máme peníze na zaplacení odborníků)

Špatná předchozí zkušenost s MD týmem

Hodně profesí na jednom místě mohou být pro klienta odstrašující a může to vést k nespolupráci. A také mohou vést k vitalizaci problému – stále někdo může mít dojem, že je nutná podpora klienta/rodiny.

EDUCO

- Co je v pojetí vaší organizace a při realizaci TOD multidisciplinární tým?

Multidisciplinární tým je setkání rodičů dítěte se zdravotním postižením raného věku a odborných pracovníků (zdravotnických, školských a ze sociální oblasti), kteří jsou s rodinou a dítětem v kontaktu. Rodiče se sami rozhodnou, s kým by se chtěli potkat i s ohledem na cíl daného setkání.

- V čem vnímáte hlavní přínos práce multidisciplinárního týmu při setkáních TOD? V čem vnímáte, že může být multidisciplinární tým v pojetí TOD přínosným způsobem práce? Co dělá multidisciplinární tým efektivní?

Hlavní přínos TOD je společné setkání v jeden čas na jednom místě výše uvedených lidí, kteří společně hledají postupy v přístupu k dítěti na následující období s ohledem na aktuální možnosti a potřeby rodiny. Velmi důležité je sladění přístupů k dítěti, vyjasnění si případně odlišných názorů na aktuální situaci, a v neposlední řadě i vzájemné učení se a získávání nových informací a zkušeností od sebe navzájem.

-Díky čemu může multidisciplinární tým fungovat v praxi TOD?

Multidisciplinární tým může fungovat díky především osobnímu představení a vysvětlení celého modelu TOD odborným pracovníkům a přizvání je ke spolupráci s dostatečným časovým předstihem.

Dále je potřeba nastavení dobré koordinace setkání TOD a držení jasné struktury setkání.

Zajištění vhodných odborníků na pozici facilitátora setkání, který celé setkání vede.

Vhodná se jeví i finanční odměna pro účastníky setkání (v současné době není potřeba finanční odměny pro sociální pracovníky, kteří mají mezioborovou spolupráci v základních činnostech své profese).

-Co naopak brzdí implementaci multidisciplinárního týmu v praxi TOD?

Časová zaneprázdněnost odborných pracovníků.

Zařazení této formy práce do systému, do základních činností odborných pracovníků z ostatních resortů (jak si tuto formu spolupráce vykázat?).

-V jakých rolích a s jakými kompetencemi vystupují osoby v multidisciplinárním týmu při setkáních TOD?

Při setkání TOD jsou zastoupeny tyto pozice:

Rodiče dítěte: stanovují si cíl setkání, určují, se kterými odbornými pracovníky by se chtěli v rámci setkání potkat. Odsouhlasují výstup ze setkání TOD (plán podpory dítěte a rodiny).

Facilitátor setkání: odborný pracovník, který setkání vede, drží strukturu setkání, dohlíží na časový rozsah setkání, na to, aby každý účastník dostal prostor se vyjádřit, a aby setkání stále vedlo k naplnění cíle, který si stanovili rodiče. Zajišťuje bezpečí prostoru pro všechny účastníky setkání.

Odborní pracovníci: pracovníci z resortu zdravotnictví, školství a sociálních věcí, kteří jsou s dítětem a rodinou v kontaktu. Popisují svoji aktuální zkušenost s dítětem a rodinou a aktivně se podílejí na nastavení podpory dítěte na následující období s ohledem na cíl setkání.

Koordinátor setkání TOD: zajišťuje setkání po organizační stránce (dohodnutí termínu setkání, pozvání účastníků setkání, zajištění prostoru, techniky a drobného občerstvení, zapisuje průběh setkání).

- Jaký je proces práce multidisciplinárního týmu při setkáních TOD? (plánování, organizace, průběh setkání)

Setkání má danou jasnou strukturu, se kterou jsou všichni účastníci předem seznámeni:

- C úvod
- C představení metodiky TOD
- C cíl setkání
- C zásady setkání
- C představení všech přítomných (každý sám sebe), jak dlouho je s rodinou v kontaktu a v jaké pozici
- C aktuální situace z pohledu rodičů, vysvětlení/doladění cíle setkání
- C aktuální situace z pohledu odborných pracovníků
- C společná diskuse k stanovenému cíli setkání
- C shrnutí hlavních bodů plánu podpory dítěte a rodiny
- C dohodnutí dalšího postupu, popř. termínu setkání
- C zpětná vazba od účastníků
- C závěr

-Jaké jsou výhody a nevýhody multidisciplinárních týmů v praxi TOD?

Výhody:

- C osobní seznámení odborných pracovníků
- C vzájemné vyjasnění si vnímání dané situace, rozdělení kompetencí
- C sdílení dobré praxe
- C nepřehlčení rodiny, posílení role rodičů, ušetření času a finančních prostředků rodičů
- C „horizontalita setkání“, všichni účastníci jsou na stejné úrovni, každý je odborník na svoji pozici
- C jasná struktura setkání + časový horizont
- C možnost zrealizovat setkání TOD v místě bydliště rodiny

Nevýhody:

- C plánování setkání s velmi dostatečným časovým předstihem (tedy velmi pečlivá koordinace)
- C nezařazenost této formy práce do systému/financování (ve všech resortech)

Výskum efektivity faktorov multidisciplinárnych tímov

Vymedzenie výskumných cieľov a výskumných problémov

V teoretických východiskách ku realizovanému výskumu boli formulované okrem zadenovania a charakteristiky multidisciplinárnych tímov aj faktory ich efektivity, ktoré sa viažu na materiálo-technické vybavenie, personálne obsadenie a proces práce na úrovni tímu, organizácie a komunity. Teória prináša niekoľko kategorizácii aspektov zasahujúcich do výslednej účinnosti multidisciplinárneho prístupu realizovaného v tíme - Metodiku pre meranie faktorov efektivity multidisciplinárnej spolupráce MDT-OARS (Observational Assessment Rating Scale) (Taylor et al., 2012), 5-škálovú kategorizáciu faktorov podľa Evansa (et al., 2019), metaanalýzu projektov zaoberajúcimi sa faktormi úspešného fungovania multidisciplinárnych tímov, ktorá sa uskutočnila pod dohľadom anglického Národného centra zdravia (National Health Service – NHS, 2018) a kategorizáciu faktorov podieľajúcich sa na efektivite multidisciplinárneho tímu podľa Národného akčného tímu pre liečbu rakoviny (National Cancer Action Team – NHS, 2010). Vyššie spomenuté kategorizácie prinášajú prehľad funkčných aspektov, no absentujú v nich informácie o ich konkrétnej efektivite v práci multidisciplinárneho tímu.

Realizovaný výskum v rámci projektu Erasmus+ „Multidisciplinárna podpora pozitívnych zmien v rodinách v ťažkých situáciách“ má za svoj cieľ sumarizáciu faktorov podieľajúcich sa na efektivite multidisciplinárnych tímov pri práci s rodinami v náročných životných situáciách a zároveň zmerať ich účinnosť prostredníctvom dotazníkového prieskumu medzi členmi týchto multidisciplinárnych tímov v do projektu zapojených krajinách – Slovensko, Česko, Holandsko a Fínsko.

Výstupom výskumu bude sumarizácia faktorov účinnosti podieľajúcich sa na práci multidisciplinárneho tímu a sily ich efektu, čo môže pomôcť pri formovaní a organizácii týchto tímov pri práci s rodinami v ťažkej situácii.

Výskumné hypotézy

Na základe určených výskumných cieľov a problémov sú stanovené výskumné hypotézy, ktoré vzhľadom na teoretické východiská predpokladajú, že najvyššiu silu pre efekt práce multidisciplinárneho tímu budú dosahovať faktory súvisiace so vzťahovosťou v tíme, so zabezpečením odbornosti prístupu a zameraním na klienta a rodinu. Výskumné hypotézy tiež odhadujú, že sa posudzovaný efekt jednotlivých faktorov bude líšiť vzhľadom na pracovnú pozíciu, rezort fungovania a zastávanú rolu člena v multidisciplinárnom tíme a prítomnosť klienta priamo na stretnutí tímu, kedy je predpoklad, že respondenti pôsobiaci v sociálnych službách či v školstve, na pozícii psychológov, pedagógov a sociálnych pracovníkov, v role facilitátora, koordinátora, case manažéra či rodinného príslušníka a v tímoch, kde je prítomný klient či rodina, budú udávať vyšší efekt vzťahových a na klienta zameraných aspektov.

Jednotlivé charakteristiky výskumných súborov budú predstavené podľa konkrétnych fáz priebehu výskumu. Keďže cieľom výskumu je zmerať silu faktorov podieľajúcich sa na efektívite multidisciplinárnych tímov pracujúcich s rodinami v ťažkej situácii, celý proces skúmania pozostáva z niekoľkých fáz – zo zaznamenávania ďalších faktorov (okrem tých publikovaných v teoretických východiskách) prostredníctvom dotazníka s otvorenými otázkami, ktorí vyplňali účastníci vzdelávania realizovaného cez projekt Erasmus+; overenie zrozumiteľnosti položiek výskumnej metodiky prostredníctvom jej administrácie a zaznamenávania spätnej väzby od odborníkov pôsobiach v praxi multidisciplinárnych tímov pri práci s rodinami v ťažkej situácii a z priameho zberu dát. V tejto časti budú predstavené skupiny probandov, ktoré sa zúčastnili jednotlivých fáz výskumu.

Procesu formulácie faktorov efektivity práce multidisciplinárneho tímu prostredníctvom vyplňania dotazníka s otvorenými otázkami sa zúčastnila prvá skupina zložená zo 40 účastníkov vzdelávania multidisciplinárnej praxe realizovaného cez projekt Erasmus+. 15 účastníkov (37,5%) pochádzalo zo Slovenska a 25 účastníkov z Česka (62,5%). Najviac probandov pôsobilo na pozícii sociálneho pracovníka – 15 (37,5%). Pozíciu psychológa alebo školského psychológa zastávalo 5 osôb (12,5%), peer pracovníka 5 osôb a pedagogického pracovníka tiež 5 ľudí. Tri osoby (7,5%) pracovali ako psychoterapeuti, dve (5%) ako zdravotné sestry a po jednom respondentovi (2,5%) boli zastúpené pozície/role sociálneho pedagóga, rodiča, dobrovoľníka, študenta a štatutára občianskeho združenia. Najviac osôb pracovalo pod rezortom ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny (18 respondentov, 45%), 14 ľudí (35%) v nadáciách, neziskových organizáciách alebo v občianskych združeniach patriacich pod ministerstvo vnútra, 6 respondentov (15%) v rezorte školstva a dvaja ľudia (5%) pod ministerstvom zdravotníctva. Najvyšší počet respondentov pôsobil v praxi do 4 rokov (19 osôb, 47,5%), 9 ľudí malo prax 4-9 rokov (22,5%), 5 osôb 10-19 rokov praxe (12,5%) a nad 20 rokov praxe malo 7 respondentov (17,5%). 15 osôb (37,5%) v tejto skupine ľudí v minulosti pracovalo v multidisciplinárnom tíme, ale aktuálne už nepôsobí, 6 probandov práve iniciovalo aktivitu multidisciplinárneho tímu (15%), 5 ľudí (12,5%) nepravidelne pôsobí v multidisciplinárnych tímoch pod niekoľkými organizáciami, 3 respondenti (7,5%) dlhšie pôsobia v multidisciplinárnom tíme pod jednou organizáciou, dve osoby (5%) nepôsobia v multidisciplinárnom tíme vôbec a jeden človek (2,5%) pôsobí v multidisciplinárnom tíme pod niekoľkými organizáciami pravidelne. Nižšie ponúkame tabuľkový prehľad socio-demografických charakteristík prvej skupiny respondentov, ktorí sa podieľali na formulácii faktorov efektivity multidisciplinárnych tímov prostredníctvom vyplňania dotazníka s otvorenými otázkami.

Tabuľka 1. Zloženie prvej skupiny respondentov vzhľadom na krajinu odbornej praxe

krajina	počet	percentá
Slovensko	15	39,5
Česko	25	60,5

Tabuľka 2. Zloženie prvej skupiny respondentov vzhľadom na pracovnú pozíciu alebo rolu

profesia	počet	percentá
psychológ/školský psychológ	5	12,5
psychoterapeut	3	7,5
pedagogický pracovník	5	12,5
sociálny pedagóg	1	2,5
sociálny pracovník	15	37,5
zdravotná sestra	2	5,0
peer pracovník / peer konzultant	5	12,5
rodič	1	2,5
dobrovoľník	1	2,5
študent	1	2,5
štatutár	1	2,5

Tabuľka 3. Zloženie prvej skupiny respondentov vzhľadom na rezort odbornej praxe

rezort pôsobenia	počet	percentá
ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	18	45
ministerstvo školstva	6	15
ministerstvo zdravotníctva	2	5
ministerstvo vnútra - nadácie, o.z. alebo n.o.	14	35

Tabuľka 4. Zloženie prvej skupiny respondentov vzhľadom na dĺžku odbornej praxe

roky praxe	počet	percentá
do 4 rokov	19	47,5
4-9 rokov	9	22,5
10-19 rokov	5	12,5
nad 20 rokov	7	17,5

Tabuľka 5. Zloženie prvej skupiny respondentov vzhľadom na skúsenosť s prácou v multidisciplinárnom tíme

prax v multidisciplinárnom tíme	počet	percentá
áno, práve MDT rozbiehame	6	15,0
áno, dlhšie pôsobím v MDT	3	7,5
nepравиелne pôsobím vo viacerých organizáciách	5	12,5
pravidelne pôsobím vo viacerých organizáciách	1	2,5
áno pôsobil/a som, ale v minulosti	15	37,5
nie	2	5,0

V druhej výskumnej skupine bolo 21 respondentov, ktorí sa zapojili do overenia zrozumiteľnosti položiek ako aj celého formátu dotazníka. 11 osôb (52,4%) pochádzalo z Česka a 10 probandov zo Slovenska (47,6%). Po 7 osôb (33%) pracovalo na pozícii psychológa alebo sociálneho pracovníka, 4 respondenti (19%) pracovali ako pedagogickí pracovníci a po jednej osobe (4,7%) boli zastúpené pozície case manažera, sociológa a zdravotnej sestry. 11 respondentov (52,4%) pôsobi pod rezortom ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, 5 probandov (23,8) v rezorte školstva, 3 osoby (14,3%) v neziskovom sektore pod ministerstvom vnútra a 2 ľudia (9,5%) v rezorte zdravotníctva. Najvyšší počet respondentov pôsobil v praxi do 4 rokov (10 osôb, 47,6%), 6 ľudí malo prax 4-9 rokov (28,6%), 3 osoby 10-19 rokov praxe (14,3%) a nad 20 rokov praxe mali dvaja respondenti (9,5%). 10 osôb (47,6%) sa pravidelne zúčastňuje stretávania multidisciplinárneho tímu vrátane posledného roku, 6 probandov (28,6%) sa zvyklo pravidelne zúčastňovať na stretnutiach multidisciplinárneho tímu, ale za posledný rok nie, 4 probandi (19%) nie sú členmi multidisciplinárneho tímu a jedna osoba (4,8%) pôsobí v tíme, ktorý svoju činnosť zahajuje. Pri určení pozície v tíme odpovedalo 17 osôb, pričom mohli označiť aj viac rolí, ktorú v multidisciplinárnom tíme zastávali. 8 ľudí (30,6%) pôsobilo na pozícii profesionála zastupujúceho odbor podieľajúci sa na riešení témy rodiny v ťažkej situácii, 6 respondentov (23,6%) bolo na pozícii case manažera, traja ľudia (11,4%) na pozícii facilitátora alebo peer-konzultanta, dvaja probandi (7,7%) boli v roli klienta alebo blízkej osoby klienta a jedna osoba (3,8%) na pozícii dobrovoľníka. 12 respondentov (57,1%) pôsobi v multidisciplinárnom tíme so stabilnou zostavou členov a 5 osôb (23,8%) s premenlivou zostavou členov. Nižšie ponúkame tabuľkový prehľad socio-demografických charakteristík druhej skupiny respondentov, ktorí sa podieľali na overení zrozumiteľnosti položiek dotazníka ako aj jeho celkovej formy formou spätnej väzby.

Tabuľka 6. Zloženie druhej skupiny respondentov vzhľadom na krajinu odbornej praxe

krajina	počet	percentá
Slovensko	10	47,6
Česko	11	52,4

Tabuľka 7. Zloženie druhej skupiny respondentov vzhľadom na pracovnú pozíciu

profesia	počet	percentá
psychológ/školský psychológ	7	33,3
case manager	1	4,7
pedagogický pracovník	4	19,0
sociológ	1	4,7
sociálny pracovník	7	33,3
zdravotná sestra	1	4,7

Tabuľka 8. Zloženie druhej skupiny respondentov vzhľadom na rezort odbornej praxe

rezort pôsobenia	počet	percentá
ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	11	52,4
ministerstvo školstva	5	23,8
ministerstvo zdravotníctva	2	9,5
ministerstvo vnútra - nadácie, o.z. alebo n.o.	3	14,3

Tabuľka 9. Zloženie druhej skupiny respondentov vzhľadom na dĺžku odbornej praxe

roky praxe	počet	percentá
do 4 rokov	10	47,6
4-9 rokov	6	28,6
10-19 rokov	3	14,3
nad 20 rokov	2	9,5

Tabuľka 10. Zloženie druhej skupiny respondentov vzhľadom na skúsenosť s prácou v multidisciplinárnom tíme

prax v multidisciplinárnom tíme	počet	percentá
áno, práve iniciujeme činnosť MDT	1	4,8
áno, pravidelne sa zúčastňujem vrátane posledného roku	10	47,6
áno, zvykol/la som sa pravidelne zúčastniť, ale vyše roka som sa nezúčastnil/a	6	28,6
nie	4	19,0

Tabuľka 11. Zloženie druhej skupiny respondentov vzhľadom na rolu na stretnutí multidisciplinárneho tímu

pozícia v multidisciplinárnom tíme	počet	percentá
profesionál zastupujúci odbor podieľajúci sa na riešení témy rodiny v ťažkej situácii	8	30,6
case manager	6	23,6
koordinátor	1	3,8
facilitátor	3	11,4
peer pracovník / peer konzultant	3	11,4
blízka osoba klienta	2	7,7
klient	2	7,7
dobrovoľník	1	3,8

Tabuľka 12. Zloženie druhej skupiny respondentov vzhľadom na stabilitu členov na stretnutí multidisciplinárneho tímu

stabilita členstva v multidisciplinárnom tíme	počet	percentá
stabilní členovia v multidisciplinárnom tíme	12	57,1
premenlivá zostava členov v multidisciplinárnom tíme	5	23,8

Tretiu skupinu respondentov tvorili ľudia zapojení do priameho zberu dát prostredníctvom dotazníka pre meranie dôležitosti faktorov pre efektivitu multidisciplinárnych tímov, ktorí bol administrovaný online. Výskumu sa zúčastnilo 56 osôb zo štyroch do projektu Erasmus+ zapojených krajín: 9 osôb (16,1%) z Česka, 1 z Fínska (1,8%), 11 z Holandska (19,6%) a 35 ľudí (62,5%) zo Slovenska. Do priameho zberu dát sa mohli zapojiť len osoby, ktoré sa v role profesionála, laika, klienta alebo rodinného príslušníka či inej blízkej osoby zúčastnili stretnutia multidisciplinárneho tímu pri práci s rodinou v ťažkej situácii v krajinách Česko, Fínsko, Holandsko a Slovensko. Pod pojmom multidisciplinárny tím v rámci výskumu bola ponímaná skupinu minimálne troch osôb, z toho aspoň dvoch osôb v role viažucej sa na proces organizácie a vedenia tímu (profesionáli z rôznych odborov – napr. lekár, psychológ, učiteľ, sociálny pracovník, ... , facilitátor, koordinátor, case manager, študenti, peer, dobrovoľníci, ...) a/alebo z klienta a/alebo jeho blízkej osoby (rodinní príslušníci, kamaráti či iné blízke osoby), ktorí sa spoločne stretnú na jednom mieste a v jednom čase (aj v online priestore) s hlavným cieľom pozitívnej zmeny u rodiny v ťažkej situácii, pričom je dodržaná horizontálna štruktúra vzťahov (každý člen tímu sa podieľa na formulácii cieľa a plánu starostlivosti). Najviac osôb – 18 ľudí (32,1%) pôsobil na pozícii sociálneho pracovníka, 7 osôb (12,5%) pracovalo na pozícii psychológa, po 6 probandov (10,7%) na vedúcej resp. koordinačnej funkcii v inštitúcii a na pozícii špeciálneho pedagóga, 5 (8,9%) respondentov zastávalo funkciu psychoterapeutov, 3 ľudia (5,4%) pracovali ako pedagogickí pracovníci, po dvoch probandoch (3,6%) boli zastúpené profesie ako sociálny pedagóg, zdravotná sestra a poradca a po jednej osobe (1,8%) pozície lekára, kariérového poradcu, peer-konzultanta sociológa a laika. 28 respondentov (52,4%) pôsobi pod rezortom ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, 5 probandov (50%) pracovalo v rezorte školstva, 23 osôb (41,1%) v sektore školstva a 4 ľudia (7,1%) v rezorte zdravotníctva. 1 osoba (1,8%) rezort svojej praxe neuviedla. 40 osôb (71,4%) sa pravidelne zúčastňujú stretávania multidisciplinárneho tímu vrátane posledného roku, 6 probandov (10,7%) sa zvyklo pravidelne zúčastňovať na stretnutiach multidisciplinárneho tímu, ale za posledný rok nie, 9 probandi (16,1%) sa stretnutí multidisciplinárneho tímu zúčastňujú, ale len 2-3krát do roka a jedna osoba (1,8%) sa multidisciplinárneho tímu zúčastnila len raz. 37 ľudí (66,1%) pôsobil na pozícii profesionála zastupujúceho odbor podieľajúci sa na riešení témy rodiny v ťažkej situácii, 8 respondentov (14,3%) bolo na pozícii koordinátora, štyria ľudia (7,1%) na pozícii facilitátora, traja probandi (5,4%) boli v roli case-managera alebo peer-konzultanta a jedna osoba (3,8%) sa multidisciplinárneho tímu zúčastnila ako rodinný príslušník klienta. 38 respondentov (67,9%) pôsobi v multidisciplinárnom tíme so stabilnou zostavou členov a 18 osôb (32,1%) s premenlivou zostavou členov. 30 probandov (53,6%) uviedlo, že sa multidisciplinárneho tímu zúčastňuje aj klient, u 26 osôb (46,4%) nie je klient členom multidisciplinárneho tímu. Nižšie ponúkame tabuľkový prehľad socio-demografických charakteristík tretej skupiny respondentov, ktorí sa zúčastnili priameho zberu dát pre zmeranie efektu faktorov multidisciplinárneho tímu.

Tabuľka 13. Zloženie tretej skupiny respondentov vzhľadom na krajinu odbornej praxe

krajina	počet	percentá
Česko	9	16,1
Fínsko	1	1,8
Holandsko	11	19,6
Slovensko	35	62,5

Tabuľka 14. Zloženie tretej skupiny respondentov vzhľadom na pracovnú pozíciu

profesia	počet	percentá
psychológ	7	12,5
psychoterapeut	5	8,9
učiteľ	3	5,4
sociálny pedagóg	2	3,6
špeciálny pedagóg	6	10,7
sociálny pracovník	18	32,1
lekár	1	1,8
zdravotná sestra	2	3,6
kariérový poradca	1	1,8
peer	1	1,8
koordinácia/vedenie služieb	6	10,7
sociológ	1	1,8
laik	1	1,8
poradca	2	3,6

Tabuľka 15. Zloženie tretej skupiny respondentov vzhľadom na rezort odbornej praxe

rezort pôsobenia	počet	percentá
ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	28	50
ministerstvo školstva	23	41,1
ministerstvo zdravotníctva	4	7,1

Tabuľka 16. Zloženie tretej skupiny respondentov vzhľadom na skúsenosť s prácou v multidisciplinárnom tíme

prax v multidisciplinárnom tíme	počet	percentá
áno, pravidelne	40	71,4
áno, zvykol/la som sa, ale posledný rok nie	6	10,7
áno, ale málo - max.2-3krát do roka	9	16,1
áno, len raz	1	1,8

Tabuľka 17. Zloženie tretej skupiny respondentov vzhľadom na rolu na stretnutí multidisciplinárneho tímu

pozícia v multidisciplinárnom tíme	počet	percentá
profesionál z odboru	37	66,1
koordinátor	8	14,3
facilitátor	4	7,1
case manager	3	5,4
peer-konzultant	3	5,4
rodinní príslušník	1	1,8

Tabuľka 18. Zloženie tretej skupiny respondentov vzhľadom na stabilitu členstva na stretnutí multidisciplinárneho tímu

stabilita členstva v multidisciplinárnom tíme	počet	percentá
stabilní členovia v multidisciplinárnom tíme	38	67,9
premenlivá zostava členov v multidisciplinárnom tíme	18	32,1

Tabuľka 19. Zloženie tretej skupiny respondentov vzhľadom na prítomnosť klienta na stretnutí multidisciplinárneho tímu

prítomnosť klienta na stretnutí multidisciplinárneho tímu	počet	percentá
klient je prítomný na stretnutí multidisciplinárneho tímu	30	53,6
klient nie je prítomný na stretnutí multidisciplinárneho tímu	26	46,4

Výskumný nástroj – Dotazník pre meranie dôležitosti faktorov pre efektivitu multidisciplinárnych tímov

Pre vytvorenie dotazníka pre meranie dôležitosti faktorov pre efektivitu multidisciplinárnych tímov boli za základ vybrané už existujúce kategorizácie či metaanalýzy, ktoré sumarizovali účinné aspekty týchto tímov - Metodika pre meranie faktorov efektivity multidisciplinárnej spolupráce MDT-OARS (Observational Assessment Rating Scale) (Taylor et al., 2012), 5-škálová kategorizácia faktorov podľa Evansa (et al., 2019), metaanalýza projektov zaoberajúca sa faktormi úspešného fungovania multidisciplinárnych tímov, ktorá sa uskutočnila pod dohľadom anglického Národného centra zdravia (National Health Service – NHS, 2018) a kategorizácia faktorov podieľajúcich sa na efektivite multidisciplinárneho tímu podľa Národného akčného tímu pre liečbu rakoviny (National Cancer Action Team – NHS, 2010). Z vyššie spomenutých kategorizácií boli extrahované konkrétne faktory, ktoré boli vzájomne porovnávané a prepojené do jednej štruktúry (viď. Príloha).

Keďže všetky teoretické východiská pre konštrukciu dotazníka pochádzajú zo zahraničných zdrojov (najčastejšie z Veľkej Británie), rozhodli sme sa prípadné odchýlky resp. absencie dôležitých aspektov zachytiť prostredníctvom dotazníka tvoreného otvorenými otázkami. Rovnako bolo potrebné zachytiť dôležité premenné vstupujúce do ponímania účinnosti jednotlivých faktorov na úrovni socio-demografických premenných a charakteristík multidisciplinárnych tímov. Dotazník s otvorenými otázkami obsahoval nasledujúce položky: Čo považujete za multidisciplinárny tím? S akými typmi multidisciplinárnych tímov pri práci s rodinami v ťažkej životnej situácii máte skúsenosti (napr. prípadové konferencie, inkluzívny tím, stretnutie okolo dieťaťa, medzirezortné stretnutia, ...)?

V akej roli ste pôsobili v multidisciplinárnom tíme (odborník, facilitátor, klient, rodič, peer konzultant,...)? Čím môže byť podľa Vás spôsob práce v multidisciplinárnom tíme efektívnejším oproti iným prístupom v intervencii/ poradenstve/ terapii rodín v ťažkej životnej situácii? Čo podľa Vás umožňuje, aby mohol multidisciplinárny tím fungovať v praxi? Čo podľa Vás brzdí zavádzanie práce v multidisciplinárnom tíme do praxe? Akí ľudia (aké osoby) vstupujú do multidisciplinárneho tímu a aké majú podľa Vás kľúčové úlohy? S akým procesom práce multidisciplinárneho tímu máte skúsenosť? (plánovanie, organizácia, vedenie stretnutia...)? Čo považujete za výhody multidisciplinárnych tímov v praxi? Čo považujete za nevýhody multidisciplinárnych tímov v praxi? Ktoré zručnosti alebo kompetencie Vám už teraz pomáhajú vo fungovaní v multidisciplinárnom tíme? Ktoré kompetencie alebo zručnosti by ste sa potrebovali naučiť resp. rozvinúť pre fungovanie v multidisciplinárnom tíme? Je ešte niečo, čo by ste chceli uviesť, v súvislosti s multidisciplinárnymi tímami?

Pri vyhodnotení odpovedí účastníkov bolo zachytených ďalších 41 aspektov, ktoré respondenti ponímali ako faktory efektivity multidisciplinárnych tímov. Spojením všetkých faktorov do jednej štruktúry vznikol 187-položkový zoznam, ktorý sa stal súčasťou dotazníka. Ten bol následne administrovaný druhej skupine probandov pre zachytenie zrozumiteľnosti jednotlivých položiek vrátane celkovej formy dotazníka. V dotazníku boli uvedené aj položky zaznamenávajúce socio-demografické premenné probandov.

Po zapracovaní spätnej väzby od respondentov z druhej skupiny v súčinnosti s výsledkami korelačných analýz došlo ku združeniu obsahovo podobných faktorov do jedného aspektu, čím sa dotazník skrátil na 104-položkovú štruktúru. Na začiatku dotazníku boli uvedené socio-demografické otázky a položky týkajúce sa skúsenosti s multidisciplinárnym tímom: krajina odbornej praxe, profesia, rezort odbornej praxe, účasť na multidisciplinárnom tíme, zastávaná rola v multidisciplinárnom tíme, charakteristika multidisciplinárneho tímu vzhľadom na stabilitu členstva a prítomnosť klienta.

V dotazníku sa z dôvodu operacionalizácie definoval multidisciplinárny tím ako skupina minimálne troch osôb, z toho aspoň dvoch osôb v role viažucej sa na proces organizácie a vedenia tímu (profesionáli z rôznych odborov – napr. lekár, psychológ, učiteľ, sociálny pracovník, ... , facilitátor, koordinátor, case manager, študenti, peer, dobrovoľníci, ...) a/alebo z klienta a/alebo jeho blízkej osoby (rodinní príslušníci, kamaráti či iné blízke osoby), ktorí sa spoločne stretnú na jednom mieste a v jednom čase (aj v online priestore) s hlavným cieľom pozitívnej zmeny u rodiny v ťažkej situácii, pričom je dodržaná horizontálna štruktúra vzťahov (každý člen tímu sa podieľa na formulácii cieľa a plánu starostlivosti).

Priebeh zberu dát a ich štatistické vyhodnotenie

Zber dát v priebehu výskumu bol rozdelený na tri etapy a viazal na konštrukciu dotazníka pre meranie dôležitosti faktorov pre efektivitu multidisciplinárnych tímov a administráciu jeho finálnej podoby.

V prvej etape, kedy prebiehalo zachytávanie postojov o efektívite multidisciplinárnych tímov pre doplnenie faktorov ku teoretickým východiskám, boli oslovení len účastníci, ktorí vstupovali do vzdelávania viazaného na projekt Erasmus+ „Multidisciplinárna podpora pozitívnych zmien v rodinách v ťažkých situáciách“. Dotazník s otvorenými otázkami im bol administrovaný prostredníctvom google dokumentov, ku ktorým dostali účastníci prístup prostredníctvom mailu. Vyplnenie dotazníka bolo viazané na vstupné dokumenty pre vzdelávanie, čím návratnosť bola 100% a odpovede determinované vysokou motiváciou a záujmom o tému vzdelávania. Prvá etapa zberu dát prebiehala počas mesiaca november 2020.

V druhej etape, v ktorej prebiehalo overovanie zrozumiteľnosti položiek ako aj celkového formátu dotazníka, boli oslovení odborníci, ktorí pracovali v multidisciplinárnej praxi formou mailu. Zber dát prebiehal prostredníctvom príležitostného výberu a účastníci druhej etapy vyplňali dotazník prístupný online formou cez google dokumenty. Druhá etapa prebiehala v mesiacoch september a október 2021.

Do tretej etapy sa respondenti zapájali prostredníctvom príležitostného a lavínového výberu v mesiacoch január a február 2022. Respondenti boli priamo oslovení prostredníctvom riešiteľov projektu Erasmus+, cez Ligu za duševné zdravie alebo cez vedenie štátnych inštitúcií- napr. cez riaditeľstvo Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Centier pre deti a rodiny, cez odbor školstva krajských úradov, riaditeľstvo Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny alebo cez koordinátorov podpory ochrany detí pred násilím a pod. Informácie o zbere dát boli prezentované aj v skupinách odborníkov cez sociálnu sieť Facebook a išlo o skupiny: Pedagógovia, Učiteľky, Učitelia SK; Školský psychológ do každej školy; Dětské poradenství a psychoterapie; Psychoterapia a psychoporadenstvo; Sociálna práca v 21. storočí; Terénna sociálna práca; Školskí špeciálni pedagógovia na FB; Kariérní centra sobě; Vzdelávanie v psychológii a psychoterapii; Školský psychológ; Psychológia - ponuky práce a ďalšieho vzdelávania; Psychologická intervízia; Klinická psychológia 2012 a Psychológovia vo výcviku.

Dáta boli spracované v IBM Statistics SPSS v.26.

Výsledky

V nasledujúcej tabuľke sú uvedené jednotlivé faktory, zoradené podľa intenzity podieľania sa na výslednom pozitívnom efekte práce multidisciplinárneho tímu. Respondenti označovali odpovede na sedembodovej škále, kde 1 znamená „vôbec sa nepodieľa“ a 7 „veľmi intenzívne sa podieľa“ na výslednom pozitívnom efekte. V tabuľke 1 je uvedené minimum, maximum, priemer a štandardná odchýlka.

Tabuľka 20. Efekt jednotlivých faktorov na pozitívny efekt práce multidisciplinárneho tímu (priemerné hodnoty)

Poradie	Faktory	N	Min	Max	Priemer	SD
1	členovia tímu sa navzájom vidia a počujú	55	3	7	6,58	0,83
2	rešpekt v tíme	56	3	7	6,55	0,85
3	dôvera v tíme	55	3	7	6,29	1,05
4	pocit bezpečia v tíme	54	3	7	6,26	1,03
5	ochrana zdieľaných informácií pred zneužitím	56	1	7	6,18	1,25
6	dostatočná pozornosť každého člena tímu procesom v tíme a ostatným členom tímu	55	3	7	6,11	1,03
7	dostatočné vzdelanie odborníkov v tíme	56	2	7	6,11	1,15
8	očakávanie a ocenenie relevantných príspevkov a prejavov schopností členov tímu	54	3	7	6,09	1,01
9	zdieľanie poznatkov/skúseností/špecifických pohľadov	55	2	7	6,02	1,08
10	určenie úloh a kompetencií členov tímu	55	3	7	6,00	1,05
11	zladenie cieľov a očakávaní členov tímu vzhľadom na tému klienta	55	2	7	5,98	1,15
12	kooperácia/kolaborácia v tíme	56	1	7	5,95	1,21
13	entuziazmus/motivácia členov tímu	55	3	7	5,95	1,13
14	rovnaký priestor pre vyjadrenie každého člena tímu	55	1	7	5,95	1,38
15	stanovenie a dodržiavanie noriem a dohôd tímu	55	2	7	5,93	1,09
16	podpora centrácie dialógu a odporúčaní na klienta a jeho potreby	53	2	7	5,92	1,22
17	podporujúce tímové vzťahy	56	4	7	5,91	0,92
18	prijímajúce otvorené tímové vzťahy	56	3	7	5,91	1,03
19	stanovenie jasných, realistických a dosiahnuteľných cieľov	56	2	7	5,80	1,15

20	udržiavanie horizontality vzťahov v tíme	52	2	7	5,79	1,24
21	na cieľ zameraná a plynulá diskusia	53	1	7	5,77	1,19
22	pozitívna uvoľnená sociálna atmosféra	56	2	7	5,77	1,08
23	kreativita v tíme	55	4	7	5,76	0,98
24	účasť odborníkov na stretnutí ako súčasť ich plánu práce, pracovného času a ich adekvátneho hodnotenia	55	1	7	5,75	1,29
25	spätná väzba pre člena tímu od ostatných členov	55	1	7	5,75	1,39
26	zladenie hodnôt a postojev členov tímu v téme multidisiplinariny	51	2	7	5,75	1,29
27	schopnosť kritického myslenia členov tímu	54	2	7	5,70	1,22
28	čas stretnutia vyhovujúci každému členovi a organizácii	54	1	7	5,70	1,37
29	požiadanie a poskytnutie vysvetlenia	54	1	7	5,69	1,34
30	inšpirácia medzi členmi tímu	56	3	7	5,66	1,08
31	podpora špecifickej role, odbornosti a skúsenosti každého člena v tíme	54	3	7	5,65	1,17
32	potreby klienta sú prioritou pred osobnými potrebami členov	54	1	7	5,59	1,46
33	supervízia členov tímu	51	1	7	5,59	1,65
34	zabezpečenie implementácie odporúčaní do praxe	50	3	7	5,58	1,20
35	prítomnosť odborníkov zabezpečujúcich komplexný prístup ku klientovi	55	2	7	5,56	1,37
36	vytvorenie akčného plánu starostlivosti o klienta	52	1	7	5,54	1,60
37	možnosti pre zdieľanie informácií a poznatkov v organizácii	54	1	7	5,54	1,13
38	dostatočne veľká miestnosť a dostatok miest na sedenie	54	1	7	5,54	1,61

39	zdieľaný proces a zodpovednosť členov tímu a konsenzus pri rozhodovaní a tvorbe akčného plánu	54	1	7	5,52	1,53
40	vytvorenie zápisnice zo stretnutia a záznamu do karty klienta	53	1	7	5,49	1,97
41	členovia tímu majú prístup ku pracovným materiálom počas stretnutia tímu (v tlačenej či elektronickej verzii)	54	1	7	5,48	1,69
42	spätná väzba členom tímu o napĺňaní odporúčaní	54	2	7	5,46	1,13
43	čas stretnutia modifikovateľný vzhľadom na typ a závažnosť prípadu	56	2	7	5,45	1,29
44	vytvorenie kontaktov s komunitnými partnermi pre poskytovanie starostlivosti	53	1	7	5,43	1,51
45	dodržiavanie plánu starostlivosti po skončení tímu	49	2	7	5,41	1,43
46	humor v tíme	54	2	7	5,41	1,30
47	prítomnosť koordinátora	52	1	7	5,40	1,84
48	súborné zhromažďovanie informácií o klientoch na jednom mieste	54	1	7	5,39	1,51
49	vyhýbanie sa súbežným komunikačným líniam popri tej hlavnej	53	1	7	5,38	1,51
50	motivácia pre ďalšie vzdelávanie	52	2	7	5,35	1,23
51	podpora organizácie pre vzdelávanie členov tímu	54	1	7	5,33	1,43
52	adekvátne fyzikálne charakteristiky miestnosti pre tím (osvetlenie, ticho, teplota, vetranie, ...)	54	1	7	5,33	1,53
53	dostupnosť údajov o klientoch pre každého člena tímu	52	1	7	5,31	1,81
54	prítomnosť zariadenia pre dištančné zapojenie člena tímu	54	1	7	5,30	1,64

55	zabezpečený postup pre otvorenie prípadu klienta v tíme	51	1	7	5,27	1,37
56	intervízia členov tímu	50	1	7	5,26	1,71
57	pravidelné a dlhodobé stretnutia tímu	53	1	7	5,25	1,62
58	časová flexibilita stretnutí tímu	52	1	7	5,19	1,77
59	zavádzanie štandardných postupov liečby	52	1	7	5,17	1,57
60	inštitucionálna podpora multidisciplinarity na stretnutí tímu (legislatíva, systémová, finančná)	53	1	7	5,08	1,85
61	dodržiavanie programu stretnutia	55	1	7	5,07	1,39
62	ďalšie vzdelávanie členov tímu	52	1	7	5,06	1,50
63	nastavenie procesu odosielania klientov inej organizácii	52	2	7	5,06	1,35
64	zaznamenávanie využívania služieb starostlivosti klientmi	49	2	7	5,04	1,47
65	zabezpečenie rovnakého prístupu ku službám vzhľadom na socio-demografické údaje	47	1	7	5,02	1,85
66	pravidelná evalvácia efektivity práce tímu	50	1	7	5,02	1,77
67	odborný garant ako člen tímu	56	1	7	5,00	2,37
68	zladenie komunikácie klientov s externými odborníkmi a ich službami	51	1	7	4,98	1,78
69	dostupnosť potrebných a aktuálnych informácií či materiálov o klientovi pred stretnutím	53	1	7	4,92	1,84
70	moderné digitálne vybavenie (hardvér, softvér)	53	1	7	4,92	1,81
71	existencia metodiky pre organizáciu práce v tíme	52	1	7	4,90	1,99
72	úloha a procesy v tíme zaznamenané v interných spisoch organizácie	49	1	7	4,86	1,90
73	záznam spätnej väzby od externých partnerov	51	1	7	4,80	1,71

74	zabezpečenie uznášania schopnosti stretnutia	51	1	7	4,69	1,94
75	klient ako člen tímu	56	1	7	4,63	2,26
76	zaznamenávanie chýbajúcich dát o klientovi	49	1	7	4,57	1,84
77	člen rodiny alebo iná podporujúca osoba blízka klientovi ako člen tímu	55	1	7	4,55	2,12
78	odporúčania založené na evidence-based základe	47	1	7	4,49	1,76
79	zaznamenávanie nezhôd medzi členmi v odporúčaníach	50	1	7	4,48	1,75
80	zahrnutie potrieb komunity do práce tímu	44	1	7	4,34	1,54
81	člen tímu zabezpečujúci organizáciu vzdelávania ostatných členov tímu	51	1	7	4,33	1,88
82	stabilný harmonogram stretnutí (deň a čas)	54	1	7	4,28	2,09
83	zasielanie programu stretnutia členom tímu pred stretnutím tímu	55	1	7	4,27	2,12
84	spätná väzba od komunitných partnerov a komunit	46	1	7	4,24	1,74
85	podnecovanie legislatívnych zmien pre podporu multidisciplinárnych tímov	47	1	7	4,23	1,83
86	manažment rizík v tíme	47	1	7	4,19	1,79
87	zavedená stratégia pre zachytenie nezrovnalostí medzi odporúčaniami rôznych tímov k jednému prípadu	44	1	7	4,16	1,83
88	zaznamenanie vysvetlenia odklonu od štandardizovaného postupu liečby/starostlivosti	47	1	7	4,15	1,72
89	prítomnosť case managera klienta	51	1	7	4,12	2,50
90	integrované digitálne databázy klientov tímu dostupné pre členov tímu resp. organizácie podieľajúce sa na organizácii tímu	49	1	7	4,10	1,99

91	evidovanie odklonu procesu tímu od smernice tímu	43	1	7	4,00	1,94
92	terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta	52	1	7	3,98	2,40
93	prítomnosť facilitátora	52	1	7	3,90	2,38
94	prítomnosť napätia v tíme	53	1	7	3,74	1,82
95	peer ako člen tímu	54	1	7	3,69	2,14
96	odborník na legislatívu ako člen tímu	54	1	7	3,67	2,28
97	ročné prehodnocovanie smernice tímu	46	1	7	3,63	1,90
98	finančný plán práce tímu	46	1	7	3,52	2,05
99	informačné kampane ohľadom multidisciplinárnych tímov	46	1	7	3,46	1,83
100	zabezpečenie alternácie neprítomných odborníkov	52	1	7	3,37	2,07
101	prítomnosť (prezenčnej resp. dištančnej) podpory odborníka pre informatiku počas stretnutia tímu	52	1	7	3,25	2,01
102	terénny pracovník ako člen tímu	50	1	7	3,22	1,95
103	lekár ako člen tímu	56	1	7	3,02	1,89
104	evidencia tímu v národnej resp. nadnárodnej sieti tímov	43	1	6	2,84	1,79

Na základe priemerných hodnôt sa ako najdôležitejšie faktory podieľajúce sa na pozitívnom efekte práce multidisciplinárneho tímu javia – členovia tímu sa navzájom vidia a počujú, rešpekt v tíme, dôvera v tíme, pocit bezpečia v tíme, ochrana zdieľaných informácií pred zneužitím, dostatočná pozornosť každého člena tímu procesom v tíme a ostatným členom tímu, dostatočné vzdelanie odborníkov v tíme, očakávanie a ocenenie relevantných príspevkov a prejavov schopností členov tímu, zdieľanie poznatkov/skúseností/ špecifických pohľadov, určenie úloh a kompetencií členov tímu. Faktory, ktoré sa respondentom javia ako najmenej dôležité - peer ako člen tímu, odborník na legislatívu ako člen tímu, ročné prehodnocovanie smernice tímu, finančný plán práce tímu, informačné kampane ohľadom multidisciplinárnych tímov, zabezpečenie alternácie neprítomných odborníkov, prítomnosť (prezenčnej resp. dištančnej) podpory odborníka pre informatiku počas stretnutia tímu, terénny pracovník ako člen tímu, lekár ako člen tímu a evidencia tímu v národnej resp. nadnárodnej sieti tímov.

Ďalej nás zaujímalo, či existujú rozdiely v hodnotení faktorov medzi krajinami. Z analýz sme vylúčili Fínsko (1 respondent). Pre overenie existencie štatistických rozdielov sme použil neparametrický Kruskal -Wallis Test. Uvádzame výsledky, kde $p < 0,05$. Kde boli rozdiely na štatistickej úrovni $p < 0,05$ boli následne vykonané post hoc testy s Bonferroni korekciou. Vo faktoroch, ktoré nie sú uvedené v tabuľke 21, rozdiely medzi Českom, Slovenskom a Holandskom neexistovali ($p > 0,05$).

Tabuľka 21. Porovnanie krajín v rámci faktorov (len signifikantné výsledky)

Faktor	Krajina	M	SD	Test Statistics	s.v.	p
peer ako člen tímu	Česko	4,67	2,18	8,246	2	0,016
	Holandsko	4,80	1,93			
klient ako člen tímu	Slovensko	3,00	1,92	6,628	2	0,036
	Česko	4,22	2,11			
prítomnosť case managera klienta	Holandsko	6,09	1,81	8,833	2	0,012
	Slovensko	4,20	2,27			
	Česko	4,00	2,98			
dostatočné vzdelanie odborníkov v tíme	Holandsko	6,00	0,89	6,047	2	0,049
	Slovensko	6,46	0,82			
určenie úloh a kompetencií členov tímu	Česko	5,13	1,36	7,298	2	0,026
	Holandsko	5,73	1,19			
	Slovensko	6,31	0,80			
rešpekt v tíme	Česko	6,44	1,33	6,175	2	0,046
	Holandsko	7,00	0,00			
potreby klienta sú prioritou pred osobnými potrebami členov	Slovensko	6,43	0,81	8,142	2	0,017
	Česko	5,38	1,30			
členovia tímu majú prístup ku pracovným materiálom počas stretnutia tímu	Holandsko	6,55	0,69	8,708	2	0,013
	Slovensko	5,32	1,59			
terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta	Česko	4,00	2,39	9,499	2	0,009
	Holandsko	6,38	0,92			
zasielanie programu stretnutia členom tímu pred stretnutím tímu	Slovensko	3,34	2,31	8,080	2	0,018
	Česko	2,25	1,91			
zabezpečenie uznášaniaschopnosti stretnutia	Holandsko	4,91	1,87	6,411	2	0,041
	Slovensko	4,63	1,96			
dodržiavanie programu stretnutia	Česko	3,50	2,14	6,949	2	0,031
	Holandsko	4,33	0,71			
vytvorenie zápisnice zo stretnutia a záznamu do karty klienta	Slovensko	5,15	1,99	14,350	2	0,001
	Česko	4,13	1,46			
	Holandsko	4,82	1,33			
	Slovensko	5,49	1,09			
	Česko	3,63	2,45			
	Holandsko	4,67	1,73			
	Slovensko	6,23	1,44			

zabezpečenie implementácie odporúčaní do praxe	Česko	4,17	0,75	8,960	2	0,011
	Holandsko	5,91	1,04			
	Slovensko	5,72	1,17			
zabezpečenie rovnakého prístupu ku službám vzhľadom na socio-demografické údaje	Česko	4,33	1,63	8,904	2	0,012
	Holandsko	3,56	1,67			
	Slovensko	5,52	1,71			
ročné prehodnocovanie smernice tímu	Česko	2,57	1,72	8,851	2	0,012
	Holandsko	5,00	1,10			
	Slovensko	3,22	1,85			
evidovanie odklonu procesu tímu od smernice tímu	Česko	2,29	1,38	6,963	2	0,031
	Holandsko	4,70	1,49			
	Slovensko	4,16	2,03			

Vo faktore peer ako člen tímu sa rozdiely na základe post-hoc testov (Bonferroni korekcia) preukázali medzi slovenskými a holandskými respondentmi (Test Statistics = 13,221; $p = 0,047$). Holandskí respondenti ($M = 4,80$; $SD = 1,93$) považujú peera ako člena tímu za dôležitejší faktor ako slovenskí respondenti ($M = 3,00$; $SD = 1,92$).

Podobne (Test Statistics = 13,506; $p = 0,038$) holandskí respondenti ($M = 6,09$; $SD = 1,81$) pokladajú klienta ako člena tímu za dôležitejší faktor ako slovenskí respondenti ($M = 4,20$; $SD = 2,27$).

Prítomnosť case managera klienta (Test Statistics = 14,496; $p = 0,010$) je podobne dôležitejšia pre holandských respondentov ($M = 6,00$; $SD = 0,89$) ako pre slovenských ($M = 3,39$; $SD = 2,43$) respondentov.

Vo faktore dostatočné vzdelanie odborníkov v tíme sa rozdiely (post hoc test – Bonferroni korekcia) rozdiely medzi jednotlivými krajinami nepreukázali ($p > 0,05$).

Určenie úloh a kompetencií členov tímu (Test Statistics = - 14,652; $p = 0,035$) je dôležitejším faktorom českých respondentov ($M = 6,44$; $SD = 1,33$) ako pre slovenských ($M = 6,31$; $SD = 0,80$) respondentov.

Rešpekt v tíme (Test Statistics = 10,871; $p = 0,042$) je dôležitejším faktorom pre holandských respondentov ($M = 7,00$; $SD = 0,00$) ako pre slovenských ($M = 6,43$; $SD = 0,81$) respondentov.

Faktor potreby klienta sú prioritou pred osobnými potrebami členov (Test Statistics = 14,112; $p = 0,018$) je dôležitejším pre holandských respondentov ($M = 6,55$; $SD = 0,69$) ako pre slovenských ($M = 5,32$; $SD = 1,59$) respondentov.

Faktor s názvom členovia tímu majú prístup ku pracovným materiálom počas stretnutia tímu (Test Statistics = -15,055; $p = 0,030$) sa vo väčšej miere podieľa na výslednom pozitívnom efekte práce multidisciplinárneho tímu u slovenských respondentov ($M = 6,06$; $Sd = 1,18$) ako u českých ($M = 4,00$; $SD = 2,39$) respondentov.

Terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta (Test Statistics = 17,719; $p = 0,006$) je prínosnejší podľa českých respondentov ($M = 6,38$; $SD = 0,92$) ako podľa slovenských ($M = 3,34$; $SD = 2,31$) respondentov.

Vo faktore zasielanie programu stretnutia členom tímu pred stretnutím tímu sa preukázali rozdiely (Test Statistics = - 18,023; $p = 0,036$) medzi českými ($M = 2,25$; $SD = 1,91$) a holandskými ($M = 4,91$; $SD = 1,81$) respondentmi – českí členovia multidisciplinárnych tímov pokladajú tento faktor za menej prínosný ako holandskí. Podobne aj medzi českými a slovenskými respondentmi (Test Statistics = - 16,321; $p = 0,021$), kde slovenskí respondenti ($M = 4,63$; $SD = 1,96$) pokladajú tiež tento faktor za prínosnejší ako českí respondenti.

Vo faktore zabezpečenie uznášaniaschopnosti stretnutia sa v post hoc testoch (Bonferroni korekcia) medzi krajinami rozdiely nepreukázali.

Dodržiavanie programu stretnutia (Test Statistics = - 14,521; $p = 0,045$) pokladajú slovenskí respondenti ($M = 5,49$; $SD = 1,09$) za prínosnejšie ako českí ($M = 4,13$; $SD = 1,46$). Vytvorenie zápisnice zo stretnutia a záznamu do karty klienta (Test Statistics = - 17,912; $p = 0,004$) pokladajú za prínosnejší faktor slovenskí respondenti ($M = 6,23$; $SD = 1,44$) viac ako českí respondenti ($M = 3,63$; $SD = 2,45$) a ďalej (Test Statistics = - 13,544; $p = 0,031$) slovenskí respondenti ($M = 6,23$; $SD = 1,44$) viac ako holandskí ($M = 4,67$; $SD = 1,73$) členovia multidisciplinárnych tímov.

Zabezpečenie implementácie odporúčaní do praxe sa preukázalo (Test Statistics = - 17,339; $p = 0,014$) ako prínosnejšie u slovenských respondentov ($M = 5,72$; $SD = 1,17$) viac ako u českých ($M = 4,17$; $SD = 0,75$) a taktiež (Test Statistics = - 19,348; $p = 0,017$) viac u holandských ($M = 5,91$; $SD = 1,04$) ako u českých ($M = 4,17$; $SD = 0,75$) členov multidisciplinárnych tímov.

Zabezpečenie rovnakého prístupu ku službám vzhľadom na socio-demografické údaje (Test Statistics = - 13,903; $p = 0,015$) pokladajú slovenskí členovia tímov ($M = 5,52$; $SD = 1,71$) za prínosnejšie ako holandskí ($M = 3,56$; $SD = 1,67$).

V rámci faktoru ročné prehodnocovanie smernice tímu (Test Statistics = - 16,058; $p = 0,030$) pokladajú holandskí členovia tímov ($M = 5,00$; $SD = 1,10$) tento faktor za prínosnejší ako českí členovia ($M = 2,57$; $SD = 1,72$), ale aj (Test Statistics = 12,125; $p = 0,026$) ako slovenskí respondenti ($M = 3,22$; $SD = 1,85$).

A napokon, faktor evidovanie odklonu procesu tímu od smernice tímu (Test Statistics = - 14,993; $p = 0,036$) pokladajú holandskí respondenti ($M = 4,70$; $SD = 1,49$) za prínosnejší ako českí ($M = 2,29$; $SD = 1,38$) členovia multidisciplinárnych tímov.

Následne sa porovnávala intenzita podieľania sa faktorov na výslednom pozitívnom efekte práce multidisciplinárneho tímu z pohľadu rezortu, kde respondenti pôsobia. V rezorte ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny to bolo 51,9%, ministerstva školstva 42,6% a ministerstva zdravotníctva 5,6%. Z analýz sme vylúčili respondentov ministerstva zdravotníctva, z dôvodu nízkeho počtu (3 respondenti). Pre porovnanie skupín sme použili Studentov t-test pre dva nezávislé výbery. Výsledky sú uvedené v tabuľke 22. Aj v tomto prípade sú uvádzané iba štatisticky významné výsledky ($p < 0,05$). Vo faktoroch, ktoré nie sú v tabuľke uvedené, štatisticky významné rozdiely medzi jednotlivými rezortmi neexistovali.

Tabuľka 22. Porovnanie rezortov na základe faktorov (len významné výsledky)

Faktor	Rezort	N	M	SD	t	s.v.	p	Cohen's d
prítomnosť case manažera klienta	ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	27	4,70	2,35	2,165	45	0,036	0,639
	ministerstvo školstva	20	3,15	2,54				
pravidelné a dlhodobé stretnutia tímu	ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	27	5,78	1,40	2,653	46	0,011	0,772
	ministerstvo školstva	21	4,67	1,49				
terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta	ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	26	4,77	2,25	3,709	45	<,001	1,088
	ministerstvo školstva	21	2,48	1,91				
existencia metodiky pre organizáciu práce v tíme	ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	26	5,77	1,48	3,52	36,34	0,001	1,051
	ministerstvo školstva	22	3,86	2,15				
manažment rizík v tíme	ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	24	4,83	1,63	2,645	41	0,012	0,812
	ministerstvo školstva	19	3,42	1,87				
úloha a procesy v tíme zaznamenané v interných spisoch organizácie	ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	24	5,50	1,89	2,026	43	0,049	0,605
	ministerstvo školstva	21	4,38	1,80				
spätná väzba od komunitných partnerov a komunít	ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny	23	4,70	1,55	2,039	40	0,048	0,632
	ministerstvo školstva	19	3,63	1,83				

Na základe výsledkov sa ukázalo, že členovia multidisciplinárnych tímov z rezortu ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej MPSVaR) pokladajú prítomnosť case managera klienta v tíme za prínosnejší faktor ako tí, ktorí sú z ministerstva školstva (ďalej MŠ). Pravidelné a dlhodobé stretnutia tímu podobne pokladajú za dôležitejšie respondenti MPSVaR ako respondenti z MŠ. Rovnaké výsledky sa preukázali aj pri ostatných faktoroch uvedených v tabuľke 22 - terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta, existencia metodiky pre organizáciu práce v tíme, manažment rizík v tíme, úloha a procesy v tíme zaznamenané v interných spisoch organizácie, spätná väzba od komunitných partnerov a komunít – sa javia ako prínosnejšie členom tímov z MPSVaR ako členom tímov MŠ.

Zaujímavé boli aj rozdiely v intenzite podieľania sa faktorov na výslednom pozitívnom efekte práce multidisciplinárneho tímu z pohľadu toho, či je zvykom členstvo klienta služby v rámci multidisciplinárneho tímu. Pre porovnanie skupín sme použili Studentov t-test pre dva nezávislé výbery. Výsledky sú uvedené v tabuľke 23. Aj v tomto prípade sú uvádzané iba štatisticky významné výsledky ($p < 0,05$). Vo faktoroch, ktoré nie sú v tabuľke uvedené, štatisticky významné rozdiely medzi ne/prítomnosťou klienta v tíme neexistovali.

Tabuľka 23. Porovnanie na základe ne/prítomnosti klienta v tíme (len významné výsledky)

Faktory	Klient	N	M	SD	t	s.v.	p	Cohen's d
klient ako člen tímu	áno	30	5,50	1,72	3,560	42,87	0,001	0,992
	nie	25	3,48	2,37				
adekvátne fyzikálne charakteristiky miestnosti pre tím (osvetlenie, ticho, teplota, vetranie, ...)	áno	28	5,00	1,54	2,144	51	0,037	-0,590
	nie	25	5,84	1,28				
terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta	áno	27	5,07	2,20	3,972	49	< ,001	1,114
	nie	24	2,71	2,03				
dostupnosť potrebných a aktuálnych informácií či materiálov o klientovi pred stretnutím	áno	29	4,48	1,77	2,481	50	0,016	-0,693
	nie	23	5,65	1,58				

Výsledky ukázali, že ak je klient členom multidisciplinárneho tímu (áno), respondenti pokladajú faktory klient ako člen tímu a terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta ako viac sa podieľajúce na výslednom pozitívnom efekte práce multidisciplinárneho tímu. Faktory adekvátne fyzikálne charakteristiky miestnosti pre tím (osvetlenie, ticho, teplota, vetranie, ...) a dostupnosť potrebných a aktuálnych informácií či materiálov o klientovi pred stretnutím pokladajú za dôležitejšie ak klient nie je členom multidisciplinárneho tímu.

Interpretácia výsledkov

Výsledky výskumu merania sily faktorov multidisciplinárneho tímu na výsledný efekt jeho práce preukazujú, že podľa posúdenia respondentov majú najvyššiu účinnosť tieto aspekty: členovia tímu sa navzájom vidia a počujú, rešpekt v tíme, dôvera v tíme, pocit bezpečia v tíme, ochrana zdieľaných informácií pred zneužitím, dostatočná pozornosť každého člena tímu procesom v tíme a ostatným členom tímu, dostatočné vzdelanie odborníkov v tíme, očakávanie a ocenenie relevantných príspevkov a prejavov schopností členov tímu, zdieľanie poznatkov/skúseností/ špecifických pohľadov, určenie úloh a kompetencií členov tímu. Väčšina týchto faktorov tvorí vzťahovú a kolaboratívnu zložku v tíme, čím sa potvrdzuje to, v multidisciplinárnej praxi sa postupuje od izolovaných, sebestačných a na svoje záujmy zameraných odborníkov či inštitúcií do ich prepájania v sieťach či konzorciách, ktoré by rozvíjali spoločné zdroje a nápady. Práca multidisciplinárnych tímov je postavená na vytváraní a podpore kolaboratívnych interakcií s dostatkom dôvery, nádeje a rešpektu a rovnako a participácia na takýchto vzťahoch si vyžaduje od členov tímu rozvoj tých zručností, ktoré umožňujú pracovať v takomto tíme a vytvárať väzby s ostatnými osobami. Byť expertom vo svojej odbornej oblasti tak nestačí, vyžaduje sa vedomie „vzťahovosti“ a aktivita, pri ktorej sa „ten druhý“ nezredukuje len na objekt, ale pristupuje sa k nemu ako ku subjektu s vlastnou realitou, ktorej sa musí každý člen tímu dotýkať. Utváranie vzťahov a partnerstva nie je dôležité len medzi odborníkmi v multidisciplinárnom tíme, ale aj medzi profesionálom a užívateľom služby v podobe jednotlivca či celej rodiny. Fungovanie v multidisciplinárnom tíme sa tak môže stať tréningom pre utváranie vzťahov odborníkov s ich klientmi, ktoré si rovnako vyžadujú rovnocenný partnerský prístup s dostatkom dôvery, nádeje a rešpektu (Jacobs, 2010).

Pri slovenských respondentoch sa preukázalo, že oproti českým kolegom považovali za účinnejšie aspekty „členovia tímu majú prístup ku pracovným materiálom počas stretnutia tímu“, „zasielanie programu stretnutia členom tímu pred stretnutím tímu“, „dodržiavanie programu stretnutia“, „vytvorenie zápisnice zo stretnutia a záznamu do karty klienta“ a „zabezpečenie implementácie odporúčaní do praxe“. Oproti holanských probandom hodnotili ako silnejšie faktory „vytvorenie zápisnice zo stretnutia a záznamu do karty klienta“ a „zabezpečenie rovnakého prístupu ku službám vzhľadom na socio-demografické údaje“

Českí účastníci výskumu posudzovali faktory „určenie úloh a kompetencií členov tímu“ a „terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta“ za efektívnejšie ako slovenskí respondenti.

Pri probandoch z Holandska sa preukázalo, že oproti slovenským respondentom za efektívnejšie považovali faktory „peer ako člen tímu“, „klient ako člen tímu“, „prítomnosť case manažera klienta“, „rešpekt v tíme“, „potreby klienta sú prioritou pred osobnými potrebami členov“ a „ročné prehodnocovanie smernice tímu“. Faktory „zasielanie programu stretnutia členom tímu pred stretnutím tímu“, „zabezpečenie implementácie odporúčaní do praxe“, „ročné prehodnocovanie smernice tímu“ a „evidovanie odklonu procesu tímu od smernice tímu“ hodnotili za prínosnejšie ako ich českí kolegovia.

Na rozdieloch v posudzovaní efektivity faktorov medzi jednotlivými krajinami sa podieľa ich rozličná sociálno-politická história a rovnako aj odlišnosti v zaužívaných modeloch multidisciplinárnych tímov pri práci s rodinou v ťažkej situácii.

Do posudzovania efektivity jednotlivých faktorov multidisciplinárnych tímov zasahuje aj rezort praxe. Výsledky preukázali, že účastníci výskumu pracujúci pod ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny považovali za viac účinné faktory „prítomnosť case manažera klienta v tíme“, „pravidelné a dlhodobé stretnutia tímu“, „terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta“, „existencia metodiky pre organizáciu práce v tíme“, „manažment rizík v tíme“, „úloha a procesy v tíme zaznamenané v interných spisoch organizácie“ a „spätná väzba od komunitných partnerov a komunit“ ako ich kolegovia z multidisciplinárnej práce z ministerstva školstva. Výsledky sú ovplyvnené rozličnými procesmi, štandardami a kritériami kvality, pri zabezpečení starostlivosti prostredníctvom multidisciplinárneho tímu v jednotlivých rezortoch.

Výsledky ukázali, že ak je klient členom multidisciplinárneho tímu, respondenti pokladajú faktory „klient ako člen tímu“, „terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta“ a „dostupnosť potrebných a aktuálnych informácií či materiálov o klientovi pred stretnutím“ ako viac sa podieľajúce na výslednom pozitívom efekte práce multidisciplinárneho tímu. Faktory adekvátne fyzikálne charakteristiky miestnosti pre tím (osvetlenie, ticho, teplota, vetranie, ...) a dostupnosť potrebných a aktuálnych informácií či materiálov o klientovi pred stretnutím pokladajú za dôležitejšie ak klient nie je členom multidisciplinárneho tímu.

Výsledky ukázali, že ak je klient členom multidisciplinárneho tímu, respondenti pokladajú faktory „klient ako člen tímu“ a „terénny charakter stretnutí - možnosť stretnúť sa v domácnosti klienta“ ako viac sa podieľajúce na výslednom pozitívom efekte práce multidisciplinárneho tímu. Faktory „adekvátne fyzikálne charakteristiky miestnosti pre tím (osvetlenie, ticho, teplota, vetranie, ...)“ a „dostupnosť potrebných a aktuálnych informácií či materiálov o klientovi pred stretnutím“ pokladajú za dôležitejšie ak klient nie je členom multidisciplinárneho tímu. Do výsledkov opäť mohli vstúpiť rozdielne mindsety jednotlivých modelov multidisciplinárnej spolupráce v tíme, ako aj to, že samotná prítomnosť klienta významne vstupuje do procesu spolupráce.

Poznanie sily jednotlivých faktorov dopomôže ku vytváraniu či nastavovaniu činnosti v tíme a pri rozšírení možnosti zvýšenia efektivity jeho práce. Prax jednotlivých multidisciplinárnych tímov je významne odlišná – daná napr. rezortom, lokalitou, partnermi v komunite, zložením odborníkov, témou práce či charakterom organizácie, pod ktorú tím spadá. Činnosť každého multidisciplinárneho tímu je tak jedinečná a zahrnutie sily faktorov do orgaizácie tímu ho podporí v uplatnené jeho potenciálu a vo vyvážení bariér či ťažkostí, ktoré sú pod veľmi slabou reguláciou. Určenie rozdielov medzi krajinami a rezortmi pomôže zamerať sa v praxi na kľúčové aspekty (buď z dôvodu nízkeho dôrazu, ktorý je na ne kladený alebo z dôvodu špecifity práce pod jednotlivými ministerstvami).

Záver

Jedným z hlavných cieľov projektu Erasmus+ „Multidisciplinárna podpora pozitívnych zmien v rodinách v ťažkých situáciách“ formulovaného v úlohe O10 bolo identifikovať a opísať funkčné modely multidisciplinárnych tímov pri práci s týmito rodinami. Pre naplnenie zadanej úlohy boli využité postupy analýzy teoretických východísk, kde sa okrem aktuálnych definícií zadefinovali faktory efektivity tímov, ktoré boli následne súčasťou jednotlivých modelov. Rovnako sa cez štruktúrované interview zachytili príklady dobrej praxe (EDUCO - stredisko rané péče, Centrum Anabell), ktoré sa rovnako prepojili s aspektami a modelmi úspešnej multidisciplinárnej spolupráce. Výskumom s využitím dotazníka pre posúdenie sily jednotlivých faktorov sa následne zostavilo ich poradie. Štatistickými výpočtami sa zaznamenali rozdiely medzi krajinami, ktoré sa zapojili do projektu, medzi rezortami práce a medzi prítomnosťou a neprítomnosťou klienta na stretnutí multidisciplinárneho tímu. Tieto výsledky tak pomôžu zamerať či rozšíriť pozornosť na konkrétne aspekty v tíme a špecificky ich aplikovať do praxe vzhľadom na potreby klienta a charakter práce.

Do ďalších projektov a výskumov v oblasti multidisciplinarít sa otvára možnosť overiť silu týchto faktorov prostredníctvom experimentálnych postupov, čím by sa viac objektivizovala ich účinnosť.

Použitá literatúra

Allen, K., & Glasby, J. (2010). 'The billion dollar question': embedding prevention in older people's services - 10 'high impact' changes. Health Services Management Centre, University of Birmingham. <http://epapers.bham.ac.uk/759/1/policy-paper-eight.pdf>

Bardsley, M., Steventon, A., Smith, J., & Dixon, J. (2013). Evaluating integrated and community-based care. How do we know what works? Nuffield Trust. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/evaluating-integrated-community-care-we-b-final.pdf>

Blatný, M. (2010). Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy. Portál.

Blatný, M. (2016). Psychologie celoživotního vývoje. Karolinum.

Bos-de Groot, E., & van der Vinne, T. (2016). Behoeften en richtlijnen in de samenwerking onderwijs en jeugdhulp. Hogeschool Viaa. https://viaa.nl/content/uploads/16_0711-BehoeftenEnRichtlijnenInDeSamenwerkingOnderwijsEnJeugdhulpWEB.ashx_.pdf

Budge, S. L., Moore, J. T., del Re, A., Wampold, B. E., Beardseth, T. P., & Nienhuis, J. B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1057–1066. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.003>

Cameron, A., Lart, R., Bostock, R., & Coomber, C. (2012, May). SCIE Research briefing 41: Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. Social care institute for excellence.

<https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing41/>

Carter, K., Chalouhi, E., McKenna, S., & Richardson, B. (2014).

https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client_service/healthcare%20systems%20and%20services/health%20international/issue%202011%20new%20pdfs/hi11_48%20integratedcare_noprint.ashx. McKinsey's Health Services and Practice.

https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client_service/healthcare%20systems%20and%20services/health%20international/issue%202011%20new%20pdfs/hi11_48%20integratedcare_noprint.ashx

Čeněk, J., Smolík, J., & Vykoukalová, Z. (2016). Interkulturní psychologie. Grada.

Center of expertise persoonlijk Meesterschap. (2017). Persoonlijk Meesterschap in het brede jeugddomein. Center of expertise persoonlijk Meesterschap.

The Collaborating Centre for Values-based Practice. (2021, November 4). The Collaborating Centre for Values-Based Practice in Health and Social Care.

<https://valuesbasedpractice.org/>

Collin, A. (2009). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary collaboration: implications for vocational psychology. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 9(2), 101–110. <https://doi.org/10.1007/s10775-009-9155-2>

Cross, R., Gray, P., Cunningham, S., Showers, M., & Thomas, R. J. (2011). The collaborative organization: how to make employee networks really work. *IEEE Engineering Management Review*, 39(1), 59–68. <https://doi.org/10.1109/emr.2011.5729974>

de Shazer, S. (2017). Klíče k řešení v krátké terapii. Portál.

de Waal, V. (2018). Interprofessioneel en innoveren in teams. Samenwerking in nieuwe praktijken. Coutinho.

Department of Health, Department for Communities and Local Government and NHS England. (2017). Health and social care integration (HC 1011 ed.). NAO - National audit office.

<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Health-and-social-care-integration.pdf>

Dolanová, D., & Adamicová, K. (2013). Tímová práca v hospicovej starostlivosti a spôsob jej hodnotenia. *Ošetrovatelstvo*, 3(1), 11–18.

Doornenbal, J., Fukking, R., van Yperen, T., Balledux, M., Spoelstra, J., & van Verseveld, M. (2017). Inclusie door interprofessionele samenwerking: resultaten van de proeftuinen van PACT. Kinderopvangfonds.

Ells, M. (1998). Forming a Multidisciplinary Team To Investigate Child Abuse. U.S. Department of Justice.

https://www.researchgate.net/profile/Mark_Ells/publication/236610052_Portable_Guides_to_Investigating_Child_Abuse_Forming_a_Multidisciplinary_Team_To_Investigate_Child_Abuse/links/00b7d5183dea889ff7000000/Portable-Guides-to-Investigating-Child-Abuse-Forming-a-Multidisciplinary-Team-To-Investigate-Child-Abuse.pdf

Erens, B., Wistow, G., Mounier-Jack, S., Douglas, N., Jones, L., Manacorda, T., & Mays, N. (2016). Early evaluation of the Integrated Care and Support Pioneers Programme. Policy Innovation Research Unit (PIRU).

<https://piru.ac.uk/assets/files/Early%20evaluation%20of%20IC%20Pioneers,%20interim%20report.pdf>

Evans, L., Donovan, B., Liu, Y., Shaw, T., & Harnett, P. (2019). A tool to improve the performance of multidisciplinary teams in cancer care. *BMJ Open Quality*, 8(2), e000435. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000435>

Furman, B., & Ahola, T. (2017). *Nikdy není pozdě na spokojený tým*. Praha: Portál.

Gaille, B. (2018, November). Multidisciplinary Team Advantages and Disadvantages. brandongaille.com.

<https://brandongaille.com/11-multidisciplinary-team-advantages-and-disadvantages/>

Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J., & Ham, C. (2012, January). Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. The Kings Fund.

<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf>

Hsien-Hui, T., & Hsiao, E. (2013). The advantages and disadvantages of multidisciplinary collaboration in design education. National Taiwan University of Science and Technology. <http://design-cu.jp/iasdr2013/papers/1459-1b.pdf>

Integrated health and social care evidence reviews. (2018, August). What are the key factors for successful multidisciplinary team working? CordisBright.

<https://www.cordisbright.co.uk/admin/resources/05-hsc-evidence-reviews-multidisciplinary-team-working.pdf>

Jackson, S. (1998). The consequences of diversity in multidisciplinary work teams. In *Handbook of Work Group Psychology* (pp. 53–76). John Wiley & Sons.

<https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/Documents/Faculty-Staff-Docs/TheConsequencesofDiversityInMultidisciplinaryWorkTeams.pdf>

Jacobs, G. (2010, February). Professional values in critical dialogue Dealing with uncertainty in educational practice. University of Humanistic Studies.

https://www.researchgate.net/publication/344750728_Professional_values_in_critical_dialogue_Dealing_with_uncertainty_in_educational_practice

Kaats, E., Klaveren, P., & van Opheij, W. (2005). *Organiseren tussen organisaties: Inrichting en besturing van samenwerkingsrelaties*. Scriptum.

Kodymová, V. (2015). *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Ministestvo práce a sociálních věcí.

Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Portál.

Krnáčová, Z., ČErešník, M., Ugordová, B., & Hambálek, V. (2020). *Multidisciplinárny prístup. Základné myšlienky a rámce*. Výskumný ústav psychológie a patopsychológie dieťaťa. <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2020/10/Multidisciplinarny-pristup-2020.pdf>

Labowitz, G., & Rosansky, V. (1997). *The Power of Alignment: How Great Companies Stay Centered and Accomplish Extraordinary Things*. John Wiley & Sons, Inc.

Ling, T., Bardsley, M., Adams, J., Lewis, R., & Roland, M. (2010). Evaluation of UK Integrated Care Pilots: research protocol. *International Journal of Integrated Care*, 10, 969–984.

Lucch, M., Bianco, M. D. F., & Lourenção, P. T. D. M. (2011). Work in multidisciplinary teams: a study about mobilization of knowledge and learning in an organization of complex products. *BAR - Brazilian Administration Review*, 8(3), 305–328. <https://doi.org/10.1590/s1807-76922011000300006>

Madge, S., & Khair, K. (2000). Multidisciplinary teams in the United Kingdom: Problems and solutions. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(2), 131–134. <https://doi.org/10.1053/jpn.2000.5516>

Majetný, J., & Pustówka, T. (2019). *Setkání okolo dítěte – praktická příručka*. Spolek Rovnováha. <https://naserovnovaha.cz/setkani-okolo-ditete-prakticka-prirucka/>

Matoušková, I. (2015). Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů. In D. Vrabcová (Ed.), *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* (pp. 20–28). Ministestvo práce a sociálních věcí. <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>

Morlion, B. (2013). The core multidisciplinary team. In M. Kocot-Kepska & E. Alon (Eds.), *Towards a multidisciplinary approach in chronic pain management*. Change Pain. (pp. 14–19). <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinarny-approach-in-chronic-pain-management.pdf>

National Cancer Action Team. (2010). *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)*. National Cancer Action Team. <http://www.ncin.org.uk/view?rid=136>

Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Grada.

North West Leadership Academy. (n.d.). Developing Together. NHS North West Leadership Academy.
https://www.nwacademy.nhs.uk/sites/default/files/resource_files/Developing%20Together%20OD%20Toolkit%20-%20NHS%20NWLA.pdf

Ondrušová, J., & Krahulcová, B. (2019). Gerontologie pro sociální práci. Karolinum.

Oravcová, J. (2004). Sociální psychologie. Univerzita Mateja Bela.

Pstružina, K. (2007). Abstrakce, komparace a generalizace jako základní operace lidského myšlení. In: Myseľ, inteligencia a život. In Myseľ, inteligencia a život (pp. 111–117). Vydavateľstvo STU v Bratislave.

Reitsma, E. J. (2017, July). De kracht van zacht in ketensamenwerking.
<https://www.rijnconsult.nl/de-kracht-van-zacht-ketensamenwerking>

Robertson, H. (2011). Integration of health and social care A review of literature and models Implications for Scotland. Royal College of Nursing Scotland.
<http://docplayer.net/3510342-Integration-of-health-and-social-care-a-review-of-literature-and-models-implications-for-scotland.html>

Rosell, L., Alexandersson, N., Hagberg, O., & Nilbert, M. (2018). Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care. BMC Health Services Research, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2990-4>

Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. Journal of Interprofessional Care, 15(1), 47–66. <https://doi.org/10.1080/13561820020022873>

Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). What is integrated care? Nuffield Trust.
<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>

Starostková, D. (2015). Metodika multidisciplinárnej spolupráce. Centrum Anabell, z. s.
<https://adoc.pub/queue/multidisciplinarni-spoluprace.html>

Štefančík, R., & Dulebová, I. (2017). Jazyk a politika. Vydavateľstvo Ekonóm.

Suter, E., Oelke, N., Adair, C., & Armitage, G. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. Healthcare Quarterly, 13(sp), 16–23.
<https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21092>

Taylor, C., Atkins, L., Richardson, A., Tarrant, R., & Ramirez, A. J. (2012). Measuring the quality of MDT working: an observational approach. BMC Cancer, 12(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-202>

Tsakitzidis, G., & van Royen, P. (2008). Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Standaard uitgeverij.
https://palliaaweb.nl/getmedia/5c786b56-ac38-4296-86c7-f5dc50e501dd/THEMA-5-Tsakitzidis,G-,ea-,-Leren-interprofessioneel-samenwerken_Inleiding,-2015.pdf

Veeke, I., Bertu, M., Elenbaas, A., Krom, D., van der Maas, A., Spliethoff, F., & Wolters, J. (2009). Een doorgaande lijn 0–13 jaar: denken in ketens. s-Hertogenbosch, KPC Groep. http://www.bredeschool.org/sites/default/files/Werken_aan_de_doorgaande_lijn.pdf

Vendel, Š. (2008). Kariérní poradenství. Grada.

Verbeek, C., & Odenthal, L. (2012). Opbrengstgerichtwerken in de keten. CPS Onderwijsontwikkeling en advies.

Vévoda, J. (2013). Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Grada.

Williams, N. J. (2013, August). Defining Shared Values in Patient-Centered Care: A Case Study. St. John Fisher College. https://fisherpub.sjfc.edu/education_etd/317/

Woody, C. A., Baxter, A. J., Harris, M. G., Siskind, D. J., & Whiteford, H. A. (2018). Identifying characteristics and practices of multidisciplinary team reviews for patients with severe mental illness: a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 26(3), 267–275. <https://doi.org/10.1177/1039856217751783>





ISBN 978-80-561-0977-9



9 788056 109779

RESEARCH STUDY

Efficiency factors and possible functional models of multidisciplinary teams working with families in difficult situations



Editor:

Miroslava Bruncková

Authors:

Miroslava Bozogánová, Miroslava Bruncková, Martin Ferletjak, Ben Furman, Lenka Marenčíková, Martin Martinkovič, Lenka Martinkovičová, Katarína Medzihorská, Oľga Okálová, Loek Schoenmakers, Veronika Šebeková, Přemysl Ulman

Reviewers:

Pavel Nepustil, Veronika Luksa

1. Edition

©VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

Hrabovská cesta 5512/1A, 034 01 Ružomberok

<http://ku.sk>, verbum@ku.sk

<http://www.multidisciplinarity.eu/>

ISBN 978-80-561-0977-9

Ružomberok 2022





This publication reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

This publication was created as one of the outputs of the project "Multidisciplinary support of positive changes within families in difficult situations" financed from the Erasmus+ program organized by the European Union. The intention of the whole project was multi-level support in the creation and development of multidisciplinary collaboration and multidisciplinary teams, specifically when applying approaches based on social constructionism and an approach focused on solution, primarily in multidisciplinary support of families. The project was implemented in the years 2019-2022 and, among other things, included direct support of members multidisciplinary teams in the form of pilot training and mentoring. The project involved over 40 people from the Czech Republic and Slovakia, professional guarantee of our approaches was provided by Loek Schoenmakers (Netherlands) and Ben Furman (Finland) through their organizations.



Obsah

Introduction.....	4
Definition of multidisciplinary approach and multidisciplinary team.....	5
Conditions for the functioning of multidisciplinary teams.....	10
Advantages and disadvantages of multidisciplinary teams	19
Factors of efficiency of multidisciplinary teams.....	26
Organization and planning of a multidisciplinary team meeting	42
Multidisciplinary team functioning processes	44
Models of multidisciplinary team functioning	50
Multidisciplinarity in Slovakia.....	61
Multidisciplinary teams in the Czech Republic.....	77
Research of multidisciplinary team factors.....	87
Conclusion	117
References.....	118



Introduction

When dealing with the difficult life situations of families, the complexity of their problems often led to lengthy and often inefficient and even victimizing processes. The difficult situations in the family also affected the adequate psychosocial development of children, which increased the pressure to provide effective interventions. The development of counselling and therapeutic approaches has increased the repertoire of methods or techniques for working with the family, which, however, have not always been reflected in the effectiveness of the helping process. Gradually, the need arose to use time- and cost-effective methods that would, on one hand, cover the breadth and interconnectedness of the difficulties in the family and, on the other hand, provide a professional and supportive service. With the development of multidisciplinary cooperation, the number of its theoretical concepts and models has increased, the effectiveness of which has also been recorded in practice. However, he lacked insight into the strength of specific factors and the differences between departments or the nature of practice.

One of the main goals of the Erasmus + project "Multidisciplinary support for positive change in families in difficult situations" is formulated in the task O10 - identification and description of functional models of multidisciplinary teams in working with families in difficult situations. This publication defines multidisciplinary and multidisciplinary teams, identifies their main characteristics, focuses on the relationship and collaborative component, determines the conditions for the functioning of multidisciplinary teams, advantages and disadvantages of these teams, naming the roles, tasks and competencies of team members, organization topic and team meeting planning, processes and models of team functioning and their implementation in practice. At the same time, it briefly focuses on the characteristics of multidisciplinary in Slovakia and the Czech Republic and stops by interviewing examples of good practice. The research using a questionnaire to assess the strength of the factors of multidisciplinary teams then focuses on the order of these factors and the differences in various aspects of practice.

The aim of this publication is to provide up-to-date and relevant information on the success factors of multidisciplinary teamwork and to bring the opportunity to look out the individual aspects in each team regarding the needs and character of the team.



Definition of multidisciplinary approach and multidisciplinary team

For families in difficult life situations, the focus of the solution lies in the competence of various departments and institutions (Kodymová, 2015). A separate, albeit highly professional and competent, approach of an expert in one field is insufficient, because it fails to contain the complexity of solving more complicated situations around the family (Krnáčová et al., 2020). The isolated approach of experts in various fields, who, although involved in finding solutions and supporting positive change in the family, approach it only from the point of view of their own expertise with a focus on an individual goal, seems to be equally ineffective. Thus, individual actions of experts may be repeated or may not follow each other, and it may be incomprehensible and exhaustive for the family, which may lead to mistrust and consequently to reluctance to cooperate or accept solutions.

The use of a multidisciplinary approach thus becomes the key to achieving positive results of interventions (Kodymová, 2015) and a fundamental condition for the quality of care provided for families in difficult health, social, psychological or legal situations (Ondrušová et al., 2019).

Multidisciplinary approach

At present, the multidisciplinary approach is not only one of the main approaches to man (together with a holistic, biodromal or bio-psycho-socio-spiritual) (Blatný et al., 2010; Blatný et al., 2016), but also one of the basic pillars of science and research (Čeněk et al., 2016; Štefančík, Dulebová, 2017).

Implementing a multidisciplinary approach in practice requires the cooperation of experts from different disciplines, who are able to look at the difficulties or needs of the individual as well as the whole family from different perspectives. Teamwork thus becomes a necessary prerequisite for quality care based on a multidisciplinary approach, where sufficient attention is paid to team dynamics. The members of a multidisciplinary team not only work side by side and each only from their own isolated position but work together and are based on a shared understanding of the goal in caring for the individual or the whole family (Vévoda et al., 2013).



The methodology of multidisciplinary cooperation (2015, p. 4) understands the multidisciplinary approach as “the way in which different professions, different organizations, cooperate, communicate effectively with each other and plan so as to make the most of their shared potential of knowledge, experience and interventions for the benefit of the individual or the whole group. The term benefit means the maximum possible support in the individual recovery process for people with mental illness with their involvement and respect for their needs”. Teamwork is considered a basic form of cooperation and is contrasted with the group. The team is non-hierarchically organized and in its functioning the emphasis is on behavior, agreements and direct cooperation between individual members. "The organization of team cooperation is more logistically challenging and time-consuming, but the results are of better quality" (Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015 p. 6). A multidisciplinary approach can thus ensure that coordinated cooperation between experts helps to obtain the maximum possible benefit with a reasonable number of necessary interventions (Krnáčová et al., 2020, p. 4). Multidisciplinarity is thus collaboration where each expert approaches the solution in terms of their own professional discipline and knowledge. However, there is a common problem or theme for different disciplines that work together to find solutions and stimulate new ideas. The result of the cooperation is a joint solution plan, the individual parts of which can be clearly connected to a specific department (de Waal, 2018).

In order to better understand the concept of multidisciplinarity and thus its effective implementation in practice, it is necessary to distinguish it from related concepts such as intradisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity. Intradisciplinarity is understood as the cooperation of professionals within a single discipline, with experts coming from different departments or institutions (Collin, 2009). Intradisciplinarity differs from monodisciplinary cooperation, which involves the cooperation of experts of one expertise within one institution or sector (de Waal, 2018). Interdisciplinarity is understood as the joint work of experts on topics that are the intersection of their professional disciplines, but none of them covers this area on their own (Pstružina, 2007). Within the framework of interdisciplinarity cooperation, two different departments are merged so that the output of the cooperation is such knowledge or information that does not fall within the scope of any of the original disciplines and exceeds their content. The result is thus dependent on the cooperation of these disciplines and the nature of the output is modified by the mutual interaction of experts, which is most visible in common thinking and creation. As a result, the disciplines are interconnected, making



it difficult to distinguish which of the output falls under which discipline (Collin, 2009; de Waal, 2018). Transdisciplinarity is the constitution of a new discipline in an area where the individual scientific disciplines already in progress overlap (Pstružina, 2007). Experts thus work from the perspective of a field other than their own and use each other's methods, skills or techniques. The process of discovery and experimentation itself tends to be more important than a result that is not always definitive, but can be constantly worked on (Collin, 2009; de Waal, 2018).

The multidisciplinary approach is implemented through several means, such as - bilateral and multilateral provision of information, record keeping and file documentation, preventive, counselling and therapeutic activities, educational measures, evaluation of services provided, application and cooperation agreement, case conference, inclusive or professional team, panel meeting, individual child protection plan/personality development plan/educational process, etc.

Multidisciplinary team

The multidisciplinary team is thus a means of a multidisciplinary approach, a method of applying the ideas of multidisciplinary in practice. Through its organization, the priorities of a holistic, biodromal but also bio-psycho-socio-spiritual model can be more effectively introduced into work with an individual or the whole family across primary, secondary or tertiary care (Krnáčová et al., 2020). The cooperation of the team members is coordinated and the methods of collaborative approaches are used in particular (Ells, 1998). The purpose of multidisciplinary cooperation is thus individualized, complex and organized performance of professional services (Krnáčová et al., 2020). A multidisciplinary team can be of different sizes and experts from different fields. The character of the team depends on the type and content of the family's problem in a difficult life situation. The team can thus act as a relatively stable working group composed of experts within one institution or department, but also from experts from different institutions and different departments. However, a multidisciplinary team can also meet just once, solely to find a solution for the individual or family (Majetný et al., 2019).

An individual or family in the work of a multidisciplinary team are not perceived as passively receiving or subordinates, but as people who actively decide on their own direction (Krnáčová et al., 2020). According to the Methodology of Multidisciplinary Cooperation



(2015), care and its planning take place at the human level, ie. that service users are partners in all decisions regarding treatment, recovery goals, the formulation and evaluation of intervention and recovery plans. Thus, a shared decision-making approach is used in care and planning. An individual approach is a basic methodological tool for providing support and services in a multidisciplinary team. Support, intervention and services are provided regarding the needs, goals, values, possibilities and abilities of the client or family. It is the same with the chosen ways and means of achieving the goals of the client or family.

The Methodology of Multidisciplinary Cooperation (2015) describes the creation of multidisciplinary teams at three levels: at the level of one team of inpatient and community organizations; at the level of virtual teams between inpatient and community teams and mental health centers and at the level of a community network between municipalities, services, general community and other sectors.

The first level of multidisciplinary cooperation: teamwork within one team

In this case, it is a type of multidisciplinary collaboration within a team, either within an inpatient psychiatric care center, a mental health center, or a community team. Its goal is to create multidisciplinary cooperation organized in a single team with defined members, shared values and common team procedures and processes that lead to the support of the client or the whole family on their way to recovery or achievement. Several elements are important in creating a multidisciplinary team, including the introduction of case management principles, the establishment of team members, the establishment of a system of multidisciplinary team meetings, the introduction of information sharing principles, the introduction of recovery plan processes, respectively achieving the goal or introducing the principle of supervision and case conferences. Users of the service, or their family members or other close persons, are an integral part of this process. Depending on whether they are inpatient multidisciplinary teams or multidisciplinary teams in mental health centers or community teams, these teams include, in addition to users and their loved ones, people in the professions of doctor / psychiatrist, psychologist, nurse, social worker, key worker, peer consultant or guardian.

Second level of cooperation: virtual team, multidisciplinary cooperation between two teams



In this case, it is a matter of establishing and creating cooperation between the two teams in the client care process, for example between the teams in the inpatient department and the mental health center team or the community team. It is about creating a collaboration structure called a virtual team. Its main goal is “the development of cooperation between inpatient and community services in order to harmonize views and methods of work so as to ensure maximum continuity of care for the individual or the whole family. The stay in the inpatient department should not be a complete departure from the plan on which the client worked together with the community services. The co-operation should also ensure that the necessary care is followed up immediately after the end of the stay in the inpatient department, in the preparation of which the teams begin to co-operate as soon as the individual is admitted.” The process of setting up such teams includes, for example, networking teams in the hospital's catchment area, catchment team and hospital meetings, setting up virtual teams, individual client meetings and an individual - key department worker - key mental health center staff member cooperation triad planning. In addition to the user and his closed ones, the virtual team also includes people from the professions of doctor / psychiatrist, psychologist, social worker, key staff in the ward and an employee of the mental health center or community team, or a guardian of the service user.

Third level of cooperation: community network

In this case, it is a cross-sectoral cooperation within one "catchment" area with about 100,000 inhabitants. Multidisciplinary cooperation at the third level is based on the formation of a team which, through the cooperation of various sectors and entities, contributes to solving the difficult situation of the person with the problem. Within the defined area, important representatives from all sectors should meet and respond to the mental health needs of the catchment area. Mental health centers / community teams are to act as consultants for other service providers (e.g. GPs) and in mental health prevention and treatment. Two types of cooperation are envisaged: the creation of a platform for cross-sectoral cooperation and case workshops. The members of the platform are representatives of the following institutions: components of the integrated rescue system, city police, guardian, municipality (Community network body for social protection of children, curators, social workers), representatives of other community resources, other offices, institutions, entrepreneurs, housing managers, social services, including residential services, health services, including home care, representatives of



outpatient clinics - nursing psychiatrist, primary care, employee of a mental health center or community team, representatives of service users, parents. Case workshops are meetings convened according to the needs of individual people with experience of mental illness, in cooperation with a key employee of the mental health center or community team. The case workshop is a meeting of a person with experience of mental illness, his family, or other close persons and staff of helping professions or communities. The content of the case meetings is a joint coordinated activity aimed at meeting the client's needs according to a unified plan aimed at meeting the identified needs shown in the life cycle.

Conditions for the functioning of multidisciplinary teams

The fact that individual experts have long-term and successful practice in their field does not guarantee their effective cooperation at the level of multidisciplinary teams. This requires a different attitude and development of different personal and social competencies than the implementation of individual specialized practice.

The initiation of multidisciplinary cooperation is, through mutual dialogue, the creation of conditions for coordinated cooperation and the achievement of common goals. And this requires the fulfilment of preconditions at the level of personal setting of each member, but also at the level of formal conditions of teamwork (Krnáčová et al., 2020).

Multidisciplinary cooperation requires a different approach of practitioners. It is no longer enough to have adequately developed professional qualifications and achieved qualifications. In addition, professionals must be able to work with staff from other disciplines to comply with the principle of multidisciplinary. They should be able to recognize situations where the expertise of other professionals is needed, design new solutions, discover and learn together with others and seek equal interaction not only with other members of the multidisciplinary team but with their clients (Doornenbal et al., 2017).

The prerequisite is therefore a specific attitude of each team member ("mindset" for multidisciplinary cooperation), which includes specific strategies at the level of cognitive processes (ways of focusing attention, shaping, thinking, finding solutions and decision-making), affective processes (ways of adequate experiencing, processing and expressing one's own emotions and responding to other people's emotions) and behaviors. It is therefore an



acceptance that an individual or family may not only be in the exclusive specialized care of one professional but may benefit from contact with multiple professionals. Understanding the importance or meaning of multidisciplinary cooperation and its benefits supports dialogues and collaborative attitudes among professionals, openness in relationships and in cooperation with the main goal of achieving positive change by their clients (Krnáčová et al., 2020, Reitsma, 2020).

One of the necessary features of a multidisciplinary team as a small social group and thus the main prerequisite for cooperation is the setting of a **common goal**. Achieving a common vision supports **cohesion** in the team as an important aspect of group dynamics and at the same time another feature of a small social group, which subsequently encourages cooperation and thus more effectively achieving the set goals (Oravcová, 2004). Sharing expectations, needs and ideas, based on which the aspirations of multidisciplinary cooperation are set, is very helpful in formulating common goals. It is also important to name the tasks of individual team members and the benefits of teamwork. Setting and clear goals is also very helpful in evaluating the team process and therapeutic change in an individual or family in a difficult life situation (Reitsma, 2020). The common goal will support the sharing of information between team members and the joint search for solutions, which also makes the result of the work commonly owned by the group, as without mutual cooperation none of its members would be able to achieve the result of individual work. The thoughts or ideas of one team member become an incentive to discover new opportunities for other team members and team members can learn together. An open attitude towards new knowledge and perspectives encourages the sharing of information and ideas (Persoonlijk Meesterschap in hrede jeugdomein, 2017). Understanding the process and results of multidisciplinary collaboration as common ownership also supports shared responsibility, which can reduce anxiety for individual team members for individual responsibility (as can be done with a vertical group work structure) and increase both confidence and job satisfaction (Wealthy). et al., 2019). The main goal of multidisciplinary cooperation, namely the perspective of development and positive change in the client or the whole family in her daily life, should be manifested in the commonly set goal. By setting a common goal, differences between members of the multidisciplinary team and between institutions or departments are lost and the perspective of common interests is encouraged. However, with a shared goal, each member of the team also needs to accept giving up part of the individual interests or working on a priority that may not fully include his / her



specialization (Perseolijk Meesterschap in het brede jeugddomein, 2017). Accepting interdependence in achieving a common goal as a natural aspect of multidisciplinary cooperation will promote cohesion in the group. One person or institution cannot include the complexity of approaching the client or family and accepting the position of a member or institution as one, but equivalent, entity in the chain of services that follow each other, supports multidisciplinary cooperation (Veeke et al., 2009).

A dynamizing aspect of team cooperation is also a certain degree of tension, which does not arise on the basis of conflicts or ambiguities, but which is based on achieving individual goals or meeting the individual needs of team members or institutions (Oravcová, 2004). An excellent opportunity is to set such goals and stimulate interests, which also lead to the achievement of a common goal given by development and positive change in the client or the whole family, but also to the achievement of individual goals (the principle of pluriformity). These individual aspects of a common goal can be innovation, the pressure of necessity to deal with a difficult life situation for an individual or family, or support of financial or social goals of team or institution members (e.g. increased job satisfaction, lower job turnover or absence, saving money, etc.). The vision of achieving individual goals or meeting individual needs increases the motivation of team members and represented institutions to overcome frustration in formulating common goals and ways to achieve them (Veeke et al., 2009). Setting a common goal also on the basis of individual expectations or naming the fulfillment of individual needs of team members or institutions in achieving a common goal will maintain their individual autonomy. Membership in a multidisciplinary team or in any other group does not mean full identification with the group's standards and suppression of the individual needs of its members. For effective functioning in a team, it is important to identify with specific, specific standards or values of the group, with the main goal of effective functioning of the multidisciplinary team as a whole. Just as each member or institution retains part of its autonomy, the multidisciplinary team needs to be independent of other groups or teams in its functioning. **Autonomy** is considered to be another main feature of a small social group and thus an important prerequisite for the functioning of a multidisciplinary team (Oravcová, 2004; Veeke et al., 2009)

Independent and transparent process management helps to maintain a certain independence of the team's functioning and the trust of its members in the ongoing process and to each other. This also covers the process of gathering, sharing or providing information, linking contexts, decision-making, solution-oriented procedures, etc. Team process



management can thus be based on the case manager's case, which is linked to the coordination of services around the client (Multidisciplinary Cooperation Methodology, 2015; Krnáčová et al., 2020), or from the position of coordinator or facilitator of the team, which ensures the organization of processes in the team. However, coordination should be performed by the person who has the greatest prerequisites for maintaining a professional view of the subject or the whole family (Majetný et al., 2019; Krnáčová et al., 2020). The principle of "one family - one plan - one coordinator" is applied in the functioning of many multidisciplinary teams (Persoonlijk Meesterschap in het brede jeugddomein, 2017). The position of an independent team manager in the team will help reconcile the conflicting interests of team members or involved institutions, reduce tensions in group dynamics, clarify the complexity of team processes and increase the implementation of solutions in the chain of cooperating institutions in practice (Veeke et al., 2009). It abandons directive leadership from a dominant position and rather calls for equal cooperation. When activating, collaborative, or interactive methods, including the formation of a liberating structure, are incorporated into the leadership processes of a multidisciplinary team, openness in communication and group dynamics will increase. Specific management procedures are also associated with specific **group standards and rules**, which are another condition for the functioning of a multidisciplinary team (Oravcová, 2004; Reitsma, 2020; Bos-de Groot & van der Vinne, 2016).

Organization of members of the multidisciplinary team, determination resp. naming their position, roles, competencies, responsibilities or powers is another condition for the functioning of the team (Reitsma, 2020). The team **structure** is also understood as a basic feature of a small social group (Oravcová, 2004).

One of the main prerequisites for successful initiation of multidisciplinary cooperation is the harmonization of goals, positions and processes in the team, which is based on mutual cooperation of team members and sharing of information, including the results of cooperation. The **interaction** between each member of the team, which takes place directly and immediately, thus becomes a necessary condition. Interaction is also the last of the six basic features of a multidisciplinary team as a small social group (Oravcová, 2004). Building relationships that are based on trust and respect significantly increases the effectiveness of a multidisciplinary team (Persoonlijk Meesterschap in hrede jeugddomein, 2017). Ensuring effective cooperation also requires controlling the number of members of the multidisciplinary team, where the rule of a maximum of eight people applies. This limit is determined by ensuring the optimal level of



performance, communication, dynamics and motivation to cooperate. The condition of a maximum number of members applies especially to teams that meet regularly. In exceptional cases or at conciliar meetings or case studies, more than eight people are possible (Krnáčová et al., 2020).

It is therefore important for multidisciplinary cooperation that each involved expert or institution at the individual level, but also the whole multidisciplinary team together, establishes a balance between the following aspects of cooperation (Kaats et al., 2005):

- a) self-interest versus collective interest - before joining a co-operation, it is important to clarify how much attention and focus will be on individual priorities and how much on common ones. It will also provide answers to the questions of what the benefits and costs of focusing on a common goal will be and whether the fulfilment of the individual interests of each participant is fair;
- b) commitment versus autonomy - the extent to which team members or institutions want to build a follow-up chain of services in practice and how much they want to be dependent on the process and results of multidisciplinary cooperation in their individual work. The answer to this dilemma will also clarify the extent to which the individual space of the expert in multidisciplinary cooperation will be limited and where the processes in the team will affect resp. come into conflict with the internal processes of the institution involved;
- c) security versus flexibility - as innovative and creative approaches and results of cooperation are expected, which require not only flexibility but also a willingness to bear the risk of the unknown, a willingness to learn and to confront one's own limits. At the other end of this dimension is the avoidance of change that would bring new opportunities, which would provide well-known (though not always effective) solutions that, however, are associated with a reduction in team members' anxiety. Clarification of this conflict will also be answered by the question of the extent to which team members or the entire institutions involved can cope with pre-concluded agreements in the team;
- d) knowledge sharing versus knowledge protection - in this dilemma it is important to clarify how much the members of the multidisciplinary team want to protect their own knowledge and know-how and how they want to open it to any competition in the field or issue. Trust in the team plays an important role in these issues.



- e) internal rationality versus external rationality - in this case it is mainly a question of clarifying how many chains of cooperation the expert or institution is involved in and whether it is effective to make adjustments to these groupings,
- f) great attention dedicated to the relationship versus little attention dedicated to the relationship - a strong or weak focus on relationships in a multidisciplinary team brings its advantages and disadvantages. A strong focus on relationships can also result in a tendency to avoid conflict or a weak tension in the group that is needed to achieve results. A weak focus on relationships can lead to a strong increase in team tensions associated with dissatisfaction and reduced openness to sharing and cooperation (Oravcová, 2004).

Maintaining balance in the described dimensions is necessary not only at the beginning of multidisciplinary cooperation, but also during it. This process requires constant coordination and fine-tuning of processes, synchronization between experts in the team and between different levels in the institutions. It is necessary that all important elements of the organization work in the same direction with the main development perspective (Labovitz & Rosansky, 1997). This process of coordination and tuning is called harmonization in organizational theories and helps teams and institutions increase performance. Effective balance maintenance requires the function of an independent expert who would be a "networker" of people and a relationship expert (Verbeek & Odenthal, 2012).

Trust and respect between team members are further important conditions for multidisciplinary cooperation. Both are the result of the formation of relationships and partnerships between professionals and the result of the process of achieving a positive change in the service user at the level of the individual or the whole family in a difficult life situation. They come from appreciation in interactions and lead to feelings of happiness and confidence and support motivation in multidisciplinary collaboration. A safe environment is a prerequisite for sharing information, knowledge and stories from people who are involved in the process of change. The level of experience of trust in relationships should be a key evaluation criterion not only of the work of the multidisciplinary team itself, but also of the care provided for an individual or family in a difficult life situation. Experiencing trust and hope in team relationships will help to overcome obstacles in the cooperation process. Trust and respect in relationships heal bonds not only in teams but also in systems and create an environment of



support. Being open to these relationships brings satisfaction, self-confidence, a sense of work commitment but also of a lifetime.

Confidence in a multidisciplinary team also arises as a result of the thoughts and behavior of team members. It arises and grows based on mutual experience. In practice, the following behaviors help build trust (Reitsma, 2020):

a) concluding specific agreements and their observance - if there is a deviation from the concluded agreement in the cooperation process, it is very important to notify the other team members in time and set a solution plan. Communication about unfulfilled expectations, surprises (positive and negative), failures and disappointments is also necessary. Even distribution of revenue among team members, but also shared responsibility for failure is important when setting up common agreements.

(b) each member of the team should strive for predictability and reliability in compliance with the agreements. If something requires the attention of other members as well, it is important to discuss it openly and not obscure the essential facts. If this principle is linked to Johari window theory (Luft & Ingham, 1955 in Oravcová, 2004), team members should strive to develop a public zone where information about oneself is known both by the person and by the people who they know him. The dominance of the public zone is most advantageous in multidisciplinary cooperation. Its predominance is aided by the self-knowledge of a person who is open not only to feedback but also to providing an adequate amount of relevant information about themselves in order to build honest and respectful relationships. This setting promotes confidence in team members' communication and team partnership;

(c) transparency and openness in relationships - as well as in all information relevant to cooperation. Trust begins with providing it, and this can be achieved in practice by sharing knowledge;

d) ensuring real mutual attention and mindfulness - this should be applied at all times and on the basis of the principles of equality and reciprocity of all members involved in the team.

The preconditions described above for multidisciplinary cooperation coincide with the common factors of positive change in any therapeutic context (Norcross & Prochaska, 1999), which are positive expectations, established relationships and gained attention. This fact was



also confirmed by further research (Budge et al., 2013), which showed that the defined positive goals and the collaborative approach of work contribute to the resulting positive change with the effect force of 0.72. Another important factor is empathy in relationships with a effect force of 0.63 and the subsequent formation of an alliance with a value of 0.58. Positive expectations, which are given in a multidisciplinary team by creating a positive change in an individual or family in a difficult life situation, contribute an effect force of 0.56 and congruence of people (including predictability of behavior) of 0.49. Factors considering collaborative and relational approaches far exceed the effect of those factors that relate to the specific professionalism or use of a specific technique.

Creating and supporting collaborative interactions in a multidisciplinary team with sufficient trust, hope and respect, as well as participation in such relationships, requires team members to develop the skills that allow them to work in such a team and build bonds with others (Jacobs, 2010). It is not enough to be an expert in your field, the members of the multidisciplinary team are also expected to be active, flexible, alert and resilient. In multidisciplinary practice, one proceeds from isolated, self-sufficient and self-interested experts or institutions to their interconnection in networks or consortia that would develop common resources and ideas. This requires an awareness of "relationship" and an activity in which the "other" is not reduced to just an object but is treated as an entity with its own reality, which each team member must touch. This human-centered practice is expressed in the search for a "connection" between all stakeholders and perspectives. Relationship experts thus connect not only people, but also the contexts of the topics addressed. Building relationships and partnerships is important not only between professionals in a multidisciplinary team, but also between the professional and the user of the service in the form of an individual or the whole family. Working in a multidisciplinary team can thus become a training for the formation of relationships between professionals and their clients, who also require an equal partnership approach with sufficient trust, hope and respect.

Connecting experts or institutions at the administrative or formal level alone is not enough and does not guarantee partnership and alliance building. Creating and participating in open and equal relationships thus becomes the basis for change (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016). Gaby Jacobs (2010) uses the term Professionalism 3.0., when an expert becomes not only an expert in his field, but also an expert in building relationships. This is also associated with relationship responsibility and relationship awareness. This expands the competencies of



a multidisciplinary team professional with the skills of a networking and relationship management professional (Kaats et al., 2005). These competencies include knowledge and skills in collaborative and dialogical practices and in addressing a focused approach. The attitude of an expert is modified through personality characteristics and one's own professionalism. The basic competencies include the ability to enter into relationships and to participate appropriately in them, the ability to deal with complexity, the ability of prosocial behavior, management skills and collaborative skills. This knowledge, these competencies or skills depend on inherited or innate predispositions, but they can also be influenced by the process of upbringing or education (Oravcová, 2004). Individual or group activities in the formal and informal level, which will be organized by the management of the organization or the department to which the multidisciplinary team belongs, are effective for the targeted development of these assumptions (Krnáčová et al., 2020). EIPEN - the European Interprofessional Practice & Education Network - operates at European level. It aims to stimulate and share effective interdisciplinary training in European postgraduate education and to improve cooperation procedures in health and social care in Europe to help optimize the quality of care and the subjective well-being of individuals. As a network of educational and clinical institutions and individual professionals, it also intends to influence education and health policy in the European Union and its Member States. The institution organizes conferences, seminars and workshops and supports common projects of its members.

Other conditions for multidisciplinary cooperation and the formation of multidisciplinary teams concern the material-organizational and legislative area. The practice of each profession is determined by legislation, code of ethics and professional standards. It is essential that every professional learns and follows these standards before taking up the profession. In multidisciplinary cooperation, experts from different fields come together, who can be guided by different rules, which can also enter into a conflict. For team cooperation, it is important to know these differences and, on the basis of dialogue, to agree on a common and shared goal and the process of achieving it, including participation in the team process. Legislative frameworks are also important to enable experts to work together, creating a procedure for the legal and thus secure sharing of information. Material provision for the functioning of a multidisciplinary team is also one of the conditions for the functioning of multidisciplinary cooperation. The team requires a suitable meeting space, including material equipment and information and communication technologies. The material provision of the



team also includes financial coverage of the salaries of the team members, the presence of a facilitator or supervisor and the possibility of further education of the team members. Sufficient time allocation for the work of a multidisciplinary team is another condition for multidisciplinary cooperation. The time allowance should be sufficient but should not go beyond the professional activities of the team members. The creation of a time schedule for regular team meetings is also a part of the time allocation (Krnáčová et al., 2020).

In practice, the individual conditions for the functioning of multidisciplinary cooperation overlap and influence each other and are also part of the team's organization and management or team mechanisms (e.g. goals, management, structure, roles, competencies, etc.). Therefore, some of the assumptions described above will be mentioned again in the following sections.

Advantages and disadvantages of multidisciplinary teams

The benefits of multidisciplinary cooperation are undeniable and many practitioners as well as science and research consider the multidisciplinary approach irreplaceable. Below there are some benefits of running multidisciplinary teams:

1. Efforts to maximize the activation of the client or the whole family in a difficult life situation - in isolated use of professional, albeit highly specialized, service in complex difficulties, which can be provided in an unequal relationship, inhibits the client's activity and sometimes even purposeful use of the service. The multidisciplinary team offers its users the opportunity to set specific short-term or long-term goals or at least participate in their formulation. This allows the team to significantly activate the individual or the whole family, which also takes responsibility for themselves and to achieve the desired result, and thus more adheres to the recommendations given by experts. This will support the clients' internal resources, which supports the client's personal growth and the realization of his potential, which in turn increases the efficiency of the care provided. By formulating goals together and the process of achieving them, clients gain a clearer idea of the expectations of professionals, but also from themselves, their ability to make decisions and take responsibility for this decision is



strengthened and the overall resilience of the individual or the whole family is strengthened. There is also the possibility for a multidisciplinary team to involve close relatives of the individual or the whole family in achieving the goals, which in many situations can improve care coordination. Clients can also transfer the experience of sharing, support, relationship or appreciation from a multidisciplinary team to relationships or groups in their surroundings, thus further supporting their social network, the effect of care provided but also the sustainability of positive change (Gaille, 2018; Krnáčová et al., 2020; Majetný et al., 2019; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015; Rosell et al., 2018).

2. Using resources in the natural environment of the client or the whole family in a difficult life situation - multidisciplinary teams focus on getting to know a person in his natural environment and at the same time in relationships with close people. This knowledge will help increase the availability of services offered, the fair distribution of care and increase their implementation by creating new ways of provision. Multidisciplinary teams increase the availability of resources from several experts or institutions in a given region, also due to the fact that their activities interconnect these services (Gaille, 2018; Jackson, 1998; Krnáčová et al., 2020; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015).

3. Time saving - time efficiency is manifested both in shortening the care process and in faster availability of services. Because the multidisciplinary team is made up of experts from different fields, the client or the whole family has automatic access to their services without having to send them to other staff. The multidisciplinary team also participates in the approval of the processes of the provided services and has a more effective impact on their implementation by the given client or the whole family, thus minimizing delays in initiating the change process. Provision as well as the entire service management becomes more flexible, which increases the time for direct work with the client or the whole family (Gaille, 2018; Krnáčová et al., 2020; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015).

4. Interoperability of service providers compared to the uncoordinated procedure - thanks to the shared setting of the goal and the way of its achievement, the individual performances of experts or institutions can in practice better follow each other. This eliminates the risk of duplicate examinations or ineffective steps. Thanks to the setting of an action plan, priorities in the provision of services are chosen, thus minimizing the possibility of contradiction of the provided care and overburdening the client or the whole family (Gaille, 2018; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015).



5. The solution of the client's or the whole family's situation in a difficult life situation is the responsibility of not only of employee, but on a multidisciplinary team - by allowing professionals to work together for positive change in service users from the beginning, they quickly get a comprehensive view of the issue, understand the client needs more precisely and deeply and gain easier access to the best possible treatment options currently available (Gaille, 2018). It also creates the opportunity to provide services in one place, so clients do not have to share their experiences multiple times, which are often very burdensome. In the process of providing the service, it is thus possible to avoid re-iatrogenization resp. secondary victimization of clients (Krnáčová et al., 2020; Methodology of multidisciplinary cooperation, 2015).

6. Reducing wrong decisions by complex information gathering about the case - the presence of several experts and maintaining different perspectives as soon as the solution is initiated reduces the risk of not only non-functional solutions, but also wrong decisions. Care from one expert on a complex topic of the client or the whole family can provoke omnipotent tendencies from the expert, not guarding the boundaries of professional competencies and thus the risk of error (Majetný et al., 2019). Regular meetings of the multidisciplinary team ensure, in addition to a comprehensive view of the difficult life situation of clients, also the plasticity of the insight, which can lead to reassessment of the effectiveness of care provided and its modification to more effectively achieve positive change. Multidisciplinary cooperation also helps to prevent excessive specialization of individual tasks and the complexity of the care provided, which in turn not only reduces the financial and time burden, but also reduces the risk of defectiveness (Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015; Tsakitzidis & Van Royen, 2008).

7. Financial savings - comprehensive, coordinated and continuous care around an individual or the whole family in a difficult life situation prevents the risk of duplicate or inefficient services due to the issue. Many studies also report that the work of a multidisciplinary team shortens hospital stay as well as overall treatment or other professional care, reduces client mortality and prevents drug overuse. This is reflected in financial savings, but also in the more efficient use of financial resources, which can lead to valorization of the finances (Majetný et al., 2019; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015; Schmitt, 2001).



8. Mutual education of employees through cooperation - working in a multidisciplinary team deepens the knowledge of experts, develops their abilities, skills and new competencies are acquired. It is a positive consequence of cooperation of people of different specializations with different experiences. In the process of teamwork, when sharing information, knowledge or experiences, it is incorporated into each member, even though they did not originally belong to his specialization. This in turn expands the areas of knowledge of professionals and the possibilities of implementing knowledge in practice. Thus, experts in the process of cooperation experience their own personal growth, which will subsequently motivate them to further professional work, to cooperate with other professionals and to the constant development of social and team competencies. Through teamwork, the communication skills of professionals and their collaborative skills are supported, which is subsequently reflected in their positive career direction. Mutual education of professionals can be particularly beneficial for beginning professionals (Hsien-Hui & Hsiao, 2013; Krnáčová et al., 2020; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015; Rosell et al., 2018).

9. Prevention of burnout syndrome - experts in multidisciplinary cooperation appreciate the fact that they do not stay alone with the client or the whole family in a difficult life situation, but that they gain enough professional support and success sharing in the team. At the same time, they receive assistance in managing conflicts or barriers to the implementation of the care provided, share responsibility for resolving a complex case with other experts, and creativity, partnership and the possibility of mutual consultations is encouraged. This process increases experiencing of the meaning of one's own professional activity, intensifies job satisfaction and satisfaction at work and reduces the risk of burnout syndrome and thus the premature termination of a professional's career. In addition to improvement of one's own knowledge and skills, there is also mutual appreciation and recognition of expertise between professionals, which builds trust and respect in their relationships, reducing the risk of conflict and rivalry. By work perspectives alternation (individual interaction with the client - group interaction with the client - interaction with other experts about the client) and a better distribution of responsibilities, the risk of overloading the professional is reduced. Burnout prevention includes also the fact that, thanks to the function of a multidisciplinary team, professionals in the care network will not be burdened by actions that are ineffective for the effect of treatment (Krnáčová et al., 2020; Majetný et al., 2019; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015; Tsakitzidis & Van Royen, 2008; Vendel, 2008).



10. Strengthening the team - strengthening the professionalism and cooperation of the members of the multidisciplinary team reinforces the demonstration of mutual respect, responsibility sharing and competence recognition. The experience of positive interactions and successes supports cohesion, strengthens the team thus enabling it to gradually solve more complex and demanding tasks (Krnáčová et al., 2020).

11. Collection of information at one place - in the work process of a multidisciplinary team there is not only information sharing, but also its collection at one place, which contributes to delayed data availability, but also to evaluation of the care effectiveness (Krnáčová et al., 2020).

12. Support of the management of the whole organization - multidisciplinary teams tend to be a part of one institution or department, so their activities include resp. follow up on their activities. Effective management of multidisciplinary cooperation requires connecting and harmonizing processes in the team as well as those in the organization or department. The effect of partnership and collaboration can thus be transferred to professional relationships in the institution outside the team, thus strengthening the organization's management and thus overall care (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016; Krnáčová et al., 2020).

13. Better and more effective communication between individuals and professional groups - one-stop-shop meetings and facilitated interaction lead to significantly more effective communication compared to professional dyads or messaging. This creates networks leading to the full, accessible and efficient use of services in the region, thus increasing the overall quality of life of the community (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016; Majetný et al., 2019).

14. Improving the care quality - is a final benefit, which also contributes to the above-described advantages of multidisciplinary teams based on the synergistic effect of team members collaboration. The services provided are more targeted and faster. This has the effect of shortening the time of distress or pain in the individual as well as the whole family, accelerates the process of adaptation or inclusion and thus increases client life satisfaction, which is one of the main health components. Members of the multidisciplinary team can extend the collaborative workflow to other areas of their profession, which will lead to efficient service delivery also in other areas (Bos-de Groot & van der Vinne, 2016; Krnáčová et al., 2020; Křivohlavý, 2003; Majetný et al., 2019)



In addition to the advantages described above, the implementation of multidisciplinary teams can also bring challenges or disadvantages that each team member, team coordinator and organization management have to deal with.

1. Time pressure - the provision of services is often associated with time constraints. There are two key elements to consider when working with a multidisciplinary team. Not only are team members responsible for completing their own work with the client, but they must also devote time to communicating with other professionals. They must respond flexibly to all changes that take place in the care plan, sometimes to changes that are not directly related to their department or come from an expert in another field. It may also happen that experts will be overwhelmed by the number of cases handled, including the ones dealt by multidisciplinary cooperation. Although a multidisciplinary team is a collaborative process, there are elements that avoid collaborating and may be important to the effect of the approach (Gaille, 2018; Hsien-Hui & Hsiao, 2013; Methodology of Multidisciplinary Collaboration, 2015). At the same time, time pressure can be beneficial in terms of greater efficiency of common work. Team members can together dedicate time to prioritizing the situation and not focus on less relevant aspects or topics.

2. The diversity of members of a multidisciplinary team - although the diversity of the specialization of the experts in the team is an indisputable advantage, it also brings certain limits to the cooperation process. Different team members come from different backgrounds, with differently judged profession statuses and fields, which can lead them to different ideas or legislative procedures, which can be in conflict and consequently hinder the team's work. In a multidisciplinary team, the members may also differ in the length of their practice, and one of the team members may have insufficient qualifications compared to the other team members. A multidisciplinary team will benefit if the similarities between the members and their length of training and practice are similar. Different roles of team members occur in different time schedules, which can create problems when trying to provide services (Gaille, 2018; Hsien-Hui & Hsiao, 2013; Krnáčová et al., 2020; Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015). In this context, one can refer to the ideas of one of the founders of the Solution-Oriented Approach, Steve de Shazer (2017), according to which there is no complete understanding, only a more or less useful misunderstanding. The diversity of experiences and views of multidisciplinary team members can be very useful for their cooperation and for the overall outcome of their common work for the client. Given that the multidisciplinary team has a



common goal, which is to support the client, it can use all the resources from the team members - their experiences, views, inspirations - on the way to achieving the goal.

3. Frequency of meetings - In order for the multidisciplinary team to work effectively and to ensure cooperation and communication, a regular team meeting is required. A meeting of a multidisciplinary team can take 2 to 3 hours, which is a lot of time for most people who are forced to invest in cooperation. This disadvantage can be overcome by adequate financial compensation for team participation, appropriate work scheduling and changes in performance evaluation criteria (Gaille, 2018). This disadvantage can also be an advantage in terms of setting priorities for the whole team on which they will work together, so as not to devote too much time to less important topics.

4. Dependence on available resources - the effectiveness of a multidisciplinary team depends on the availability of services. This may also mean that not all of the team's recommendations will be able to be implemented in practice or not at the same time. The sequence of care for the client or the whole family in a difficult life situation may proceed according to priority, which may also have the disadvantage that the team meeting will be attended also by those professionals whose services are not currently performed (Gaille, 2018). Of course, when working with a client, there are often systemic shortcomings that prevent more effective support. From a solution-oriented approach, however, it teaches employees as members of a multidisciplinary team to better focus and assess shifts in working with the client, even if they are smaller. When working in multidisciplinary teams, it can often seem that the help for the client is insufficient and the success in cooperating with him is small. It is also important to look at small successes and talk about them with the client.

5. Insufficient information - incomplete information leads to the setting of insufficient goals. Probably even the best multidisciplinary team cannot contain all the necessary information about clients. Practice often results in the absence of one of the key experts, which may be reflected in the resulting effect of the service provided (Gaille, 2018). This disadvantage can be used very effectively to empower the client or family as an equal partner in a multidisciplinary team. The client can provide this information about himself and at the same time decide on what information will be published in order to support him.

6. Initiation of the collaborative process - the beginning of any cooperation can bring a greater focus on the interaction of team members than on the result itself at the level of positive change in clients. The cooperation process may also be hampered by vaguely defined roles,



competencies, unfairly distributed support, degree of control or authority, as well as possible rivalry between team members, which may be conditioned by implicit motives of power or competitive position in practice (Multidisciplinary Cooperation Methodology, 2015). However, this process can also be a great learning and development space for all team members, including the client - for collaboration development, focus on the goal, and communication of the rules, roles and boundaries when working in a multidisciplinary team.

7. Insufficient material and financial security - in the form of insufficient financial evaluation for participation in a multidisciplinary team, missing stationery, absent or insufficiently functional information and communication means or inability to implement action plan from multidisciplinary meeting in practice due to insufficient capacity of the service in the region (Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015). Nowadays, when meetings often take place online, travel costs and the room in which work normally takes place in a multidisciplinary team are reduced.

Factors of efficiency of multidisciplinary teams

Several important factors, which relate to the personnel, legislative, procedural, organizational or material aspects, contribute to the effectiveness of the work of the multidisciplinary team itself. The facts that are also perceived as preconditions for multidisciplinary cooperation also become these factors. Thus, in the process of functioning of a multidisciplinary team, they appear before the initiation of cooperation, but also as factors increasing the collaborative process in the team itself.

The MDT-OARS (Observational Assessment Rating Scale) Multidisciplinary Cooperation Effectiveness Methodology (Taylor et al., 2012) works with 86 items involved in the effectiveness of a multidisciplinary team, which are divided into five large groups: team level, material security, the area of logistics and the organization of multidisciplinary meetings, the level of the decision-making process and the area of the multidisciplinary cooperation process.

1. Factors at the team level

a) attendance - the presence of relevant and key team members at the team meeting.



b) management - talks about moderating team meetings, where the following facts are important:

- compliance with the agenda of the meeting,
- promoting the active involvement and participation of members,
- support for targeted discussion,
- formulation of recommendations.

c) teamwork and team culture - where they are important:

- participation and involvement of relevant team members - this is linked to the activity and appropriate involvement of these members; with the fact that not one or only two persons will dominate; with the voluntary opportunity to enter into communication, including asking questions; with the contributions of the participants stimulating the decision-making process and / or bringing relevant information to the discussion and with the consensus in making decisions, the relationship of team members among each other - in this case, variables such as the presence of humor, a positive and relaxed group atmosphere, accepting and supporting team relationships and a friendly cooperative way of interaction are monitored,
 - mutual respect - which includes paying sufficient attention to the process and team members, respect for team members, avoiding parallel lines of communication alongside the main one, expectation and positive evaluation of relevant contributions of team members and the absence of negative tension or conflict,
- d) personal development and education - this area includes communication about science-based evidence and learning situations.

2. Material provision of the meeting

a) meeting place - in this case these parameters are judged:

- a reasonably large meeting room due to the number of team members,
- seat layout allowing each team member to gain insight into the materials,
- sufficient seating space for each team member,
- room with suitable physico-chemical conditions such as lighting, temperature, noise, air quality, etc.



b) use of information and communication technologies (ICT) - availability of ICT equipment for viewing all materials (an effective solution is to have more screens / monitors available).

3. Organization and management of the meeting process

a) meeting preparation - includes requirements such as:

- meeting program - together with relevant materials for the meeting, including their availability,
- in complex resp. difficult cases - setting priorities - which are included in the agenda of the day with enough time for their discussion.

b) organization of the meeting - where variables such as:

- client file - availability of relevant client file information during the meeting,
- presentation of the client's story - a comprehensive, clear, transparent and concise description of the client's or family's difficult life situation.

4. Implementation of the decision

a) client or family in the center of attention - the team's decision is made with regard to the characteristics of the individual or family (socio-demographic variables, comorbid difficulties, psycho-social needs, wishes and expectations of the client or family and preferences of their loved ones involved in the care process),

b) care plan - where clarity of the care provided, including stepping, is necessary.

Perceptions of effective performance factors may vary between researchers. Evans et al., (2019) organized the variables determining the performance of a multidisciplinary team into five main components:

1. Team organization and management - which includes factors such as team leadership, team member competencies, decision making and risk management.

2. Meeting planning - which is divided into phases before, during and after the meeting.

3. Connection of clients with team members - which includes variables such as clients' approach to team members, client communication with team members, information and education of team members and client characteristics.

4. Data collection and analysis - which includes the actual data collection, monitoring and evaluation of data, ensuring the quality of data and their system integration and conducting a survey or research.



5. Material and personnel provision - which includes the technical and material equipment of the team, the provision of a coordinator for multidisciplinary meetings, the provision of a coordinator for client care, data management from the client and from the team meeting.

A meta-analysis of projects addressing the success of multidisciplinary teams, conducted under the supervision of the National Health Service (NHS, 2018), revealed seven key efficiency factors:

1. Client or family-oriented care - an important component for successful multidisciplinary cooperation is the inclusion of clients' ideas in care planning. According to studies, failure to take their wishes into account leads to prolonged care (Shaw, Rosen, Rumbolt, 2011). Clients should also be able to navigate through the care system, which is aided by the function of case manager (Cameron et al., 2012). Another important aspect is the involvement of communities in the organization of multidisciplinary team processes, where they could submit proposals and provide feedback (Cameron et al., 2012; Suter et al., 2009). It can be assumed that clients will be interested in participating in a time-efficient, flexible and prompt service. A multidisciplinary team should take into account the expectations of clients, even though they may differ from the interests of the institution or municipal policy (Cameron et al., 2012).

2. Physician involvement - An analysis of theoretical resources on the principles of successful integration of client care systems, developed by Suter et al., (2009), concluded that physicians at all levels of the system need to be effectively involved and their design competencies taken into account. organization and implementation into integrative efforts in client health care. This includes the involvement of GPs in the work of multidisciplinary teams. Research has shown that a key factor for the success of integrated client care is its provision outside hospital facilities.

3. Shared goals and expectations - Successful multidisciplinary collaboration requires clear, realistic and achievable goals that are understandable and acceptable to all team members, including clients or entire families as well as their loved ones. Several studies have found that team members often do not understand their exact roles and responsibilities or lack a shared assessment of the goals and objectives of a multidisciplinary team (Erens et al., 2016; Goodwin et al., 2013; Madge & Khair 2000). This has also led to problems in non-compliance with



referral processes to other institutions, which have become unjustified and have delayed the care process.

4. Shared information technology and access to client or family data - research has found that the success of multidisciplinary collaboration depends on reliable information systems for rapid communication between sectors and organizations and within multidisciplinary teams, for example using a single client or family record with collected information from multidisciplinary meetings. To facilitate communication between team members and, where appropriate, care providers, the information must be accessible from any point in the care system. Quality information systems also increase sufficient storage capacity as well as the flow of information. In addition to client or family data management, client registration and planning coordination throughout the care system should be available. It is also important to monitor progress in the implementation of new ways of working, which also involve high financial costs. This requires information systems that facilitate effective data management and monitoring of the activities and results of the multidisciplinary team. The ability to integrate information on the course of care provided and the financial costs of that care is considered essential to monitor economic efficiency and to facilitate service planning. Electronic client or family records support the networking of team members, reviewers and service providers within the continuum of care and the networking of the provision of relevant information to these stakeholder groups. However, the development and implementation of integrated electronic systems is time consuming, complex and costly, which is an obstacle in the implementation of this factor in practice. Other barriers are poorly designed electronic information systems; lack of a clear financial plan; lack of shared ICT communication rules; insufficient training and activation for service providers to participate in ICT sharing; insufficient technological security and inefficient leadership in relation to the use of ICT (Suter et al., 2009).

5. Tuning experts from different specializations, cooperation and joint decision-making - studies have shown that barriers arising from different specializations of experts are one of the key challenges of multidisciplinary cooperation. Research has highlighted differences between health and social care providers or between doctors and other professionals, which contribute to the failure of integration efforts. The studies also identified the so-called "urgent care package of opinions" that places the hospital at the heart of the integration process as a key barrier to interdisciplinary collaboration (Hibbard, 2004 in NHS, 2018; University of Birmingham 2010). For multidisciplinary collaboration and collaborative efforts to work, team



members must be able to put the interests of clients ahead of their own interests and be prepared to work in a variety of ways. A meta-analysis of integrated care pilot programs in England has shown that some projects have failed due to the professionalism of a team member or due to a lack of teamwork (Robertson, 2011). The importance of effective co-operation was also emphasized in the Royal Fund Report 2013. Until the benefits of the new ways of working are realized, a long-term commitment to co-operation is important to overcome this initial frustration (NAO, 2017). Shared responsibility and decision-making are extremely important for multidisciplinary teams. All team members are responsible for the positive change of the client or the whole family, and therefore must have the opportunity to express their views on the provision of care. Appropriate team management mechanisms and labor standards must be put in place in multidisciplinary collaboration to ensure this process (McKinsey, 2014 in Carter et al. 2014).

6. Community implementation and work at regional level - a common location in the region is considered an important element of multidisciplinary work, promoting informal contact, increasing mutual understanding, faster and easier communication, effective problem solving and effective learning outside professional care (Ling et al 2010). Based on evaluations of more than thirty community interventions designed to reduce emergency admission in hospitals, the importance of the multidisciplinary team as structures with different communication channels that effectively transfer information across team boundaries has begun to be promoted (Bardsley et al. 2013). Meta-analyses of successful multidisciplinary projects have shown that co-location of services has fostered interprofessional cooperation and relationships between providers. This was mainly because, together with frequent team meetings, the use of electronic information systems and the proximity of regional services, this ensured effective communication between different providers and professionals (Suter et al., 2009).

7. Targeting high-risk populations - this requirement is met through risk stratification, active case detection and effective risk population identification. In order to achieve efficient service delivery, the activity of the multidisciplinary team should focus on capturing people from the risk population category.



The National Cancer Action Team (National Cancer Action Team - NHS, 2010) has developed a very consistent and well-formulated categorization of the factors involved in the effectiveness of a multidisciplinary team.

1. Team

a) membership in the team - to fulfil the content of this component, all experts who, due to their expertise, fall under the complex issues addressed must be represented in the team. Each team needs its coordinator, who during the team meeting sits in a place where they can be heard and seen well. The team should have an alternative for each expert in their absence and each team member should have the required qualifications.

b) attendance of team members - a trip to and from the meeting of the multidisciplinary team should be included in organization of working time of each team member, as well as the time spent on the meeting and in preparation for this meeting. The necessary time is organized individually regarding the issues addressed. Team members must be present at the meeting whenever their suggestions are needed. In exceptional cases, the team may agree to accept the presence of a replacement member in the absence of a key team member. The decision-making criterion is to ensure the risk-free nature of the proposed recommendations. Efforts should be made to secure those professionals who work directly with the client or the whole family. The absence of key team members should be translated into team evaluation by their team management. Keeping attendance records, even with times, helps to increase the participation of members. Anyone who participates in the team even just once as a sit-off person should be introduced to the team members and signed in the attendance list.

c) team management - each team has an appointed leader or chairman (it can also be one person) who are responsible for the organization, logistics and management of the team.

- chairman: is responsible for the organization and conduction of the multidisciplinary meeting. They should have developed the following competencies - meeting organization, active listening and communication, interpersonal relationship management, managing diversity of personality types and interpersonal conflicts, constructive dialogue, facilitating effective consensus decision-making, time management. Their tasks in the multidisciplinary team include preparation and affirmation of the program with the multidisciplinary team coordinator, ensuring the quorum of the meeting, ensuring discussion of all important points and setting priorities, ensuring active participation of each member in the discussion, ensuring focused and relevant discussion, ensuring smooth dialogue, support dialogue with the client or



the whole family in a difficult life situation, ensuring a dialogue on the care plan and its completeness before opening a discussion on a new topic, providing minutes or making a record about the client or the whole family, providing clear and complete recommendations that will be available to clients or the whole family .

- leader – they can also be the chairman of a multidisciplinary team, but they have wider competence than leaders, who are not limited just to team meetings. The leader is also responsible for managing the team (its goals, importance, expectations of team members, etc.), for ensuring the comprehension of the role of each team member, for financing the team, including finding resources of this financing and for ensuring a favorable social atmosphere.

d) teamwork and culture - each member has formulated role and competencies, which are also included in his work plan. To ensure this factor, it is important that the team agrees on standards of conduct that consider mutual respect and trust between team members, equal space for all members, conflict resolution between team members; the promotion of a constructive dialogue, the absence of personal interests and the ability to ask for and provide explanations when something is unclear. Each member of the team is involved in sharing knowledge and best practices.

e) personal development and training of team members - team members are identified with the need for continuous training and are supported to add new knowledge and skills to achieve the tasks for which they are responsible. The organization of the team creates opportunities for sharing information and experience. There are courses available for each member to develop the competencies needed to participate in a team - team leadership skills, communication skills, time management, self-confidence and assertiveness, use of ICT equipment and software. There is a position in the team that provides training courses for the team.

2. Material and technological provision of the team

a) meeting space - the multidisciplinary team has a room in a suitable (quiet) place with a soundproofed building to ensure confidential information. The room is large enough for the number of team members, each member has a seat, and all members can see each other, hear and have access to the materials presented.

b) ICT equipment - its availability and operability - to meet this requirement, access to display devices for less typical client records (e.g. paper documents), connection to important systems and databases, access to projection devices to provide insight for recorded goals and



procedures for all team members and connection to communication facilities that also allow for distance participation in the meeting are important. All organizations participating in a multidisciplinary team have the same level of ICT equipment that is reliable and of high quality and meets minimum requirements (such as data transfer standards, image quality, bandwidth - image loading speed, discussion timeout, compatibility between organizations). ICT equipment is constantly innovated regarding technological requirements. The multidisciplinary team has ICT support available during the meeting, as the quality of ICT contributes to the efficiency of decision-making.

3. Organization of meetings and logistics

a) time schedule of team meetings - the multidisciplinary team meets regularly at pre-determined hours that suit each team member and do not intersect the running of any of the participating organizations.

b) preparation for team meetings - to ensure this component, it is necessary to have established processes that would ensure the opening of the case of the client or the whole family at the team meeting - e.g. each client of the institution resp. only high-risk clients. It is also necessary to set the maximum time in which the client or the whole family gets into the care of the team. At the same time, the organization of the team should be flexible enough to prioritize an emergency. The schedule for opening cases should consider the adequacy of the time given the seriousness of the issue and should also be guided by the need for the presence of individual team members in the dialogue. Before the team meeting, a structured program or a list of clients will be sent. The team should also have set minimum requirements for a set of information about the client or the whole family that will be available to team members before the meeting (anamnestic data, diagnostic reports, attitudes and expectations of the client or the whole family). Each team member should be notified of these minimum requirements.

c) organization of team meetings - before the dialogue begins, it is clear why the client or the whole family is being discussed and who initiated the inclusion of these clients. Subsequently, all relevant information that complies with the minimum data set requirements is presented. The emphasis is on the team having to hear all the information that is relevant to making effective recommendations. Before the team meeting, important materials about the client or the whole family should be checked for timeliness and relevance. Recommendations are recorded during client or family care planning (preferably with the possibility of presentation to team members), including any ambiguities or disagreements in the



recommendations. During the meeting, the client or family file is supplemented with important and up-to-date data to prevent slowing down further communication. For some teams, it may be helpful to collect this data before the meeting and they are only checked and evaluated during the meeting. Mobile phones should be turned off during the meeting or the caller leaves the room. Facilitation and coordination are important for the proceeding of the meeting.

d) coordination of services after a team meeting - to fulfil the content of this factor, it is essential to establish processes of communication with clients or entire families and other important persons involved in care, about the team's recommendations. It is important to record clients' information needs, evaluate them regularly and meet them. It is also important to ensure the implementation of the recommendations in practice and to inform the team about the implementation of measures. Another important task is to set up the sending of clients to other organizations, such as the institution to which the multidisciplinary team belongs. Monitoring the use of client care services will help evaluate the process and ensure the efficiency of service delivery. After the team meeting, those data can also be added to the record of clients who did not manage to fill in during the meeting.

4. Client-oriented decision-making process

a) goal of team cooperation - this factor includes internal mechanisms for identifying individuals or entire families whose difficulties will enter the team's discussion. Equally important are the criteria for sending clients or families to the multidisciplinary team, which should include information on the characteristics of the individuals and families that the team can discuss, the characteristics of their difficulties that can be discussed, and the nature of the information the multidisciplinary team needs. to its work and the nature of the situation when the multidisciplinary team sends clients to the care of other experts or institutions.

b) client-centered care - each individual or family is informed that their topics will be discussed in a multidisciplinary team and that they will be informed of the results and recommendations with a specific deadline for the transmission of this information. The expectations and needs of individuals or the whole family are included in the team discussion and are tied to the work of one team member. The team also appoints a case manager of the individual or the whole family and a member of the team (he can also be a case manager), whose task is to inform clients. Information is presented to individuals or families because of their ability to adequately understand them, their needs and their ability to make an informed decision about the care process.



c) decision-making process - it is essential for the decision-making process that information about clients is collected in one place and that it is available to each member. During the team meeting, all information is presented mainly so that team members can make a rational and informed decision. The team considers all options for clients, even those that cannot be provided at the regional level. The team has all the professional data at its disposal, which includes information on the suitability of the proposed care for the team's clients. Standard treatment or care procedures are introduced into the decision-making process. Socio-demographic characteristics of clients as well as comorbid difficulties are taken into account when making recommendations. A holistic, bio-psycho-socio-spiritual approach is always taken, taking into account the needs and wishes of clients. The decision-making process results in clear and concrete evidence-based recommendations focused on the needs and wishes of clients in accordance with standard care procedures. If the recommended procedure changes from the standard procedures, the reasons for this deviation must be recorded. Team decisions can only be as good as the quality of client data available to the team. Therefore, it is necessary to record information about missing data. In case it is not possible to make recommendations due to incomplete data or if new and relevant information emerges after a team meeting, clients should be re-discussed. Recommendations are always communicated with the client by a specific team member. The team also collects socio-demographic data on clients when discussing clients to ensure equal access to care.

5. Team management

a) organizational support - the institution to which the multidisciplinary team or at least one of its members belongs officially supports the team meeting and the multidisciplinary cooperation model as a tool for quality and effective care and supports its adequate financing. Every year, the work of the team is evaluated, and the issues of operation are addressed.

b) data collection, analysis and evaluation of results - the multidisciplinary team has a tool to record, collect and store information, including key data, that have been involved in team decisions and are recorded before, during or immediately after the multidisciplinary team meeting. The data is analyzed and thus recovered for the learning process. The multidisciplinary team participates in both internal and external audits and offers proposals for change for process efficiency. The team also works on the basis of evaluation of work results but also on the basis of client feedback.



c) care management - the purpose and content of the multidisciplinary team's activities are clearly defined at the internal level of the institution and instructions for the team's operation, its organizational structure is written, including member competencies, cooperation standards, change management in practice and communication with clients. The external partners of the multidisciplinary team can offer feedback to which the team should respond. The guidelines of the multidisciplinary team organization should be reviewed at least once a year. The team should have mechanisms in place to record deviations from the proposed procedures resp. to capture the side effects of the proposed care. The team also has strategies in place to eliminate discussions with clients where there is insufficient information and to provide the service to as many possible clients as possible. The multidisciplinary team uses best practices to collaborate and discuss problem areas of collaboration. The team should be registered in the national resp. transnational network of multidisciplinary teams and a team representative participates in the meetings of these communities. The team should also have strategies in place to capture inconsistencies between another team's and own recommendations and suggestions, as well as to regularly evaluate ensuring equal access to care for its clients. The multidisciplinary team itself or its founding institution evaluates the team's effectiveness at least once a year and the performance is compared with other teams operating in the same field.

Roles, tasks and competencies of multidisciplinary team members

In practice, there are several models of functioning of multidisciplinary teams, which differ in structure or hierarchy. These depend on the country or department in which the team operates, as well as on its goal, importance and area of the issue. Specific examples of team models will be presented in the chapters "Models of multidisciplinary team functioning" and "Examples of good multidisciplinary practice". This chapter summarizes general information about team roles, including their defined roles and competencies.

Roles and competencies in teams are also determined by the hierarchy in the team. The basic organization of the team includes vertical and horizontal organization. With a vertical team layout, the degree of responsibility and decision-making power varies between team members. In a multidisciplinary team, a leading member can act, who can play this role from



the team (as per the National Cancer Action Team - NHS, 2010), or from the position in the institution to which the team belongs (e.g.: consul, case conference at Social and legal protection body for children) (Metodika multidisciplinárnej spolupráce, 2015). The team leader not only provides a coordinating and facilitating role, but also leads the team by aligning the goals, importance, expectations of the team members, ensuring the understanding of the role of each team member and procuring team funding, including finding resources of this funding (National Cancer Action Team - NHS, 2010). In addition to the position of leader, there can also be several team members in the vertical organization (most often 3-5), who are key in solving the case of the client or the whole family due to the nature of the difficulties. As a result, they take on more authority in setting the goal of the team's discussion and recommendations, but at the same time they take on more responsibility than other team members (Morlion et al., 2013). Horizontal team organization is a model of teamwork where team members are equal and do not try to maintain power. Horizontality is also maintained by the team leader, but their position differs from that in the vertical structure in that he does not impose collaborative and dialogical principles among team members from a dominant position, but from an equal position (Majetný et al., 2019).

The organization of a multidisciplinary team begins with the initiative of a team member who would like to take over the topic of clients in the form of a multidisciplinary team. It can be the attending physician or another worker from the helping professions (often a case manager) or from the field of education. In some models of multidisciplinary teams, it may be another competent person who intervenes in influencing a positive change in the family (e.g. prosecutor, judge, member of the police force, etc.), or it may be the client himself or his guardian. The person or team member who brings the topic of the client or the whole family to the team is called the caller (Majetný et al., 2019).

The preparation and organization of the team is then taken over by the coordinator, who obtains the necessary information about the client or the whole family, including telephone contacts. He gradually obtains information about which important people should be present in the team and tries to invite them to cooperate by explaining the importance of a multidisciplinary team. The coordinator's role is also to find a suitable meeting place and time that suits each team member, if possible. A group of people who take part in caring for and influencing positive change in clients or entire families and who are also present at a multidisciplinary team meeting is called a "narrower team". Experts or other significant people



entering the change process with clients who have not been able to participate in the team for any reason are called "broader team". Given his tasks, the position of coordinator requires well-developed communication and organizational skills. His role is to overcome barriers in initiating cooperation (especially psychological ones) and to cooperate with the facilitator of the multidisciplinary meeting, which will arrive at the team meeting. The coordinator should be able to maintain insight into a narrower and broader team involved in caring for the individual or family, obtain feedback from participants in the multidisciplinary meeting, and share it with the facilitator (Majetný et al., 2019).

The role of coordinator is therefore more of an administrative nature, with the position of facilitator relating to the organization of the process during a multidisciplinary meeting and being of a highly relational nature. During the meeting, the facilitator will present the case, ensure the fluidity and effectiveness of communication, agree on goals, propose solutions and create the final version of the support plan. The facilitator is thus not involved in the case itself but shifts the process and directs the discussion of the multidisciplinary team towards the agreed goal. The facilitator balances the diversity of team members in the meeting process and involves them in cooperation and dialogue. In addition to the guide function, the facilitator also holds a motivational function through focusing on the goal, evaluation or monitoring of physiological processes. With appropriately asked questions, they encourage focus on goal and activity, can lead negotiations between different perspectives, anticipate and overcome team fatigue and tension, lead potential conflicts to a constructive solution, and are responsible for maintaining the main topic. It is helpful if the facilitator appreciates the efforts, ideas and progress of team members and the team, emphasizes technical clarity and guards the application of ethical principles and values of multidisciplinary during the meeting (Majetný et al., 2019; Matoušková & Vrabcová, 2015 Wilkinson, 2011 in Majetný et al., 2019).

Case management is the dominant approach in implementing a multidisciplinary approach to the care of individuals and families. For the implementation of multidisciplinary in practice, it is necessary that each client resp. the family had one specific team member as their key manager. However, it is important for an individual or family to know that they are not just a client of one particular key employee, but a client and part of the whole team. The case manager is another legitimate member of the multidisciplinary team and in practice helps to implement the recommendations as well as coordinates them. They do not hold any other expertise and aim to ensure that the services used by the individual or family are efficient and



interconnected. The case manager meets directly with the family, often in their household, establishes a close, personal, supportive relationship with the family and helps to integrate the care into a meaningful and functional unity in an informal atmosphere. The case manager can also be a support and a mediator for increasing the availability of services for an individual or a family (Majetný et al., 2019; Methodology of multidisciplinary cooperation, 2015)

The role of coordinator is therefore more of an administrative nature, with the position of facilitator relating to the organization of the process during a multidisciplinary meeting and being of a highly relational nature. During the meeting, the facilitator will present the case, ensure the fluidity and effectiveness of communication, agree on goals, propose solutions and create the final version of the support plan. The facilitator is thus not involved in the case itself but shifts the process and directs the discussion of the multidisciplinary team towards the agreed goal. The facilitator balances the diversity of team members in the meeting process and involves them in cooperation and dialogue. In addition to the guide function, the facilitator also holds a motivational function through focusing on the goal, evaluation or monitoring of physiological processes. With appropriately asked questions, it encourages focus on goal and activity, can lead negotiations between different perspectives, anticipates and overcomes team fatigue and tension, leads potential conflicts to a constructive solution, and is responsible for maintaining the main topic. It is helpful if the facilitator appreciates the efforts, ideas and progress of team members and the team as a whole, emphasizes technical clarity and guards the application of ethical principles and values of multidisciplinary during the meeting (Majetný et al., 2019; Matoušková & Vrabcová, 2015 Wilkinson, 2011 in Majetný et al., 2019).

Other positions in the team concern the involvement of important professionals who contribute to positive life change with their clients. The most common employees are the Ministry of Health employees (doctors, nurses, physiotherapists, psychologists, ...), social affairs (educator, curator, collision guardian, field social worker, social pedagogue, ...) or education (class teacher, school principal, school counselor). Among the members of the multidisciplinary team, there are also priests or experts in the field of law (Kodymová, 2015; Majetný et al., 2019). The composition of multidisciplinary teams also depends on the standards of care provided, where it is possible to determine exactly which professions and with what commitment they should participate in the multidisciplinary team. For example, in hospice palliative care, it is recommended to have in a multidisciplinary team of three doctors of different expertise and qualification level with a total time of 2.33, one doctor of the institutional



emergency service with a part-time of 0.2, eleven full-time nurses, of which three head / station nurses, Fifteen nurses, a 0.2 part-time nurse, a 0.2 time psychologist, one full-time social worker and a part-time priest (Palliative Hospice Care Standards, 2007 in Dolanová, Adamicová, 2013). For the qualifications of members of a multidisciplinary team when working with clients with a mental disorder, it is recommended to have a doctor (preferably with a psychiatric certificate), a nurse, a social worker, a psychologist and an occupational therapist (Woody et al., 2018).

Some of the models of multidisciplinary teams include clients or the whole family among their equal members. Other important family members (eg grandfather, godmother, ...) or close people from the family who are also involved in caring for or influencing or supporting positive change in clients (eg coach, leader, worker at work, ...). The advantage of these models is that clients can enter the formulation of goals and recommendations for care that would consider their needs, desires and motives. An equal position in the team subsequently activates them more in adhering to the proposed methods of care and supports their self-regulation (Majetný et al., 2019).

The role of coordinator is therefore more of an administrative nature, with the position of facilitator relating to the organization of the process during a multidisciplinary meeting and being of a highly relational nature. During the meeting, the facilitator will present the case, ensure the fluidity and effectiveness of communication, agree on goals, propose solutions and create the final version of the support plan. The facilitator is thus not involved in the case itself but shifts the process and directs the discussion of the multidisciplinary team towards the agreed goal. The facilitator balances the diversity of team members in the meeting process and involves them in cooperation and dialogue. In addition to the guide function, the facilitator also holds a motivational function through focusing on the goal, evaluation or monitoring of physiological processes. With appropriately asked questions, it encourages focus on goal and activity, can lead negotiations between different perspectives, anticipates and overcomes team fatigue and tension, leads potential conflicts to a constructive solution, and is responsible for maintaining the main topic. It is helpful if the facilitator appreciates the efforts, ideas and progress of team members and the team as a whole, emphasizes technical clarity and guards the application of ethical principles and values of multidisciplinary during the meeting (Majetný et al., 2019; Matoušková & Vrabcová, 2015 Wilkinson, 2011 in Majetný et al., 2019).



Other positions in the team concern the involvement of important professionals who contribute to positive life change with their clients. The most common employees are the Ministry of Health (doctors, nurses, physiotherapists, psychologists ...), social affairs (educator, curator, collision guardian, field social worker, social pedagogue ...) or education (class teacher, school principal, school counsellor). Among the members of the multidisciplinary team, there are also priests or experts in the field of law (Kodymová, 2015; Majetný et al., 2019). The composition of multidisciplinary teams also depends on the standards of care provided, where it is possible to determine exactly which professions and with what commitment they should participate in the multidisciplinary team. For example, in hospice palliative care, it is recommended to have in a multidisciplinary team of three doctors of different expertise and qualification level with a total time of 2.33, one doctor of the institutional emergency service with a time of 0.2, eleven full-time nurses, of which three head / station nurses, Fifteen nurses, a 0.2 part-time nurse, a 0.2 psychologist, one full-time social worker and a part-time priest (Palliative Hospice Care Standards, 2007 in Dolanová, Adamicová, 2013). For the qualifications of members of a multidisciplinary team when working with clients with a mental disorder, it is recommended to have a doctor (preferably with a psychiatric certificate), a nurse, a social worker, a psychologist and an occupational therapist (Woody et al., 2018).

Organization and planning of a multidisciplinary team meeting

The very initiation of a multidisciplinary meeting in the form of planning and organizing a team meeting is just as important as the course of the meeting or the process after the meeting. All three parts of the process form part of one whole, which, without each part adequately implemented, would not be able to bring creativity, innovation, efficiency and support of humanistic principles into practice.

In practice, multidisciplinary teams meet either regularly or their meetings depend on the arrival of clients with specific needs or characteristics. Likewise, teams can belong to one institution under which all team members work, or team members can come from different institutions or departments, even from different regions. Some team members may have a meeting included in the work plan, other members may not. It is important to harmonize all



these aspects and include them in the planning of the meeting, which is often a complicated task. For this reason, each multidisciplinary team has its own coordinator.

As mentioned in the previous chapter, the planning of a multidisciplinary team meeting begins with the initiative of a team member who would like to take over the topic of clients in the form of a multidisciplinary team. The preparation and organization of the team is then taken over by the coordinator, who obtains the necessary information about the client or the whole family from the client, including telephone contacts and evaluates whether the client or the whole family with its characteristics and needs falls within the focus of the multidisciplinary team. Subsequently, the coordinator contacts important experts or family members, whom they motivate to attend the meeting by phone or in person. They are also asked about other important people from the ranks of experts as well as family members or other close persons of clients. Depending on the place of residence or profession, the coordinator then looks for a suitable place. He also tries to find out as many suitable dates as possible from the team members. The team meeting place must meet the material and spatial conditions and must be suitable for each member. It may happen that the client's negative experiences with a certain institution and thus with its building as its registered office may create a barrier for future cooperation. Therefore, it is beneficial if the coordinator also asks the team members for ideas for the spatial possibilities of the meeting. Another variant of the organization is a team that meets regularly within one institution, where the organization of the team is easier due to the well-established time schedule aligned with individual work schedules and secure room (Majetný et al., 2019, National Cancer Action Team - NHS, 2010).

Some multidisciplinary teams deal with only one client or family during one meeting, some deal with several. Therefore, it is important that the time schedule of the meeting considers not only the mental hygiene requirements of each team member, but also the severity, complexity or urgency of the case. The sequence of client counselling should also reflect the necessary presence of specific experts, so that, for example, a member of the team does not have to be in the discussion of a case that is not in his or her care. Each team member will receive a structured program before the meeting, including a timetable, as well as materials collected by the coordinator about clients and requirements for preparing for the team meeting (National Cancer Action Team - NHS, 2010).



Multidisciplinary team functioning processes

The individual components of the processes that take place in the multidisciplinary team during the meeting have already been mentioned in the chapter on the conditions of operation and the efficiency factors of multidisciplinary teams. At this point, selected ways of managing processes in the team that maintain the principles of multidisciplinary (collaboration, equivalence, sharing, common goal, ...) in the team's work will be presented.

Many approaches emphasize building relationships between team members as a priority in leading multidisciplinary teams (eg Jacobs, 2010; Majetný et al., 2019; Schoenmakers, 2014). This approach is applicable through appreciation, building alliances and common goals, and applying collaborative and dialogical principles. The biggest challenge in applying this approach is to change one's mindset through their attitudes and expectations. There are two basic modes of this setting - focus on the problem and focus on the appreciation. The principle of problem-solving work initiates the work of the team in the emergence of the problem, where the problem trigger is identified, the causes of this trigger are analysed, then solutions are created, which are transferred to the action plan and then into action in practice in a difficult life situation. However, the principle of problem-solving work can keep the team members' mindset in "man has a problem, family has a problem, team has a problem" mode. However, in practice, a solution-oriented approach often brings an efficient and fast way of working for a team. Ben Furman and Tapani Ahola (2017) identified key areas of cooperation and proposed a model of a double star called Twin Star. This model offers a theoretical framework for developing teamwork based on a solution-oriented approach and knowledge of social psychology. One star focuses on areas that are useful to develop, and the other star includes areas that can cause cooperation difficulties and need to be managed effectively. All these factors are important for mental well-being and satisfaction in the team. "The most important factors that bring a positive experience of belonging are appreciation, experience of success, caring for others, fun and humor. The main problem points that threaten team satisfaction are discussion of problems, giving and receiving criticism, experience of injury and various failures and obstacles." (Furman, Ahola, 2017, p. 18).

An appreciation-oriented approach (Schoenmakers, 2014) begins with appreciating and understanding the best and most functional from the work of a team or from the life of an individual or the whole family. Subsequently, there is room for visions that include what may



be in the future, what could be pursued, and then there is a dialogue about what can be achieved and how. The result is innovation with a formulated approach to achieving it. The appreciation-oriented approach maintains the "man has resources and solutions, family has resources and solutions, and team has resources and solutions" setting in team members. In practice, this approach includes knowledge philosophy, change management methodology, team leadership, human development techniques, detection and identification of mechanisms that support human potential, and an organization-wide development method that includes the assumption that focusing on dialogue is strengths, achievements, values, hopes and dreams are in themselves transformational. There are several rules for putting this approach into practice:

- a) in every social exchange (interaction, relationship, situation) there is at least something functioning,
- b) what we focus on becomes our reality and there is infinite number of these realities,
- c) reality is created by a given moment and there are innumerable realities,
- d) the language we use creates our reality,
- e) the method of asking questions affects the result,
- f) people have more confidence in the future (unknown) when they transfer parts of the present (unknown),
- g) if we connect the past with the future, we should do it with the best parts of the past,
- h) it is important to appreciate differences.

In practice, the appreciation approach is based on several principles:

1. Constructivist approach - which understands any organization or group as human constructs. Belief in what is effective thus influences people's behavior and attitudes to change. Reality is subjective and socially shaped through the language we use and through the dialogues we lead. The way we get to know us affects our future.

2. The principle of simultaneity - which says that change begins the moment a question is asked. The very beginning of the questioning prepares the premise for what will appear or be revealed. From the answers to the questions, the future is conceived, discussed and finally constructed.

3. The principle of writing a story - is linked to the symbolism of people as open books and the organization of institutions or groups as co-authorship of these books. The



organization's past, present and future thus become an endless source of learning, inspiration and interpretation.

4. The principle of anticipation - focuses on the fact that behaviour in the present is influenced by the idea of the future. The more positive and promising the picture of the future, the more positive the current situation. The collective imagination of a favourable future thus becomes a source of constructing change and improvement for the group or organization.

5. The principle of positivism - is based on the fact that every successful change requires a high level of positive emotion. Experiencing these emotions improves a person's cognitive abilities, which translates into better strategic thinking, faster information readiness, increased creativity, faster decision-making and overcoming failures, and benefits overall health.

These principles are applied in building partnerships in groups or organizations so that the institutions (groups) move in the direction they focus on, and this should be the most positive potential of the organization - its positive core, which is the essence of the organization itself, namely collective wisdom members of the organization about the tangible and intangible strengths, capabilities, resources, potentials and assets of the institution. Thus, the organization should have a constant cycle of discovering and focusing on the best and most effective, presenting a positive future, designing feasible possibilities from this vision, then constructing the desired future and re-discovering and focusing on the best and most effective change. This cycle is called the 4D cycle (Discovery - Dream - Design - Destiny) (Schoenmakers, 2014).

The theory of tribal leadership captures the setting of thinking, expectations and attitudes, which also translates into the style of language used in the team, patterns of behaviour of team members and subsequently into the resulting efficiency of the multidisciplinary team (Logan et al., 2014 in Majetný et al., 2019). This theory deals with the five basic settings of the team member's mind, but also of the team as a whole:

Level 1 - "Life is worthless" - this setting involves distrust of the world and a sense of injustice and guilt. This way of thinking does not only affect individuals, but also whole groups, which are usually maladaptive, because frequent patterns of behaviors are dissocial manifestations in the form of theft, threats, etc. (e.g. gangs). According to the authors' research studies, 2% of the working population in the United States is at this level of mindset. In a multidisciplinary team in the helping professions, it is very unlikely that a member of the expert will meet this setting. More often, however, this setting is brought to the work of a

multidisciplinary team by clients or their loved ones. Tribal leadership theory offers opportunities to create collaborations mainly for the roles of coordinator and facilitator, where the rule is to offer each person a chance for a multidisciplinary team to serve and then continue with those who show interest. Through individual dialogue, it is helpful to move a person to the second level - "my life is worthless", to inform about the success of people who have been in a similar situation, or to mediate contact with a person who has experienced the service provided by a multidisciplinary team and evaluates it positively.

Level 2 - "My life is worthless" - The second level is a shift in one's thinking that he still considers his life to be "bad" but notices other people's "good" lives. According to the authors of the theory of tribal leadership, 25% of organizations in the USA are at this level. This setting mode is most often used in a multidisciplinary team by clients who do not want to come to the meeting due to distrust in a positive change, or who act passively, apathetically or negatively at the meeting. In this setting, appreciation, building and support in the development of dyadic relationships, motivation for feasible activities, where one can experience appreciation, is very helpful.

Level 3 - "I'm great (unlike you)" - is characterized by the fact that people feel like excellent professionals in their field, striving for success, but only on individual level. This setting usually leads to independent work, because one is not interested in participating with others in one's goal, because one does not trust them, or is afraid that they have become better than him. Such an approach can result in rivalry between professionals and a feeling of exhaustion. According to research, 48% of American institutions are in third grade. This setting can be encountered very often when initiating multidisciplinary cooperation. Sharing information can be threatening for team members with this attitude, or they can assert their views very strongly during the meeting and reject the attitude of other team members. This can result in an increase in competition and thus an increase in tension in the team (especially for members also in level 3) or inhibit activity and arouse fear and uncertainty (move team members to level 2). In practice, it also helps to repeatedly highlight the benefits of a multidisciplinary approach, name the qualities of each team member and inform about the success of other professionals who work with the multidisciplinary approach.

Level 4 - "we are amazing ... (unlike you)" - this setting is fully sufficient for multidisciplinary cooperation, as it involves teamwork, understanding the importance of shared wisdom, mutual cooperation and relationships based on respect and trust. In this setting, there



are 22% of organizations in the US. The role of the facilitator is to maintain this setting in the team, or to accompany the team to this level. The fourth degree has the disadvantage that teamwork within one group creates rivalry against another. This can be reflected in multidisciplinary cooperation of the second and third level - between teams from different organizations or departments (Methodology of Multidisciplinary Cooperation, 2015). It would be helpful to focus on the benefits of collaboration between teams as well, to appreciate the qualities of multidisciplinary teams from other organizations, and to create ways for each other to work together.

Level 5 - "life is great" - the last fifth level is characterized by cooperation and synergy between teams and organizations across departments. When set for the common good and global goals, rivalry and competition disappear. The authors of this theory describe two situations in which organizations may be at this stage - in breakthrough projects or in organizations in a very strong position, when the presence of other companies becomes irrelevant. In cooperation between multidisciplinary teams, it will help to formulate a common goal at the level of population health and to name the fulfilment of individual needs of the organization through cooperation with other institutions.

The "Wise Growth" communication management principle (SMART GROW) (Siderek, 2019 in Majetný et al., 2019) is used in the models of functioning of the multidisciplinary team "Meeting around the child". The initial phase of the dialogue is the search for a common goal (GOAL) that would meet the characteristics of SMART - specific, measurable, attainable, relevant to the task (compliance with the purpose of the multidisciplinary team) and time-bound, i.e. (trackable). Unambiguous goal setting based on horizontal priorities, which will be important for all team members, including the client or the whole family, will guide the entire communication of the meeting and thus the effectiveness of the resulting recommendations. The formulation of the goal is followed by a space for sharing views on the reality of each team member, where each expert as well as the client or the whole family describes their own understanding of the fact, which expands the context of the story. Subsequently, we work with finding options that would lead to the fulfilment of the goal. The last step in this process is to formulate concrete steps in the form of priorities for the activities that will create the action plan. This will facilitate the implementation of the recommendations in practice, their better coordination, efficient use of services and possible ongoing evaluation of results. Peter



Limbrick, author of the model "Team around the child" (in Majetný et al., 2019), summarized the content of the action plan in several points:

- a) formulation of desired results,
- b) clarification of whether it is the whole process of change or only the first phase,
- c) formulation of steps and responsible person (including clients),
- d) clarification of whether the members of the multidisciplinary team can also work independently or only under the institution,
- e) formulation of conditions and barriers to the implementation of steps,
- f) operationalization of the required state according to measurable variables,
- g) agreement on a possible next multidisciplinary meeting,
- (h) the persons who will have access to the action plan.

The further division of multidisciplinary team leadership approaches distinguishes between principles aimed at coordinating procedures and principles aimed at coordinating cooperation (Krnáčová et al., 2020). The rules developing the coordination of procedures focus mainly on achieving the objective and include:

a) client focus - coordination of professional procedures is initiated by identifying key professionals and other persons who can participate in a positive change of the client or the whole family. These people know each other, respect each other, accept the expertise and importance of being present in the team. The process considers the needs, wishes, perspectives of clients, even though they may differ from the professional ones. By revealing the individual needs and sharing of each member, a dialogue opens leading to the formulation of a common goal that leads to a positive change of clients.

b) complex approach - the specialization of each expert brings a deep insight into the understanding of a specific area in the dialogue. When these views are combined, a complex approach reflecting a human, holistic and humanistic approach will be created.

c) growth model - which is on the opposite side of the dimension to the deficit model. The growth model focuses on client resources and positive opportunities.

d) responsibility – common goal formulation, sharing ideas and knowledge, and creating a common plan disperses responsibility for change equally among all team participants, including clients.



The rules developing the coordination of cooperation concern, in the first instance, the promotion of the establishment and deepening of equal cooperative relations in a multidisciplinary team and their management. These rules include:

a) organization - affects the methodological procedures of work and meeting the standards at the level of process, content, performance and material and technical support,

b) value agreement - contributes to the importance of a multidisciplinary team, thus promoting cooperation,

c) psychological safety - the experience of respect and trust deepens the cooperation of team members,

d) cooperation - and its acceptance despite the abandonment of individualized approaches when looking at the client,

e) balance of professional roles - which is associated with the principle of horizontality (Majetný et al., 2019) and leads to the appreciation of the expertise of each team member,

f) care - which includes not only the support of positive cooperative relationships, but also the support of development activities for team members.

g) open communication - honest, understandable, shared and respectful communication deepens cooperation. It is also related to communication challenges such as constructive feedback, acknowledging the limits of your expertise and competencies, ...

h) social responsibility - the work procedures of the multidisciplinary team should be in accordance with current scientific knowledge,

i) reflection and supervision - in case of uncertainty or excessive tension in the teamwork process, it is appropriate to choose the process of intravision (team reflection from inside) or supervision (team reflection from outside). Both can provide insight into the processes and relationships in the team, which can make team failure or conflict situations a means of acquiring new knowledge,

j) evaluation - in order to maintain the effectiveness of the team, it is important to regularly re-evaluate the achievement of goals in cooperation not only with experts but also with clients in relation to their positive change.

Models of multidisciplinary team functioning



Values, relationships, systems and products are nowadays fast becoming obsolete and disposable, knowledge and technology have become more specialized and complex, requiring individuals to be more adaptable, flexible, creative, innovative and constantly and permanently come up with fast solutions. These characteristics of the so-called postmodern society have caused the reconstruction of the social life, systems and structures of the functioning of organizations. The helping professions also speak of a network of "learning organizations", which are adaptable and flexible to new ways of thinking and interacting, require "autonomous people" who deal with complex information, defend their own thinking and are able to think together, question and improve system requirements. We see them as "organizations where people are constantly expanding their ability to produce the results they really desire, where new and accepting patterns of thinking are stimulated and people are constantly learning how to learn together" (Senge, 2006, p. 37, Gorz, 2004; Harvey, 2007; Toffler, 1994 in Lucchi, Bianco, Lourenção, 2011).

For multidisciplinary practice, only limited characteristics of models and approaches have been selected for this chapter, which allow to find a logical scheme of building and managing team change. These are traditional and innovative methods of participation to achieve effective teamwork. Selected examples can inspire to build your own structure (mixture of change management models), according to your own needs or quality attributes. It is appropriate that the structure / mixture takes into account:

1. Effective involvement of the family network in the support processes of change.

Networks should be designed to promote good ideas, strengthen members' competencies, timeliness and uniqueness of the interventions in which they arise (Cross et al., 2010). When networks are set up to work together in multidisciplinary teams, they usually work with the help of mentors so that they can best mobilize their knowledge through joint learning. According to several studies, mentoring often stimulates team attention, autonomy and promotes integration in the client's inclusive environment (Nonaka, Takeuchi, 1997; Crossan, Lane and White, 1999; Choo, 2000, 2001; Garvin, 2002; Schwartz, 2003; Zietsma, Winn, Branzei and Vertinsky, 2002; Senge, 2006; Castañeda, Rios, 2007; Pérez-Acosta, 2005 in Lucchi, Bianco, Lourenção, 2011).

2. Qualification in the field of knowledge creation, acquisition, interpretation, transfer and storage. Deliberately modifying their behavior to reflect the new knowledge of the members of change, a clear idea of their goals, information retrieval

and their diverse analysis. This is a sensitive perception of differing views, where the dissemination of common ideas becomes part of an organizational memory that all individuals should have access to in order to ensure that they are maintained over time.

3. Linking “quiet” (individual) and explicit (group) organizational elements such as: individual / personal area, mental models of understanding co-created reality, interactive and participatory vision creation, ability to learn together, connection of disciplines, experiences - is systemic and nonlinear thinking. The interaction between silent and explicit elements forms team learning through processes: socialization, externalization, combination and internalization (Nonaka & Takeuchi, 1997 in Lucchi, Bianco, Lourenção, 2011).

The selected mix of examples reflects the experience of multidisciplinary practice, where it was necessary to 1. connect individual and group elements in the organization (represented by "Model 7S") and 2. effectively involve family networks in supportive processes of change (represented by "Informal Cooperation Networking Process"). Each of them brings a different type of team building and leadership. While the "Model 7S" is suitable for a more institutionalized form of team establishment, the process of creating informal collaboration networks aligns with the intuitive processes of a learning multidisciplinary network.

Also, as the “values” and “collaboration” themes are considered key to building and running multidisciplinary teams, we also provide two models that focus on them and can be useful for multidisciplinary teams: the Value-Based Practice Model and the Double Star Model for forming atmosphere of cooperation. The themes of values and cooperation are the cornerstones of effective support for our clients and their families, and if they are not addressed in the team, it will be difficult for us to establish value and ethically based cooperation focused on clients.

In addition to these mentioned models and approaches, which can serve as inspiration for building and developing multidisciplinary teams, it is possible to use other approaches and methods for their development, such as "action learning teams", "action research / research in action" as well as "appreciative inquiry" (AI). However, there are certainly other inspiring approaches that several other parties could write about.

Process model 7S

The model was developed in the late 1970s (Williams, 2017). The authors identified seven internal elements that need to be coordinated in the team for the coordination of transformational changes to be successful.

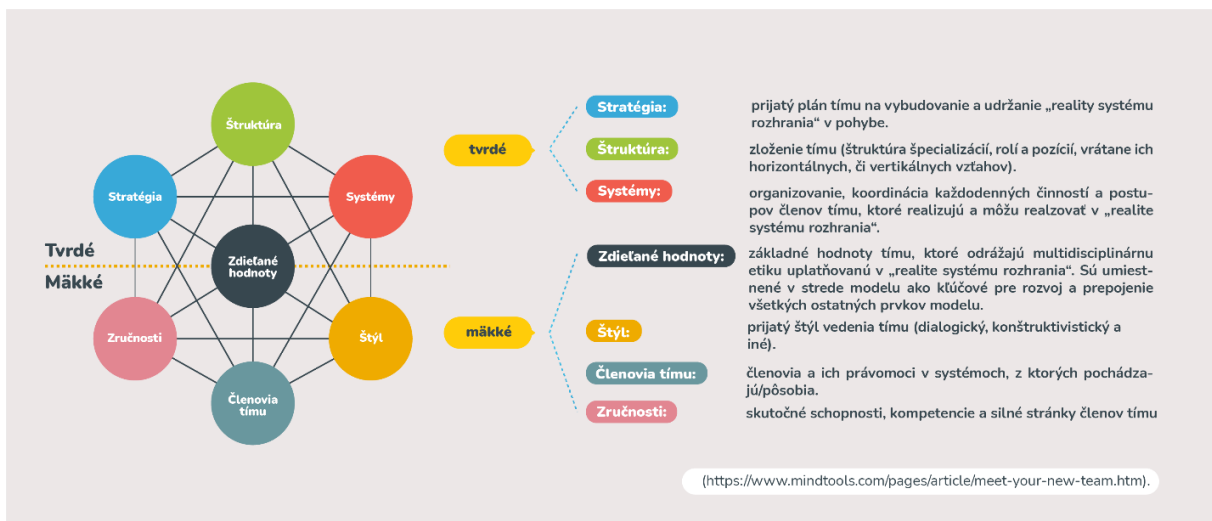


Figure 1: 7S model schema

Zdieľané hodnoty – *shared values* - core values of the team which reflect multidisciplinary ethics used in the “reality of system interface”.

Tvrde – **Hard:**

Stratégia – **strategy** - adopted team plan to build and keep the “reality of the interface system” in motion

Štruktúra – **structure** - team composition (structure of specializations, roles and positions, including their horizontal or vertical relationships).

Systémy – **systems** – organization, coordination of everyday activities and approaches of team member which they realize and can realize in the “reality of system interface”

Mäkké – **Soft:**

Štýl – **style** – adopted style of team leadership (dialogical, constructivist and other)

Členovia tímu – **team members** - members and their competences in systems they belong to/operate.

Zručnosti – **skills** - real abilities, competencies and strengths of team members

Defining shared values in client-centered care helps many organizations target the team support of helping professionals. For a multidisciplinary team to work well, these seven elements need to be constantly strengthened and balanced with each other. It is good to be aware of them together in the teams and to monitor their compliance with the organization where they work for a long time. The use of the model is appropriate in more formalized contexts, such as in connecting collaborating organizations from different support systems, where teams are formed under specific circumstances, needs and the client's story. Also, in a wide range of situations where the prospect of alignment is useful, or even as a diagnostic tool for sufficient stakeholder involvement (NHS North West Leadership Academy, 2021). For example, for a client of services provided by several departments at the same time. According to Williams (2017), new processes and a change in thinking can be brought to change management through this model.

Value-based practice

This section follows the topic of values. Balanced decision-making is important when looking for solutions in team collaboration, and values are the answer to how teams can prepare for this decision-making already in the building phase. The approach and model that contributes to this is value-based practice (VBP).

The source of information on value-based practice is The Collaborating Centre (2021), which deals with this topic in terms of theory, practice, education and research, especially in the field of health and social care. This center perceives the importance of multidisciplinary teamwork, and value-based practice is the key to human-centered care, and a multidisciplinary team is enhanced by its values. Cooperation and integration between services such as health and social care is more difficult to achieve, so in addition to several individual projects, the Centre has set up three programs to support the development of more integrated approaches in the areas of: public services; mental health of children and adolescents; and education.

Value-based practice (VBP) builds on the premise of mutual respect in promoting balanced decision-making within shared values that are complex or contradictory. VBP provides a framework and skills that should enable people to work in a respectful and sensitive way with the different values and perspectives that are present in their practice.

The VBP model describes a process that includes ten key elements: four key clinical skills, two aspects of professional relationships, three principles linking VBP with evidence-based practice, and partnership in decision-making.

Value Four key skills include:

1. Awareness of values includes an awareness of the diversity of individual values, an awareness of one's own values as well as the values of others, and an awareness of positive values (StAR values, i.e. strengths, aspirations and resources) as well as negative values (such as needs and difficulties). Paying attention to the language used is also a way of raising awareness of values.
2. Thinking about and justifying values in value practice is focused on broadening our value horizons rather than on (direct) deciding what is right. It is important to examine all the values present in the decision-making process.
3. Knowledge of values derived from research and experience.
4. Communication skills include skills for value assessment, conflict resolution and decision making.

Two aspects of professional relationships are key to VBP:

5. A practice focused on personal values is a practice that focuses on the values of the client and at the same time is aware of and reflects the values of other stakeholders, i.e. professionals, managers, families, etc. (this is important in mutual understanding and conflicting values).
6. Extended multidisciplinary teamwork is teamwork that draws not only on the diversity of skills represented by different team members, but also on the diversity of team values (this is important in identifying values in each situation and in finding a balanced decision on what to do).

Three principles linking VBP with evidence-based practice (EBP):

7. The two-feet principle: All decisions are based on two feet: values and evidence. Therefore, it is necessary to apply a procedure based on evidence and awareness of the client's values - i.e. "thinking about values, thinking about facts".
8. The Squeaky wheel principle: We tend to pay attention to values only when (like a squeaky wheel) they cause problems. In the case of value-loaded situations, it is necessary to focus on the values, but also on the relevant evidence with the application of cultural awareness.



9. The science-driven principle: Advances in science open new possibilities (and also bring diversity of values) and call for value-based as well as evidence-based practice, while strengthening their development.

Partnership:

10. Partnership in decision-making: Partnership in decision-making depends on consensus as well as on differences of opinion and disagreements. Consensus occurs when differences in values are resolved by accepting one or the other value. Sometimes, however, differences in values remain at stake to compensate once and sometimes in different situations.

Twin Star model for creating an atmosphere of cooperation

Another model that illustrates the key elements of the collaboration is the Twin Star Model. The Twin Star model of key areas of collaboration is brought by Ben Furman and Tapani Ahola (2017) in *It's Never Too Late for a Satisfied Team* publication. The authors practice a solution-oriented approach and illustrate key areas of collaboration on the Twin Star model.

One star consists of four areas that are useful to develop in terms of collaboration: appreciation, entertainment, success, caring for others.

The second star focuses on four areas that often appear and can cause difficulties in cooperation: problems, injuries, obstacles / mistakes / failures, criticism.

Furman and Ahola consider these areas to be key factors in workplace interpersonal relationships that most affect well-being and satisfaction.

The process of creating informal cooperation networks

Innovative solutions often emerge unexpectedly through informal and unplanned interactions between individuals who see problems from different angles. What's more, successful implementation often stems from relationship networks that help both professionals and lay people cope with situations that do not fit into established processes and structures (Cross et al., 2010). The model of creating informal cooperation networks is based on the reflection of a multidisciplinary approach on two levels - internal and external reflection of networking structures.



At the internal level, the goal of the teams is to name certain standards of relationship in which their members are willing to participate even after intervision reflection. Here, we focus on connecting all team members into one team line and network, including its unstable (peripheral) parts. In practice, we also know this as "connecting torn-off sub-teams" back to the "team line" of the network of relationships. Functional link analysis helps teams "bridge" and "stabilize" resources and, ultimately, what the network itself can do in the desired change.

Figure 2 illustrates the original team structure, where some actors are on the periphery. These can be, for example, "disconnected" team members or "future" members - as yet unknown and important individuals in the community who have team potential.

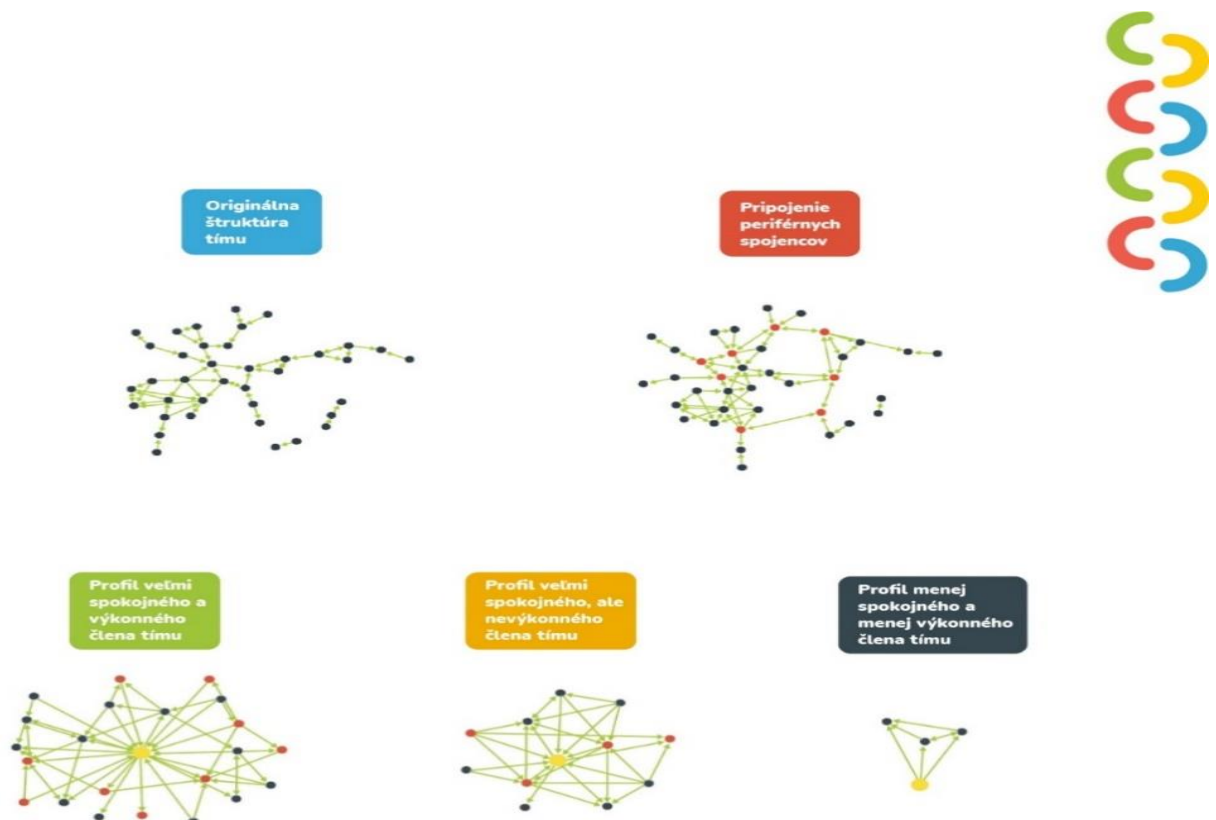


Figure 2.: Non-formal cooperation networks (Cross er al., 2010)

Originálna štruktúra tímu – original team structure

Pripojenie periférnych spojencov - connection of peripheral allies

Profil veľmi spokojného a výkonného člena tímu – profit of very satisfied and efficient team member

Profil veľmi spokojného, ale nevýkonného člena tímu – profit of very satisfied but non-efficient team member



Profit menej spokojného a menej výkonného člena tímu – profit of less satisfied and less efficient team member

At the external level, this is the situational acceptance of external members (defined within a broader team of "new reality"). They are often seen as co-creators of the innovation (multiplication of change) of the change already adopted - a certain "renewal of the standard of the original network of relationships" in the "new reality", but already a self-multiplication. They are personalities, leaders welcome as bearers of unique interactions that the complexity of change requires.

This level claims an unconventional way of thinking, a certain "tangible quantity" in team management, and relies on the "guaranteed moment of presence" created by the original team and the external team. It is about building new connections, opportunities to improve team processes.

Thus, the multiplication of the "new reality" of innovation offers change certain benefits to the team. For example:

- a) considering ways to generate more connectivity at a critical point in the network of relationships,
- b) revealing difficulties in cooperation before they may arise in practice,
- c) understanding of the formal level - connections in interactions and their atypicality,
- d) the desire to identify unknown roles that will help create new connections in the network of relationships,
- e) network visualization, designing highly efficient and effective change programs (for example, connecting peripheral teams in a team increases the number of people who can be invited to a network of supportive relationships), and so on.

A relationship network with multidisciplinary teams can have a profound impact on the transformation of organizations' rigid processes and increase the number of their flexible units that can adapt and innovate. For such a participatory change, leaders must abandon some traditional methods, organizational management patterns, and adopt a different, "more collaborative leadership model."



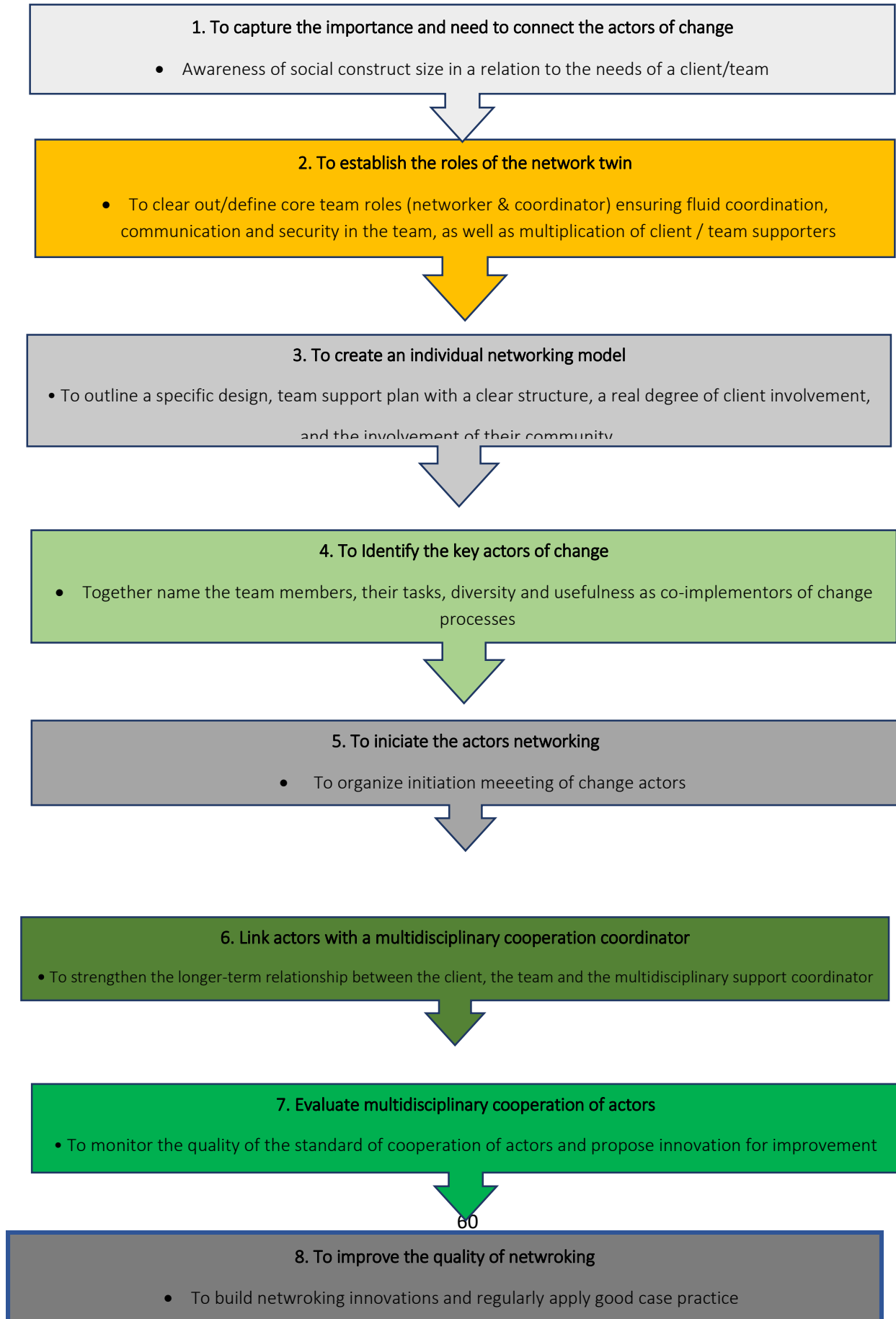
It is useful to know that although well-standardized processes and coordination can provide important starting points for working with families in crisis, they are not flexible enough to support inclusive types of internal and external cooperation, multidisciplinary support partnerships.

Therefore, it is appropriate to use the model wherever it is desired to promote new patterns of multidisciplinary cooperation in order to make not only teams and organizations, but especially families in crisis more socially resilient (Cross et al., 2010).

Networking as a core team building process

In the practice of mixed teams, the process of building a "core team" is carried out - a "core team", which is a group of key people. These are usually two to four people who can integrate not only the team building process in the long term, but also its sustainability, transformation, quality, and even possible demise.

The process of building a core team in multidisciplinary networking can look like this:





Implementation of multidisciplinary teams in practice

An example of how a multidisciplinary team works is the work of a school psychologist. In his work, he cooperates with the client (school student), his parent (legal guardian), class teacher, master of vocational education, school counsellor at the school, deputy headmaster. A student's sibling, partner or friend can also be a member of a multidisciplinary team.

Another example of working in a multidisciplinary approach is the Transit Program - supporting young people with disabilities and accompanying them in the transition from school to independent living. In this program, the staff cooperates not only with the client (a young person with a disability), but also with his system, i.e. with a parent, partner, classmate, class teacher, social worker (in the case of a young person from the center for children and families), boarding school tutor, etc. Involving important people in the collaboration is very useful to support the client. Each member of the multidisciplinary team knows the client from a different context or role. By focusing on the client's resources (his strengths, his uniqueness), we can get a rich list of what he wants, what he is good at, what others appreciate about him. The client may show other strengths and positive qualities at school, others in a friendly relationship, others in individual work with an employee of the Transit Program. The views of other team members are very rare and can also be very supportive for strengthening the positive self-image of the client - a young person on the way to his independent life.

Multidisciplinarity in Slovakia

The following chapter was made through the analysis of internal and external texts of strategic organizations, which form the current theory and practice of multidisciplinarity in Slovakia. References to source documents are given below.

The chapter presents a multi-sectoral cross-section of definitions, concepts and characteristics of a multidisciplinary approach (hereinafter also MDA). A synthesis of derived



terms, in particular "multi-sectoral cooperation", "inter-ministerial cooperation", "multidisciplinary care", "multi-institutional intervention", "intervention team" and "multidisciplinary team", was used to pool resources in a "multidisciplinary approach".

The creation of the following text is based on the main objectives of the project and the basic frameworks of the Government of the Slovak Republic, which declares¹ that it will create conditions for coordinated multidisciplinary cooperation in solving family problems. In the topic of education, the characteristics of the European Agency for Special Needs and Inclusive Education, VUDPaP (Research Institute for Child Psychology and Pathopsychology), To dá rozum (It makes sense), ŠPÚ (National Institute for Education), MPC (Methodology and Pedagogy Centre) and MŠVVaŠ SR (The Ministry of Education, Science, Research and Sport of the Slovak Republic) were selected. For the topic of social work and legal protection, online documents are available in the Ministry of Labor and Social Affairs of the Slovak Republic, the Ministry of the Interior of the Slovak Republic and the Ministry of Justice of the Slovak Republic. The Ministry of Health processed documents of the Office for Value for Money "*Mental Health and Public Finances - Discussion Study*" as well as documents "*National Mental Health Program*" and ŠDTP (Standard Diagnostic and Therapeutic Procedures) in Health Care².

1.1 Education system

The document "*Inclusive Early Childhood Education - New Perspectives and Tools*", developed by the European Agency for Development in Special Needs and Inclusive Education, points out that inclusive early childhood education facilities can meet the additional needs of all children if policy makers connect the local community to the "Ecosystem model of inclusive early childhood education". Ideally, the child should be an active part of it and engage in educational and social activities with the whole family. The Agency's multidisciplinary³ recommendations also call for the promotion of cooperation between all sectors and disciplines, together with practitioners, families and local communities, in order to increase the quality of affiliation, involvement and education of all children.

¹ <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/24756/1>, p. 11 a 43

² <https://www.standardnepostupy.sk/>

³ https://www.european-agency.org/sites/default/files/iece-summary-sk_0.pdf



According to VUDPaP, multidisciplinary is one of the possible approaches to problem solving from the perspective of several independent disciplines, where each of them approaches a shared problem through their own perspectives, methods and theoretical concepts, as well as their own language. "The solution is the sum of the partial conclusions. If the problem can be divided into sub-problems and these can then be assigned to individual disciplines, a multidisciplinary approach is sufficient." And if we also compare it with the term "transdisciplinarity", which refers to concepts that go beyond one field, without division into object, subject and research disciplines, multidisciplinary has the privilege of connecting different areas of knowledge in science and research. It is therefore better not only for professionals but also for laymen, but also scientifically measurable.

According to VUDPaP⁴, MDA is based on close cooperation, which builds on the expertise, experience, trust and sharing of different people. The usefulness and applicability of a multidisciplinary approach in the system of educational counselling and prevention offers complex care. It identifies and responds to the needs of the child and their family or group, provides them with coordinated support and enables them to participate in decisions to improve their situation. The multidisciplinary approach of the Ministry of Education, Youth and Sports of the Slovak Republic is closely related to the inclusive setting of society and inclusive education at all levels⁵. The ministry wants to create a strong network of early support providers for families and children with disabilities and families and children at risk of poverty⁶. In implementing inclusive education, the MDA supports inclusive teams⁷ composed of pedagogical staff and professional staff. Today, the database of "Good Practice Forms" in the system of educational counselling and prevention⁸ has 427 case studies in more than 50 mental health topics, where practitioners have applied a multidisciplinary approach⁹ and intervention. Supporting the implementation of standards¹⁰ brings several multidisciplinary approaches¹¹ and

⁴ Krnáčová, Z., Čerešník, M., 2020: Filozofia MDP_V5, interný materiál VUDPaP

⁵ HALL, R. Riadenie vysokých škôl. In HALL, R. et al. *Analýza zistení o stave školstva na Slovensku: To dá rozum*. Bratislava: MESA 10, 2019. Available at: <https://analiza.todarozum.sk/docs/317425002mu0a/>

⁶ <https://todarozum.sk/konferencia/865-odporucania-pre-skvalitnenie-skolstva-na-slovensku/>, p. 40

⁷ <https://www.minedu.sk/data/att/16787.pdf>, p.: 22

⁸ VUDPaP at 25.9.2020 – Internal databasis of Good Practice Forms – activity output A1 NP „Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie k inklúzii a úspešnosti na trhu práce“

⁹ <https://vudpap.sk/dobra-prax-a-multidisciplinarny-pristup-pre-odbornych-a-pedagogickych-zamestnancov-2/>

¹⁰ <https://vudpap.sk/x/projekty/standardy/>

¹¹ <https://vudpap.sk/zostrih-z-online-webinara-multidisciplinarny-pristup-zakladne-myslienky-a-ramce/>



innovations¹², including improving the quality of teamwork¹³. MPC and ŠPÚ within the NP "Professional Development of Teachers (TEACHERS)" jointly integrate multidisciplinary approaches into selected sub-activities of the project¹⁴. An example of a multidisciplinary approach (between the two departments of education and social affairs) is the educational concept of the school support teams¹⁵ of the Inclusion Centre. According to the School Education Gateway¹⁶, the multidisciplinary approach to educational disadvantage and early school leaving is characterized as an association of professionals within and outside the school, such as psychologists, social workers and health professionals. *"Multidisciplinary teams have the potential to offer a range of services to support young people at risk of educational disadvantage and early school leaving. These include focusing on language development, mental health support, emotional support, bullying prevention skills, fieldwork with marginalized families and support in developing parenting skills."*¹⁷

1.2 Social affairs and legal protection

The connection of a multidisciplinary approach in education with the approach of the Ministry of Social Affairs and the Family is very natural. These are mostly community or program connections of the school to social services or SPODaSK (Social and legal protection of children and social care) activities. The topics of multidisciplinary approaches are focused on prevention and intervention for at-risk students in the school environment. MDAs call for systematic and multidisciplinary cooperation with the involvement of the school and family environment. Social workers work as members of a multidisciplinary school team in the positions of social pedagogue.¹⁸

The departmental MDP approaches¹⁹ in the social protection of children and social guardians present the concept of the Cochem model²⁰ and the topics of CAN²¹, family

¹² <https://vudpap.sk/x/projekty/standardy/podpora-a-implementacia-standardov-v-systeme-vpap/>

¹³ <https://vudpap.sk/x/projekty/standardy/vzdelavanie-a-rozvoj-ludskych-zdrojov-pre-system-vpap/>

¹⁴ <https://mpc-edu.sk/prezentacia-narodneho-projektu-profesijny-rozvoj-ucitelov-teachers>

¹⁵ <https://inklucentrum.sk/wp-content/uploads/2020/09/Skolsky-podporny-tim.pdf>

¹⁶ <https://www.schooleducationgateway.eu/sk/pub/resources/toolkitsforschools/area.cfm?a=5>

¹⁷ <https://www.schooleducationgateway.eu/sk/pub/resources/toolkitsforschools/area.cfm?a=5>

¹⁸ <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2018/ff/moznosti-socialnej-prace-web.pdf>, p.: 7,11,13,14,28,58,85,87,88

¹⁹ https://detstvobeznasilia.gov.sk/web_data/content/upload/subsubsub/8/subjekty_posobiace_v_oblasti_ochrany_deti_pred_nasilim_prehľad_opravneni_a_povinnosti_elektronicka_verzia-1-1.pdf

²⁰ <https://www.justice.gov.sk/Stranky/aktualitadetail.aspx?announcementID=2584>

²¹ https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Prirucka_CAN_NP_DEI.pdf



rehabilitation²² and other methodologies. Eg: The "*CAN Syndrome Handbook*" defines a multidisciplinary team (detailed below) as a group of professionals involved in assessing the child's situation and working on the child's own situation - experts from other systems involved in protecting children's lives and health, namely from both the public and non-public sectors. Competently families and children involve the above multidisciplinary approach in action steps, eg: elaboration and implementation of the *Plan of social work with the child, his parents* in order to use the family's potential to solve its situation, without which cooperation cannot achieve positive change²³ in the child and family situation. The methodology "*Innovative model of family rehabilitation management*"²⁴ guides the multidisciplinary team in a comprehensive assessment of the living situation of the child and his family (detailed below).

*The Cochem model*²⁵ as a complex MDA concept is implemented in Slovakia through a pilot project of the Ministry of Justice of the Slovak Republic. The Regional Court in Prešov and two district courts in its jurisdiction proceeded to its verification - the District Court of Prešov and the District Court of Kežmarok, through the evaluation of the fulfilment of objectives, testing the model of the so-called Cochem practice. A multidisciplinary approach is a challenge²⁶ for legal and social services for adults at risk of violence.

The document "*Legal and professional framework for the establishment and functioning of the network of intervention teams - Baseline analysis*" deals with the crisis intervention procedure in the form of multi-institutional intervention in cases of domestic violence and violence against women. The multi-institutional approach (here we perceive it as the MDA) should be holistic, coordinated so that all activities, measures and programs follow each other and are harmonized, including the activities of law enforcement agencies, health services, psycho-social services, safety of victims and others. Its advantage is the cooperation and immediate creation of a network of people who can target education and who are an important source of information about what works in a given system and what does not. Effectiveness is linked to the extent of involvement of actors from different professional and institutional

²² https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Inovativny_model_manazmentu_sanacie_rodiny.pdf

²³ https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Prirucka_CAN_NP_DEI.pdf, p.: 39 – 40, 58, 60-71, 88, 93 a 100.

²⁴ https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Prirucka_CAN_NP_DEI.pdf, p.: 39 – 40, 58, 60-71, 88, 93 a 100.

²⁵ <https://tvoj-pravnik.sk/2019/02/10/cochemsky-model-a-postavenie-mediatora/>

²⁶ https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2012/Holubova/2261_holubova_monitoring_sluzby.pdf, p.: 48, 57, 61, 72, 74



spheres, between which it is necessary to build mutual trust and willingness to cooperate. The main objectives of a multi-institutional approach are always to guarantee and ensure a coordinated approach to interconnected services and victim assistance for individual interventions.²⁷

The area of **social services** is mostly covered by low-threshold multidisciplinary approaches, approaches in early intervention and approaches in hospice facilities.

Community, family centers and low-threshold centers are represented by employees within multidisciplinary teams together with parents, resp. guardians. Their intention is to prevent the family from becoming a client of OSPODaSK, or there was no exclusion of children from the family, i.e. minimization of risk and optimization of opportunities for children and parents. The task of applying a multidisciplinary approach is also to streamline assistance in creating educational support files for activities and services that provide guidance and counselling²⁸. Standards²⁹ have been created for low-threshold centers by the IA MPSAaR SR (The Implementation Agency of the Ministry of Labor, Social Affairs and Family of the Slovak Republic), where a multidisciplinary approach takes into account the functional cooperation of organizational units with cooperating entities. The recommendations and indicators of the standards for the management of low-threshold social services for children and families explicitly state:

"Neglecting the multidisciplinary principle reduces the likelihood that the recipient of a social service will be provided with a service of the highest possible quality."

"The methods of cooperation with the recipient of the social service must be clearly and comprehensibly described and the principle of team and multidisciplinary cooperation must be observed."

"Choice and description of methods - methods of cooperation with the recipient of the social service are accepted by the recipient of the social service and his family and other persons."

²⁷ https://ivpr.gov.sk/wp-content/uploads/2020/07/V%C3%BDchodiskov%C3%A1-anal%C3%BDza_Interven%C4%8Dn%C3%A9-centr%C3%A1.pdf, p.: 7

²⁸ <https://www.unipo.sk/public/media/29623/2.pdf>, p.: 20

²⁹ https://www.ia.gov.sk/npkiku/data/files/np_kiku/dokumenty/Standardy%20NSSDR.pdf



"The social service provider applies active multidisciplinary and team cooperation between all organizational units in order to meet the individual needs of social service recipients."³⁰

The establishment of a multidisciplinary approach to the standards of low-threshold centres and other facilities of social service providers is based on the document *"Evaluation of the quality conditions of provided social services - methodological starting points (proposal)"*. The author mentions partnership cooperation as part of a multidisciplinary and multisectoral agenda of social services³¹. In more detail e.g. Criterion 3.1: *Development of the structure and number of jobs, qualification requirements for their fulfilment in accordance with §84 with the determination of the structure, duties and competencies of individual employees, the number of employees is appropriate to the number of social services recipients and their needs*, where it even qualitatively monitors evidence of functioning multidisciplinary team³². This fact is explained in more detail through the methodology³³ below.

The work of multidisciplinary teams in hospice care and the method of its evaluation were theoretically researched by the Czechoslovak scientific team³⁴ of Masaryk University Brno, Faculty of Medicine, Department of Nursing, Catholic University of Ružomberok, Faculty of Health, Department of Nursing and Comenius University in Bratislava, Jessenius Medical University Martin, and Department of Pathological Anatomy. Authors³⁵ from the University of Constantine the Philosopher, the Faculty of Social Sciences and Health Care, and the Department of Social Work and Social Sciences contributed to them through practical research. Their survey of 11 participants in the facilities: Plamienok Children's Hospice in Bratislava, St. Bernadetka's Hospice in Nitra and the Oncological Institute of St. Alžbeta in Bratislava describes a multidisciplinary approach through the decision-making process of the

³⁰ https://www.ia.gov.sk/npkiku/data/files/np_kiku/dokumenty/Standardy%20NSSDR.pdf, p.: 40, 55, 56, 79

³¹ <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/hodnotenie-podmienok-kvality-poskytovanych-socialnych-sluzieb-metodicke-vychodiska.pdf>, p.: 11

³² <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/hodnotenie-podmienok-kvality-poskytovanych-socialnych-sluzieb-metodicke-vychodiska.pdf>, p.: 86

³³ <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/metodika-verzia-3.12-komplet.pdf>

³⁴ <https://www.osetrovatelstvo.eu/files/2013/11-timova-praca-v-hospicovej-starostlivosti-a-sposob-jej-hodnotenia.pdf>

³⁵ <https://www.osetrovatelstvo.eu/files/2013/11-timova-praca-v-hospicovej-starostlivosti-a-sposob-jej-hodnotenia.pdf>



participants (not only by the dying patient himself, but also by his family and the entire accompanying team of workers) in the communication connection of social and health care in palliative medicine. In the part of this text (in Chapter 2 Multidisciplinary Teams in the Slovak Republic) we characterize the MDA despite the study from 2020³⁶.

Trends in the application of multidisciplinary approaches in early family-oriented intervention in Slovakia are linked to global platforms and standards. In the Slovak Republic, they are coordinated within the Agora APPVI project³⁷. The methodologies that arise for Slovak providers and supporters go beyond multidisciplinary into transdisciplinarity. In its presentation entitled "Transdisciplinary Team"³⁸, APPVI defines the differences in multi-inter-transdisciplinarity approaches in the context of parental involvement in team processes.

A specific type of multidisciplinary approach is its application in crisis situations. The timeliness, availability, low-threshold and variability of its forms (distant and present) support the possibility of rapid intervention in the social functioning of persons in their transactions into the environment, taking into account social and contextual specifics.³⁹ This includes not only the multi-institutional approach mentioned above, but also the programmatic forms of multidisciplinary approaches, which are implemented for example by Integra. It creates a functional framework for coordinating care and specialized services for clients with mental health problems in their natural environment.⁴⁰ It is an organizational model of community care, closely linked to the health sector.

1.3 Healthcare

In the Slovak Republic, several medical universities⁴¹ and colleges with medical departments⁴² have begun to address the topic of MDA. The approach is defined across

³⁶https://www.researchgate.net/publication/342233206_VYZNAM_SOCIALNEHO_PRACOVNIKA_V_MULTIDISCIPLINARNOM_TIME_HOSPICU_THE_IMPORTANCE_OF_A_SOCIAL_WORKER_IN_THE_MULTIDISCIPLINARY_HOSPICE_TEAM

³⁷ <https://asociaciavi.sk/obsah-a-kvalita-sluzby-vcasnej-intervencie-podla-aktualnych-trendov/>

³⁸<https://asociaciavi.sharepoint.com/Verejne/Forms/AllItems.aspx?id=%2FVerejne%2FPrezentacie%20VUC%202019%2FPlanovanie%20s%20cielom%20posilnit%20rodinu%2Epdf&parent=%2FVerejne%2FPrezentacie%20VUC%202019&p=true&originalPath=aHR0cHM6Ly9hc29jaWFjaWF2aS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86YjovZy9FY2RVLUN2SGJ3cEVqcUIZzjVGN0VRd0J5U2oyLUxjUjFNzWlUxZTQ4Z1gwVkd3P3J0aW1lPXBLNU12VkJ0MkVn>

³⁹ <https://www.unipo.sk/public/media/29623/2.pdf>, p. 17

⁴⁰ <http://www.dusevneporuchy.sk/ckeditor/kcfinder/userfiles/files/home/zbornik-2018.pdf>, p. 20

⁴¹ <https://fzszy.sk/blog/2018/04/23/celostatna-konferencia-s-ustrednou-temou-multidisciplinarny-pristup-k-poskytovaniu-zdravotnej-starostlivosti/>

⁴² <https://www.unipo.sk/fakulta-zdravotnictva/kpas-new/projekty/KEGA/3/>



departmental topics and a range of diagnoses, medical approaches and concepts⁴³, from nursing, cerebral palsy diagnosis⁴⁴, multidisciplinary approach to antithrombotic treatment⁴⁵, or comprehensively, within disciplines such as e.g. public health care⁴⁶, whose multidisciplinary approach fully integrates in addition to health care resp. medical sciences also e.g. ecology, climatology, psychology, sociology, economics, political science and others. The current public health priorities are health promotion, organization of effective health care, prevention of infectious diseases, prevention of lifestyle factors and addictive substance use, prevention of chronic diseases, injury prevention, health inequalities, care for the elderly and others.

From June 2021, mental health will be managed by the ministry through a separate department with experts who fully address this issue. The ministry also plans to create mental health centers based on the operation of multidisciplinary care teams for children and adolescents with mental disorders, as well as for elderly patients. Prevention and active inter-ministerial links⁴⁷ will play an important role in mental health reform. Measures for the prevention and support of mental health of the Office for Value for Money⁴⁸ in the document "*Mental Health and Public Finances - Discussion Study*" also include the identification of programs present in Slovakia that are relevant for mental health support according to practice abroad. The authors especially encourage the creation of strong inter-ministerial cooperation, especially the Ministry of Health, the Ministry of Labour and Social Affairs and the Ministry of Education of the Slovak Republic and the common strategy for prevention and care, transfer of concepts from psychiatric care reform from the Czech Republic and other countries, conceptuality in screening and early identification of ACEs and so on, through multidisciplinary cooperation. Interdepartmental cooperation has a separate chapter in the document and specific recommendations for the MDA at the level of the Government of the Slovak Republic. The document "National Mental Health Program"⁴⁹ declares that ... "Teamwork within psychiatric

⁴³ https://www.youtube.com/watch?v=T_ZSksqmhY8

⁴⁴ https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201401-0005_MULTIDISCIPLINARNY_PRISTUP_K_PACIENTOM_S_DETSKOU_MOZGOVOU_OBRNOU.php

⁴⁵ <https://ks.lekom.sk/index.php?id=22009&r=activity/print>

⁴⁶ <https://www.ifmed.uniba.sk/pracoviska/vedecko-pedagogicke-pracoviska/predklinicke-ustavy/uvzd/> ; <http://www.ku.sk/index.php/fakulty-a-pracoviska/fakulta-zdravotnictva/fz-studium/fz-bc-studium/verejne-zdravotnictvo>

⁴⁷ <https://www.health.gov.sk/Clanok?minister-dusevne-zdravie-programove>

⁴⁸ Duševné zdravie a verejné financie - Diskusná štúdia, 2020: Útvar hodnoty za peniaze, Ministerstvo financií SR / www.finance.gov.sk/uhp, p.: 31 a 63, also chapter 7.

⁴⁹ <http://slovanet.sk/uvzsr/docs/info/podpora/NPDZ.pdf>, p.: 15 a 16



multidisciplinary community teams, coordinated by APDS or a day hospital, a psychiatric outpatient clinic is necessary for the successful functioning of a quality community mental health care network. Multidisciplinary psychiatric teams are linked to other local and regional sectors (education, employers, charities, correctional activities - curators) and NGOs in the field of mental health prevention and promotion. "

The department's multidisciplinary approach is defined and applied through a dialogue on new and innovated standard clinical (diagnostic and therapeutic) procedures and their introduction into medical practice by multidepartmental platform of delegates from WHO, EU, Ministry of Health of the Slovak Republic, the Ministry of Labor and Social Affairs of the Slovak Republic⁵⁰ and standard GPs. In some cases⁵¹, the Technical Commission of the Ministry of Health of the Slovak Republic even considers the approach of comprehensive management of a patient with a specific diagnosis - from prevention through precise diagnostic rules to clearly defined treatment - appreciated and included as a standard approach of the Ministry of Health. ŠDTP is based on international recommendations and at the same time takes into account Slovak specifics. The standard is expected to enable rapid, controllable and effective diagnosis and treatment of every patient, regardless of the region in which they live and the specialization of the doctor who specializes in it.

For a more specific definition of MDA in the health sector Standard general Baby-friendly Hospital Initiative - Interdisciplinary Area, Standard diagnostic and therapeutic procedure for patients with Hypothyroidism, Standard diagnostic and therapeutic procedure rehabilitation in intensive care medicine, Language and speech development disorders, Primary relationship disorder in childhood, Psychosocial rehabilitation for people with severe mental disorders, Care for people with interdependence, Traumatic experiences in childhood, Comprehensive patient nursing management in ADOS (agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti - home nursing care agency), DOS (dom ošetrovateľskej starostlivosti - nursing home), palliative and social care facilities and Standard of examination of psychomotor development of children at 2nd-11th preventive check-up in primary care are selected.

⁵⁰ <https://healthconferences.eu/files/200000513-064ec064ee/Program%20%C5%A0DTP%202019%2017-18.10.2019%20final%20last%20version-9.pdf>

⁵¹ <http://www.primarnykontakt.sk/spravy/prvy-narodny-guideline-arteriova-hypertenzia-je-schvaleny/>



"Standard procedure for prevention practice: Maternal and newborn care according to the principles of the Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) - promoting bonding and lactation"⁵²

A multidisciplinary approach is included in the description. "Healthcare facilities that provide care for mothers and newborns should identify appropriate options within the community to ensure continued and consistent breastfeeding support. They are responsible for working with the local community to improve these opportunities. Such community opportunities may include healthcare professionals, lactation consultants, nursing support groups, or telephone lines."

"Standard diagnostic and therapeutic procedure Rehabilitation in intensive care medicine"⁵³

"A multidisciplinary approach with a team of experts is important, whose activities need to be coordinated and subsequently implemented in practice. Early patient mobilization: to provide a multidisciplinary team of staff who will work closely together for comprehensive care. For complex care, provide a multidisciplinary team of staff, whose activities will be provided and coordinated by staff of anesthesiology and resuscitation departments.

Additional issues for patient management and stakeholders

Quality indicators:

Personnel and material - technical support of anesthesiology and resuscitation workplaces, multidisciplinary cooperation, staff education, economic indicators."

"Disorders of language and speech development"⁵⁴

"Diagnostics - the procedure for making a diagnosis. A complex and multidisciplinary approach is essential for the correct diagnosis of speech therapy, but the clinical speech therapist plays a primary role in the diagnostic process. "

"Disorder of primary relationships in childhood integrates MD team"⁵⁵

⁵² <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵³ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁴ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁵ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>



"Psychosocial rehabilitation for people with severe mental disorders - Modern psychosocial rehabilitation requires interdisciplinary team cooperation. Multidisciplinary psychiatric care teams should therefore be set up to treat people with severe mental illness. The multidisciplinary team includes a psychiatrist, clinical psychologist, medical teacher, nurse or physiotherapist, or other health professionals and volunteers in health care. The effectiveness of psychosocial rehabilitation is increased if it is provided in the patient's community. It is provided in the catchment area and may include home visits as well as team interventions. There is compelling evidence (Malone et al., 2007; Cleary et al., 2008; Coldwell, Bender, 2007; Drake, O'Neal, Wallach, 2008; Nelson et al., 2007; NICE, 2009) that treatment by a multidisciplinary team in a community setting will reduce the likelihood of hospitalization episodes by approximately 20 percent and increase patient satisfaction (DGPPN, 2013). "

"Caring for people with codependence"⁵⁶

"Medical pedagogue, medical pedagogue with specialization - case-management, medical-pedagogical diagnostics (functional disabilities and potentials, diagnostics using ICF), medical-pedagogical counselling, medical-pedagogical intervention in the form of individual or group, couple and family therapy, interventions with the possibility of using art therapy, drama therapy, didactotherapy, music therapy, bibliotherapy, hagiotherapy, movement therapy, game therapy, hagiotherapy, education, motivational interview, crisis intervention, support of resilience, salutors, vulnerability, training of relaxation techniques, harm reduction therapy, improvement of quality of life, resocialization, integration into society . "

"Traumatic childhood experiences"⁵⁷

"Based on scientific knowledge about the importance of early childhood for a balanced mental life in adulthood, the issue of processing negative and traumatic experiences associated with stress in childhood in the context of a multidisciplinary approach is highly topical. The processing of negative and traumatic experiences in childhood of varying severity and intensity in a continuum from less obvious and serious to trauma, from the point of view of medical pedagogy includes prevention, diagnostics and treatment of endangered children, taking into account the developmental aspect and ecosystem approach. From this point of view, the given

⁵⁶ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁷ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>



problem is quite wide and complicated; nevertheless, it is necessary to provide the child with health care as soon as possible and to the best possible extent.

The medical pedagogue works in collaboration with a multidisciplinary team, in order to triangulate and validate the data obtained. Experts in the team will evaluate the risks of psycho-social development disorders, the present symptoms of health disorders, the prognosis in connection with the nature of the child's experience and his reserves and propose measures. Social support, coping resources, and coping strategies are also assessed.

Preparation for a potentially traumatizing event (surgery, examination, other medical intervention, hospitalization) - involves a specialist doctor who indicates performance, examination, hospitalization, then in cooperation with a multidisciplinary team, the child and parent should be prepared for the procedure or examination, performance is realized, in cooperation with a multidisciplinary team, followed up by health care based on individual professional competencies (see Algorithm Prevention-preparation for a potentially traumatizing event) ... “.

"Comprehensive nursing management of the patient in a social assistance facility"⁵⁸

"The nurse coordinates the nursing care provided by the nursing process method in collaboration with other members of the multidisciplinary team providing care to the patient and the patient's family (close ones) ..." Similar to the COM in ADOS, DOS, palliative facility.

"Standard examination of psychomotor development of children at 2nd-11th preventive check-up in primary care."⁵⁹

"The preventive role of the general practitioner for children and adolescents is crucial in the inter-ministerial multidisciplinary system of care for children with developmental difficulties (including disabilities). The exclusivity of the primary care physician results from the unique and irreplaceable opportunity to obtain and continuously supplement all data necessary to assess the development of psychomotor functions during the first three years of life, to recommend increased care for children with significant risk of disadvantaged development, to cooperate with facilities, with local authorities dealing with the problems of early children in the region, continuously monitor the care provided and its impact on the

⁵⁸ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

⁵⁹



development of the child's developmental potential in the context of the family, and thus contribute to the efficiency of the whole system, increasing the efficiency of comprehensive care - a recommended approach to further multidisciplinary care, including the possibility of inter-ministerial cooperation."

2. National multisectoral view on multidisciplinary and teams in the Slovak Republic

The Council of the Government of the Slovak Republic for Mental Health (hereinafter referred to as the RVDZ – Rada vlády SR pre duševné zdravie) has become the umbrella and management platform for multidisciplinary cooperation in the field of mental health in the Slovak Republic. It was established on February 24, 2021 by the Government of the Slovak Republic as its permanent advisory body. It performs coordination, consultancy and professional tasks in the field of mental health protection and promotion, mental disorder prevention, psychodiagnostics, mental disorder treatment, aftercare of patients with mental disorders, mental health research, training of mental health professionals and services, policy making mental health and quality monitoring in those areas.

Within its area of competence, the Council monitors compliance with legally binding national and international acts and other legislation governing mental health. It works in the interest of improving quality in the field of mental health and provides inter-ministerial interconnection. It provides a forum for discussing and resolving mental health issues in a dialogue between government officials, academic institutions, regulated professions, service recipients and the third sector in order to create and maintain a coherent mental health care system in the Slovak Republic that provides its services to who need them. RVDZ participates in the creation of strategic and conceptual materials in the field of mental health through international and national mental health action plans (eg: WHO Mental Health Action Plan, WHO European Mental Health Action Plan, mhGAP, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN Convention on the Rights of the Child and the UN Human Rights Council Resolution). It is divided into several committees (Committee for Primary Prevention of RVDZ, Committee for Mental Health Care of RVDZ, Committee for Research of RVDZ and Committee for Training and Education of RVDZ).

2.1 Multidisciplinarity in action

Thanks to the activities and diversity of the members of the RVDZ committees, multidisciplinarity at the inter-ministerial level of the Government of the Slovak Republic is gaining ground. The movement in isolated policies has shifted to coordinated multisectoral mental health management, which allows systematic, long-term building of multidisciplinary cooperation and building on the pillars of participatory policies in the field of mental health protection and development.

What are we already doing good in Slovakia in multidisciplinarity?

- Incorporate philosophy and elements of multidisciplinarity into all reforms of the Recovery Plan and their legislative processes within themes and family support as a basic part of the implementation processes of policies and local change (Recovery Plan, 2021);
- Approve the establishment of the National Centre for Mental Health (NCDZ), an executive component at the national level in the field of multidisciplinary care and research in the field of mental illness. The NCDZ will be a national platform for the development, testing and implementation of the latest therapeutic methods and standards in practice. It will also process mental health data and train professionals in relevant mental health disciplines. The Centre guarantees the creation of a functional supra-ministerial coordinating body in the field of multidisciplinary care and research in the field of mental health (RVDZ, 2021);
- Approve the Proposal for the implementation of the project Collection and processing of mental health data (p. 2, RVDZ, 2021);
- Approve the Draft Strategic Objectives of the National Mental Health Program, which integrates multidisciplinarity into the basic pillars of the National Mental Health Program (pp. 45 - 47, RVDZ, 2022);
- Identify areas of prevention (RVDZ, 2022);
- For minimum standards of staffing, name and operationally and massively compensate for white spaces in the minimum network of health care providers linked to mental health, according to the health needs of the population, in cooperation with the relevant self-governing region and local self-government, for example by creating a framework:



- networks of multi-professional teams of primary outpatient health professionals in accordance with the recommendations of the European Commission to each district through the addition of state-guaranteed job standards. The team consists of clinical speech therapists, medical educators, public health professionals, also general practitioners and specialists, nurses, physiotherapists, counselling or clinical psychologists, and clinical laboratory diagnostics (pp. 15 and 16, RVDZ, 2022).
- networks of 'specialized integrated centers of specialized outpatient health care', which should include mental health centers, early health centers, outpatient rapid diagnostic centers, multidisciplinary pediatric counselling and evaluation outpatient centers, specialized counselling and assessment multidisciplinary outpatient centers, multidisciplinary geriatric outpatient counselling and evaluation centers, as well as for families and relatives with children with chronic illness; for families and relatives with children with disabilities (physical, visual, hearing, mental, combined) or for families with children at risk resulting from an unfavorable life situation and circumstances (children of psychiatric sick parents, children of substance or non-substance dependent parents, children of single mothers, children with elective mutism, children of unemployed parents, children of poor parents, etc.) - there should always be at least 1 of each species in each region.”(p. 21, RVDZ, 2022)
- "associations of practices", where individual providers enter into a cooperation agreement in which, in addition to the integration of collaborative work under the direction of a designated healthcare professional, they also provide for the sharing of common areas and equipment or other shared infrastructures in the patient's interest. "To make available the concept of integration of outpatient healthcare activities and multi-professional collaboration based on the sharing of common areas, material and technical equipment and other common infrastructure and in voluntary collaboration under the guidance of a healthcare professional identified within the team of collaborating healthcare providers and others. It will be necessary to clarify the initial legal relationship on the basis of which such a multi-professional cooperation health center may be established and may continue to exist in other legal forms at a later stage”(p. 23, RVDZ, 2022).



Multidisciplinary teams in the Czech Republic

Within the Erasmus + project "Multidisciplinary support of positive changes within families in difficult situations", a mapping of the current situation, development, creation and use of multidisciplinary teams in the Czech Republic was performed. These were multidisciplinary teams working in organizations that work with families in the field of social care and mental health. Thanks to the willingness of colleagues from the field of helping professions, there was also the opportunity to study the evolving methodology of multidisciplinary cooperation in helping people with severe mental illness. Although this methodology does not target families exactly, it does target individuals. However, the involvement of families in multidisciplinary cooperation involves and can be a good inspiration for creating multidisciplinary teams aimed at helping families in difficult situations.

First, the emerging methodology will be presented entitled "Methodology for implementing multidisciplinary cooperation in the care and support of people with mental illness." Furthermore, the findings of good practice from two organizations that were willing to share their knowledge and experience from the practice of multidisciplinary cooperation will be summarized.

Methodology of introducing multidisciplinary cooperation in the care and support of people with mental illness

This document was prepared within the project "Support for the introduction of a multidisciplinary approach to the mentally ill". This is the second working version, which was created in 2020. The third final version is expected in the following year. The topic of a multidisciplinary approach is considered one of the key issues in the ongoing reform of psychiatric care.

"A multidisciplinary approach within this methodology means the way in which different professions, different organizations work in partnership, communicate effectively with each other and plan so as to make the most of their shared potential of knowledge, experience



and interventions for the benefit of the individual or group. The benefit is the maximum possible support in the individual recovery process for people with mental illness with their involvement and respect for their needs. "

The starting point of the methodology is the term "health" as defined by the World Health Organization (WHO). This defines it as "a state of full physical, mental and social well-being and not just as the absence of disease or infirmity" and further complements "health as the ability to lead a socially and economically productive life". The concept of "health" is then linked to the concept of "**recovery**", which aims to set the path to recovery based on the strengths of a person with a mental illness. Thus, recovery in people with mental illness only exceeds the control of the symptoms of individual diseases, which is the domain of the so-called medical approach, but focuses on the development of a quality and full life. It is a continuous process in which connection with the community is essential. The recovery process can be seen in four cycles: hope, empowerment, acceptance of responsibility, and a meaningful life role. The key areas for recovery are working with hope, developing strengths, holistic approach, self-determination, empowerment, respect, individual approach and support from peer workers.

The key principles for the operation of multidisciplinary recovery teams are also presented. These principles are contained in ten questions:

1. Do we support the restoration of health, functioning and identity?
2. Do we offer hope for recovery?
3. Do we ask ourselves about everything we do: do we help or hinder?
4. Do we focus on what is strong, not what is wrong?
5. Do we decide with and not about the service user?
6. Do we recognize that the expertise of the person using the service is as important as ours?
7. Do we work with social "investors / donors" and other participants?
8. Do we recognize the rights of the person / user / patient to take a "healthy" risk?
9. Do we work with the family and the network as resources and partners?
10. Do we share and incorporate knowledge?

Teamwork is considered a basic form of cooperation and is contrasted with the group. The team is non-hierarchically organized and in its functioning the emphasis is on negotiations,



agreements and direct cooperation between individual members. "The organization of teamwork is logistically demanding and time-consuming, but the results are better."

Case management is the dominant approach in implementing a multidisciplinary approach to the care of the long-term mentally ill. To ensure multidisciplinary cooperation with the client, it is necessary for each client to have one specific team member as their key case manager. However, it is important for the client to know that he is not just a client of one particular key employee, but a client and part of the whole team.

Examples of good multidisciplinary practice

Centrum Anabell, z.ú.

Founded in 2002, the organization works with clients and their families who suffer from eating disorders. Over the last six years or so, multidisciplinary collaborations have begun to be created, defined and developed in this organization. Multidisciplinary teams also went through various forms, which were gradually defined in the methodologies of multidisciplinary cooperation.

In 2014 and 2015, the organization, in cooperation with clients, defined its professional roles. This year, the organization also released the first methodology for multidisciplinary cooperation. This publication expresses the need to link social and health services when working with the target group of clients with whom the organization cooperates. The methodology mentions a narrower and broader multidisciplinary team, i.e. a team of experts working with the client and his family. The narrower team consists of a psychologist / psychotherapist, psychiatrist, social worker and nutrition therapist, while the wider team also includes a gastroenterologist, gynecologist, pediatrician and general practitioner, who work mainly with a social worker from the narrower team.

In the following years, the need to connect a multidisciplinary team with the client, and subsequently also with his family, is identified. The client and his family are therefore included in multidisciplinary teams as an integral part.

In 2018, the organization published a revised methodology for multidisciplinary cooperation. Here it explicitly expresses the need to connect not only social and health services in client care, but also the connection of these services with the client and his environment.



According to this methodology, the model of the basic multidisciplinary team consists of a psychologist / psychotherapist, social worker / case manager, nutritionist, client and his loved ones. If necessary, this team may be extended to include the expertise of a psychiatrist, peer consultant, gastroenterologist or other professional. On the other hand, this team can also be extended to people from the client's environment, such as friends, school, employment and other social or public services. The methodology then outlines various ways of the client's cooperation with a multidisciplinary team.

In 2020, the organization is publishing another methodology involving the operation of multidisciplinary teams, in this case inspired by the Open Dialogue method, which originated in Fisk and whose main representative is Jaakko Seikkula. This methodology emphasizes in particular the partnership approach between all members of the multidisciplinary team, in which all members participate in the client's treatment plan. The Open Dialogue method initially counts on two or more therapists who have a dialogue with the client and who can reflect on this dialogue with each other. The method takes into account the various expertise involved in a multidisciplinary team, including peer consultants and a client network. Partnership is an important element in the functioning of such a team.

In the form of the Anabell Centre, the following specialties are represented in the basic multidisciplinary team: social worker, nutrition therapist and psychologist. Specialties such as peer consultant, psychiatrist, gastroenterologist and others are represented in the extended team. They all work in partnership with the client and his immediate surroundings.

EDUCO, Early Care Centre

This organization works with families with children with disabilities up to the age of 7. Its mission is to provide these children and families with professional help and support in their natural environment in order to strengthen their independence and independence from social assistance.

The organization does not directly talk about multidisciplinary cooperation or a multidisciplinary team, however, these concepts are actually fulfilled. The organization talks



about interdisciplinary collaboration and uses the Team around child method developed in the UK by Peter Limbrick. The organization has been organizing Teams around the child since 2017 and currently also organizes accredited education in this method and develops a separate methodology.

Team around the child is a facilitated meeting of the family with a disabled child with experts who cooperate or come into contact with the child and his family. This meeting has a goal set by the family with the child. This team has a non-hierarchical structure, the participating experts not only share the experience of working with the family and the child, but also offer other opportunities for cooperation with regard to the goal of the meeting, which is determined by the family. The experts that can be represented in the Team around child are mainly related to the purpose of this meeting. He or she is always a key employee of the organization holding early care, then a representative of the educational facility that the child attends or is going to attend, a caring pediatrician, psychologist, speech therapist, special pedagogue, Social and legal protection of children body representative and so on. The meeting has a given structure, rules and duration, which the participants are acquainted with and whose observance during the meeting is monitored by the facilitator.

Questionnaires

In order to find out the personal experience of the representatives of the above-mentioned organizations with the practice of multidisciplinary teams, a questionnaire was created, which we asked to fill out. In the case of a representative of EDUCO, we adjusted the questions to match the terminology used in this organization. Subsequently, we present the questions used in the questionnaire and then a transcript of the answers of the representatives of the mentioned organizations.

- What is the concept of your organization and multidisciplinary team?
- How do you perceive the main benefits of a multidisciplinary team working with families? How do you feel that a multidisciplinary team can be an effective-beneficial way of working? What makes a multidisciplinary team effective?
- How can a multidisciplinary teamwork in practice?
- On the contrary, what hinders the implementation of a multidisciplinary team in practice?



- In what roles and with what competencies do the people in the multidisciplinary team play?
- What is the workflow of a multidisciplinary team? (planning, organization, course of meetings)
- What are the advantages and disadvantages of multidisciplinary teams in practice?

Anabell Centre

- What is the concept of your organization and multidisciplinary team?

A multidisciplinary team is a team of people who are currently desirable in addressing the client's situation and needs. The main principle is openness of dialogue. We have a specified core team and an extended team for working with people with eating disorders. In the case of working with families with children with mental difficulties, this team currently has the form of composition - family, child, important people from around the child and on our part a social worker, behavioural pedagogue, family therapist.

-What do you perceive as the main benefit of working with a multidisciplinary team when working with families? How do you feel that a multidisciplinary team can be an effective-beneficial way of working? What makes a multidisciplinary team effective?

At one time, the voices of the family, their individual members and the voices of the experts / workers present are heard at one place. As a result, everyone hears each other and can work effectively on what is needed, what is desired. The repetition of the description of the situation that the family goes through is eliminated. Inefficiencies /low efficiency/ is eliminated, solitary work family versus 1 expert, child vs expert; parents vs expert. We understand this system of work as the maximum use of all resources towards solving the situation, empowering the client/family!

However, an important condition is that at a given moment, everyone respects together, everyone has enough time to express emotions, thoughts and ideas. That the meeting has a defined time for which the meeting will take place. That the meeting is happening in order to find solutions, resources, to realize what is already happening good. That the whole team knows the rules and principles and follows them. Everyone is equal at the meeting and there is an independent facilitator with more people present.

- What makes a multidisciplinary teamwork in practice?



I probably answered above - the meeting has given rules and principles and the whole team follows them. And they all have a common interest - the interest of the client / family.

-What, on the contrary, hinders the implementation of a multidisciplinary team in practice?

Little experience with MD teams. Time-consuming to reconcile more people at one time (organizationally more demanding logistics). Family worries, if they are not explained enough and not talked to them, in what way the MD team is more effective.

Concerns of experts to speak in front of other experts (many years of individual experience). Misunderstanding the roles of team members with each other. A kind of imaginary asymmetry between specialties, which may stem from ignorance of the professions.

Financial limits - we are limited by the finances we can pay present to external members of the MD team.

-What roles and competencies do the people in the multidisciplinary team play?

Each member present is a full member and comes and contributes to the meeting with his descriptions of the situation, emotions, thoughts, ideas. They all have the same competencies, we have defined rules, principles, at the first meeting /sometimes before this first meeting/ the family and invited members are acquainted with the rules. Whether plans and things will be the way they are defined at the meeting is up to the family/client. Everything happens in the highest interest of the child and family!

-What is the work process of a multidisciplinary team (planning, organization, course of meetings)?

The first meeting of the family is in our centre with a social worker. They find out the situation of the child/family/client. They suggest the opportunity to meet in the MD team, now we can hold 3 such MD meetings (we are limited by finances). The social worker will explain to the client how these meetings take place, who is present at them, what are the roles of the participants, what are the benefits of this meeting. It is up to the family/client whether or not to use the possibilities of MD teams.

The social worker then schedules dates, convenes a team.

At the meeting itself, which usually lasts 90-120 minutes, everyone introduces each other, sharing their expectations. And it works in the form of open dialogue/anticipatory conversation, reflective teams/. After 3 meetings, the family meets with a social worker again, and the benefits of the MD meeting are evaluated. Intervisions take place during the cooperation, but only by experts. There are no intervisions in the presence of family/client.



The family can stop using the service at any time, as well as start using it again!

-What are the advantages and disadvantages of multidisciplinary teams in practice?

From my point of view, these are only advantages when everything happens in a spirit of respect, openness and interest of the client ☺☺

Advantages:

Time - the client / family does not have to go around the individual professions separately.

Awareness - all involved hear the same information, undistorted.

Active and valid involvement - everyone is active and involved and the given expert can comment on the matter right now and here, they do not have to "argue" what they would probably recommend

Understanding roles - understanding the roles of individual professions

Respect - strengthening respect for each other

Competence - no one takes responsibility for anyone

Help/solution/situation is not for one person! It's comprehensive!

The help of several experts of one profession is not duplicated.

Disadvantages:

Time consuming to reconcile the team

Financial limits (we only call the team if we have the money to pay for the experts)

Negative previous experience with the MD team

Many professions in one place can be daunting for the client and can lead to non-cooperation.

And they can also lead to a revitalization of the problem - still someone may feel that client / family support is needed.

EDUCO

- What is a multidisciplinary team in the concept of your organization and in the implementation of TOD (Tím okolo dítěte – Team around child)?

The multidisciplinary team is a meeting of parents of a child with an early age disability and professionals (medical, school and social) who are in touch with the family and the child. The parents decide for themselves who they would like to meet with regard to the goal of the meeting.



- What do you perceive as the main contribution of the multidisciplinary team's work at TOD meetings? How do you feel that a multidisciplinary team in the concept of TOD can be a beneficial way of working? What makes a multidisciplinary team effective?

The main benefit of TOD is a common meeting at one time in one place of the above people, who together are looking for procedures in the approach to the child for the next period, taking into account the current possibilities and needs of the family. It is very important to harmonize approaches to the child, to clarify any different views on the current situation, and last but not least, mutual learning and gaining new information and experience from each other.

Mutual agreement on the next procedure in the management of the child and the division of competencies (non-duplication of care) is more effective for its further development, and especially for parents more understandable and safer.

- Thanks to what can a multidisciplinary teamwork in TOD practice?

The multidisciplinary team can work mainly thanks to the personal presentation and explanation of the entire TOD model to professionals and inviting them to cooperate well in advance.

It is also necessary to set up good coordination of TOD meetings and to maintain a clear meeting structure.

Ensuring suitable experts in the position of meeting facilitator, who leads the whole meeting.

The financial reward for the participants of the meeting also seems appropriate (currently there is no need for a financial reward for social workers who have interdisciplinary cooperation in the basic activities of their profession).

- What, on the other hand, hinders the implementation of a multidisciplinary team in TOD practice?

Busy time schedule of professionals.

Inclusion of this form of work in the system, in the basic activities of professionals from other ministries (how to report this form of cooperation?).

- What roles and competencies do people in the multidisciplinary team present at TOD meetings?

The following positions are represented at the TOD meeting:

- *Parents of the child: they set the goal of the meeting, determine which professionals they would like to meet in the meeting. They agree on the outcome of the TOD (child and family support plan) meeting.*



• *Meeting facilitator*: the professional who leads the meeting maintains the structure of the meeting, oversees the timing of the meeting, that each participant is given the opportunity to express themselves, and that the meeting still leads to the goal set by the parents. It ensures the security of the space for all participants in the meeting.

• *Professionals*: staff from the Ministry of Health, Education and Social Affairs who are in contact with the child and family. They describe their current experience with the child and the family and actively participate in setting the child's support for the next period with regard to the goal of the meeting.

• *TOD meeting coordinator*: arranges the meeting from the organizational point of view (arranging the date of the meeting, inviting the participants of the meeting, providing space, equipment and refreshments, records the course of the meeting).

- What is the process of a multidisciplinary team working during TOD meetings? (planning, organization, course of meetings)

The meeting has a clear structure, with which all participants are acquainted in advance:

- *introduction*
- *introduction of the TOD methodology*
- *goal of the meeting*
- *the principles of the meeting*
- *introduction of all present people (each themselves), how long they have been in touch with the family and in what position*
- *current situation from the parents' point of view, explanation / fine-tuning of the meeting goal*
- *current situation from the perspective of professionals*
- *common discussion on the stated goal of the meeting*
- *summary of the main points of the child and family support plan*
- *agreement on further action, or meeting date*
- *feedback from participants*
- *conclusion*

- What are the advantages and disadvantages of multidisciplinary teams in TOD practice?

Advantages:

- *personal acquaintance of professional staff*



- *mutual clarification of the perception of the given situation, division of competencies on sharing good practice*
- *not overwhelming the family, strengthening the role of parents, saving parents' time and money*
- *"horizontal meeting", all participants are on the same level, each is an expert in their position*
- *clear meeting structure + time horizon*
- *possibility of holding a TOD meeting at the family's place of residence*

Disadvantages:

- *planning meetings very well in advance (ie very careful coordination)*
- *non-inclusion of this form of work in the system / financing (in all departments)*

Research of multidisciplinary team factors

Definition of research objectives and research problems

In addition to the definition and characteristics of multidisciplinary teams, the factors of their effectiveness were formulated in the theoretical basis of the research, which are related to



the material equipment, staffing and work process at the team, organization and community level. The theory provides several categorizations of aspects interfering with the resulting effectiveness of the multidisciplinary approach implemented in the team - Methodology for measuring the effectiveness of multidisciplinary cooperation MDT-OARS (Observational Assessment Rating Scale) (Taylor et al., 2012), 5-scale categorization of factors according to Evans (et al., 2019), a meta-analysis of projects addressing the success of multidisciplinary teams under the supervision of the National Health Service (NHS, 2018) and the categorization of factors contributing to the effectiveness of a multidisciplinary team according to the National Cancer Action Team (National Cancer Action Team - NHS, 2010). The above-mentioned categorizations provide an overview of functional aspects, but they lack information about their specific effectiveness in the work of a multidisciplinary team.

The research carried out within the Erasmus + project "Multidisciplinary support of positive changes in families in difficult situations" aims to summarize the factors involved in the effectiveness of multidisciplinary teams in working with families in difficult life situations and to measure their effectiveness through a questionnaire survey among members of these multidisciplinary teams. in the countries involved in the project - Slovakia, the Czech Republic, the Netherlands and Finland.

The output of the research will be a summary of the efficiency factors involved in the work of a multidisciplinary team and the strength of their effect, which can help in shaping and organizing these teams when working with families in difficult situations.

Research hypotheses

Based on the identified research goals and problems, research hypotheses are established, which, given the theoretical background, assume that the greatest strength for the work of a multidisciplinary team will be achieved by factors related to team relationships, ensuring professional approach and focus on the client and family. Research hypotheses also estimate that the assessed effect of individual factors will vary with respect to the job position, department of office and the role of the member in the multidisciplinary team and the client's presence directly at the team meeting, when respondents working in social services or education positions of psychologists, educators and social workers, in the role of facilitator, coordinator,



case manager or family member and in teams where the client or family is present, will indicate a higher effect of relationship and client-oriented aspects.

The research sample

The individual characteristics of the research files will be presented according to the specific phases of the research process. As the aim of the research is to measure the strength of the factors involved in the effectiveness of multidisciplinary teams working with families in difficult situations, the whole research process consists of several stages - recording other factors (other than those published in the theoretical background) through an open-ended questionnaire completed by participants implemented through the Erasmus + project; verification of the comprehensibility of the items of the research methodology through its administration and recording of feedback from experts working in the practice of multidisciplinary teams when working with families in difficult situations and from direct data collection. In this section, groups of probands who participated in the various phases of the research will be introduced.

The first group of 40 participants in the training of multidisciplinary practice implemented through the Erasmus + project participated in the process of formulating the factors of work efficiency of the multidisciplinary team by filling in a questionnaire with open questions. 15 participants (37.5%) came from Slovakia and 25 participants from the Czech Republic (62.5%). Most probands worked as social workers - 15 (37.5%). The position of psychologist or school psychologist was held by 5 people (12.5%), peer worker 5 people and pedagogical worker also 5 people. Three people (7.5%) worked as psychotherapists, two (5%) as nurses and one respondent (2.5%) represented the positions / roles of social pedagogue, parent, volunteer, student and civic association statute. Most people worked under the Ministry of Labor, Social Affairs and Family (18 respondents, 45%), 14 people (35%) in foundations, non-profit organizations or civic associations under the Ministry of the Interior, 6 respondents (15%) in the education sector and two people (5%) under the Ministry of Health. The highest number of respondents worked in practice up to 4 years (19 persons, 47.5%), 9 people had experience of 4-9 years (22.5%), 5 persons 10-19 years of experience (12.5%) and 7 respondents had over 20 years of experience (17.5%). 15 people (37.5%) in this group of people have worked in a multidisciplinary team in the past, but are no longer active, 6 probands have



just initiated the activity of a multidisciplinary team (15%), 5 people (12.5%) work irregularly in multidisciplinary teams under several organizations, 3 respondents (7.5%) work longer in a multidisciplinary team under one organization, two people (5%) do not work in a multidisciplinary team at all and one person (2.5%) works in a multidisciplinary team under several organizations on a regular basis. Below we offer a tabular overview of the socio-demographic characteristics of the first group of respondents who participated in the formulation of the effectiveness factors of multidisciplinary teams by completing a questionnaire with open-ended questions.

Table 1. Composition of the first group of respondents with respect to the country of professional practice

country	number	percentage
Slovakia	15	39,5
Česko	25	60,5

Table 2. Composition of the first group of respondents with respect to their work position/role

profession	number	percentage
psychologist/school psychologist	5	12,5
psychotherapist	3	7,5
pedagogical employee	5	12,5
social pedagogue	1	2,5
social worker	15	37,5
nurse	2	5,0
peer worker / peer consultant	5	12,5



parent	1	2,5
volunteer	1	2,5
student	1	2,5
statutory worker	1	2,5

Table 3. Composition of the first group of respondents with respect to the resort of their professional practice

resort	number	percentage
Ministry of Labour, Social Affairs and Family	18	45
Ministry of Education	6	15
Ministry of Health	2	5
Ministry of the Interior - foundations, civic association, non - profit organizations	14	35

Table 4. Composition of the first group of respondents with respect to the length of their professional practice

years of practice	number	percentage
up to 4 years	19	47,5
4-9 years	9	22,5
10-19 years	5	12,5
over 20 years	7	17,5

Table 5. Composition of the first group of respondents with respect to multidisciplinary teamwork experience

practice in multidisciplinary team	number	percentage
yes, we are currently initiating MDT	6	15,0
yes, I longer work in MDT	3	7,5
I work irregularly in several organizations	5	12,5
I work regularly in several organizations	1	2,5
yes I worked, but in the past	15	37,5
none	2	5,0



In the second research group, there were 21 respondents who participated in verifying the comprehensibility of the items as well as the entire format of the questionnaire. 11 people (52.4%) came from the Czech Republic and 10 probands from Slovakia (47.6%). 7 people (33%) worked as psychologists or social workers, 4 respondents (19%) worked as pedagogical staff and one person (4.7%) represented the positions of case manager, sociologist and nurse. 11 respondents (52.4%) work under the Ministry of Labor, Social Affairs and Family, 5 probands (23.8) in the education sector, 3 people (14.3%) in the non-profit sector under the Ministry of the Interior and 2 people (9, 5%) in the health sector. The highest number of respondents worked in practice up to 4 years (10 persons, 47.6%), 6 people had experience of 4-9 years (28.6%), 3 persons 10-19 years of experience (14.3%) and over 20 two respondents (9.5%) had years of experience. 10 people (47.6%) regularly attend multidisciplinary team meetings, including the last year, 6 probands (28.6%) used to attend multidisciplinary team meetings on a regular basis, but not in the last year, 4 probands (19%) are not members multidisciplinary team and one person (4.8%) works in the team that starts its activity. When determining the position in the team, 17 people answered, and they were able to indicate more roles that they played in the multidisciplinary team. 8 people (30.6%) worked in the position of a professional representing a department involved in solving the topic of a family in a difficult situation, 6 respondents (23.6%) were in the position of case manager, three people (11.4%) in the position of facilitator or peer-consultant, two probands (7.7%) were in the role of client or close client and one person (3.8%) in the position of volunteer. 12 respondents (57.1%) work in a multidisciplinary team with a stable group of members and 5 persons (23.8%) with a variable group of members. Below we offer a tabular overview of the socio-demographic characteristics of the second group of respondents who participated in verifying the comprehensibility of the questionnaire items as well as its overall form in the form of feedback.

Table 6. Composition of the second group of respondents with respect to the country of professional practice

country	number	percentage
Slovakia	10	47,6
Czech republic	11	52,4



Table 7. Composition of the second group of respondents with respect to their work position/role

profession	number	percentage
psychologist/school psychologist	7	33,3
case manager	1	4,7
pedagogical employee	4	19,0
sociologist	1	4,7
social worker	7	33,3
nurse	1	4,7

Table 8. Composition of the second group of respondents with respect to the resort of their professional practice

resort	number	percentage
Ministry of Labour, Social Affairs and Family	11	52,4
Ministry of Education	5	23,8
Ministry of Health	2	9,5
Ministry of the Interior - foundations, civic association, non - profit organizations	3	14,3

Table 9. Composition of the second group of respondents with respect to the length of their professional practice

years of practice	number	percentage
up to 4 years	10	47,6
4-9 years	6	28,6
10-19 years	3	14,3
over 20 years	2	9,5

Table 10. Composition of the second group of respondents with respect to multidisciplinary teamwork experience

practice in multidisciplinary team	number	percentage
------------------------------------	--------	------------



yes, we are currently initiating MDT	1	4,8
yes. I regularly take part including current year	10	47,6
yes, I used to regularly take part, but I have not for more than a year	6	28,6
no	4	19,0

Table 11. Composition of the second group of respondents with respect to the role at multidisciplinary team meeting

position in multidisciplinary team	number	percentage
a professional representing a department involved in dealing with a family problem in a difficult situation	8	30,6
case manager	6	23,6
coordinator	1	3,8
facilitator	3	11,4
peer worker / peer consultant	3	11,4
close person of the client	2	7,7
client	2	7,7
volunteer	1	3,8

Table 12. Composition of the second group of respondents with respect to the member stability at the multidisciplinary team meeting

membership stability in multidisciplinary team meeting	number	percentage
stable members in multidisciplinary team	12	57,1
a variable set of members in a multidisciplinary team	5	23,8

The third group of respondents consisted of people involved in direct data collection through a questionnaire to measure the importance of factors for the effectiveness of multidisciplinary teams who were administered online. The survey involved 56 people out of four Erasmus + countries involved: 9 people (16.1%) from the Czech Republic, 1 from Finland (1.8%), 11 from the Netherlands (19.6%) and 35 people (62.5%) from Slovakia. Only



people who, as a professional, layman, client or family member or other close person, attended a multidisciplinary team meeting with their family in a difficult situation in the Czech Republic, Finland, the Netherlands and Slovakia could participate in the direct data collection. The term multidisciplinary research team was understood as a group of at least three people, of which at least two people in a role related to the process of team organization and leadership (professionals from various disciplines - e.g. doctor, psychologist, teacher, social worker, ..., facilitator, coordinator, case manager, students, peer, volunteers, ...) and / or from the client and / or his close person (family members, friends or other close persons) who will meet together in one place and at one time (also in the online space) with the main goal of positive change in a family in a difficult situation, while maintaining a horizontal structure of relationships (each team member participates in the formulation of the goal and care plan). Most people - 18 people (32.1%) worked in the position of social worker, 7 people (12.5%) worked in the position of psychologist, 6 probands (10.7%) in the position of resp. coordinating position in the institution and in the position of special pedagogue, 5 (8.9%) respondents held the position of psychotherapists, 3 people (5.4%) worked as pedagogical staff, after two probands (3.6%) the professions were represented as a social pedagogue, nurse and counselor and one person (1.8%) the positions of doctor, career counselor, peer-consultant, sociologist and lay person. 28 respondents (52.4%) work under the Ministry of Labor, Social Affairs and Family, 5 probands (50%) worked in the education sector, 23 persons (41.1%) in the education sector and 4 people (7.1%) in the health sector. 1 person (1.8%) did not state the area of their practice. 40 people (71.4%) regularly attend multidisciplinary team meetings, including the last year, 6 probands (10.7%) used to attend multidisciplinary team meetings on a regular basis, but not in the last year, 9 probands (16.1%) they attend multidisciplinary team meetings, but only 2-3 times a year and one person (1.8%) attended a multidisciplinary team only once. 37 people (66.1%) worked in the position of a professional representing a department involved in solving the topic of a family in a difficult situation, 8 respondents (14.3%) were in the position of coordinator, four people (7.1%) in the position of facilitator, three probands (5.4%) were in the role of case-manager or peer-consultant and one person (3.8%) participated in the multidisciplinary team as a family member of the client. 38 respondents (67.9%) work in a multidisciplinary team with a stable group of members and 18 persons (32.1%) with a variable group of members. 30 probands (53.6%) stated that the client also participates in the multidisciplinary team, in 26 persons (46.4%) the client is not a member of the multidisciplinary team. Below we offer a



tabular overview of the socio-demographic characteristics of the third group of respondents who participated in the direct data collection to measure the effect of the factors of the multidisciplinary team.

Table 13. Composition of the third group of respondents with respect to the country of professional practice

Country	number	percentage
Czech Republic	9	16,1
Finland	1	1,8
The Netherlands	11	19,6
Slovakia	35	62,5

Table 14. Composition of the third group of respondents with respect to their work position

profession	number	percentage
psychologist	7	12,5
psychotherapist	5	8,9
teacher	3	5,4
social pedagogue	2	3,6
special pedagogue	6	10,7
social worker	18	32,1
doctor	1	1,8
nurse	2	3,6
career consultant	1	1,8
peer	1	1,8
service coordinator/leader	6	10,7
sociologist	1	1,8
layman	1	1,8
counsellor	2	3,6

Table 15. Composition of the third group of respondents with respect to the resort of their professional practice

resort	number	percentage
Ministry of Labour, Social Affairs and Family	28	50
Ministry of Education	23	41,1



Ministry of Health

4

7,1

Table 16. Composition of the third group of respondents with respect to their multidisciplinary teamwork experience

multidisciplinary teamwork experience	number	percentage
yes, regularly	40	71,4
yes, I used to, but not during the last year	6	10,7
yes, but little – max. 2-3 times a	9	16,1
yes, just once	1	1,8

Table 17. Composition of the third group of respondents with respect to their role at multidisciplinary team meeting

position in multidisciplinary team	number	percentage
professional	37	66,1
coordinator	8	14,3
facilitator	4	7,1
case manager	3	5,4
peer-consultant	3	5,4
family member	1	1,8

Tabul'ka 18. Composition of the third group of respondents with respect to their membership stability at multidisciplinary team meetings

membership stability in multidisciplinary team	number	percentage
stable members in multidisciplinary team	38	67,9
a variable set of members in a multidisciplinary team	18	32,1



Tabuľka 19. Composition of the third group of respondents with respect to the presence of the client at multidisciplinary team meeting

the presence of the client at multidisciplinary team meeting	number	percentage
client is present at multidisciplinary team meetings	30	53,6
client is not present at multidisciplinary team meetings	26	46,4

Research tool - Questionnaire for measuring the importance of factors for the effectiveness of multidisciplinary teams

To create a questionnaire to measure the importance of factors for the effectiveness of multidisciplinary teams, existing categorizations or meta-analyzes were selected, which summarized the effective aspects of these teams - Methodology for measuring the effectiveness of multidisciplinary cooperation MDT-OARS (Observational Assessment Rating Scale) (Taylor et al., 2012), a 5-scale categorization of factors according to Evans (et al., 2019), a meta-analysis of projects dealing with the factors of successful operation of multidisciplinary teams, carried out under the supervision of the National Health Service (NHS, 2018) and categorization of factors involved on the effectiveness of the multidisciplinary team according to the National Cancer Action Team (NHS, 2010). From the above-mentioned categorizations, specific factors were extracted, which were compared with each other and connected into one structure (see Appendix).

Since all the theoretical basis for the construction of the questionnaire comes from foreign sources (most often from the United Kingdom), we decided on possible deviations or.



capture the absence of important aspects through an open-ended questionnaire. It was also necessary to capture important variables entering understanding the effectiveness of individual factors at the level of socio-demographic variables and characteristics of multidisciplinary teams. The open-ended questionnaire included the following items: What do you consider a multidisciplinary team? What do you consider to be the specifics of multidisciplinary teams when working with families in difficult life situations? What types of multidisciplinary teams work with families in difficult life situations (eg case conferences, inclusive team, meeting around the child, interdepartmental meetings, ...)? In what role did you work in a multidisciplinary team (expert, facilitator, client, parent, peer consultant, ...)? How do you think the way of working in a multidisciplinary team can be more effective than other approaches in intervention / counseling / therapy of families in difficult life situations? What do you think allows a multidisciplinary team to work in practice? What do you think hinders the implementation of work in a multidisciplinary team in practice? What kind of people (which people) join the multidisciplinary team and what do you think have their key roles? What is the experience of the multidisciplinary team? (planning, organization, meeting management ...)? What do you consider to be the benefits of multidisciplinary teams in practice? What do you consider to be the disadvantages of multidisciplinary teams in practice? Which skills or competencies already help you to work in a multidisciplinary team? What competencies or skills would you need to learn or not? to develop to function in a multidisciplinary team? Is there anything else you would like to say about multidisciplinary teams?

When evaluating the participants' responses, another 41 aspects were captured, which the respondents perceived as factors of the effectiveness of multidisciplinary teams. By combining all the factors into one structure, a 187-item list was created, which became part of the questionnaire. He was subsequently administered to the second group of probands to capture the intelligibility of individual items, including the overall form of the questionnaire. The questionnaire also included items recording the socio-demographic variables of the probands.

After incorporating the feedback from the respondents from the second group, in conjunction with the results of the correlation analyzes, content-like factors were combined into one aspect, which shortened the questionnaire to a 104-item structure. At the beginning of the questionnaire, socio-demographic issues and items related to the experience with the multidisciplinary team were mentioned: country of professional practice, profession, professional practice department, participation in multidisciplinary team, role in



multidisciplinary team, characteristics of multidisciplinary team with regard to membership stability and client presence.

Due to operationalization, the questionnaire defined a multidisciplinary team as a group of at least three people, of which at least two people in a role related to the process of team organization and leadership (professionals from various fields - eg doctor, psychologist, teacher, social worker, ... , facilitator, coordinator, case manager, students, peer, volunteers, ...) and / or from the client and / or his close person (family members, friends or other close persons) who will meet together in one place and at one time (also in the online space) with the main goal of positive change in a family in a difficult situation, while maintaining a horizontal relationship structure (each team member participates in the formulation of the goal and care plan).

The course of data collection and their statistical evaluation

Data collection during the research was divided into three stages and linked to the construction of a questionnaire to measure the importance of factors for the effectiveness of multidisciplinary teams and the administration of its final form.

In the first stage, when attitudes about the effectiveness of multidisciplinary teams were captured to add factors to the theoretical basis, only participants who entered the education related to the Erasmus + project "Multidisciplinary support of positive changes in families in difficult situations" were addressed. The open-ended questionnaire was administered to them via Google documents, to which participants were given access via e-mail. The completion of the questionnaire was tied to the input documents for education, so the return was 100% and the answers determined by high motivation and interest in the topic of education. The first stage of data collection took place during the month of November 2020.

In the second stage, in which the comprehensibility of the items as well as the overall format of the questionnaire was carried out, experts who worked in a multidisciplinary practice by e-mail were contacted. Data collection took place through occasional selection and the participants of the second stage filled in a questionnaire accessible online via google documents. The second stage took place in September and October 2021.

Respondents were involved in the third stage through occasional and avalanche selection in January and February 2022. Respondents were addressed directly through the



Erasmus + project leaders, through the League for Mental Health or through the management of state institutions - e.g. through the directorate of the Centers for Pedagogical and Psychological Counseling and Prevention, the Center for Children and Families, through the education department of regional authorities, the directorate of the Labor, Social Affairs and Family Office or through the coordinators of support for child protection, etc. . Information on data collection was also presented in groups of experts via the social network Facebook such as: Pedagógovia (Teachers), Učiteľky (Teachers), Učiteľia SK (Teachers SK); Školský psychológ do každej školy (School psychologist to each school); Dětské poradenství a psychoterapie (Child counseling and psychotherapy); Psychoterapia a psychoporaďenstvo (Psychotherapy and psycho counseling); Sociálna práca v 21. storočí (Social work in the 21st century); Terénasociálna práca (Field social work); Školskí špeciálni pedagógovia na FB (School special educators at FB); Kariérní centra sobě (Career centers themselves); pii (Vzdelávanie v psychológii a psychoterapii) Psychology and psychotherapy education; Školský psychológ (School psychologist); Psychológia- ponuky práce a ďalšieho vzdelávania (Psychology - job offers and further education); Psychologická intervízia (Psychological intervision); Klinická psychológia 2012 (Clinical Psychology 2012) and Psychológovia vo výcviku (Psychologists in Training).

The data were processed in IBM Statistics SPSS v.26.

The results

The following table lists the individual factors, ranked according to the intensity of participation in the resulting positive effect of the work of the multidisciplinary team. Respondents indicated answers on a seven-point scale, where 1 means "does not participate at all" and 7 "participates very intensively" in the resulting positive effect. Table 20 shows the minimum, maximum, mean and standard deviation.

Table 20. Effect of individual factors on the positive effect of multidisciplinary team work (average values)

Order	Factors	N	Min	Max	Mean	SD
1	team members can see and hear each other	55	3	7	6,58	0,83
2	respect in the team	56	3	7	6,55	0,85
3	trust in the team	55	3	7	6,29	1,05



4	feeling safe in the team	54	3	7	6,26	1,03
5	protection of shared information against misuse	56	1	7	6,18	1,25
6	sufficient attention of each team member to the team process and other team members	55	3	7	6,11	1,03
7	sufficient training of experts in the team	56	2	7	6,11	1,15
8	expectation and appreciation of relevant contributions and skills demonstrations of team members	54	3	7	6,09	1,01
9	sharing knowledge / experiences / specific views	55	2	7	6,02	1,08
10	determination of tasks and competencies of team members	55	3	7	6,00	1,05
11	alignment of team members' goals and expectations with respect to the client's topic	55	2	7	5,98	1,15
12	team collaboration	56	1	7	5,95	1,21
13	enthusiasm/ motivation of the team members	55	3	7	5,95	1,13
14	equal room for expression of each team member	55	1	7	5,95	1,38
15	setting and adhering to team standards and agreements	55	2	7	5,93	1,09
16	support for focusing dialogue and recommendations on the client and his needs	53	2	7	5,92	1,22
17	supporting team relationships	56	4	7	5,91	0,92
18	accepting open team relationships	56	3	7	5,91	1,03
19	setting clear, realistic and achievable goals	56	2	7	5,80	1,15
20	maintaining the horizontality of relations in the team	52	2	7	5,79	1,24
21	goal-oriented and fluent discussion	53	1	7	5,77	1,19
22	positive relaxed social atmosphere	56	2	7	5,77	1,08
23	creativity in the team	55	4	7	5,76	0,98
24	participation of experts in the meeting as part of their work plan, working hours and their adequate evaluation	55	1	7	5,75	1,29
25	feedback for the team member from other members	55	1	7	5,75	1,39



26	aligning the values and attitudes of team members on the topic of multidisciplinary	51	2	7	5,75	1,29
27	the ability of team members to think critically	54	2	7	5,70	1,22
28	meeting time to suit each member and organization	54	1	7	5,70	1,37
29	explanation request and provision	54	1	7	5,69	1,34
30	inspiration among team members	56	3	7	5,66	1,08
31	support for the specific role, expertise and experience of each member in the team	54	3	7	5,65	1,17
32	the client's needs take precedence over the personal needs of the members	54	1	7	5,59	1,46
33	supervision of team members	51	1	7	5,59	1,65
34	ensuring the implementation of recommendations in practice	50	3	7	5,58	1,20
35	the presence of experts providing a comprehensive approach to the client	55	2	7	5,56	1,37
36	creating a client care action plan	52	1	7	5,54	1,60
37	opportunities for sharing information and knowledge in the organization	54	1	7	5,54	1,13
38	sufficiently large room and sufficient seating for the number of team members	54	1	7	5,54	1,61
39	shared process and responsibility of team members and consensus in decision making and action plan development	54	1	7	5,52	1,53
40	creating minutes of the meeting and recording to the client's card	53	1	7	5,49	1,97
41	team members have access to working materials during the team meeting (in printed or electronic version)	54	1	7	5,48	1,69
42	feedback to team members on meeting recommendations	54	2	7	5,46	1,13
43	meeting time modifiable according to the type and severity of the case	56	2	7	5,45	1,29



44	establishing contacts with community partners for the provision of care	53	1	7	5,43	1,51
45	adherence to the post-team care plan	49	2	7	5,41	1,43
46	humor in the team	54	2	7	5,41	1,30
47	presence of the coordinator	52	1	7	5,40	1,84
48	comprehensive collection of client information in one place	54	1	7	5,39	1,51
49	avoiding parallel communication lines along the main one	53	1	7	5,38	1,51
50	motivation for further education	52	2	7	5,35	1,23
51	support of the organization for the education of team members	54	1	7	5,33	1,43
52	adequate physical characteristics of the room for the team (lighting, silence, temperature, ventilation, ...)	54	1	7	5,33	1,53
53	availability of client data for each team member	52	1	7	5,31	1,81
54	presence of a device for distance involvement of a team member	54	1	7	5,30	1,64
55	secured procedure for opening the client's case in the team	51	1	7	5,27	1,37
56	interview of team members	50	1	7	5,26	1,71
57	regular and long-term team meetings	53	1	7	5,25	1,62
58	time flexibility of team meetings	52	1	7	5,19	1,77
59	introduction of standard treatment procedures	52	1	7	5,17	1,57
60	institutional support for multidisciplinary at team meetings (legislative, systemic, financial)	53	1	7	5,08	1,85
61	adherence to the agenda of the meeting	55	1	7	5,07	1,39
62	further education of team members	52	1	7	5,06	1,50
63	setting up the process of sending clients to another organization	52	2	7	5,06	1,35
64	recording the use of client care services	49	2	7	5,04	1,47



65	ensuring equal access to services with regard to socio-demographic data	47	1	7	5,02	1,85
66	regular evaluation of team work efficiency	50	1	7	5,02	1,77
67	professional guarantor as a team member	56	1	7	5,00	2,37
68	harmonizing clients' communication with external experts and their services	51	1	7	4,98	1,78
69	availability of necessary and up-to-date information or materials about the client before the meeting	53	1	7	4,92	1,84
70	modern digital equipment (hardware, software)	53	1	7	4,92	1,81
71	existence of methodology for team work organization	52	1	7	4,90	1,99
72	the role and processes in the team recorded in the organization's internal files	49	1	7	4,86	1,90
73	recording feedback from external partners	51	1	7	4,80	1,71
74	ensuring the quorum of the meeting	51	1	7	4,69	1,94
75	client as a team member	56	1	7	4,63	2,26
76	recording missing client data	49	1	7	4,57	1,84
77	a family member or other support person close to the client as a team member	55	1	7	4,55	2,12
78	evidence-based recommendations	47	1	7	4,49	1,76
79	recording disagreements between members in the recommendations	50	1	7	4,48	1,75
80	incorporating community needs into team work	44	1	7	4,34	1,54
81	team member providing training organization for other team members	51	1	7	4,33	1,88
82	stable meeting schedule (day and time)	54	1	7	4,28	2,09
83	sending the meeting program to team members before the team meeting	55	1	7	4,27	2,12



84	feedback from community partners and communities	46	1	7	4,24	1,74
85	encouraging legislative changes to support multidisciplinary teams	47	1	7	4,23	1,83
86	team risk management	47	1	7	4,19	1,79
87	a strategy in place to capture inconsistencies between the recommendations of different teams on a single case	44	1	7	4,16	1,83
88	recording an explanation for the departure from the standardized treatment / care procedure	47	1	7	4,15	1,72
89	presence of the case manager of the client	51	1	7	4,12	2,50
90	integrated digital databases of team clients available for team members resp. organizations involved in the organization of the team	49	1	7	4,10	1,99
91	recording the deviation of the team process from the team directive	43	1	7	4,00	1,94
92	field character of the meeting - the opportunity to meet at the client's home	52	1	7	3,98	2,40
93	presence of a facilitator	52	1	7	3,90	2,38
94	the presence of tension in the team	53	1	7	3,74	1,82
95	peer as a team member	54	1	7	3,69	2,14
96	legislation expert as a team member	54	1	7	3,67	2,28
97	annual review of the team's guidelines	46	1	7	3,63	1,90
98	financial team work plan	46	1	7	3,52	2,05
99	information campaigns on multidisciplinary teams	46	1	7	3,46	1,83
100	ensuring the alternation of absent experts	52	1	7	3,37	2,07
101	presence (full-time or part-time) support of an IT specialist during the team meeting	52	1	7	3,25	2,01
102	field worker as a team member	50	1	7	3,22	1,95
103	doctor as a team member	56	1	7	3,02	1,89
104	team records in the national resp. transnational network of teams	43	1	6	2,84	1,79



Based on average values, the most important factors contributing to the positive effect of the work of a multidisciplinary team appear - team members see and hear each other, respect in the team, trust in the team, sense of security in the team, protection of shared information from misuse, sufficient attention of each team member process in the team and other team members, sufficient training of team experts, expectation and appreciation of relevant contributions and demonstrations of team members' abilities, sharing of knowledge / experience / specific views, determination of tasks and competencies of team members. Factors that appear to the respondents to be the least important - peer as a team member, legislation expert as a team member, annual review of team guidelines, financial plan of team work, information campaigns about multidisciplinary teams, ensuring alternation of absent experts, presence (present or distant) support of an IT specialist during a team meeting, field worker as a team member, doctor as a team member and team records in the national resp. transnational network of teams.

We were also interested in whether there were differences in the assessment of factors between countries. We excluded Finland (1 respondent) from the analyzes. We used a nonparametric Kruskal-Wallis Test to verify the existence of statistical differences. We present results where $p < 0.05$. Where differences were at a statistical level of $p < 0.05$, post hoc tests were subsequently performed with Bonferroni correction. In factors not listed in Table 21, there were no differences between the Czech Republic, Slovakia and the Netherlands ($p > 0.05$).

Table 21. Comparison of countries within factors (only significant results)

Factor	Country	M	SD	Test Statistics	s.v.	p
peer as a team member	Czech Republic	4,67	2,18	8,246	2	0,016
	Netherlands	4,80	1,93			
	Slovak Republic	3,00	1,92			
client as a team member	Czech Republic	4,22	2,11	6,628	2	0,036
	Netherlands	6,09	1,81			
	Slovak Republic	4,20	2,27			
presence of the case manager of the client	Czech Republic	4,00	2,98	8,833	2	0,012



	Netherlands	6,00	0,89			
	Slovak Republic	3,39	2,43			
	Czech Republic	5,67	1,22			
sufficient training of experts in the team	Netherlands	5,73	1,19	6,047	2	0,049
	Slovak Republic	6,46	0,82			
	Czech Republic	5,13	1,36			
determination of tasks and competencies of team members	Netherlands	5,73	1,19	7,298	2	0,026
	Slovak Republic	6,31	0,80			
	Czech Republic	6,44	1,33			
respect in the team	Netherlands	7,00	0,00	6,175	2	0,046
	Slovak Republic	6,43	0,81			
	Czech Republic	5,38	1,30			
the client's needs are a priority over the personal needs of the members	Netherlands	6,55	0,69	8,142	2	0,017
	Slovak Republic	5,32	1,59			
	Czech Republic	4,00	2,39			
team members have access to working materials during the team meeting	Netherlands	5,09	1,51	8,708	2	0,013
	Slovak Republic	6,06	1,18			
	Czech Republic	6,38	0,92			
field character of the meeting - the opportunity to meet at the client's home	Netherlands	4,00	2,49	9,499	2	0,009
	Slovak Republic	3,34	2,31			
	Czech Republic	2,25	1,91			
sending the meeting program to team members before the team meeting	Netherlands	4,91	1,87	8,080	2	0,018
	Slovak Republic	4,63	1,96			
	Czech Republic	3,50	2,14			
ensuring the quorum of the meeting	Netherlands	4,33	0,71	6,411	2	0,041
	Slovak Republic	5,15	1,99			
	Czech Republic	4,13	1,46			
adherence to the agenda of the meeting	Netherlands	4,82	1,33	6,949	2	0,031



	Slovak Republic	5,49	1,09			
	Czech Republic	3,63	2,45			
creating minutes of the meeting and recording to the client's card	Netherlands	4,67	1,73	14,350	2	0,001
	Slovak Republic	6,23	1,44			
	Czech Republic	4,17	0,75			
ensuring the implementation of recommendations in practice	Netherlands	5,91	1,04	8,960	2	0,011
	Slovak Republic	5,72	1,17			
	Czech Republic	4,33	1,63			
ensuring equal access to services with regard to socio-demographic data	Netherlands	3,56	1,67	8,904	2	0,012
	Slovak Republic	5,52	1,71			
	Czech Republic	2,57	1,72			
annual review of the team's guidelines	Netherlands	5,00	1,10	8,851	2	0,012
	Slovak Republic	3,22	1,85			
	Czech Republic	2,29	1,38			
recording the deviation of the team process from the team directive	Netherlands	4,70	1,49	6,963	2	0,031
	Slovak Republic	4,16	2,03			

In the *peer as a team member* factor, differences based on post-hoc tests (Bonferroni correction) were found between Slovak and Dutch respondents (Test Statistics = 13.221; $p = 0.047$). Dutch respondents ($M = 4.80$; $SD = 1.93$) consider peer as a team member to be a more important factor than Slovak respondents ($M = 3.00$; $SD = 1.92$).

Similarly (Test Statistics = 13,506; $p = 0.038$) Dutch respondents ($M = 6.09$; $SD = 1.81$) consider *the client as a team member* to be a more important factor than Slovak respondents ($M = 4.20$; $SD = 2.27$).

The presence of the client's case manager (Test Statistics = 14,496; $p = 0,010$) is similarly more important for Dutch respondents ($M = 6.00$; $SD = 0.89$) than for Slovak ($M = 3.39$; $SD = 2.43$) respondents.

In the factor of *sufficient training of experts in the team*, differences (post hoc test - Bonferroni correction) did not show differences between countries ($p > 0.05$).



Determining the tasks and competencies of team members (Test Statistics = - 14.652; $p = 0.035$) is a more important factor for Czech respondents ($M = 6.44$; $SD = 1.33$) than for Slovak ($M = 6.31$; $SD = 0.80$)) of respondents.

Respect in the team (Test Statistics = 10,871; $p = 0.042$) is a more important factor for Dutch respondents ($M = 7.00$; $SD = 0.00$) than for Slovak ($M = 6.43$; $SD = 0.81$) respondents.

The client needs is a priority over the personal needs of members factor (Test Statistics = 14.112; $p = 0.018$) is more important for Dutch respondents ($M = 6.55$; $SD = 0.69$) than for Slovak ($M = 5.32$; $SD = 1, 59$) respondents.

The factor called *team members have access to working materials during the team meeting* (Test Statistics = -15.055; $p = 0.030$) contributes to a greater extent to the resulting positive effect of the multidisciplinary team's work in Slovak respondents ($M = 6.06$; $Sd = 1, 18$) as in the Czech ($M = 4.00$; $SD = 2.39$) respondents.

Field character of the meeting - the possibility to meet in the client's household (Test Statistics = 17,719; $p = 0.006$) is more beneficial according to Czech respondents ($M = 6.38$; $SD = 0.92$) than according to Slovak ($M = 3.34$; $SD = 2.31$) respondents.

Sending program of the meeting to the team members before the meeting - differences (Test Statistics = - 18.023; $p = 0.036$) were found between the Czech ($M = 2.25$; $SD = 1.91$) and the Dutch ($M = 4.91$; $SD = 1.81$) by respondents - Czech members of multidisciplinary teams consider this factor to be less beneficial than Dutch ones. Similarly, among Czech and Slovak respondents (Test Statistics = - 16,321; $p = 0.021$), where Slovak respondents ($M = 4.63$; $SD = 1.96$) also consider this factor to be more beneficial than Czech respondents. In the factor of ensuring the quorum of the meeting, there were no differences in post hoc tests (Bonferroni correction) between countries.

Adherence to the meeting program (Test Statistics = - 14.521; $p = 0.045$) is considered by Slovak respondents ($M = 5.49$; $SD = 1.09$) to be more beneficial than Czech ($M = 4.13$; $SD = 1.46$).

The creation of the minutes of the meeting and the record in the client's card (Test Statistics = - 17,912; $p = 0.004$) is considered a more beneficial factor by Slovak respondents ($M = 6.23$; $SD = 1.44$) more than Czech respondents ($M = 3.63$; $SD = 2.45$) and further (Test Statistics = - 13.544; $p = 0.031$) Slovak respondents ($M = 6.23$; $SD = 1.44$) more than Dutch ($M = 4.67$; $SD = 1.73$) members of multidisciplinary teams.



Ensuring the implementation of recommendations into practice proved (Test Statistics = - 17.339; $p = 0.014$) to be more beneficial for Slovak respondents ($M = 5.72$; $SD = 1.17$) more than for Czech ($M = 4.17$; $SD = 0,75$) and also (Test Statistics = - 19,348; $p = 0.017$) more in Dutch ($M = 5.91$; $SD = 1.04$) than in Czech ($M = 4.17$; $SD = 0.75$) members of multidisciplinary teams.

Ensuring equal access to services with regard to socio-demographic data (Test Statistics = - 13.903; $p = 0.015$) is considered by Slovak team members ($M = 5.52$; $SD = 1.71$) to be more beneficial than Dutch ($M = 3.56$; $SD = 1.67$).

Within the factor of the annual reassessment of the team directive (Test Statistics = - 16.058; $p = 0.030$), the Dutch team members ($M = 5.00$; $SD = 1.10$) consider this factor to be more beneficial than the Czech members ($M = 2.57$; $SD = 1.72$), but also (Test Statistics = 12.125; $p = 0.026$) as Slovak respondents ($M = 3.22$; $SD = 1.85$).

Finally, the factor of *deviating the team process from the team guideline evidence* (Test Statistics = - 14,993; $p = 0.036$) is considered by Dutch respondents ($M = 4.70$; $SD = 1.49$) to be more beneficial than Czech ($M = 2.29$; $SD = 1.38$) members of multidisciplinary teams.

Subsequently, the intensity of the participation of factors in the resulting positive effect of the work of the multidisciplinary team was compared from the perspective of the department where the respondents work. In the Ministry of Labor, Social Affairs and Family it was 51.9%, the Ministry of Education 42.6% and the Ministry of Health 5.6%. We excluded respondents from the Ministry of Health from the analyzes due to the low number (3 respondents). To compare groups, we used Student's t-test for two independent selections. The results are shown in Table 22. Even in this case, only statistically significant results are reported ($p < 0.05$). There were no statistically significant differences between the individual sectors in the factors not listed in the table.

Table 22. Comparison of the resorts based on factors (only statistically significant results)

Factor	Resort	N	M	SD	t	s.v.	p	Cohen's d
presence of the case manager of the client	Ministry of Labor, Social Affairs and Family	27	4,70	2,35	2,165	45	0,036	0,639
	Ministry of Education	20	3,15	2,54				



regular and long-term team meetings	Ministry of Labor, Social Affairs and Family	27	5,78	1,40	2,653	46	0,011	0,772
	Ministry of Education	21	4,67	1,49				
field character of the meeting - the possibility to meet at the client's home	Ministry of Labor, Social Affairs and Family	26	4,77	2,25	3,709	45	< ,001	1,088
	Ministry of Education	21	2,48	1,91				
existence of methodology for teamwork organization	Ministry of Labor, Social Affairs and Family	26	5,77	1,48	3,52	36,34	0,001	1,051
	Ministry of Education	22	3,86	2,15				
team risk management	Ministry of Labor, Social Affairs and Family	24	4,83	1,63	2,645	41	0,012	0,812
	Ministry of Education	19	3,42	1,87				
the role and processes in the team recorded in the organization's internal files	Ministry of Labor, Social Affairs and Family	24	5,50	1,89	2,026	43	0,049	0,605
	Ministry of Education	21	4,38	1,80				
feedback from community partners and communities	Ministry of Labor, Social Affairs and Family	23	4,70	1,55	2,039	40	0,048	0,632
	Ministry of Education	19	3,63	1,83				

Based on the results, it turned out that members of multidisciplinary teams from the Ministry of Labor, Social Affairs and Family (hereinafter MLSA) consider the *presence of a client's case manager in the team* as a more beneficial factor than those from the Ministry of Education (hereinafter ME). *Regular and long-term team meetings* are similarly considered more important by MLSA respondents than by ME respondents. The same results were demonstrated for the other factors listed in Table 22 - *field nature of the meeting - the opportunity to meet in the client's household, the existence of methodology for team work*



organization, team risk management, team role and processes recorded in the organization's internal files, feedback from community partners and communities - appear to be more beneficial to members of MLSA teams as members of ME teams.

The differences in the intensity of the participation of factors in the resulting positive effect of the work of the multidisciplinary team were also interesting from the point of view of whether it is customary for the service client to be a member of the multidisciplinary team. To compare groups, we used Student's t-test for two independent selections. The results are shown in Table 23. Even in this case, only statistically significant results are reported ($p < 0.05$). In factors not listed in the table, there were no statistically significant differences between the client's non-presence in the team.

Table 23. Comparison based on client's absence / presence in the team (significant results only)

Factors	Client	N	M	SD	t	s.v.	p	Cohen's d																																		
client as a team member	yes	30	5,50	1,72	3,560	42,87	0,001	0,992																																		
	no	25	3,48	2,37					adequate physical characteristics of the room for the team (lighting, silence, temperature, ventilation, ...)	yes	28	5,00	1,54	2,144	51	0,037	-0,590	no	25	5,84	1,28	field character of the meeting - the opportunity to meet at the client's home	yes	27	5,07	2,20	3,972	49	< ,001	1,114	no	24	2,71	2,03	availability of necessary and up-to-date information or materials about the client before the meeting	yes	29	4,48	1,77	2,481	50	0,016
adequate physical characteristics of the room for the team (lighting, silence, temperature, ventilation, ...)	yes	28	5,00	1,54	2,144	51	0,037	-0,590																																		
	no	25	5,84	1,28					field character of the meeting - the opportunity to meet at the client's home	yes	27	5,07	2,20	3,972	49	< ,001	1,114	no	24	2,71	2,03	availability of necessary and up-to-date information or materials about the client before the meeting	yes	29	4,48	1,77	2,481	50	0,016	-0,693	no	23	5,65	1,58								
field character of the meeting - the opportunity to meet at the client's home	yes	27	5,07	2,20	3,972	49	< ,001	1,114																																		
	no	24	2,71	2,03					availability of necessary and up-to-date information or materials about the client before the meeting	yes	29	4,48	1,77	2,481	50	0,016	-0,693	no	23	5,65	1,58																					
availability of necessary and up-to-date information or materials about the client before the meeting	yes	29	4,48	1,77	2,481	50	0,016	-0,693																																		
	no	23	5,65	1,58																																						

The results showed that if the client is a member of a multidisciplinary team (yes), respondents consider the factors *client as a team member and the field nature of the meeting - the opportunity to meet at the client's home* as more involved in the resulting positive effect of the multidisciplinary team. Factors *adequate physical characteristics of the room for the team (lighting, silence, temperature, ventilation, ...)* and *the availability of necessary and current*



information or materials about the client before the meeting are considered more important if the client is not a member of a multidisciplinary team.

Interpretation of results and conclusion

The results of the research of measuring the strength of the multidisciplinary team on the final effect of its work show that according to the respondents the following aspects have the highest effectiveness: team members see and hear each other, respect in the team, trust in the team, sense of security in the team, protection of shared information from misuse, sufficient attention of each team member through the team process and other team members, sufficient training of team experts, expectation and appreciation of relevant contributions and demonstrations of team members' abilities, sharing of knowledge / experience / specific views, determination of tasks and competencies of team members. Most of these factors form a relationship and collaborative component in the team, confirming this, in multidisciplinary practice, from isolated, self-sufficient and interest-oriented professionals or institutions to networking or consortia that develop common resources and ideas. The work of multidisciplinary teams is built on creating and supporting collaborative interactions with sufficient trust, hope and respect, as well as participation in such relationships requires the development of team skills that allow them to work in such a team and build ties with others. Being an expert in your field is not enough, it requires an awareness of "relationships" and an activity in which the "other" is not reduced to just an object, but is approached as an entity with its own reality, which each team member must touch. Forming relationships and partnerships is important not only between professionals in a multidisciplinary team, but also between the professional and the user of the service in the form of an individual or the whole family. Working in a multidisciplinary team can thus become a training for building professionals' relationships with their clients, who also require an equal partnership approach with sufficient trust, hope and respect (Jacobs, 2010).

The Slovak respondents found that the "team members have access to working materials during the team meeting", "sending the meeting program to the team members before the team meeting", "following the meeting program", "creating the minutes of the meeting and client card entry" and "ensuring the implementation of the recommendations in practice". Compared to Dutch probands, they rated as "stronger the minutes of the meeting and the record in the



client's card" and "ensuring equal access to services with regard to socio-demographic data" as stronger factors.

Czech research participants assessed the factors "determining the roles and competencies of team members" and "the field nature of meetings - the opportunity to meet in the client's home" as more effective than Slovak respondents.

Probandes from the Netherlands showed that, compared to Slovak respondents, the factors "peer as a team member", "client as a team member", "presence of a client's case manager", "respect in the team", "client needs are considered more effective than personal needs". members "and" annual review of the team directive ". The factors "sending the meeting program to team members before the team meeting", "ensuring the implementation of recommendations in practice", "annual review of the team directive" and "recording the deviation of the team process from the team directive" were considered more beneficial than their Czech colleagues.

Differences in the assessment of the effectiveness of factors between individual countries are due to their different socio-political histories, as well as differences in the used models of multidisciplinary teams when working with a family in a difficult situation.

The department of practice also intervenes in assessing the effectiveness of individual factors of multidisciplinary teams. The results showed that research participants working under the Ministry of Labor, Social Affairs and Family considered "presence of the client's case manager in the team", "regular and long-term team meetings", "field nature - the opportunity to meet at the client's home" as more effective factors. "Existence of a methodology for team organization", "team risk management", "team role and processes recorded in the organization's internal files" and "feedback from community partners and communities" as their multidisciplinary colleagues from the Ministry of Education. The results are influenced by various processes, standards and quality criteria, while ensuring care through a multidisciplinary topic in individual departments.

The results showed that if the client is a member of a multidisciplinary team, respondents consider the factors "client as a team member", "field nature of the meeting - the opportunity to meet in the client's home" and "availability of necessary and up-to-date information or materials about the client before the meeting". contributing to the resulting positive effect of the work of the multidisciplinary team. Factors adequate physical characteristics of the room for the team (lighting, silence, temperature, ventilation, ...) and the

availability of necessary and current information or materials about the client before the meeting are considered more important if the client is not a member of a multidisciplinary team.

The results showed that if the client is a member of a multidisciplinary team, respondents consider the factors "client as a team member" and "field nature of meetings - the opportunity to meet in the client's home" as more contributing to the resulting positive effect of multidisciplinary teamwork. They consider the factors "adequate physical characteristics of the room for the team (lighting, silence, temperature, ventilation, ...)" and "availability of necessary and up-to-date information or materials about the client before the meeting" more important if the client is not a member of a multidisciplinary team. Again, different mindsets of individual models of multidisciplinary cooperation in the team could enter the results, as well as the fact that the client's presence itself significantly enters the cooperation process.

Knowing the strength of individual factors will help to create or set up activities in the team and to expand the possibilities of increasing the efficiency of its work. The practice of individual multidisciplinary teams is significantly different - given e.g. department, location, partners in the community, composition of experts, topic of work or the nature of the organization to which the team belongs. The operation of each multidisciplinary team is so unique and the inclusion of force factors in the team's organization will support it in realizing its potential and balancing barriers or difficulties that are under very weak regulation. Identifying differences between countries and ministries will help to focus on key aspects in practice (either due to the low emphasis placed on them or due to the specificity of work under individual ministries).



Conclusion

One of the main objectives of the Erasmus + project "Multidisciplinary support for positive change in families in difficult situations" formulated in the O10 task was to identify and describe the functional models of multidisciplinary teams working with these families. To fulfill the assigned task, the procedures of analysis of theoretical starting points were used, where, in addition to the current definitions, the factors of team efficiency were defined, which were subsequently part of individual models. The structured interviews also covered examples of good practice (EDUCO - Early Care Center, Anabell Center), which also linked to aspects and models of successful multidisciplinary cooperation. The research using a questionnaire to assess the strength of individual factors then compiled their order. The statistical calculations recorded differences between the countries involved in the project, between the ministries of labor and between the presence and absence of the client at the multidisciplinary team meeting. These results will help to focus or expand attention to specific aspects of the team and specifically apply them in practice with respect to the needs of the client and the nature of the work.

Other projects and research in the field of multidisciplinary open up the possibility of verifying the strength of these factors through experimental procedures, which would make their effectiveness more objective.



20and%20services/health%20international/issue%202011%20new%20pdfs/hi11_48%20integratedcare_noprint.ashx. McKinsey's Health Services and Practice.

https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client_service/healthcare%20systems%20and%20services/health%20international/issue%202011%20new%20pdfs/hi11_48%20integratedcare_noprint.ashx

Čeněk, J., Smolík, J., & Vykoukalová, Z. (2016). *Interkulturní psychologie*. Grada.

Center of expertise persoonlijk Meesterschap. (2017). *Persoonlijk Meesterschap in het brede jeugd domein*. Center of expertise persoonlijk Meesterschap.

The Collaborating Centre for Values-based Practice. (2021, November 4). The Collaborating Centre for Values-Based Practice in Health and Social Care.

<https://valuesbasedpractice.org/>

Collin, A. (2009). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary collaboration: implications for vocational psychology. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 9(2), 101–110. <https://doi.org/10.1007/s10775-009-9155-2>

Cross, R., Gray, P., Cunningham, S., Showers, M., & Thomas, R. J. (2011). The collaborative organization: how to make employee networks really work. *IEEE Engineering Management Review*, 39(1), 59–68. <https://doi.org/10.1109/emr.2011.5729974>

de Shazer, S. (2017). *Klíče k řešení v krátké terapii*. Portál.

de Waal, V. (2018). *Interprofessioneel en innoveren in teams. Samenwerking in nieuwe praktijken*. Coutinho.

Department of Health, Department for Communities and Local Government and NHS England. (2017). *Health and social care integration* (HC 1011 ed.). NAO - National audit office. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Health-and-social-care-integration.pdf>



Dolanová, D., & Adamicová, K. (2013). Tímová práca v hospicovej starostlivosti a spôsob jej hodnotenia. *Ošetrovatel'stvo*, 3(1), 11–18.

Doornenbal, J., Fukking, R., van Yperen, T., Balledux, M., Spoelstra, J., & van Verseveld, M. (2017). *Inclusie door interprofessionele samenwerking: resultaten van de proeftuinen van PACT*. Kinderopvangfonds.

Ells, M. (1998). *Forming a Multidisciplinary Team To Investigate Child Abuse*. U.S. Department of Justice.
https://www.researchgate.net/profile/Mark_Ells/publication/236610052_Portable_Guides_to_Investigating_Child_Abuse_Forming_a_Multidisciplinary_Team_To_Investigate_Child_Abuse/links/00b7d5183dea889ff7000000/Portable-Guides-to-Investigating-Child-Abuse-Forming-a-Multidisciplinary-Team-To-Investigate-Child-Abuse.pdf

Erens, B., Wistow, G., Mounier-Jack, S., Douglas, N., Jones, L., Manacorda, T., & Mays, N. (2016). *Early evaluation of the Integrated Care and Support Pioneers Programme*. Policy Innovation Research Unit (PIRU).
<https://piru.ac.uk/assets/files/Early%20evaluation%20of%20IC%20Pioneers,%20interim%20report.pdf>

Evans, L., Donovan, B., Liu, Y., Shaw, T., & Harnett, P. (2019). A tool to improve the performance of multidisciplinary teams in cancer care. *BMJ Open Quality*, 8(2), e000435.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000435>

Furman, B., & Ahola, T. (2017). *Nikdy není pozdě na spokojený tým*. Praha: Portál.

Gaille, B. (2018, November). *Multidisciplinary Team Advantages and Disadvantages*. brandongaille.com. <https://brandongaille.com/11-multidisciplinary-team-advantages-and-disadvantages/>



Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J., & Ham, C. (2012, January). *Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together*. The Kings Fund.

<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf>

Hsien-Hui, T., & Hsiao, E. (2013). *The advantages and disadvantages of multidisciplinary collaboration in design education*. National Taiwan University of Science and Technology. <http://design-cu.jp/iasdr2013/papers/1459-1b.pdf>

Integrated health and social care evidence reviews. (2018, August). *What are the key factors for successful multidisciplinary team working?* CordisBright.

<https://www.cordisbright.co.uk/admin/resources/05-hsc-evidence-reviews-multidisciplinary-team-working.pdf>

Jackson, S. (1998). The consequences of diversity in multidisciplinary work teams. In *Handbook of Work Group Psychology* (pp. 53–76). John Wiley & Sons.

<https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/Documents/Faculty-Staff-Docs/TheConsequencesofDiversityInMultidisciplinaryWorkTeams.pdf>

Jacobs, G. (2010, February). *Professional values in critical dialogue Dealing with uncertainty in educational practice*. University of Humanistic Studies. https://www.researchgate.net/publication/344750728_Professional_values_in_critical_dialogue_Dealing_with_uncertainty_in_educational_practice

Kaats, E., Klaveren, P., & van Opheij, W. (2005). *Organiseren tussen organisaties: Inrichting en besturing van samenwerkingsrelaties*. Scriptum.

Kodymová, V. (2015). *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Ministestvo práce a sociálních věcí.



Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Portál.

Krnáčová, Z., Čerešník, M., Ugordová, B., & Hambálek, V. (2020).

Multidisciplinárny prístup. Základné myšlienky a rámce. Výskumný ústav psychológie a patopsychológie dieťaťa. <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2020/10/Multidisciplinarny-pristup-2020.pdf>

Labowitz, G., & Rosansky, V. (1997). *The Power of Alignment: How Great Companies Stay Centered and Accomplish Extraordinary Things*. John Wiley & Sons, Inc.

Ling, T., Bardsley, M., Adams, J., Lewis, R., & Roland, M. (2010). Evaluation of UK Integrated Care Pilots: research protocol. *International Journal of Integrated Care*, 10, 969–984.

Lucch, M., Bianco, M. D. F., & Lourenção, P. T. D. M. (2011). Work in multidisciplinary teams: a study about mobilization of knowledge and learning in an organization of complex products. *BAR - Brazilian Administration Review*, 8(3), 305–328. <https://doi.org/10.1590/s1807-76922011000300006>

Madge, S., & Khair, K. (2000). Multidisciplinary teams in the United Kingdom: Problems and solutions. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(2), 131–134. <https://doi.org/10.1053/jn.2000.5516>

Majetný, J., & Pustówka, T. (2019). *Setkání okolo dítěte – praktická příručka*. Spolek Rovnováha. <https://naserovnovaha.cz/setkani-okolo-ditete-prakticka-prirucka/>

Matoušková, I. (2015). Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinární týmů. In D. Vrabcová (Ed.), *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* (pp. 20–28). Ministerstvo práce a sociálních věcí. <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>



Morlion, B. (2013). The core multidisciplinary team. In M. Kocot-Kepska & E. Alon (Eds.), *Towards a multidisciplinary approach in chronic pain management. Change Pain.* (pp. 14–19). <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf>

National Cancer Action Team. (2010). *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)*. National Cancer Action Team.
<http://www.ncin.org.uk/view?rid=136>

Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Grada.
North West Leadership Academy. (n.d.). *Developing Together*. NHS North West Leadership Academy.
https://www.nwacademy.nhs.uk/sites/default/files/resource_files/Developing%20Together%20OOD%20Toolkit%20-%20NHS%20NWLA.pdf

Ondrušová, J., & Krahulcová, B. (2019). *Gerontologie pro sociální práci*. Karolinum.
Oravcová, J. (2004). *Sociálna psychológia*. Univerzita Mateja Bela.
Pstružina, K. (2007). Abstrakce, komparace a generalizace jako základní operace lidského myšlení. In: Myseľ, inteligencia a život. In *Myseľ, inteligencia a život* (pp. 111–117). Vydavateľstvo STU v Bratislave.

Reitsma, E. J. (2017, July). *De kracht van zacht in ketensamenwerking*.
<https://www.rijnconsult.nl/de-kracht-van-zacht-ketensamenwerking>

Robertson, H. (2011). *Integration of health and social care A review of literature and models Implications for Scotland*. Royal College of Nursing Scotland.
<http://docplayer.net/3510342-Integration-of-health-and-social-care-a-review-of-literature-and-models-implications-for-scotland.html>



Rosell, L., Alexandersson, N., Hagberg, O., & Nilbert, M. (2018). Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2990-4>

Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 47–66. <https://doi.org/10.1080/13561820020022873>

Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care?* NuffieldTrust. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>

Starostková, D. (2015). *Metodika multidisciplinární spolupráce*. Centrum Anabell, z. s. <https://adoc.pub/queue/multidisciplinari-spoluprace.html>

Štefančík, R., & Dulebová, I. (2017). *Jazyk a politika*. Vydavatelství Ekonóm.

Suter, E., Oelke, N., Adair, C., & Armitage, G. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly*, 13(sp), 16–23. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21092>

Taylor, C., Atkins, L., Richardson, A., Tarrant, R., & Ramirez, A. J. (2012). Measuring the quality of MDT working: an observational approach. *BMC Cancer*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-202>

Tsakitzidis, G., & van Royen, P. (2008). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Standaard uitgeverij. https://palliaweb.nl/getmedia/5c786b56-ac38-4296-86c7-f5dc50e501dd/THEMA-5-Tsakitzidis,G-,ea-,Leren-interprofessioneel-samenwerken_Inleiding,-2015.pdf

Veeke, I., Bertu, M., Elenbaas, A., Krom, D., van der Maas, A., Spliethoff, F., & Wolters, J. (2009). *Een doorgaande lijn 0–13 jaar: denken in ketens*. s-Hertogenbosch, KPC Groep. http://www.bredeschool.org/sites/default/files/Werken_aan_de_doorgaande_lijn.pdf



Vendel, Š. (2008). *Kariérní poradenství*. Grada.

Verbeek, C., & Odenthal, L. (2012). *Opbrengstgerichtwerken in de keten*. CPS

Onderwijsontwikkeling en advies.

Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Grada.

Williams, N. J. (2013, August). *Defining Shared Values in Patient-Centered Care: A Case Study*. St. John Fisher College. https://fisherpub.sjfc.edu/education_etd/317/

Woody, C. A., Baxter, A. J., Harris, M. G., Siskind, D. J., & Whiteford, H. A. (2018). Identifying characteristics and practices of multidisciplinary team reviews for patients with severe mental illness: a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 26(3), 267–275. <https://doi.org/10.1177/1039856217751783>