

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích



Bc. Iva Kratochvílová

**Týmová spolupráce na psychosomatických  
klinikách v Bavorsku: inspirace pro rozvoj  
managementu v psychosomatické medicíně v ČR**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: PhDr. Jan Holeyšovský

Praha 2015

### **Prohlášení**

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

V Praze dne 26. června 2015

Iva Kratochvílová

## **Bibliografie**

KRATOCHVÍLOVÁ, Iva, Bc. *Týmová spolupráce na psychosomatických klinikách v Bavorsku: inspirace pro rozvoj managementu v psychosomatické medicíně*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucí práce PhDr. Jan Holeyšovský.

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce se zaměřuje na organizaci interdisciplinární týmové spolupráce v oboru psychosomatiky na specializovaných klinikách v Bavorsku, popisuje systém organizace a vedení spolupráce tamních týmů a principy, které ji konstituují právě v tomto oboru. Práce je koncipována ve dvou navazujících částech, teoretické a empirické. Teoretická část práce je věnována definování problematiky týmů, týmové spolupráce, dále pak jejím charakteristikám ve zdravotnictví a v multioborových (interdisciplinárních) týmech s přihlédnutím ke specifickým vedení těchto týmů. Multioborové týmy a meziprofesionální spolupráce je zde pojednána i ve vztahu k oboru psychosomatické medicíny. Navazuje souhrn současného zakotvení psychosomatické medicíny v rámci vzdělávání lékařů, legislativy a zdravotnického systému ve Spolkové republice Německo a v České republice. Systémové zakotvení oboru psychosomatické medicíny v Německu je jedním z hlavních důvodů, proč je empirická část zaměřena na německé prostředí psychosomatické praxe. Výsledky práce přinášejí model týmové spolupráce na psychosomatických klinikách v Bavorsku, kterým se české prostředí může inspirovat a svou koncepcí navázat na hlavní zjištěné principy týmové spolupráce. Těmi jsou společné vize a koncepty spolupráce a poskytované péče, základní terapeutické nastavení pracovníků, interdisciplinární komunikace a multioborové odborné složení týmu.

## **Klíčová slova**

tým, týmová spolupráce, multioborová spolupráce, interdisciplinární komunikace, vedení týmů, psychosomatika, psychosomatická medicína, psychosomatika v Bavorsku

## **Abstract**

This thesis is focused on the organization of interdisciplinary teamwork in the field of psychosomatic medicine at specialized clinics in Bavaria. The main objective is to describe the system of organization and management of local teams and principles that constitute the teamwork in the psychosomatic field. The paper consists of two parts, theoretical and empirical. The theoretical part deals with team and teamwork definition, as well as its characteristics in health care and in multidisciplinary (interdisciplinary) teams with regard to the specifics of their management. Multidisciplinary teams and interprofessional cooperation is discussed in relation to the field of psychosomatic medicine. A summary of the current basis of psychosomatic medicine in the context of medical education, legislation and the health care system in the Federal Republic of Germany and the Czech Republic follows. The system of the field of psychosomatic medicine in Germany is one of the main reasons why the empirical part is focused on the German environment of psychosomatic practice. The results of this thesis bring a model of the teamwork at psychosomatic clinics in Bavaria, which the Czech environment can be inspired by in its concept and can build on the major discovered principles of teamwork. These are common visions and concepts of the cooperation and provided care, basic therapeutic setting of the employees, interdisciplinary communication and multidisciplinary professional team structure.

## **Keywords**

Team, Teamwork, Multidisciplinary Cooperation, Interdisciplinary Communication, Team Management, Psychosomatic, Psychosomatic Medicine, Psychosomatic in Bavaria

## **Abstrakt**

Diese Diplomarbeit konzentriert sich auf die Organisation der interdisziplinären Teamarbeit auf dem psychosomatischen Fachgebiet in den spezialisierten Kliniken in Bayern. Sie beschreibt das Organisationssystem und Management der Zusammenarbeit der dortigen Teams und auch die Prinzipien, die sie in diesem Bereich darstellen. Die Arbeit besteht aus zwei Teilen, einem theoretischen und einem empirischen Teil. Der theoretische Teil widmet sich der Problematik der Teams, der Teamarbeit, sowie ihren

Eigenschaften im Gesundheitswesen und in den multidisziplinären Teams im Hinblick auf die Besonderheiten dieses Teammanagements. Multidisziplinäre Teams und interprofessionelle Zusammenarbeit wird im Bezug auf das Gebiet der psychosomatischen Medizin diskutiert. Es folgt eine Zusammenfassung der aktuellen Verankerung der psychosomatischen Medizin im Rahmen der medizinischen Ausbildung, der Gesetzgebung und des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland und in der Tschechischen Republik. Die Systemgrundlage des psychosomatischen Fachgebietes in Deutschland ist einer der Hauptgründe, warum sich der empirische Teil auf die Bundesumwelt der psychosomatischen Praxis konzentriert. Die Ergebnisse bringen das Modell der Teamarbeit in den psychosomatischen Kliniken in Bayern, mit denen sich die tschechische Psychosomatik inspirieren lassen kann und ihr Konzept auf den wichtigsten ermittelten Prinzipien der Teamarbeit bauen kann. Die Prinzipien sind gemeinsame Visionen und Konzepte der Zusammenarbeit und die zur Verfügung gestellte Pflege, therapeutische Einstellung der Angestellten, interdisziplinäre Kommunikation und multidisziplinäre professionelle Teamstruktur.

### **Schlüsselwörter**

Team, Teamarbeit, multidisziplinäre Zusammenarbeit, interdisziplinäre Kommunikation, Teamleitung, Psychosomatik, Psychosomatische Medizin, Psychosomatik in Bayern

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Janu Holeyšovskému za laskavé vedení a provázení zpracováním této práce. Také bych ráda vyjádřila svůj dík za odbornou spolupráci a významnou podporu našemu řídicímu lékaři MUDr. Jaromíru Kabátovi, dále pak i dalším kolegům, zejména Kristýně Lucákové, MUDr. Ondřeji Masnerovi a Mgr. Jiřímu Macháčkovi. Za uskutečnění přeshraniční spolupráce posílám také poděkování panu Dr. Götzovi Berberichovi. V neposlední řadě děkuji svým blízkým, hlavně svému příteli Janovi a sestře Janě, za jejich entuziazmus, pomoc a podporu.

# Obsah

Úvod .....	1
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Definice týmu.....</b>	<b>5</b>
1.1 Charakteristiky týmu .....	5
1.2 Týmové role .....	6
<b>2 Týmová spolupráce.....</b>	<b>10</b>
2.1 Komunikace a kooperace .....	12
2.2 Synergie.....	14
2.3 Týmová vize.....	16
2.4 Vedení týmu .....	17
<b>3 Týmová spolupráce ve zdravotnictví .....</b>	<b>22</b>
3.1 Meziprofesní týmová spolupráce .....	24
3.2 Meziprofesní spolupráce v psychosomatice.....	26
3.3 Vedení multioborového týmu ve zdravotnictví.....	29
3.4 Modely multioborových týmů.....	31
<b>4 Psychosomatika.....</b>	<b>34</b>
4.1 Obor psychosomatické medicíny v ČR.....	35
4.1.1 Vzdělávání .....	35
4.1.2 Právní zakotvení .....	36
4.1.3 Vztah oboru k systému veřejného zdravotního pojištění.....	36
4.2 Obor psychosomatické medicíny v SRN .....	37
4.2.1 Vzdělávání .....	38
4.2.2 Právní zakotvení .....	39
4.2.3 Vztah oboru k systému veřejného zdravotního pojištění v SRN .....	40
<b>5 Teoretická a praktická východiska výzkumu .....</b>	<b>43</b>
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>45</b>
5.1 Metodologie .....	45
5.1.1 Cíl výzkumu.....	45
5.1.2 Výzkumná metoda a technika sběru dat .....	45
5.1.3 Sběr dat .....	47
5.1.4 Výběr vzorku a prostředí výzkumu .....	48
5.1.5 Metodologie výzkumu – shrnutí .....	52
<b>6 Analýza dat.....</b>	<b>54</b>
6.1 Postup analýzy dat případové studie .....	54

6.2	Popis případů.....	55
6.2.1	Struktura týmů .....	55
6.2.2	Shrnutí – struktura týmu .....	59
6.2.3	Organizace spolupráce v týmu.....	60
6.2.4	Shrnutí – organizace spolupráce v týmu.....	62
6.3	Analytická část .....	63
6.3.1	Kategorizace dat .....	63
6.3.2	Analýza specifík týmů .....	65
6.3.3	Závěry výzkumu .....	75
6.3.4	Návrhy pro model týmové spolupráce v psychosomatice v ČR.....	77
<b>7</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>87</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>88</b>



## Úvod

Tématem mé diplomové práce je: „*Týmová spolupráce na psychosomatických klinikách v Bavorsku: inspirace pro rozvoj managementu v psychosomatické medicíně v ČR.*“ Volba tohoto tématu byla ovlivněna vystaváním otázek ohledně týmové spolupráce na psychosomatickém pracovišti, kde v tuto chvíli pracuji na manažerské a koordinační pozici poskytovaných služeb. Obor psychosomatické medicíny se nyní v České republice oficiálně konstituuje převážně v oblasti vzdělávání studentů medicíny a postgraduálního vzdělávání lékařů. Avšak v praxi jsou již týmy, které poskytují psychosomatickou péči, nějakou dobu zavedeny. Jejich fungování v rámci českého zdravotnického systému je zatím nejasné a hrozí zde stále riziko vyčlenění z medicínské oblasti či škatulkování oboru výrazy jako jsou např. „psychologizace“ péče, alternativní medicína, celostní medicína a jiná, nepřiliš zřejmá a pro lékařskou obec nepřijatelná pojetí. Tato skutečnost, která nedává v tuto chvíli příliš velký prostor pro rozvoj, je navíc úzce provázána se současným nedostatečným právním zakotvením oboru a neochotou zdravotních pojišťoven inovovat systém péče o psychické zdraví. Smyslem této práce však není definovat či obhajovat psychosomatiku jako obor, ale objevovat manažerské strategie v rámci tohoto oboru.

Cílem práce je zaměřit se na organizaci týmové spolupráce v oboru psychosomatiky na bavorských klinikách, popsat systém organizace a vedení spolupráce tamních týmů a principy, které ji konstituuji právě v tomto oboru. Předpokladem je, že právě týmová kooperace a komunikace utváří v oboru psychosomatiky významná specifika, ze kterých mohou poté mít benefit pacienti, a má tedy z praktického hlediska smysl ji zkoumat.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce mapuje téma definování problematiky týmové spolupráce. V kapitole 1 se věnuji definování týmu z různých úhlů pohledu a také ve vztahu k týmovým rolím, kapitola 2 se poté zabývá týmovou kooperací a komunikací, vytvářením týmové synergie mj. pomocí společné vize a nakonec i tématem vedoucí role v týmu, jejích charakteristik a úskalí.

V kapitole 3 jsou pak rozpracovány charakteristiky týmové spolupráce ve zdravotnictví a v multioborových (interdisciplinárních) týmech s přihlédnutím ke specifickým vedení těchto týmů. Poslední část kapitoly se věnuje i nastínění specifík multioborových týmů a meziprofesionální spolupráce v psychosomatice. Bohužel pro tuto část

práce nebylo snadné nalézat odpovídající literaturu, vytvořila jsem proto spíše komparaci různých, konkrétně zaměřených zahraničních studií a výzkumů.

Dále teoretická část pojednává o současném zakotvení psychosomatické medicíny v rámci vzdělávání lékařů, legislativy a zdravotnického systému ve Spolkové republice Německo a v České republice. Tyto vstupní podmínky jsou pro jakýkoli rozvoj v oboru zásadní. Z toho důvodu oba systémy stavím vedle sebe k porovnání. Systémové zakotvení oboru psychosomatické medicíny v Německu je také jedním z hlavních důvodů, proč je empirická část zaměřena na německé prostředí psychosomatické praxe.

Empirická část práce navazuje na organizaci a vedení týmů v psychosomatice. Zaměřuje se na způsob, jakým je koncipována týmová spolupráce s důrazem na zjištění struktury týmů, týmového uspořádání a způsobu vedení multioborové komunikace a kooperace na psychosomatických klinikách v Bavorsku. Tuto oblast jsem vybrala proto, že psychosomatická medicína má v Německu dlouholetou tradici a prostředí této země se nyní stává v oboru psychosomatiky vzorem pro zbytek Evropy (Amelohová a kol., 2013). Podle tvrzení erudovaných psychosomatických lékařů, mezi nimi např. Prof. Dr. Thomase Loewa (2014), je právě Bavorsko i v rámci Německa zemí, kde je psychosomatická péče realizována velmi efektivně. Svá tvrzení Dr. Loew dokládá statistickými údaji národních a evropských studií, které v Čechách prezentoval v rámci 15. psychosomatické konference psychosomatické medicíny v Liberci. Zde prvotně také vznikl nápad a záměr praktické části této práce využít pro rozvoj české psychosomatiky zkušenost efektivně psychosomatické péče z oblasti Bavorska.

Psychosomatickou péči v Německu i u nás dosud zajišťují týmy specializovaných lékařů a dalších terapeutů, jejich struktura a řízení jsou různé, stejně tak i efektivita týmové spolupráce. Empirická část této práce tedy popisuje realizaci týmové spolupráce na bavorských psychosomatických klinikách a přináší přehled specifik týmové práce, která se objevují v koncepci oslovených zdravotnických zařízeních. Výzkum je realizován formou *deskriptivní kvalitativní vícepřípadové studie*, jejímž cílem je popsat vybraný vzorek zdravotnických psychosomatických zařízení v těchto třech oblastech: *struktura týmu, organizace spolupráce v týmu a specifika týmové spolupráce*. Jako metoda sběru dat jsou použity strukturované rozhovory realizované korespondenčně pomocí webového dotazníkového formuláře. Výzkumná otázka a otázky v tomto formuláři byly vytvářeny průběžnou diskusí s vedoucím lékařem kliniky, kde pracuji. Společně jsme je koncipovali znění a strukturu otázek, aby byl výzkum užitečný i pro praxi. Dále jsem poté výzkumnou otázku konzultovala s prof. Dr. Loewem, která poté přednášel o vzdělávání studentů

medicínu přímo na naší klinice. Následně jsem vzniklý seznam otázek přeložila do německého jazyka a navazovala komunikace přímo s německými klinikami.

Empirická část pak přináší podrobnější obraz bavorské zkušenosti s týmovou spoluprací uvnitř multioborových týmů. Prostředí Bavorska bylo zároveň zvoleno pro vytvoření inspirativního modelu, který může dále poskytnout podněty pro zdokonalení a uspořádání týmů v oboru psychosomatiky v ČR. Závěry výzkumu pak přinášejí návrhy pro vývoj koordinace týmové spolupráce v této oblasti. Tyto návrhy pak v závěru práce diskutuji v samostatné kapitole 6.3.4. Zároveň analytická část práce propojuje teoretické koncepty o týmové spolupráci, její využití ve zdravotnictví a specifické fungování v mezioborové komunikaci se zjištěními z výzkumných dat. Posledním z důvodů, proč se praktická část této diplomové práce zabývá německým příkladem uspořádání a vedení psychosomatických týmů, je snaha poukázat na současnou nízkou výzkumnou znalost této oblasti v České republice a obrátit k ní pozornost a zájem odborné a akademické veřejnosti.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 Definice týmu

## 1.1 Charakteristiky týmu

Úvahám o týmové práci by měla předcházet definice, nebo alespoň přiblížení toho, jaký druh uskupení lidí je považován za tým. V odborné literatuře můžeme nalézt velmi specifické vymezení slova a obsahu toho, co je to tým, ale také lze nalézt i volná vymezení, která nabízejí třídění pracovních skupin dle míry jejich vnitřní sounáležitosti a procesů. Jedno z užších vymezení toho, co můžeme považovat za tým, definuje Zahrádková (2005, s. 19). Tým je podle ní jasně definovaný celek, kde lidé spolupracují na časově daném cíli a který má omezenou velikost, jasná pravidla, stanovené role a specifický proces práce. Tyto charakteristiky mají zajišťovat optimální průběh týmové spolupráce. Autorka však dále dodává, že týmy se v této podobě v praxi vyskytují zřídka. Pracovní skupiny se těmto týmovým charakteristikám často snaží přiblížit a využívat jejich výhod. Souvisejícím pojmem je tedy „pracovní skupina“, která označuje spolupracovníky, jejichž uskupení nesplňuje jednu a více podmínek týmu. (Zahrádková 2005, s. 20).

Podobnou terminologii také užívá autor knihy *Working in teams* Malcolm Payne (1993). Při definování toho, co je to tým, rozlišuje mezi pracovní skupinou a spolupracujícím týmem. Pracovní skupinu tvoří lidé, které spojuje fakt, že pracují spolu, ale nevyužívají těchto vztahů ke zlepšování vykonávané práce. Na druhé straně spektra pak podle Payna (1993, s. 5) stojí spolupracující tým. Zde lidé spoléhají na spolupráci každého člena a cílem je dosáhnout optima úspěchu a cílového výsledku. Týmová práce tak znamená, že společná práce jednotlivců dosahuje v týmu něčeho více, než by dosáhl jednotlivec sám.

Lze říci, že k definování, toho co je tým, se v teorii často setkáme s vymezením týmu oproti obecnému pojmu „skupina“. Möllerová (2010, s. 6) definuje skupinu jako množství lidí, které po určitý delší čas charakterizuje vzájemná interakce, rozlišení jednotlivých rolí a společné normy a které spojuje pocit vyjádřený pomocí „my“. Tým je podle ní podmnožinou skupin a vyznačuje se užšími charakteristikami. Skupina je týmem, pokud jsou její členové propojeni funkčními pracovními vztahy a pokud mají společně zadaný úkol k vyřešení. Armstrong (2007) k týmu přistupuje zároveň také jako k autonomní jednotce, která má sílu sama o sobě přinášet organizaci jisté výhody. Autonomně fungující skupiny pracovníků neboli týmy jsou jím definovány jako jeden ze způsobů obohacování práce. Obohacení vzniká díky tomu, že se skupina má možnost sama

řídít a rozdělovat si své přidělené úkoly podle vlastního uvážení a možností. Tato kontrola vlastní práce je prostředkem pro vznik podmínek pro vnitřní motivaci pracovníků. V takovém fungování týmu je důležitá také propojenost vykonávání úkolů a jejich vzájemná míra závislosti. Propojení sociálních faktorů a individuálních motivátorů vidí Armstrong jako výhodu, kterou týmové uspořádání pracovníků s sebou nese. Vedle toho také zdůrazňuje fakt, který lze pro jeho samozřejmost téměř přehlédnout, že rozšíření pracovní jednotky z individuální do týmové přináší komplexnější okruh praktických dovedností, kvalifikací a multioborovost. (Armstrong 2007, s. 281-282)

## 1.2 Týmové role

Role v týmu se podle Gellerta a Nowaka (2004, s. 68-70) vytvářejí proto, že všechny kvality, které jsou potřeba k vedení týmů, nemohou být obsaženy v jedné osobě. Rozdělení úloh a rolí v týmu by mělo být přirozené a mělo by komplementárně ladit s cílem týmu. V jejich pojetí se tedy jedná o správné rozdělení a rozložení profesionálních schopností, pracovních metod a osobností. Cílem rozdělování rolí v týmu tedy je, aby se jednotlivci ve svých rolích recipročně stimulovali, podporovali, doplňovali a nakonec se i vzájemně zhodnotili.

Je také důležité zmínit, že rozdělení rolí v týmu vytváří jeho efektivnost, nicméně nemusí být pevně dáno navždy. V závislosti na týmu, jeho prostředí a fázi společného úkolu by měly být týmové role kontinuálně nahlíženy z více úhlů pohledu. Analýza týmové struktury je vhodná zejména proto, že i pracovní podmínky se velice často rychle proměňují buď v závislosti na personálních změnách, nebo pracovních požadavcích. Dalo by se říci, že dokonalá struktura týmu, která by svým prostřednictvím dosahovala vždy ideálních výsledků, neexistuje. Výzkumy ale ukazují, že určitá obecná struktura týmů může přispět k vytváření rovnováhy mezi podobným naladěním lidí ve vztahové rovině a efektivní spolupráci. (Gellert, Nowak 2004, s. 70-71)

M. Belbin a kolektiv (1996) vytvořili klasifikaci osmi základních týmových rolí, které zobrazují specifické osobnostní a duševní charakteristiky. Autoři se snažili demonstrovat, že existuje několik „osobnostních“ charakteristik, které utvářejí potenciál ke vzniku efektivní týmové spolupráce. Tuto Belbinovu klasifikaci využívají autoři Gellert a Nowak (2004, s. 72) a vycházejí z ní ve své klasifikaci týmových rolí. Dále uvádějí, že je

v dnešní době zajímavější se zaměřit na individuální produktivitu týmových rolí, které se v dobře fungujícím týmu mají objevit.

S modelem Mereditha Belbina pracuje i Plamínek (2009, s. 39-40). Ten podává jeho ucelený překlad a vysvětlení, jaké jsou typické projevy členů týmu, kteří dané role zaujmou. Díky tomuto modelu lze lépe porozumět diversitě pracovních skupin. Při oficiálním hodnocení konkrétního týmu se díky této klasifikaci můžeme například dovědět, které zaměření ve skupině chybí a kterým naopak tým disponuje ve větším množství. Můžeme takto získat podklady pro zjištění souvislostí problémů či úspěchů skupiny. Podle Plamínka je tedy tato Belbinova klasifikace účinným rozšířením formálních rolí, které ve skupinách pravděpodobně historicky vznikaly z těch neformálních. Základními rolemi, nebo také úlohami ve skupinách jsou funkce myslitele (přináší nápady), hybatele (podněcuje k aktivitě) a pečovatele (stará se o atmosféru a ostatní členy). V dnešní době k nim přibývá ještě další, a sice řídicí úloha, jejímž cílem je koordinovat činnost skupiny. Tyto čtyři role Belbinův devítisložkový model rozšiřuje o dalších 5 rolí. Zde je v tabulce pro ilustraci uvádíme. (Plamínek 2009, s. 39-40)

**Tabulka 1** – Model týmových rolí Mereditha Belbina

<b>Týmové role</b>	<b>Překlad do českého jazyka</b>
<i>Shaper</i>	Energický režisér
<i>Chairman/coordinator</i>	Rozvážný předseda
<i>Plant</i>	Tvůrce myšlenek
<i>Monitor – evaluator</i>	Oponent myšlenek
<i>Company worker</i>	Tahoun (výkon)
<i>Finisher/completer</i>	Dolaďovač (detaily)
<i>Team worker</i>	Pečovatel
<i>Resource invertigator</i>	Obstaravatel zdrojů
<i>Specialist</i>	Specialista

Zdroj: (Plamínek 2009, s. 39-40)

Důležitá je také interakce mezi členy týmu, a tedy jejich společně utvářená dynamika, pomocí které vzniká ve společné práci synergie a již zmíněná „nadhodnota“ součtu jednotlivých pracovních výkonů. V tomto smyslu přichází Plamínek s potřebou porozumět rolím v týmu v širším kontextu řešení problémů a kreativity týmu v průběhu

pracovních procesů. Vysvětluje to tím, že role vlastně odrážejí v postupech a procesech práce potřebné kroky pro dosažení daného cíle nebo vyřešení nějakého problému. Každá role pro týmovou práci má individuální přínos. V procesu postupně jeden po druhém zároveň uplatňují své kvality a nastavení. Cílem uplatnění týmových rolí je tedy v průběhu pracovní činnosti skupiny efektivně vytvářet hodnoty a odstraňovat problémy, které mezitím vznikají. (Plamínek 2009, s. 41-43)

Rozdělení rolí v týmu je také jednou z věcí, která pomáhá z pracovní skupiny vytvořit funkční tým. Efektivní tým manažeři a lídři vytvářejí pomocí stanovení týmového cíle, nicméně poté musí dojít k vyjasnění rolí a zodpovědností, aby mohly být stanoveny týmové pracovní procesy. Těmito kroky si tým vyvine profesní vztahy, které jsou nezbytné pro vzájemnou interakci. (Deneckere a kol., 2013) Zároveň role nevzniká pouze z aktuálních vztahů na pracovišti, ale také z biografických charakteristik jedince a z organizačních pravidel týmu, jako například norem, úkolů, kultury atd. Pokud jsou jedinci s těmito aspekty srozuměni, jsou role v týmu autonomně a efektivně utvářeny. Nejefektivněji je pak role utvořena, pokud je osobnost jedince s rolí komplementární ve smyslu, že jeho přirozené osobnostní dispozice jsou prospěšné pro zaujetí dané role. (Gellert, Nowak 2004, s. 172-173)

Každá skupina si poté vytváří svou interní strukturu, ve které zaujímají různí jedinci různé pozice a která jí umožňuje vytvořit vlastní skupinovou identitu. V tomto systému je skupina utvářena, udržována při životě a schopna dosahovat společných cílů. Jakmile se ale promění, jedinci na pozicích se přemístí. Povaha této dynamiky je utvářena jedinci, kteří v rámci své role zaujímají svou individuální pozici. (Gellert, Nowak 2004, s. 175)

Podle Krügera (2004, s. 34) je pro dobrý rozvoj týmu důležité jeho správné složení. Výběr členů týmu by měl být promyšlený a měly by být zohledněny tyto faktory: *odborná kvalifikace, osobnostní profil, předpoklady pro týmovou spolupráci*. Zastoupení všech těchto oblastí předurčuje úspěšnost týmu a mělo by být proto v týmu vždy vyvážené.

Složení týmu ovlivňuje jeho správné fungování a dosahování předsevzatých cílů. Před přijetím nového člena do týmu je tedy důležité z hlediska celku určit kompetence a jejich dosaženou úroveň, které jsou pro dosažení cílů týmu potřebné. Případně je také možné zjistit, která týmová role v týmu schází a přizpůsobit tomu proces jeho získávání. (Horváthová 2008, s. 73-75)

Jak již bylo zmíněno, členové týmu se od členů skupiny liší svou nezaměnitelností. Každý člen týmu je převážně charakteristický svým přínosem a členové se tak vzájemně



doplňují. Vzniká mezi nimi tedy zvláštní dynamická struktura, která v ideálním případě utváří podmínky pro týmovou spolupráci. (Hayes 2002, s. 58)

## 2 Týmová spolupráce

Týmová práce či spolupráce je realizací a účelem týmu jako pracovní jednotky. I tento pojem může být různě definován. V definici jde ale spíše o formu, jelikož obsah týmové spolupráce je v každé organizaci různý a může být naplňován různým způsobem. Podle Plamínka (2009, s. 14) je vznik a rozvoj spolupráce v týmu kýženým výsledkem mnoha faktorů a je něčím, o co se musí pečovat. Vznik, vývoj a kultivaci spolupráce v týmu může stimulovat jeho vedení, ale mělo by předtím znát kontext spolupráce, její znaky a způsob jejího samovolného vývoje.

Definice týmové spolupráce dále navazuje na definici týmu jako takového. Popis toho, jak vypadá spolupráce v týmu a jaká jsou její kritéria, se také může lišit v závislosti na tom, jak je tým sestaven. Gellert a Nowak (2004, s. 22-23) vysvětlují týmovou spolupráci jako na cíl orientovanou, kooperativní práci, která zahrnuje účast dvou až osmi specialistů, kteří spolu pracují na širěji definovaném úkolu, projektu či problematice. V rámci této práce uplatňují svou specializaci a řídí se společnými pravidly. Autoři ze své zkušenosti tuto definici staví v základu na tom, že k efektivní spolupráci v týmu, je nutné, aby tým měl maximálně osm členů, jinak vzniká riziko neefektivnosti a prodlužování pracovních procesů. Připouštějí ale, že v praxi bývá často nutné spolupracovat i s větším počtem specialistů v rámci týmové spolupráce. Aby tak tým nepozbyl svou vitalitu, doporučují vytvořit „*podtýmy*“ nebo jádro týmu s dočasně začleněnými odborníky. (Gellert, Nowak 2004, s. 22)

Tento názor o limitaci týmu jeho velikostí zastávají i jiní autoři. Například Möllerová (2010, s. 6-7) definuje týmovou spolupráci jako na cíl orientovanou kooperaci odborníků, kteří společně pracují na komplexním úkolu, projektu nebo problému. Při takové práci podle ní dochází k integraci různorodého odborného vědění a jsou uplatňována jasně daná, společná pravidla. Společnou efektivní práci ale přivlastňuje pouze nejvýše osmičlenným týmům. Jako hlavní důvody tohoto omezení uvádí to, že pouze zde je možná správné propojení jednotlivých kompetencí a výměna informací zde probíhá efektivně. Autorka tato svá tvrzení opírá o výzkumy, které ukázaly, že sdílení informací a inovativních nápadů mezi členy týmů s jejich velikostí klesá. U čtyřčlenného týmu dochází k tomu, že 10 % nápadů a návrhů zůstává nevyřčeno, s velikostí týmu toto procento stoupá, diskuze se tak stávají méně bohaté a efektivní. Vedle toho také dochází

k tomu, že se ve velkých týmech velmi rychle samovolně tvoří množství neformálních podskupin, které také mohou znesnadňovat odbornou spolupráci.

Möllerová (2010, s. 7-8) také dále uvádí různá specifika týmové spolupráce, která lze shrnout následovně:

- komunikace,
- týmový cíl,
- pravidla, normy,
- dohoda,
- odborné porozumění,
- mezilidské porozumění,
- správná velikost týmu.

Podobná pravidla jsou patrná i u dalších autorů. Principy týmové práce, které jsou strukturované následovně, také poukazují na podmíněnost velikostí týmu (Zahrádková 2005, s. 19):

- počet +/- 7 členů,
- žádná hierarchie,
- vlastní pravidla,
- všemi respektovaný cíl,
- jasně vymezené role,
- řešení konfliktů,
- reflexe,
- otevřenost.

Tyto uvedené principy týmové spolupráce ilustrují množství podmínek, které musí splňovat skupina spolupracovníků, aby se mohla definovat jako tým. Splnění všech těchto principů je ideálem a většina pracovních skupin se i podle autorky významnou část své spolupráce jejich naplnění spíše jen přibližuje. Nicméně důležitým účelem těchto principů je pravděpodobně právě to, že pracovní skupiny mají ideál, podle kterého se mohou chovat, definovat, nebo by se také dalo říci, že pracovníci i manažeři mají v tomto smyslu o co usilovat a je pro ně snadnější ustanovit si cíle, ke kterým jejich spolupráce směřuje. (Zahrádková, 2005)

Pokud bychom vzali ideálně veliký, strukturovaný tým s jeho pravidly, cílem a efektivní komunikací, našli bychom jev, který autoři definují jako *synergii*. Jedná se o fenomén, který vzniká právě díky týmové spolupráci a dalo by se i říci, že je jejím cílem. Plamínek (2009, s. 20) vysvětluje tento jev jako stav, který se objeví, když hodnoty, kterých dosahuje skupina, převyší součet hodnot, které by vyprodukovali členové skupiny samostatně. Dokonce skrze tento jev můžeme definovat skutečný tým. Plamínek (2009, tamtéž) nabízí tuto myšlenku a tvrdí: „*Pokud je tento jev trvalý a rozdíl významný, pak se taková skupina zřejmě stala týmem. Týmy jsou vlastně synergické skupiny.*“

## 2.1 Komunikace a kooperace

Z nadcházejících poznatků by se dalo říci, že dalším, téměř nejdůležitějším prvkem týmové spolupráce, je schopnost kolegů uvnitř týmu komunikovat, a tím být v rovině pracovní kooperace úspěšnější. Podle Gordonové a kol. (2013, s. 42) je komunikace ústředním elementem efektivní týmová spolupráce a budování týmu jako takového. Vedle zřejmé výhody, a sice řádného sdílení informací, má efektivní komunikace mnoho dalších, které autoři uvádějí, a pravděpodobně je možné vidět tyto výhody komunikace obecně i v různých oborech. Mezi tyto výhody patří (Gordonová 2013, tamtéž):

- *vybudování společného jazyka (terminologie i významy),*
- *vznik interpersonálních vztahů,*
- *ustanovení vzorců chování,*
- *udržování pozornosti na situaci jako celku, na úkolu a na spolupracujících členech týmu,*
- *řízení/vedení týmu – dohled, přehled a monitoring*

Z toho vyplývá, že k osvojení si efektivní komunikace je zapotřebí nejen soustředění se na dovednosti v komunikaci, ale také oslovení překážek, které těmto dovednostem klademe, když se snažíme uvádět je do praxe. (Gordonová a kol. 2013, s. 44)

Gordonová také uvádí poznatky z výzkumů o efektivní komunikaci, kdy uvědomění si její důležitosti je hlavním bodem pro fungování týmu a jeho vedení. Ukazuje se, že kdysi tradiční způsob vydávání „rozkazů“ nepřináší kontrolu a užitek a že se osvědčuje spíše jasné artikulování plánu a strategií, které vytváří kontext pro rozhodnutí a informované požadavky. Toto artikulování je prostředkem, který pomáhá vytvářet sdílené smýšlení o situacích. Zároveň tento způsob komunikace podporuje koordinaci aktivit,

vytváření dalších návrhů na řešení a sběr informací, které přispějí k řešení problémů a rozhodování. (Gordonová a kol. 2013, s. 45-46)

Komunikace členů v týmu je také důležitým faktorem soudržnosti celého týmu. Každá pracovní skupina si postupem času vytváří způsoby komunikace, díky kterým si její členové uvědomují, že jsou součástí týmu a že se každý z nich podílí na plnění týmových úkolů. Pro plnění společného úkolu zároveň každý jedinec v týmu potřebuje dostatečné množství informací bez ohledu na to, na jaké pozici se v hierarchii organizace nachází. Vzájemná komunikace je tudíž hlavním prostředkem předávání informací v týmu. Jejím dalším účelem je také již zmíněné počáteční odstraňování bariér. To ale také slouží k vytváření sounáležitosti členů týmu ke společným problémům, úspěchům a starostem, které se váží na splnění týmových úkolů. Postupně tak komunikace vytváří podmínky pro vzájemnou pomoc a vkládání více energie, pokud je to potřeba. Dalo by se tedy říci, že dobrá předávání informací mezi členy týmu zajišťuje i jejich soudržnost ve vnímání problémů jako společných a dobrovolnost investic své energie, protože si sami mohou uvědomit, že je to potřeba. (Hayes 2005, s. 50)

Komunikace v týmech je obvykle rozdělena na formální a neformální. Formální je realizována v podobě oficiálních týmových setkání, např. porad, kde se předávají potřebné informace mezi členy týmu a mezi jejich manažery. Jedná se o komunikační kanály, které usnadňují spolupráci. Dalšími formálními kanály jsou také zpětnovazebné pohovory či elektronické zpravodaje. Neformální komunikační kanály vedle toho mají za cíl podporovat vztahy a vazby v týmu a jsou jimi hlavně společenské události, vzdělávací akce, teambuildingy atd. Vytváření formálních i neformálních vazeb a komunikačních kanálů je účelné pro minimalizaci šíření různých nepodložených zpráv či „drbů“. Nicméně i přes tyto „oficiální“ komunikační cesty může být obtížné rozvíjet efektivní komunikaci.

Komunikaci v týmu mohou ztěžovat různá komunikační nedorozumění a individuální psychologické fenomény. Manažeři týmů by s nimi měli umět pracovat. Hayesová (2005, s. 50-52) uvádí pojem „*osobních konstruktů*“, kterými popisuje vnitřní „předporozumění“ jedince přijímaným informacím a jejich následné, do jisté míry potenciálně zkreslené vnímání a vyhodnocení. Úlohou manažera týmu je tato individuální chápání situací jednotlivých členů týmu vyzorovat a případně s nimi kreativně pracovat při delegování úkolů v týmu. Z manažerského hlediska je nutné respektovat formát týmovosti, tedy komunikovat členům týmu, co mají řešit, jak a proč je to podstatné, ale následně je nechat pokračovat samostatně. Tímto způsobem je možné efektivně využívat různorodých schopností a nápadů členů týmu.

Stejně jako Hayesová popisuje i Horváthová (2008) komunikaci mezi jednotlivými členy týmu, a tedy i mezi vedoucím a týmem, jako základní podmínku jejich efektivně fungující práce. Společného cíle tým dosahuje právě pomocí komunikace jako nástroje. Tento nástroj je možné zdokonalovat a v dnešní době se stává ve všech oborech čím dál tím důležitější z hlediska efektivity práce. Základním způsobem komunikace na týmových pracovištích jsou *pracovní porady*, nebo další její podoby jako e-mail, telefon, vnitřní síť, psané materiály atd. Toto vzájemné setkávání slouží ke komunikování zpětné vazby mezi pracovníky. Obě strany, tedy členové týmu a vedoucí, by měly být na tato setkání připraveny. Důležitá je při tom míra podávaných informací a shoda mezi tím, co se na týmových poradách říká a co se poté zrealizuje. Toto jsou spíše střípky velké oblasti „efektivní komunikace“, které je možné zmínit. Zde s sebou týmové uspořádání pracovníku přináší velký potenciál, ale také nárok na neustálé ladění a udržování kvalitní mezilidské komunikace.

Horváthová (2008, s. 98-101) nabízí i několik zajímavých technik, které je možné za tímto účelem využívat jak ze strany vedoucího, ale i členů týmu. Jedná se o „techniku aktivního naslouchání, techniku vyjednávání, techniku kladení otázek a techniku sebezprezentace.“

## 2.2 Synergie

Jak bylo v předchozích kapitolách naznačeno, tým ve své ideální podobě je skupinou lidí, kteří dohromady vytvářejí synergii. Ve spojitosti s efektivitou týmu to znamená, že tým jako celek produkuje lepší výsledky, než které by vytvářeli jedinci sami. V tomto smyslu lze tým označit i jako „*nástroj na řešení náročných úkolů, problémů, na hledání nových cest (...)*.“ (Zahrádková 2005, s. 23) Být tímto funkčním nástrojem je smyslem a důvodem vzniku týmů obecně. (Plamínek 2009, s. 20)

Synergický potenciál, který tkví ve skupině, jež je týmem, je ale do značné míry něčím abstraktním. Plamínek (2009, s. 20-22) proto uvádí na základě svého dlouhodobého pozorování šest aspektů, které jsou rozpoznatelné a blíže určitelné. Týkají se života týmu, procesů a lidských znaků týmové spolupráce. Jedná se o podmínky, které vůbec týmovou spolupráci umožňují a přispívají k její udržitelnosti. Mezi vlastnosti úspěšných týmů proto patří:

- sdílené cíle,
- kvalitní komunikace a její zvláštní formy,

- sdílené hodnoty a pravidla,
- možnost rozvoje,
- kvalitní vztahy,
- rozdělení rolí, neformální role a sdílené cesty.

Na těchto aspektech je samozřejmě důležité jejich postupné utváření. Skupina se pomocí vytváření těchto znaků stává týmem a postupným vznikem vhodných podmínek činností týmu vzniká synergická spolupráce.

Vývoj týmu a cesta k jeho účinné kooperaci je spontánním procesem, který je ale možné podněcovat a řídit. Předmět a účel komunikace v týmu se v tomto procesu značně vyvíjí. V první fázi se zájem členů týmu soustředí na rozdělení vlivu ve skupině. Když skupina komunikuje základní rozdělení rolí, věnuje se věcným aspektům, tedy svým úkolům a cílům. Právě zde začíná postupně vznikat sčítání jednotlivých postupů a snah jedinců a vzájemná podpora a doplňování. Aplikováním metody „pokus – omyl“ se poté dokonce vytváří proces práce podle zkušeností a preferencí členů skupiny. Způsob práce formují komunikační návyky. Vznikají tak společná pravidla, systém hodnotového nastavení a vnitřní život skupiny. V této fázi jsou důležité dílčí úspěchy, formuje se další komunikace a přerozdělování rolí. Pozornost se tak vrací na lidský rozměr spolupráce. Společné vztahy, spokojenost a osobní rozvoj pak vedle procesních a věcných znaků spolupráce utvářejí pilíř synergie týmu. (Plamínek 2009, s. 22-23)

Důležité pro vznik tohoto synergického potenciálu týmu je vzniklá stabilní „mocenská“ struktura a vznik efektivního rozhodování. Věci a společné procesy jsou poté propojením a společná práce nadále formuje vzniklé vztahy. Bohužel tento vývoj skupiny spolupracovníků je v každé z fází reverzibilní, může např. ve vztazích dojít k regresi ve formě bojů o moc a vznik synergie týmu je tím pozastaven. (Plamínek 2009, s. 22-24)

Snad by na tomto místě bylo užitečné zmínit to, jakým způsobem Plamínek (2000, s. 249) k pojmu „*synergie týmu*“ dospěl. Jeho inspirací byly přírodní ekosystémy, které již miliony let využívají princip diverzity a samořízení, na které moderní doba teprve postupně přichází a začíná je využívat ve vedení a řízení. Synergie týmu je něco, co vzniká až na určitém stupni vývoje firmy a jejího vnitřního prostředí, ale je základním kamenem vitality firmy a týmu. Vitalita podle Plamínka v tomto kontextu znamená *užitečnost, efektivitu, stabilitu a dynamiku*.

Rozdílnost a specializace rolí v týmu stejně jako v přírodě vytváří potenciál pro dynamiku a stabilitu zároveň. Úkolem řízení týmu je poté využívat tento potenciál

způsobem, který by rozdílnost využil pro vznik synergie, nikoli pro setrvání v konfliktech. Rozdílnost rolí a funkcí v týmu, tedy specializace, jsou na sobě do značné míry závislé, ale vytvářejí dohromady efektivitu týmu jako funkčního systému. V této efektivitě hraje pak roli právě týmová spolupráce, jelikož rozdělení rolí, odpovědnosti a vzájemná závislost ji potřebují ke spoluvytváření ke vzniku synergie. (Plamínek 2000, s. 249 – 250)

Adaptační proces pracovní skupiny v týmu je plný změn a přizpůsobování se podmínkám, učení se, rozvíjení či nahrazování neúspěšných postupů novými. V podmínkách firem však v dnešní době není cílem pouze přizpůsobení se, ale také stálý růst. V přírodě je tento prvek součástí efektivity, ale jen do té míry, která je prospěšná a smysluplná pro celek. V týmech a firmách je tlak na zvyšující se produkci nyní již téměř neúnosný a tým se stává jedním z nástrojů, jak přejít od soupeření ke spolupráci. Pochopení vztahů mezi lidmi skrze ostrůvky spolupráce v týmech, by poté mohlo přispět k přechodu společnosti od kvantitativního růstu ke kvalitativnímu rozvoji. Kvalita vztahů lidí, jejich vzájemná zdravá míra závislosti vytváří právě potenciál skupiny, a tedy potenciál synergie. Synergie je zvláštní efekt sčítání těchto jednotlivých potenciálů, jelikož dobré vztahy členů skupiny zde umožňují využít vzájemné rozdíly k vytvoření nových hodnot. Vzájemná podpora tak vytváří sílu a nadhodnotu synergie. (Plamínek 2000, s. 250-251)

### 2.3 Týmová vize

V předchozím oddíle kapitoly je pojednáno o tom, jak by měla vypadat efektivní spolupráce. Existuje však více zdrojů a teorií, které k efektivitě spolupráce přispívají, umožňují ji nebo vysvětlují příčiny synergie. Jednou z nich je vliv přirozené lidské touhy po sociální identifikaci se skupinou, ke které náležejí. Lidé jsou společenské bytosti a jejich prapůvodní motivací je to, že chtějí být hrdí na náležitost k nějaké skupině. Podle Hayesové týmová práce využívá právě tohoto zdroje motivace. Členové týmu také pociťují výjimečnost, pokud je výjimečná i jejich skupina a taktéž kompetentnost. V obecnější rovině je toto i zdrojem sebeúcty a motivovanosti k dalšímu úsilí, které rozvíjí kvalitu týmové práce. (Hayes 2002, s. 33)

Aby byla skupina takto motivována a nastavena k rozvíjení spolupráce, je zapotřebí budování společné vize. Vize vzniká jako produkt budování shody mezi členy týmu, která se týká společných hodnot a principů, které organizují jejich práci. Sdílet vizi pro tým znamená v podstatě být týmem, jelikož bez společného cíle, který je drží pohromadě, by



byli členové jen skupinou jednotlivců. Cíle jednotlivých členů týmu musí být v tomto smyslu od začátku slučitelné. Konsenzuální tvorba vize je od počátku tvořena diskuzí a výměnou názorů nad cíli, účely a významem týmové práce a hlavně nad stylem jejího fungování. Společná vize takto buduje celý tým a předchází pozdějším konfliktům. Pokud tým takto vytvoří sdílenou vizi, umožňuje mu to i dlouhodobou týmovou práci. (Hayes 2002, s. 73)

Dlouhodobě spolupracující týmy jsou specifické také tím, že je v nich kladen zvýšený nárok na vzájemné porozumění v důsledku toho, že je jednoduše více času na to, aby se odlišné názory, přístupy či nápady dostaly do rozepry. Multioborové týmy, o kterých pojednáme v kapitole 3, jsou také v důsledku různorodosti profesí jednotlivých členů vystaveni vyšším nárokům na vzájemné porozumění a delší tvorbu vzájemných dohod. Různé nápady a profesní názory potřebují více času na společné projednání a dopracování se k dohodě nad formulací týmových hodnot. V této interakci je velmi důležité sdílení hodnot a vize týmu, odrážejí totiž hodnotu pracovního prostředí. Prostředí je tvořeno postoji jednotlivých členů, sdílení přesvědčení a předpokladů ovlivňuje celkovou interakci týmu, která se v postojích odráží. (Hayes 2002, s. 74)

Společné cíle nejsou však zcela sdílenou vizí. Společnou sdílenou vizí musí být nějaká skutečnost, kterou chtějí všichni členové týmu a jsou ochotni pro její dosažení vynaložit patřičné množství energie. (Hayes 2002, s. 163) Aby byla *týmová vize* přijatelná pro všechny členy týmu, musí projít společnou diskutovanou tvorbou a naplňovat následujících pět *dimenzí* (West at Hayes 2002, s. 74):

- jasnost,
- motivující hodnota,
- dosažitelnost,
- sdílení,
- možnost dalšího rozvoje v budoucnosti.

## 2.4 Vedení týmu

Hlavním úkolem vůdce týmu je starat se o potřeby jednotlivých členů týmu, které zároveň vybalancovává s potřebami celku, jimiž určuje společné směřování a pracovní úkol týmu. Katzenbach a Smith (1993) konkretizovali roli vůdce v šesti základních principech, ve kterých podle nich spočívá vedení týmu. Hayesová (2002, s. 75) těchto šest principů označuje za nejsrozumitelnější novodobý přístup k vedení týmů.

Prvním principem je nutnost, aby vůdce zajišťoval stálou relevantnost a smysluplnost účelu, cíle a celkového přístupu týmu. V principu jde tedy o stanovení cílů, nastavení hodnot a udržení disciplíny týmu, která je důležitá pro udržení se u těchto cílů a hodnotového nastavení. Způsob, jakým vedoucí týmu udává směr a cíle, může být různý, nicméně měl by zachovat, zejména v raných fázích rozvoje týmu, prostor pro osobní zapojení jednotlivců v týmu a možnost týmu se samostatně rozhodovat a nést odpovědnost. Tyto dvě schopnosti týmu jsou jeho podstatou a dobrý vůdce týmu by v ně měl mít důvěru. Úkolem vůdce týmu není do všeho zasahovat a vše řídit, ale spíše umět svou roli upozadit ve chvíli, kdy je to při týmovém řešení problémů potřeba.

Druhým principem vedení týmu je podporování týmové oddanosti a důvěry v sebe i v celek. Prostředkem k tomu může být podpora vzájemného oceňování nebo využívání společných úspěchů k posílení dalších vlastních iniciativ. Vedoucí dává najevo svou spokojenost, když členové týmu takto jednají a pomáhá členům vytvářet a udržovat vztah k týmu jako celku a zároveň poukazuje na to, že bez vlastní autonomie, iniciativy a odpovědnosti není možný úspěch celého týmu. K úspěchu je také důležité zajistit dostatečnou rozmanitost týmu, věnovat se jeho celkovému složení dovedností. V tomto druhém principu je tedy důležité zohledňovat to, jaké dovednosti jsou potřeba ke splnění úkolu týmu. Vedoucí proto musí sledovat dovednosti průběžně a v procesu vyhodnocovat nové příležitosti k rozvoji ve prospěch společných pracovních cílů.

Třetím principem vedení týmu je umění odhadovat schopnosti a potenciál týmu dopředu, tedy připravovat tým směrem k novým možnostem a výzvám. K tomuto úkolu mají vedoucí k dispozici nástroje, jako například nové rozdělování rolí v týmu, distribuce nových úkolů nebo starých novým způsobem a mezi jiné členy, případně rozvoj vlastních zájmů a iniciativy členů týmu. V případě úplné absence potřebné dovednosti je poté příležitost k doplnění týmu o nové členy.

Dalším důležitým úkolem vedení týmu je zajišťovat vztahy s okolním prostředím týmu či celé organizace. I když je odpovědnost v týmu rozdělena, okolí má tendenci se obracet na vedoucího týmu, protože předpokládá, že on má široký přehled. Vedoucí by tedy měl tyto cesty spravovat, aby nezasahovaly do volného průběhu práce týmu. Tato správa vnějších vztahů týmu se někdy může realizovat jako ochrana vůči tlaku okolí či vyššího managementu nebo jiným vlivům. V jiných případech je účelem komunikování informací směrem ven o hodnotách či cílech týmové práce.

Pátým, a pravděpodobně nejsignifikantnějším principem vedení týmu je to, že vedoucí týmu má poskytovat příležitosti pro ostatní členy. Svou roli v tomto směru

upozaďuje, aby mohla odpovědnost a nové úkoly příležitostně přejít na další členy týmu, kteří se jich zhostí. Vůdce tak vytváří prostor pro rozvoj členů týmu a získává nástroj pro vytváření vzájemnosti a oddanosti jednotlivců v týmu. Jeho přístup se tedy liší od manažera pracovní skupiny právě tímto principem, který vyjadřuje nadřazení týmu nad své vlastní ego, příležitosti či jiný vlastní prospěch.

Posledním principem vytvořeným Katzenbachem a Smithem je to, že vedoucí týmu dohlíží na spravedlivé rozdělení množství práce mezi členy týmu a sám odvádí daný díl skutečné práce, je tedy součástí odborného týmu. Sám vedoucí musí jít takto příkladem i v případech obtížných či nepopulárních úkolů. Jednání vůdce týmu je v tomto smyslu hlavním příkladem pro ostatní v tom, s jakým nasazením je očekáváno, že se práce v daném týmu bude plnit. Jednání vůdce je proto také příkladným přesvědčovaným prostředkem. (Hayes 2005, s. 101-103)

V tomto kontextu se autorka Susanne Möllerové zabývá vhodnými kompetencemi vedoucího týmu, zmiňuje i zajímavé stanovisko, které popisuje rozvoj schopnosti vést tým jako dynamický proces, jenž je vlastně neohraničený. Tento rozvoj umožňují různé metody, jako například mentoring, coaching, supervize, osobní výcvik a výcvik ve schopnostech vedení. K tomu ale také náleží umění zacházet s vlastními emocemi, vlastní realistické pojetí svých hodnot a motivů, která nás přitahují k „vedení“. Hlavní vlastní kompetencí je být si vědom vlastních hranic a znát své silné a slabé stránky. (Möller 2010, s. 47)

Möllerová poukazuje ale také na důležitost týmového vedoucího. Jeho role je významná, jelikož je často jedním z činitelů toho, jestli jsou konflikty na pracovišti efektivně řešeny. Slabé vedení se projevuje chybějícími jasně definovanými úkoly a očekáváními. Dobré vedení vytváří vzájemnou důvěru, jasně rozděluje role a jasně definuje to, kdo je za co odpovědný, a dané zodpovědnosti jsou poté i zohledněny v procesech rozhodování. (Möller 2010, s. 48) Schopnosti týmového vedení se tedy definují souborem určitých činností, na které musí vedoucí myslet při výkonu své práce a vztahování se k týmu jako celku. Pro ilustraci uvádím ty, které by v ideálním případě měly být splněny (Möller 2010, s. 48):

- být srozumitelný,
- slova odpovídají činům,
- vyjadřování důvěry,
- zajišťování dobrých pracovních podmínek,
- podpora týmu,

- ochrana společných hodnot,
- jasné stanovení rámce, ve kterém se tým společně odpovědně, ale svobodně pohybuje a rozhoduje,
- včasné vydávání rozhodnutí.

Vedení týmu je tedy specifická dovednost, která vyžaduje jistý soubor vhodných osobních a sociálních kompetencí. Vedoucí pracovník často nesplňuje všechna ideální natavení, která uvádí literatura. Jedná se totiž o vhodné ladění orientace na výkon týmu, kde vládnu dobré pracovní vztahy a kde vedoucí umí podnítit členy týmu k dobrému pracovnímu výkonu. Podle mnoha autorů nelze podat jednoznačný návod, jaké projevy má mít „správný“ vedoucí, nicméně lze podle podmínek v daném oboru a práci vyzorovat, jaký způsob vedení je vhodnější a z jakých zdrojových dispozic ho vytvářet. (Horváthová 2008, s. 62-64)

Styl vedení lidí, který vedoucí volí s cílem efektivního řízení a fungování týmu, může být podle Belbina jedním ze dvou druhů, které nejlépe vystihují role *koordinátora a formovače*. (Bělohávek at Horváthová 2008, s. 66)

*Koordinující styl vedení* lidí je spíše demokratický a je vhodný pro týmy, kde jsou pracovníci zvyklí se samostatně uplatňovat, lze spoléhat na jejich schopnosti. Úkolem *koordinátora* je vhodná motivace a povzbuzení členů týmu k výkonu. Takový vedoucí využívá také ohleduplného taktního jednání, předcházení a citlivého řešení konfliktů, přijatelného způsobu sdělování výtek, ale i pochval. Pod vedením koordinujícího vedoucího vzniká také prostor pro diskusi, vzájemný respekt odlišných názorů. Vedoucí je v tomto prostředí také schopen odezírat silné a slabé stránky členů týmu, podle toho následně rozdělovat práci a zapojovat i méně aktivní členy.

*Formující styl vedení* je naopak spíše určen pro autoritativní a soutěživé osobnosti a prostředí. Tento styl je vhodné ovládat, pokud jedinec vede tým, kde je nutný dohled. Tento energický styl vedení prosazuje důraz na výstupy práce týmu, jeho úspěšnost. V tomto směru je vedoucí prosazovatelem svého názoru, ostatní názory nejsou zohledňovány a cílem motivace je spíše pracovníky přesvědčit o vhodnosti usilování o plnění předloženého cíle. Úkolem vedoucího je přesně definovat zadání práce týmu a toto také kontrolovat a podávat zpětnou vazbu či provádět nápravná opatření. Často je uplatňován direktivní přístup řízení práce, konflikty jsou ale řešeny efektivně. Vedoucí *formovač* je náročný na sebe i na výkon členů týmu. (Horváthová 2008, s. 67)

Oba způsoby vedení jsou ale slučitelné i s pohledem Möllerové, která uvádí dvě základní potřeby členů týmu, kterých by si měl být vedoucí neustále vědom. Jedná se o potřebu *týmové sounáležitosti* a o potřebu *být zároveň vnímán jako samostatný jedinec*. S vědomím, že vedoucí flexibilně pracuje s těmito dvěma potřebami, přináší autorka shrnutí toho, co má vedoucí týmu za úkol. Od vedoucího je očekáváno, že povede spolupracovníky, bude zajišťovat nezbytné pracovní podmínky pro kvalitu práce, materiální (např. finance, prostory) i nemateriální zdroje (např. nové nápady). K této úloze tedy potřebuje již zmíněné základní kompetence a schopnosti, „(...) např. *sociální kompetenci, důvěryhodnost, flexibilitu chování i myšlení, férové chování, transparentnost, upřímnost, schopnost zacházet s vlastními pocity (jako např. odvaha, předání důvěry, atd.)*.“ (Möller 2010, s. 42)

### 3 Týmová spolupráce ve zdravotnictví

Tým ve zdravotnictví již nějakou dobu figuruje jako důležitý faktor pro efektivní zajištění kvalitní péče o pacienty. Deneckere a kol. (2013) ve svém článku toto tvrdí, protože vidí zvyšující se komplexnost a tlak na intenzitu vědomostí v medicínském prostředí jako důležité faktory, pro které je efektivní profesní týmová spolupráce esenciálním komponentem v zajištění vysoké kvality péče o pacienty. Vycházejí z výzkumu souvislostí mezi týmovou prací a výsledky práce. Zároveň se také opírají o výzkumy WHO, která zdůrazňuje prioritu zlepšování komunikace a koordinace zdravotní péče ve vztahu k bezpečí pacienta. Tým má být v tomto smyslu také prostředkem prevence syndromu vyhoření vzhledem k vysokému tempu práce a současným restrukturalizačním systémům zdravotní péče.

V pomáhajících oborech i v medicíně se objevuje mnoho studií o týmovém poskytování péče (např. Potash 2007 nebo Pan, Kung 2015). Například v léčbě chronické bolesti je týmový přístup označován také za esenciální. Jedná se zde většinou o skupinu odborníků z jednoho či více zdravotnických zařízení, které si mezi sebou efektivně předávají informace nutné ke zvládnutí symptomu z mnoha úhlů pohledu a zdrojů odborných poznatků. Obvykle se na péči podílí celý tým. Takováto služba sdružuje odborníky z různých oblastí a jejím cílem je pomoci pacientovi zvládat své symptomy a ulevit od fyzické, emocionální a duševní těžkosti. Jinými slovy více odborníků se podílí na zlepšování kvality života pacienta integrací různých poznatků. Výsledkem léčby může být například plán medikace, který nezasahuje do kvality života a různé další intervence, které uleví od dílčích bolestí. Léčba bolesti je v tomto ohledu specifická, protože postupuje téměř všemi medicínskými obory a lze na ní ilustrovat význam intra- a interprofesní spolupráce ve zdravotnictví. (Potash 2007)

Dalšími zajímavými studiemi, které se zabývají tím, proč právě týmové uspořádání spolupracovníků by mělo být ve zdravotnictví považováno za nejvíc vyhovující, jsou i ty, které vycházejí z potřeby zjistit efekt multidisciplinární týmové práce na akutní záchranu zdraví či života pacienta. Například čínští výzkumníci z China Medical University (Pan CC, Kung PT a kol. 2015) uveřejnili studii zaměřenou na pacienty s rakovinou plic. Jejich cílem bylo zjistit, jaký vliv má multidisciplinární týmová péče na jejich přežití. Uvádějí tedy, že multidisciplinární týmy, které pečovaly o tyto pacienty ve třetí a čtvrté fázi onemocnění, měly vliv na počet přeživších pacientů v těchto stádiích. Ve výzkumu byla porovnána skupina takto ošetřovaných pacientů s druhou, která multidisciplinární péči

neprošla. Výzkumnou srovnávací metodou byl „The multivariate Cox proportional hazards model“. Tato studie tedy odhalila, že multidisciplinární týmová péče je významně propojena s vyšším přežitím pacientů třetího a čtvrtého stádia rakoviny plic, a tento způsob péče by měl být v této oblasti léčby uplatňován.

Týmová spolupráce ve zdravotnictví je tedy všeobecně rozšířena jako důležitý faktor zajišťování vysoké kvality péče o pacienty. Nicméně jaké vzorce chování zajišťují efektivní týmovou spolupráci či jaké organizační elementy ji podporují a jaký je vztah mezi týmovou spoluprací a jejím dopadem na pacienty, stále zůstává potřebnými předměty empirických studií. Jedna ze studií zaměřených na týmovou spolupráci a syntézu dosavadních poznatků (Valentine, Nembhard 2015) zkoumala 39 nalezených průzkumů na toto téma a měřila jejich koncepční obsah, psychometrickou validitu a vztah výsledků k původním výzkumným otázkám. Ve studiích byly nalézány různé dimenze týmové spolupráce. Nejčastějšími zkoumanými jevy byla komunikace, koordinace a respekt.

Další výzkumníci přicházejí s myšlenkou týmu a týmové spolupráce jako nástroje pro udržování kvality a bezpečnosti práce ve zdravotnictví. Například studie zaměřená na výzkum efektivity týmové práce lékařů v nemocnicích, testovala nový hodnotící model jejich spolupráce (TEAM – Team effectiveness assessment module). Tento model kombinuje sebehodnocení a zpětnou vazbu ostatních profesionálů a specialistů, se kterými lékaři týmově spolupracují. Jedná se o hodnotící výzkumný nástroj pro týmovou spolupráci, který je možné vyplnit a získat vyhodnocení na webové stránce. Je určen pro lékaře v nemocnicích, kteří pracují v týmech. Pilotní studie tohoto nástroje ukázala, že díky němu bylo možné identifikovat meziprofesionální týmové spolupracovníky, nabízenou zpětnou vazbu týmu a nalezení kolegy, se kterým je možné prozkoumat vlastní data. Účastníci tento proces popsali jako nápomocný pro vytváření a zhodnocení vnitřních vazeb a procesů v týmu a pravděpodobně by tyto informace nebyli schopni jinak získat. Výsledky tedy naznačují, že modul kombinující sebehodnocení, vícezdrojovou zpětnou vazbu a vedený proces interpretování těchto dat může být pro lékaře v nemocnicích nápomocný v porozumění a možném zlepšování jejich schopností a chování v rámci týmové spolupráce. (Chesluk a kol. 2015)

O využitelnosti týmové práce ve zdravotnictví není, zdá se, v konkrétních případech nyní pochyb. Další otázkou však je, jak tuto oblast zkoumat v aplikované podobě z obecného hlediska efektivity týmů a multidisciplinárního přístupu. Zatím jsou k dispozici spíše studie, které se zaměřují na efektivitu a vliv koordinované týmové spolupráce vždy ve velmi úzké oblasti zdravotní péče, či dokonce na jednotlivých

specifických odděleních a u specifické skupiny pacientů trpících stejnými zdravotními komplikacemi. I v psychosomatickém přístupu v týmech, na které se tato práce v dalších kapitolách a v praktické části orientuje, lze nalézt tematické studie týmové a multidisciplinární práce v psychosomaticce. Ty budou popsány v následující kapitole.

### 3.1 Meziprofesní týmová spolupráce<sup>1</sup>

V dnešní době je používáno mnoho pojmů pro označení spolupráce pracovníků z různých oborů, a sice multidisciplinární, interdisciplinární, multiprofesní, meziprofesní či transprofesní, ale nejbližší zdravotnické spolupráci je zřejmě ta, jež je označována jako meziprofesní (z angl. *interprofessional*), která se uplatňuje v multidisciplinárním týmu vevnitř či vně organizací.

*„Meziprofesní týmová spolupráce je tedy ta, která probíhá mezi jednotlivci z různých profesí, kteří spolu interagují a spolupracují k zajištění (nejen) zdravotní péče.“* (Reeves a kol., s. 9)

Někteří autoři se věnují tomu, kdo se stává členem takového týmu. Meziprofesní tým může zahrnovat profese nejčastěji ze zdravotnické péče, ošetrovatelství, medicíny, sociální práce či sociální rehabilitace, mimo tyto sem ale také patří členové z řad zdravotnických technických pracovníků, manažerů, asistentů. Všichni tito lidé by měli spolupracovat na poskytování zdravotnické péče jako meziprofesní tým. (Reeves a kol., tamtéž)

Meziprofesní spolupráce má své kořeny v 70. letech v USA, kdy se mluvilo dokonce o „inter-disciplinárním hnutí“, které odráželo základní zájem mezi profesními skupinami, které volaly po multidisciplinární týmové spolupráci. Tato potřeba se objevovala zejména v oblasti zdravotní a sociální péče. V té době byla znovu objevena a definována týmová spolupráce. Ošetrovatelská a sociálně-rehabilitační odvětví se zasadila o rozvoj meziprofesní spolupráce, jelikož jejich cílem bylo poskytovat koherentnější, srozumitelnější, efektivnější a vzájemně propojené služby. (Lonsdale a kol. 1980, s. 138)

Autoři Nelson, Tassonová a Hodges (2014) se v současné době věnují výzkumu utváření zdravotnických týmů budoucnosti. Vytvořili proto model meziprofesního vzdělávání a praxe v Torontu. Na Univerzitě v Torontu vzniklo Centrum pro meziprofesní

---

<sup>1</sup> Z angl. *interprofessional work* – přeloženo jako meziprofesní, jelikož je zde myšlena spolupráce v týmu, kde jsou přítomni příslušníci z různých profesí, zároveň se ale také jedná o synonymum k „mezioborová“ či „multidisciplinární“ a „multioborová“. (Reeves a kol., s. 9)



vzdělávání. Jedná se o celou fakultu, která tento výukový program zkoumá a vyvíjí v oblasti zdravotnictví a ošetrovatelství. Tento program vznikl na základě poznatků WHO o vysokých rizicích poškození pacientova zdraví v důsledku či v průběhu poskytování zdravotní péče. V USA a v Canadě se toto stalo velkým tématem v oblasti veřejného zdraví a model vzdělávání v interprofesní spolupráci vznikl jako jeden ze způsobů realizace managementu kvality ve zdravotnictví. Často se tento problém odůvodňuje složitostí systému za použití vysoké techniky v medicíně a byly snahy o udržení statu quo. Nicméně výzkumy WHO ukázaly podle autorů zmíněného programu, že týmově založená meziprofesní spolupráce je klíčovou strategií pro nynější „selhávající“ systém zdravotní péče a že umožní poskytovat bezpečnější, efektivnější, integrovaný a finančně výhodný model péče.

Cílem vzdělávání v meziprofesní týmové spolupráci je mj. udržování kvality poskytované zdravotní péče, tedy té pravé, v pravý čas, pravými odborníky. Program má zprostředkovat zdravotnickým pracovníkům následující:

1. pochopení své role a podílu v týmové různorodé spolupráci,
2. efektivní komunikaci s pacientem a jeho rodinou, stejně tak se členy týmu,
3. získání povědomí o dříve poskytnutých intervencích, efektivní předávání pacientů do další péče a jejich efektivní převzetí,
4. společnou spolupráci a optimalizaci péče tak, aby byla pro pacienta srozumitelná v rámci systému, tedy např. od akutní péče po domácí, nebo od primární péče po specializované kliniky.

Tento pokrok ale nejspíše není zcela možný bez vzdělání v týmové spolupráci od samého začátku, kdy se člověk stane studentem ve zdravotnických oborech. Autoři považují za esenciální tyto schopnosti vyučovat po dobu celého vzdělávání zdravotníků a i v době jejich pracovní kariéry. Budují tedy výzkumnou bázi pro výchovu a vzdělávání „zdravotnických týmů budoucnosti.“ (Nelson, Tassone, Hodges 2014, s. 2-3)

Meziprofesní spolupráce ve zdravotnictví se objevuje v mnoha podobách a snad by se dalo i říci, že vytváří jakousi síť péče, která, jak již bylo výše zmíněno, zajišťuje kvalitní péči o pacienta prostřednictvím efektivního předávání informací a zohledňování potřeb několika oborů a jejich úhlů pohledu najednou. Psychosomatika a konsiliární psychiatrie jsou obory, které pečují o velké množství pacientů, jejichž psychopatologické příznaky jsou doprovázeny i tělesnými obtížemi a kteří vyžadují i psychosociální péči, jejíž struktura by měla odpovídat jejich potřebám. Ve zdravotnických zařízeních tento druh péče

poskytují psychiatrické a psychosomatické konsiliární týmy. Zejména tyto týmy vyžadují zastoupení členů z mnoha různých profesí. Znakem těchto týmů je mimo jiné potřeba komunikaci jednotlivých odborníků prakticky propojovat. Tuto roli zde zajišťují obvykle zdravotní sestry, jejich různorodé úkoly odpovídají case managementu. (Rießland-Seifertová a kol. 2006)

### 3.2 Meziprofesní spolupráce v psychosomaticce

Psychosomatika je oborem, který ve zdravotnictví také zajišťuje péči skrze interdisciplinární týmovou spolupráci. Je to jeden ze znaků tohoto oboru a jedna z jeho kompetencí. Bauerová a kolektiv autorů (2010) říkají: „*Pro psychosomatickou medicínu je přirozené být interdisciplinární.*“ Její součástí totiž např. v prostředí USA je konziliární psychiatrie, behaviorální medicína, psycho-neuro-imunologie, neuropsychiatrie či psycho-onkologie. Tím je naznačeno, že prakticky každý obor může využívat principy a objevy psychosomatické medicíny. Psychosociální porozumění pacientovi a jeho nemoci je základem pro rozvoj prevence, léčby a rehabilitace. Smyslem tohoto přístupu je tedy také snaha o integraci péče.

V psychosomaticce je tedy integrovaný tým odborníků spatřován jako jedna z dovedností jejích členů, která je potřeba k zajištění její kvality. Tým může sestávat z lékařů, sester, psychologů a sociálních pracovníků. V USA mají psychiatrické profese možnost postgraduálního výcviku v psychosomaticce, který obsahuje i jeden rok tzv. *fellowship training*. Jedná se o způsob nácviku konzultační práce, pro pokročilé je pak možné absolvovat výcvik i na lůžkových klinikách ke zdokonalení spolupracujícího přístupu v péči o duševní zdraví. Psychosomatická medicína, která zde spadá prakticky pod psychiatrii, je tak oborem, který zdůrazňuje efektivní komunikaci a koordinovanou péči mezi jejími různými poskytovateli. Autoři výše citovaného článku nahlíží skrze tento rámec na psychosomatickou medicínu jako významnou součást globální zdravotní perspektivy. Multidisciplinární přístup, který je základem psychosomaticky, je podle nich poskytovatelem schopnosti zajišťovat péči o duševní zdraví v rámci stále rostoucí populace. (Bauerová a kol. 2010)

Interdisciplinární týmová spolupráce byla zkoumána v mnoha oborech medicíny z důvodu zájmu o zjištění efektivity tohoto přístupu ve vztahu k léčbě konkrétních onemocnění. Například u léčby dětí s cystickou fibrózou se ukazuje interdisciplinární týmová práce jako esenciální a dokonce byl v Rakousku vytvořen z této studie model

psychosomatické kooperace. (Smrekar, Ellemunter 1993) Týmový přístup je v rámci této kooperace nahlížen jako jedna z možností interdisciplinární léčby. Péče o pacienty s cystickou fibrózou totiž vyžaduje koordinaci a integraci psychosociálního poradenství a jeho začlenění do medicínské léčby. Péči v tomto případě vyžadují situace, jako jsou např. emocionálně vypjaté momenty, sdělování diagnózy, pacientova nespolupráce a péče o terminálně nemocné. Psychosociálně vzdělaní členové léčebného týmu tak zprostředkují nejen poradenství pacientům, ale také posilují psychosociální kompetence medicínských pracovníků, dále také navrhují ze svých specifických zkušeností s pacienty nové koncepce pro zacházení s pacienty a jejich léčbu.

Spolupráce psychosomatické medicíny a ostatních oborů medicíny je využitelná v léčbě mnoha onemocnění. Například atopický ekzém je čím dál častější diagnózou, která v dermatologii budí zájem o spolupráci s psychosomatickou medicínou. Jeho etiopatogeneze není dosud zcela objasněna, ale psychosociální složka je zde na základě zkušeností s léčbou zjevná. Na kazuistice dvouletého chlapce rakouští lékaři ukázali, že zohlednění psychologických faktorů a různých druhů alergie bylo v léčbě celkového stavu kůže přínosné. Úzká spolupráce dermatologů a psychosomatických lékařů tak dosahuje lepších výsledků v léčbě atopického ekzému. (Traenckner a kol. 1996)

V rámci studia kritérií kvality v psychosomatických službách v rakouském prostředí také popsali roli spolupráce v psychiatrických, psychoterapeuticko-psychosomatických konziliárních službách. V lůžkových zařízeních tohoto zaměření jsou psychosomatické konzultace v rámci výzkumu snáze uchopitelné. Studie ukazuje, že kromě integrovaného psychosomatického modelu mezi různými medicínskými specializacemi, existuje specifický model spolupráce právě v psychiatrické konziliární péči mezi psychosomatickými, psychoterapeutickými a dalšími odděleními a v péči o psychosomatické pacienty to hraje zásadní roli. Kooperace odborníků zde probíhá formou blízké spolupráce a aktivit, které přesahují klasický model konzultací. Na odděleních musí být přítomen stabilně psychosomatický konzultant, který se účastní případových intervizí, nemocničních vizit, intervizí na oddělení a navazujících edukačních programů. Tento způsob práce je zaměřen nejen na pacienta, ale také na tým, a byl zaváděn ve fakultních nemocnicích v Rakousku. (Söllner a kol. 2010)

Existuje tedy více modelů, pomocí kterých je mezioborová spolupráce v rámci psychosomatického přístupu zajišťována. Samotná realizace je pravděpodobně odvislá od systémového nastavení ve zdravotnictví dané země. Dalo by se říci, že ze studií vyplývají dva možné modely interdisciplinární spolupráce v psychosomaticce. Jeden zaměřený

dovnitř organizací na integraci psychosomaticky smýšlejících pracovníků se somatickými specialisty. Ten druhý zajišťuje naopak spolupráci mezi organizacemi či jednotlivými týmy specialistů. V rakouském, německém a angloamerickém prostředí je realizován spíše první přístup.

### 3.3 Vedení multioborového týmu ve zdravotnictví

Vedení týmů a spolupracovníků ve zdravotnictví má obecně svá specifika kvůli rámci celého zdravotnického systému, ve kterém se jednotlivci a jejich zařízení nacházejí. Jedná se o prostředí, které čelí velkému tlaku na technický pokrok, kvalitu a dostupnost a zároveň nákladovou efektivnost. To vše utváří speciální podmínky, za kterých zde vedoucí pracovníci musejí fungovat. V článku o vedení (leadershipu) ve zdravotnictví z periodika *Journal of Health* (Wikströmová 2009) se autorka věnuje zkušenostem vedoucích v liniově i hierarchicky uspořádaných pracovních týmech ve zdravotnictví. Výsledkem této studie jsou dva modely vedení, které splňují a odlišují různé přístupy k metodám a nárokům, které jsou kladeny na vedoucí pracovníky ve zdravotnictví. V prvním modelu vedoucí definují, strukturují, rozdělují a udělují úkoly. Ve druhém je vedení o integraci různých argumentů a plynulého řešení. Zde je tedy prostor pro proaktivní vedení týmu a vytváření základu pro spolupracující zaměstnance.

Multioborové či interdisciplinární týmy jsou skupinami odborníků z různých oborů a s různou specializací, které pracují se společným cílem. Jejich spolupráce je závislá na vzájemné komunikaci a koordinování procesů. Multioborový tým se ve zdravotnictví objevuje často ve spojitosti s péčí o konkrétní „diagnózu“ či „skupinu diagnóz“. Vyskytuje se zde ale společný koncept a společný cíl. Tento cíl nebo určitá kvalita péče je spoluutvářena pracovníky s různorodými odbornými profily a znalostmi. (Heiřová 2013)

Vedení multioborového týmu je otázkou koordinace práce a rozdělování a sdílení informací, cílů, plánování a následných akcí. Úkoly, které vedoucí takového týmu zadává, by měly odpovídat odborným a personálním znalostem a kompetencím právě za účelem udržení stanového cíle či konceptu spolupráce. Studie z oblasti multiprofesionálního týmu v oblasti péče o pacienty s Parkinsonovou chorobou také tvrdí, že celková zodpovědnost za aplikování medicínských postupů a za jejich léčebný dopad leží v rukou ošetřujícího lékaře. Přítomnost lékařů z jiných oborů je však nezbytná vzhledem k tvorbě celkové analýzy chronického stavu pacienta. Je zde důležité kladení otázek z různých úhlů pohledu a následná možnost využití více návrhů na řešení, které různé odborné kompetence zprostředkují. Úkolem vedení v takovém týmu je udržovat atmosféru a strukturu, ve které je umožněna výměna informací nejen na verbální úrovni, ale také ve které se společně plánuje a realizují se léčebné intervence. (Heiřová 2013)

Mezi specifika vedení multioborového týmu ve zdravotnictví patří náročnost toho, že vedoucí musí dohlížet na odborníky s různými odbornými perspektivami tak, aby jejich

snaha byla maximální a zároveň aby výsledky společné práce byly také na vysoké úrovni. Vedoucí multidisciplinárního týmu potřebuje také rozlišovat mezi personálním řízením a odborným vedením práce členů týmu. Manažerství v tomto smyslu tedy obsahuje řízení lidských zdrojů, jako je najímání, propouštění atd. Odborná role zahrnuje vedení a dohled nad dosahováním pracovních cílů v souladu s nastavenými hodnotami a měřítky. (Groohová 2014)

V současné chvíli není mnoho odborných zdrojů či výzkumů, které by se věnovaly obecně vedení a koordinování multioborových týmů. Příklady z praxe, které se však většinou nedají zobecnit, lze najít převážně ve výzkumech z akutní medicíny, kde je výzkum spolupráce v týmu různých odborníků pravděpodobně nejpálčivější. Například záchranné týmy zdravotníků při traumatické resuscitaci musí fungovat ve velmi stresových situacích. Vznikla tedy etnografická studie za účelem porozumět vedení a koordinaci v této oblasti. (Yun a kol. 2003) Týmy byly pozorovány při práci šest měsíců a byly prováděny rozhovory s jejich členy. Ukázalo se, že efektivita týmu je závislá na úrovni pacientova zdravotního stavu a míře týmové zkušenosti. Dále studie ukázala, že direktivní způsob vedení týmu je výhodný, když je pacient vystaven mnohočetnému zranění a tým je nezkušený. Naopak zplnomocňující vedení je vhodné, když pacient není těžce zraněn a tým má zkušenosti. Na tomto případu se ukazuje, že jednotlivé odborné týmy, kde spolupracuje více odborníků z různých profesí či odvětví najednou, mohou potřebovat různé vedení, jelikož mají odlišné potřeby pro plnění své práce. Zřejmě záleží na každém oboru a druhu péče, který udává způsob práce. Resuscitační tým, který pracuje velmi rychle, má jiné potřeby, než tým, kde je cílem díky sdílení nejrůznějších odborných názorů vytvořit pro pacienta přílehlavý léčebný plán a práce se tedy neodehrává pod nadměrným časovým nebo v danou chvíli život ohrožujícím tlakem.

Naopak například v psychiatrii jsou multidisciplinární odborné týmy velmi běžné a jejich týmová práce je z hlediska vedení často problematická. Řízení takového týmu se zaměřuje převážně na koordinování odborné kooperace a udržení kompetencí jednotlivých členů týmu v jejich vlastní oblasti. Je údajně nezbytné, aby byla ze strany vedení vytvořena jasná definice problematiky, kterou se daný tým zabývá. Péče o pacienty je zde prováděna značně individuálně a je zde riziko, že nebude brán zřetel i na možnost, že pro pacienta by mohl lepší péči zajistit jiný tým či instituce. Management v multidisciplinárním týmu v psychiatrii musí tedy určit roli, která má za úkol činit po poradě rozhodnutí o předání pacienta do nejvhodnější péče. (Sims 1993)

Uvedené výzkumy ozřejmují možné formy vedení a různá úskalí mezioborové spolupráce v zahraničních psychiatrických a psychosomatických zařízeních. Bohužel ale v psychosomatické medicíně je způsob vedení a řízení multioborových týmů nepříliš prozkoumanou oblastí. Výzkumy, které by zkoumaly různé způsoby vedení v multioborových týmech v psychosomatické, bohužel zatím v české akademické sféře nejsou k dispozici.

### 3.4 Modely multioborových týmů

Samotný pojem „multioborový tým“ implikuje, že jeho součástí je více odborníků z různých oborů. Jaké je jejich zastoupení, uspořádání nebo z jakého důvodu zrovna určití odborníci mají pracovat společně, je vymezeno jen pro některé obory akutní medicíny. Složení, tedy model týmu, odpovídá pravděpodobně potřebám daného oboru. Ve zdravotnictví to tedy určuje zákon, který udává minimální personální vybavení jednotlivých medicínských podoborů. Groohová (2014) ve svém článku o managementu péče multioborových týmů uvádí, že v praxi řízení péče jsou v současné době užívány nejméně čtyři modely multioborových týmů, a to:

- tým manažera cílené péče (*the focused care manager team*),
- interdisciplinární tým (*the interdisciplinary team*),
- řídicí tým multidisciplinární péče (*the multidisciplinary care management team*),
- multidisciplinární konzultační tým (*the multidisciplinary consultation team*).

*Tým manažera cílené péče* je charakteristický tím, že manažeři péče zde bývají ze stejného oboru. Každý z nich se věnuje určitému počtu případů. Hodnocení zde probíhá ve vztahu k oboru daného manažera péče. Takto mohou vedoucí pracovat jako samostatné jednotky poskytovatelů nebo mohou vést spolupracující tým. Příkladem tohoto konceptu je např. skupina zdravotních vedoucích sester, které mohou provádět evaluaci péče na různých odděleních. (Groohová 2014)

V *interdisciplinárním, nebo také mezioborovém týmu* má každý člen jinou specializaci, je tedy zástupcem jiného oboru. Každý člen týmu má stejnou kompetenci ve vztahu ke klientům, ale primariát manažera péče má vedoucí týmu, jehož specializace je vzhledem k poskytované péči určena jako ta hlavní. Tato role manažera péče v týmu může

přecházet z jednoho člena na druhého podle potřeb jednotlivých případů (pacientů). Hodnocení probíhá většinou ve vztahu k celku. Skupina tedy funguje jako jeden celek odborníků, kteří se na svých pozicích střídají. Tento model uspořádání a řízení týmu je vhodnější pro integrovanou primární péči nebo pro rehabilitační služby než např. pro geriatrickou komunitní péči. (Groohová 2014)

Řídící tým multidisciplinární péče je specifický tým, že členové týmu jsou zde také z jiných oborů. Manažer péče na sebe bere roli vedoucího pro určitý počet případů, nebo může jednoho z členů v případě potřeby zastupovat. Tyto skupiny fungují jako subtýmy a každý z členů je z jiného oboru. Práce je hodnocena komplexně a zároveň i klinicky z funkčního, zdravotního, psychosociálního, behaviorálního hlediska a z hlediska prostředí pomocí jednotlivých screeningů. Tento model týmu svou multidisciplinarnitou zajišťuje soudržnost pro klinické výzkumy a plánování péče. Díky vazbám v týmu zde vzniká ideální prostředí pro vzájemné učení a předávání zkušeností uvnitř týmu, které ho posouvá v odborném poli na další úroveň mezioborové spolupráce. (Groohová 2014)

*Multidisciplinární konzultační tým* a řízení péče zahrnuje multidisciplinární tým manažerů péče, jehož součástí je také multidisciplinární tým klinických konzultantů a dalších specialistů. Konzultanti v týmu nefigurují v primární péči o pacienty, ale pouze jako ti, kteří se účastní diskusí o klientech a pomáhají vytvářen příslušným členům týmu rozhodnutí v léčbě jednotlivých pacientů. Také konzultují s vedoucími týmu řízení péče, plány péče a specifické cíle evaluace práce. Příkladem takého uspořádání týmu by mohl být „(...) konzultanti – *farmaceuté, geriatrická zdravotní sestra, specialista pro práci s handicapovanými, PR specialista, psychiatr*; manažeři péče – *klinický psycholog, klinický sociální pracovník (zaměřeni na dušení zdraví, závislosti či práci se zdravotně handicapovanými), geriatrická zdravotní sestra, zdravotní sestra paliativní péče, všeobecná vrchní zdravotní sestra.*“ (Groohová 2014)

Z hlediska oboru psychosomatické medicíny jsou tyto týmové modely a jejich management velmi podnětné. V českém prostředí tohoto oboru jsou zatím týmové struktury, jejich uspořádání a vedení prozkoumány spíše ve stacionární podobě psychosomatické péče. Zde se týmová spolupráce uplatňuje na základě potřeby péče o společnou skupinu pacientů, kteří se účastní stacionárních programů obvykle v délce šesti až osmi týdnů. V takovém týmu pak dochází ke specifické integraci bio-psycho-sociálního přístupu k pacientům a jejich léčbě. Cílem psychosomatického týmu je být „*více než jen součtem odborností jednotlivých členů,*“ jak uvádějí členové odborné *Společnosti pro psychosomatickou medicínu* na internetových stránkách časopisu



*Psychosom* (2015). Integrace jednotlivých kompetencí je ve spolupráci a interakci týmu velmi důležitá. Psychosomatický tým se v tomto směru může dále rozvíjet a celkově vyzrávat v léčebnou jednotku. Odborná společnost se také vyjadřuje ke složení tohoto multidisciplinárního uspořádání týmu následovně: „*Týmy jsou hlavním diagnosticko-terapeutickým nástrojem psychosomatické medicíny. Měly by v něm být pokud možno zastoupeny následující odbornosti: somatický lékař, psychiatr, fyzioterapeut, klinický psycholog, psychoterapeut, sociální pracovník, popřípadě ergoterapeut a další.*“ (výbor SPM ČLS JEP, 2015)

Psychosomatický multidisciplinární tým je v tomto smyslu autonomní jednotkou. Podmínkou spolupráce je vytvoření společného komunikačního prostředku, aby docházelo k vzájemnému mezioborovému pochopení. To se děje skrze případové intervize a supervize nad případy i týmovou komunikací. Integrace znalostí z různých pomáhajících profesí je důležitá z hlediska poskytování kvalitní péče pro psychosomaticky nemocné pacienty. Dochází k ní často právě díky mezioborové týmové spolupráci, která zahrnuje příslušné odbornosti, případně se také integrace odehrává na intrapersonální úrovni pomocí rozšiřování původního vzdělání (medicínského, psychologického, psychoterapeutického apod.). (výbor SPM ČLS JEP, 2015)

## 4 Psychosomatika

Podle příspěvku Dr. Petera Weise na 15. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci (2014) je psychosomatika ve světě převážně podobor psychiatrie a její přesah do další péče je vnímán spíše implicitně. Nicméně v německém a rakouském prostředí se psychosomatika jako samostatný obor medicíny formovala již od 40. let 20. století a je z psychiatrie zcela vydělena. Podle Prof. Dr. Thomase Loewa (2014) je toto dáno mimo jiné historickým vývojem Německa a negativním zatížením psychiatrie, která v poválečné době byla nedůvěryhodným experimentátorským oborem. Psychosomatický přístup se tak snaže formoval z psychoanalytické a behaviorální psychoterapeutické větve. (Amelohová, Berberich 2013)

Psychosomatika jako obor medicíny je nyní v ČR poměrně diskutovaným tématem v kruzích českých lékařských společností. Odborníci z řad lékařů a dalších pomáhajících profesí mají tendenci tento pojem a jeho obsah definovat, ohraničovat, prosazovat či odmítat. Podle Chvály a ostatních členů nově vzniklé *Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP* (Chvála, Šimek, Honzák 2014) je psychosomatika integrujícím oborem medicíny, tedy její součástí, a zároveň specifickým úhlem pohledu na komplex pacientových zdravotních obtíží. V rámci vymezení, ohraničení a definování tohoto oboru se zde již přes dvacet pět let formuje skupina odborníků, kteří tento přístup praktikují a v rámci konferencí a dalších iniciativ propagují. Poslední *Konference psychosomatické medicíny* proběhla v říjnu 2014 v Liberci a jejím stěžejním smyslem byla diskuse nad identitou psychosomatické medicíny. Témata se dotkla nejen různých odborných definic a terapeutických modalit v psychosomatice, ale také tématu výzkumu a vzdělávání v oboru psychosomatiky.

Ukazuje se, že pracoviště, na jejichž půdě je psychosomatický přístup již léta praktikován, fungují v převážné většině jako multioborový tým složený ze somatických lékařů, psychiatrů, psychologů, fyzioterapeutů a psychoterapeutů. S dosud chybějícími směrnici pro psychosomatický obor však chybí také standardy pro psychosomatické zařízení a jejich minimální personální vybavení. Týmová praxe tedy dosud vychází z potřeb jednotlivých pracovišť, jejich prostředí a finančních možností. Na zmíněné liberecké konferenci v panelu o týmech v psychosomatice byly tyto skutečnosti diskutovány, došlo k představení dvou týmů a popsání jejich způsobu spolupráce. Dosud jsou obě kliniky pod vedením vedoucích lékařů. Management a vedení týmu vychází z odborné erudice a bez další hierarchie mezi spolupracovníky dochází ke koordinaci práce

samostatně pracujících kolegů, kteří se schází nad společně ošetřovanými případy pacientů, intervidují je a společnou diskuzí tvoří jednotlivé terapeutické plány. Management organizace z hlediska finančních, materiálních a personálních zdrojů je doposud taktéž v rukou lékařů ředitelů. (Vácha, Chvála, Kabát 2014)

#### 4.1 Obor psychosomatické medicíny v ČR

V současné době se tedy obor psychosomatiky v medicíně v České republice rozvíjí. Nyní je rozvoj soustředěn na ukotvení psychosomatiky jako součásti postgraduálního vzdělání lékařů a na vytvoření podmínek pro rozvoj klinického výzkumu v tomto oboru. (Chvála, Loew 2015)

##### 4.1.1 Vzdělávání

V minulosti bylo možné získat „*Osvědčení o psychosomatickém vzdělání IPVZ*“. Tento vzdělávací program byl schválen v březnu roku 2004 jako vzdělávací program lékařů s názvem „Psychosomatická medicína“. Tento vzdělávací program sestává z jednotlivých kurzů, které realizuje IPVZ (Institut pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví) pod hlavičkou Katedry psychiatrie. Kurzy tohoto tříletého programu se konají dvakrát až třikrát ročně a nedílnou částí je absolvování odborné stáže v rozsahu 5 dní za rok. Další podmínkou získání osvědčení je absolvovaný akreditovaný psychoterapeutický výcvik a získání atestace v jednom z klinických oborů. (Beran 2004)

IPVZ v tomto smyslu rozšiřuje možnosti postgraduálního vzdělávání lékařů ve větší šíři, než nabízí zákon č. 95/2004 Sb. Činí tak kvůli dřívějšímu zavedení oborů akupunktura, systematická psychoterapie, psychosomatická medicína, pracovní lékařství a cytologie likvoru, které jsou tzv. funkčními specializacemi lékařským oborů, ale samy o sobě jsou příliš úzce zaměřeny. Vzdělávací programy těchto odvětví mají své kořeny v praxi a jsou převážně realizovány v rámci samostudia, povinných kurzů a stáží. Kurzy jsou zakončeny ověřením znalostí před komisí a vydáním zmíněného osvědčení. (IPVZ 2015)

#### 4.1.2 Právní zakotvení

V roce 2009 schválilo Ministerstvo zdravotnictví jménem ministra Hegera vyhlášku č. 185/2009 Sb., o vzdělávání ve zdravotnictví, v níž je v příloze č. 2 s názvem *Nástavbové obory lékařů a farmaceutů, označení odbornosti a minimální délka vzdělávání v nich*, v části I. Lékaři psychosomatika uvedena jako nástavbový obor lékařů s minimální délkou tří let.

V roce 2014 byla ustanovena *Společnost psychosomatické medicíny* v rámci České lékařské společnosti JEP a v roce 2015 byla lékařskou společností na celospolečenském sjezdu oficiálně uznána jako samostatná společnost pod ČLS JEP. Cílem Společnosti psychosomatické medicíny je nyní zasadit se o rozvoj oboru psychosomatiky v ČR podle stanov ČLS. (SPM 2015)

#### 4.1.3 Vztah oboru k systému veřejného zdravotního pojištění

V tuto chvíli je v ČR psychosomatika zakotvena jako obor postgraduálního vzdělávání lékařů, nicméně z hlediska systému veřejné zdravotní péče samostatně definována není. Hlavním nástrojem léčby je zdravotně indikovaná forma psychoterapie, kterou zdravotní pojišťovny na základě smluvních vztahů poskytovatelům hradí. K jejímu poskytování a indikování jsou oprávněni psychiatři a lékaři s funkční specializací k psychoterapii a s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem, kliničtí psychologové a psychologové v přípravě na klinickou atestaci. (IPVZ 2015)

Samostatné formy ošetření psychosomatickými lékaři však definované zatím nejsou. Psychosomatické vyšetření a komplexní konzultace či konziliární týmová diagnostika a plánování léčby nemá své příslušné kódy k takto definovaným zdravotnickým výkonům a nelze je tedy pojišťovnám v rámci zařízení účtovat. V praxi českých psychosomatických zdravotnických zařízení se tedy zatím jedná spíše o komplexní přístup k pacientovi a týmovou konziliární péči, která není systémem zdravotního pojištění hrazena. Účtován může být až výsledný „produkt“ komplexní diagnostiky, a sice psychoterapie, fyzioterapie či další systémově oficiální formy léčby. (VZP 2015)

## 4.2 Obor psychosomatické medicíny v SRN

Psychosomatika jako samostatná odbornost lékařů byla v Německu uznána v roce 1992. Stalo se tak logickým vyústěním tamního vývoje medicíny, kdy psychosomatika byla paralelně utvářena a zdokonalována stejně jako další technické a specializační obory medicíny. Byl tak vytvořen vysoce definovaný systém péče pro psychosomatická onemocnění a psychoterapii. V evropském i mimoevropském kontextu je tak německý systém považován za vzorový a hodný napodobení, jak tvrdí Amelohová a kolektiv autorů a odborníků z *Bavorského spolku Německé společnosti pro psychosomatickou medicínu*. (2013)

Základem pro ustanovení psychosomatiky jako samostatného oboru medicíny v SRN tedy bylo nejprve vytvoření odborné společnosti, kterou přijala za svou součást lékařská komora. Poté se paralelně se zákonnou úpravou vytvářel koncept vzdělávání lékařů, a nakonec proběhla diskuse se státními pojišťovny, které mají v kompetenci úhradu příslušných zdravotních výkonů. Psychosomatická praxe vznikala předtím i v průběhu tohoto procesu. Tento obecný postup je možné uplatnit i v jiných zemích a je možné z této zahraniční zkušenosti po formální stránce čerpat. (Amelohová, Berberich, 2013)

Historicky se psychosomatika jako medicínský obor začala v Německu formovat jako reakce na silný technický rozvoj medicíny. Jednalo se o přístup, který zahrnoval psychosociální vliv na onemocnění, zkoumal lidské příběhy a jejich kontext pro účely navrhovaných léčebných plánů. V roce 1920 byla v Německu založena první psychosomatická klinika a postupně se pojem „psychosomatika“ etabloval vlivem dvou myšlenkových proudů. První z nich byl provázán s psychoanalytickými psychogenetickými poznatky, které byly uplatňovány v somato-medicínské oblasti. Druhá linie navazovala na integrativní, nebo také holistickou tradici a její snahou bylo postihnout v léčbě všech onemocnění jejich celkový biologických, psychický a sociální obraz člověka. Právě tento proud poukazoval na to, že se psychosomatika má stát nedílnou součástí každého lékařského výkonu. Postupně byla psychosomatická medicína ustanovena za základní obor integrativních výkonů každé somatické specializace. Dále byla také jako obor zahrnuta do **specializačních vědních oborů s předepsanými výzkumnými a léčebnými povinnostmi**. Od roku 1970 si psychosomatika vytvořila své místo i na univerzitách. Psychosomatická medicína a psychoterapie byly zavedeny jako jeden z atestačních oborů studentů medicíny. Vzniklo tak dvacet jedna fakultních oddělení

s psychosomatickým zaměřením, a tím byl umožněn rozvoj vědeckého výzkumu psychosomatických onemocnění a jejich příčin. Následně v roce 1993 valná hromada německé lékařské komory odhlasovala třístupňový koncept péče, který má v každém stupni zajišťovat jasně definovanou část psychosomatické péče. Tím se uzavřel pomyslný kruh výuky, výzkumu a praxe, který spirálovitě rozvíjí psychosomatickou medicínu. (Amelohová, Berberich, 2013)

#### 4.2.1 *Vzdělávání*

V Německu je tedy psychosomatika jedním ze specializačních oborů medicíny. Vzdelání v psychosomatice je možné získat ve třech stupních či formách.

Prvním stupněm je tzv. *Základní psychosomatická péče*, která je možnou součástí postgraduálního vzdělávání všeobecných lékařů, gynekologů a porodníků a její absolvování je možné pro každého lékaře, který je v přímém kontaktu s pacienty. Cílem tohoto stupně vzdělání lékařů je zajištění péče při tělesném onemocnění v duchu bio-psycho-sociálního modelu nemoci, při léčbě jsou tedy zohledňovány psychické a sociální faktory fyzického onemocnění. (Amelohová, Berberich, 2013) V Bavorsku je obsahem tohoto vzdělávání 20 hodin teoretických seminářů, 30 hodin verbálních technik intervence, u certifikovaných lektorů je pak absolvována ještě třetí část, a sice 30 hodin práce v rámci Bálintovských skupin. (Bayerische Landesärztekammer, 2015)

Druhý stupeň psychosomatického vzdělání zajišťuje získávání odborné erudice v *psychoterapii navázané na konkrétní lékařský obor*. Tento stupeň je zajišťován pomocí dvouletých kurzů pro lékaře a psychology v před-atestační klinické přípravě. Kurzy navazují na základní znalosti osvojené v rámci *Základní psychosomatické péče*. Cílem je získání vlastní psychoterapeutické kompetence v diagnostice a psychoterapii psychických a psychosomatických poruch. Odborníci se zde také učí řešit problémy, které se k této problematice váží konkrétně v jejich oboru. (Uni Freiburg 2015)

Nejvyšší stupeň kvalifikace v psychosomatice poté nabízí třetí stupeň vzdělávání, který je definován skrze název tímto nabyté profese, a sice „*odborný lékař pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii*“. Jedná se o pětileté navazující vzdělávání, které umožňuje praktikování léčby u nejtěžších psychických a psychosomatických poruch. Hlavní metodou, pro kterou zde lékaři získávají kompetence, je psychoterapie. Cílem je znalost intervencí nejen pro psychosomatické poruchy v úzkém slova smyslu, ale také pro psychické poruchy jako jsou deprese, úzkosti či např. obsedantní poruchy. Dříve byla tato

specializace ve výuce intervencí dělena podle orientace na analytické teorie, nebo behaviorální přístup, nyní je vzdělávání na této úrovni orientováno na problematiku konkrétní poruchy a na multimodální terapii. Tento přístup je vyučován v integrativním duchu obou terapeutických přístupů. (Amelohová, Bereberich, 2013)

Každá spolková země v Německu má svou lékařskou komoru, která vzdělávání v psychosomatické medicíně garantuje a zprostředkovává. Realizaci kurzu zajišťují kromě lékařských komor také další instituce, převážně univerzity či odborné společnosti. Náplň, délku trvání a cíle vzdělávání lékařů v psychosomatické medicíně vydala Bavorská lékařská komora naposledy v roce 2004, v dokumentu je možné najít náplň, délku trvání a cíle vzdělávání všech lékařských základních i navazujících oborů. Psychosomatická medicína a psychoterapie zde stojí v článku č. 24 jako samostatný obor. Obsah tohoto článku odpovídá svým rozsahem náplni třetí úrovně, kterou lze ve psychosomatickém vzdělávání získat. Nejedná se tedy o počáteční nastavbu, nýbrž o náplně samostatné lékařské specializace. (Bayerische Landesärztekammer 2015)

#### 4.2.2 Právní zakotvení

V Německu se o vznik, konstituci a rozvoj oboru psychosomatické medicíny a lékařské psychoterapie zasazuje několik oficiálních institucí, nejvýznamnější je však *Německá společnost pro psychosomatickou medicínu a lékařskou psychoterapii* (DGPM). Tato společnost vznikla v roce 2006 spojením *Německé společnosti pro psychosomatickou medicínu* a *Všeobecné lékařské společnosti pro psychoterapii*. *Všeobecná lékařská společnost pro psychoterapii* byla založena již v roce 1926 jako první iniciativa lékařů praktikujících psychoterapii. *Německé společnosti pro psychosomatickou medicínu* byla založena v roce 1992 pod názvem *Německá společnost pro psychoterapeutickou medicínu*. Díky založení činnosti této společnosti poté vznikl na 92. sjezdu valné hromady německé lékařské komory vědní obor „psychoterapeutická medicína“, který se v roce 2003 přejmenoval na „psychosomatická medicína a psychoterapie“. V roce 2006 se díky tomuto pojmenování oboru obě společnosti sloučili do stávající jednotné společnosti.

Současná *Německá společnost pro psychosomatickou medicínu a lékařskou psychoterapii* je rozdělena na spolek na úrovni všech spolkových republik (Bundesverband) a zároveň každá spolková země má svůj úřad (Landesverbände). Poradní sbor, kterému předsedají etablovaní lékaři, lékaři z nemocnic, vysokoškolští učitelé a

zástupci z řad psychoterapeutů s různým odborným zaměřením, koordinuje aktivitu obou těchto úrovní.

Hlavními úkoly celé této společnosti jsou z hlediska oboru:

- zajištění jeho výuky na vysokých školách (zajištění povinného předmětu „psychosomatická medicína a psychoterapie“ a odborného výzkumu v rámci oboru),
- dále podporování obsahu nadstavbového vzdělávání lékařů v oboru „psychosomatická medicína a psychoterapie“, v „psychoterapii“ pro specializované lékaře a v oboru „základní psychosomatická péče“.

Podílí se také na finančním a strukturálním zajištění lékařů v této oblasti, zasazuje se o zakládání oddělení psychosomatické medicíny a psychoterapie v nemocnicích a o realizaci psychosomatické rehabilitace. Prosazuje rozvoj, opatření pro zajišťování kvality péče, jako jsou předpisy pro základní dokumentaci či další směrnice. Spolupracuje s dalšími vědními odbornými společnostmi medicíny. (DGPM 2015)

Právně je psychosomatika v Německu zakotvena pomocí tzv. „*Leitlinien*“ – hlavních předpisů, které vytváří odborná *Společnost pro psychosomatickou medicínu a lékařskou psychoterapii* (DGPM) spolu s *Pracovním společenstvím vědeckých medicínských společností* (AWMF). Psychosomatická medicína a lékařská psychoterapie je v tomto smyslu v Německu značně široká oblast, předpisy jsou tedy rozděleny dle jednotlivých oblastí a diagnóz – např. pro psychosomatickou dermatologii, pro nespecifické funkční somatoformní poruchy a zacházení s pacientem atd. Vrchní instancí pro schválení těchto dokumentů je samozřejmě *Spolkové ministerstvo zdravotnictví*. (AWMF 2015)

#### 4.2.3 Vztah oboru k systému veřejného zdravotního pojištění v SRN

Psychosomatická medicína a lékařská psychoterapie je v Německu již etablována i v rámci systému veřejného (zákonného) zdravotního pojištění. Základním nástrojem léčby v tomto oboru je psychoterapie a její základní formy (individuální, skupinová, systemická) jsou v Německu, stejně jako v ČR, hrazeny ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění bez omezení, je-li pověřeným pracovníkem ve zdravotnictví indikována vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Nicméně praxe, výzkumy a finanční propočty zdravotních pojišťoven v Německu ukázaly, že psychoterapeutický přístup v léčbě psychosomatických



pacientů nestačí. Jejich zdravotní stav vyžaduje komplexní psychosomatický přístup. Často jsou zde poskytovány multimodální krátkodobé programy s psychoterapeutickou návazností, kde je možné uplatnit týmový komplexní přístup. Tento pohled na pacientovy obtíže se ukázal být nejen terapeuticky, ale také finančně efektivní. Podíl psychosomaticky nemocných pacientů v Německu vzrůstá a zdravotní pojišťovny nemalou měrou přispěly k rozvoji tohoto oboru z hlediska ušetření výdajů na léčbu pacientů pacienty, jelikož se pro jejich obtíže mnohdy vynakládají nadbytečné finanční zdroje bez výsledku a klasická medicínská diagnostika pacientům nepřináší vysvětlení jejich obtíží. Na základě těchto potřeb vznikala klinická zařízení při specializovaných katedrách lékařských fakult, aby mohl dále probíhat výzkum psychosomatické problematiky nemocí. V dnešní době je v Německu již hustá síť ambulantních, stacionárních i lůžkových akutních psychosomatických zařízení, kde poskytují lékaři v týmech s dalšími odborníky ve zdravotnictví péči hrazenou z pojištění. (Loew 2015)

Z hlediska systému veřejného zdravotního pojištění je v Německu také zajímavé, že zde stojí psychosomatická medicína jako samostatný lékařský obor. Jsou totiž vytvořeny kódy, pomocí kterých lékaři mohou pojišťovněm vykazovat, neboli účtovat psychosomatickou péči. Tyto lékařské výkony jsou tedy, stejně jako u nás, definovány pomocí kódů a slovních definic jednotlivých náležitostí, které daný výkon musí obsahovat (např. intervence, časové délka atd.) Mezi tyto výkony patří např. psychosomatické a psychoterapeutické komplexní ošetření, integrované klinicko-psychosomatické ošetření, psychosomatická a psychoterapeutická krizová intervence jako komplexní ošetření. Popis a náležitosti těchto lékařských výkonů uveřejňuje *Německý institut pro medicínskou dokumentaci a informace*. Kromě těchto výkonů do skupiny lékařského psychosomatického přístupu sem patří i definovaná „psychosociální, psychosomatická a neuropsychologická terapie,“ které jsou využitelné v dalších oborech medicíny. Ty mohou tohoto komplexního přístupu využívat ve prospěch pacientů a zároveň za něj být náležitě finančně ohodnoceny v rámci oficiálního systému veřejného zdravotního pojištění. (DMDI 2015)

Tyto lékařské výkony jsou v tuto chvíli platné pro ambulantní a stacionární psychosomatické služby. V Německu však existují i zařízení pro akutní psychosomatickou péči, většinou v rámci nemocnic či jako lůžková oddělení vedle ambulancí. Pro tento druh péče je od roku 2010 schválen paušální systém úhrad podobný klasifikačního systému

DRG<sup>2</sup>. V německém originále lze tuto novelizaci zákona najít pod názvem „*Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik*“, poslední novelizace má být platná od roku 2017. Důvodem zavedení tohoto paušálního systému úhrad byla vzrůstající potřeba péče pro psychosomatické pacienty s demencí, polymorbidními psychosomatickými symptomy či se syndromem vyhoření, a nedostatečné personální pokrytí lékařů v oboru psychosomatiky v akutní péči. Cílem bylo tedy zabránit krácení personálního vybavení psychiatrických oddělení, zjednodušení povinné zdravotnické dokumentace na úkor péče o pacienty a dlouhodobé zajištění dostačujících finančních odměn pro akutní psychosomatická oddělení. (Budesarztekkammer 2012)

---

<sup>2</sup> Klasifikační systém DRG je systémem, který obsahuje skupiny diagnóz a zdravotních výkonů. Klasifikuje tak údaje vhodné k vyčíslení nákladů na léčbu daných diagnostických skupin. Kromě sledování nákladovosti péče může systém přispět k sledování kvality a produkce zdravotní péče v daném zařízení. (Švecová 2008)

## 5 Teoretická a praktická východiska výzkumu

Cílem této práce, jak již zmiňuji v úvodu, je přinést v rámci empirické části podrobnější obraz bavorské zkušenosti s týmovou spoluprací uvnitř a vně multioborových týmů na psychosomatických klinikách. K tomuto cíli ale směřuje několik myšlenkových proudů, které jsem se snažila zachytit v rámci teoretické části práce. K těmto proudům, nebo spíše teoretickým liniím, patří důvody potřeby efektivní komunikace a kooperace v rámci týmů. Podmnožinou týmů jsou týmy zdravotnické a jejich multioborová a meziprofesionální specifika, která přináší patrně trochu odlišné nároky na týmové vedení a organizaci spolupráce.

Česká zkušenost, kterou bylo možné zaznamenat v rámci odborných akcí členů *Společnosti pro psychosomatickou medicínu*, je taková, že i zde se v psychosomatických zařízeních uplatňuje týmová spolupráce. Organizační složkou jsou týmové porady. Jsou zde také poskytovány stacionární programy, u kterých je více zdůrazněna práce týmu nad společnými pacienty. Týmovým cílem je zde kvalitní péče o menší skupiny pacientů, kde se lépe mohou uplatnit týmové vazby, vývoj týmu jako léčebného nástroje a zákonitosti této kooperace. V tomto smyslu jsme ale zatím pouze na začátku cesty. Ukázalo se, že v západních zemích a mezi nimi hlavně ve Spolkové republice Německu, je zkušenost s touto formou organizace práce v oboru psychosomatické medicíny na vyšší úrovni. Obor je v Německu nejen oficiální součástí medicíny, ale také je plně začleněn do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění a v neposlední řadě je výzkumně etablován na lékařských fakultách, odkud proudí další podněty pro praxi. Tamní psychosomatické kliniky jsou tedy samostatnými pracovišti, která poskytují specifickou komplexní péči pacientům, jež léčí samostatně, ale zároveň v součinnosti s dalšími specializacemi medicíny v rámci ambulantní, stacionární či akutní péče.

Východiskem pro výzkum v rámci této diplomové práce byly tedy tyto informace, které zde z teoretické části stručně shrnuji. Zároveň prostředí Bavorska bylo zvoleno pro vytvoření inspirativního modelu, který může dále poskytnout podněty pro zdokonalení a uspořádání týmů v oboru psychosomatiky v ČR. Ambicí tohoto průzkumu je tedy přispět k vývoji koordinace týmové spolupráce v této oblasti, zároveň teoretická část také poskytuje základní orientaci v dosavadním vývoji psychosomatiky, poskytuje přehled teorií o týmech, jejich využití ve zdravotnictví a specifickém fungování v mezioborové komunikaci.



## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 5.1 Metodologie

#### 5.1.1 Cíl výzkumu

Tématem této práce je „*Týmová spolupráce na psychosomatických klinikách v Bavorsku*“. Jejím výzkumným cílem je popsání zkušenosti s týmovou spoluprací na bavorských psychosomatických klinikách na příkladu několika případů. Dále pak bude dílčím cílem vytvořit model týmové spolupráce v psychosomaticce, kterým bychom se v Čechách mohli inspirovat a vzít ho jako praktickou ukázkou k rozvoji praktického vedení a koordinace spolupráce v oboru psychosomatické medicíny, který se zde v tuto chvíli oficiálně konstituuje a rozvíjí.

Výzkum se tedy zabývá získáním popisu charakteristik týmové spolupráce na bavorských psychosomatických klinikách a nahlíží do způsobu, jak je jejich spolupráce koncipována. Předmětem výzkumu je týmové prostředí, jeho složení, vedení a koordinace vnitřních a vnějších procesů, které tým a jeho vedení zajišťuje za účelem kvalitní péče o pacienty.

Hlavní výzkumnou otázkou tedy je:

*Jakým způsobem formuje psychosomatický přístup týmovou spoluprací na psychosomatických klinikách v Bavorsku?*

Výzkumný problém se snaží rozkrýt další výzkumné otázky:

- *Jak je strukturován odborný tým na psychosomatických klinikách v Bavorsku?*
- *Jak je organizována (interní a externí) spolupráce těchto týmů?*
- *Jaká jsou specifika týmů v psychosomaticce v Bavorsku?*

#### 5.1.2 Výzkumná metoda a technika sběru dat

Jako výzkumná strategie byla zvolena *kvalitativní deskriptivní případová studie*, jelikož cílem práce je získat ucelený hlubší popis zkoumaných jevů a situací z pohledu zkušenosti relevantních informátorů. Případová studie se zde hodí pro „*zachycení složitosti případu a popis vztahů v jejich celistvosti*“. (Hendl 2005, s. 104) Jedná se o průzkum vedení a uspořádání týmu a týmové spolupráce, která je na základě dlouholeté praxe

uplatňována v Německu v oblasti Bavorska. Cílem studie týmové spolupráce na několika klinikách je popis a porozumění jednotlivým případům týmů. Jejich mozaika by poté měla vytvořit celkový model týmové spolupráce v této oblasti.

Případová studie je metodou kvalitativního výzkumu, která zkoumá jeden či několik málo případů a přináší jejich podrobnější porozumění. Díky tomuto porozumění můžeme poté vyhodnotit specifické charakteristiky případů, jejich kontext a interakci s okolím. Podle Yina je případová studie vhodná tehdy, pokud nás zajímají otázky „proč“ a „jak“ v reálném současném kontextu situací či událostí. (Yin et. Hendl 2005, s. 106-110)

Deskriptivní forma případové studie pak přináší ucelený popis jevu. Její uskutečnění vyžaduje využití teoretických východisek, se kterými se poté popisné výsledky mohou srovnávat. Předem je nutné stanovit účel popisu, vymezení témat základních, které zkoumaný jev konstituují, a také témat, které skrze popis zachytí celkově zkoumaný jev. (Hendl 2005, s. 110)

V tomto výzkumu je použita *mnohonásobná deskriptivní případová studie*. Tento výzkumný postup je možné použít v komparativním šetření a účelně pro návrh nové teorie. Studie v této podobě dochází ke zjištěním, které mají vztah jak k teorii, tak k vybraným případům. Půjde zde o srovnání několika podobných případů s cílem vytvořit souhrnnou „zprávu o jednotlivých případech a celkové zhodnocení včetně komparace nebo návrhu teorie.“ (Yin et. Hendl 2005, s. 110-111)

Kvalitativní deskriptivní design výzkumu je využit proto, že je záměrem popsat zkušenost s týmovou spoluprací v daném prostředí bavorských psychosomatických klinik. Tato metoda je vhodná v případech přímého popisu událostí, jevů atd. Metoda ve své podstatě usnadňuje identifikaci aktérů, jevů a místního určení, které se vztahují ke konkrétním událostem nebo zkušenostem. (Sandelowski, 2000)

Jako techniku sběru dat pro tento průzkum byl zvolen písemný strukturovaný dotazník s otevřenými otázkami. Pro zmapování a popis charakteristik týmové spolupráce je využita strukturovanost této techniky a její výhody, které poskytují data strukturovaná stejným způsobem. Zároveň kvalita získaných dat není příliš ovlivněna osobou tazatele, a množství informací je přiměřené cíli výzkumu. Zároveň je zřejmé, že písemnou, tedy korespondenční formou, nebude možné rozhovor opakovat či příliš doplňovat. Struktura otázek a témat týkající se týmové spolupráce na psychosomatických klinikách je tedy zvolena tak, aby mohl být vytvořen komplexní, ale zároveň ne příliš podrobnostmi zahlcující model organizace týmové spolupráce v daném prostředí. (Hendl 2005, s. 173-174)

Výzkumným problémem tohoto projektu je zjistit, jak vypadá koncept týmové spolupráce na zkoumaných pracovištích a jakým způsobem je tým uspořádán, organizován a veden.

### 5.1.3 Sběr dat

Sběr dat pro výzkum byl uskutečněn v několika krocích. Nejprve probíhal sběr námětů na strukturu připravovaných otázek, které budou rozeslány v písemné elektronické podobě zástupcům vybraných psychosomatických klinik.

Inspirací pro téma této diplomové práce byly zmíněné přednášky prof. Dr. Loewa a zároveň zkušenosti a otázky, které vyvstávaly z praxe, které jsem jako nižší manažerský pracovník měla možnost získat na Psychosomatické klinice v Praze. Pro sběr odborných námětů a toho, co by české odborníky v oboru psychosomatické medicíny mohlo z německého prostředí zajímat, jsem uskutečnila hodinových rozhovor s ředitelem naší kliniky, MUDr. Jaromírem Kabátem. Mezitím práce s odbornou literaturou přispěla ke tvorbě návrhu otázek, které byly poté společně diskutovány, doplněny a na základě zkušeností doktora Kabáta (jakožto člena *Společnosti pro psychosomatickou medicínu* a jejího zástupce pro výzkum), byla vytvořena finální podoba otázek, které by pro české prostředí etablované psychosomatické medicíny z hlediska managementu týmové spolupráce na psychosomatických klinikách mohla být inspirativní a rozvojová, a dal by se z nich vytvořit model dobré praxe.

Jako techniku sběru dat pro tento průzkum byl zvolen písemný strukturovaný dotazník s otevřenými otázkami. Formulace otázek navazovala na hlavní výzkumné otázky, které vplynuly z části z rešerše v teoretické části práce a z části z rozhovoru se zmíněnými lékaři. Otázky se vztahují k třem základním okruhům, a to *a) týmová práce a její strukturovanost, b) týmová komunikace a kooperace a c) zhodnocení týmové spolupráce*. Tato témata jsou základními tématy pro realizaci případové studie a analýzu získaných dat.

Po vytvoření těchto otázek byl strukturovaný dotazník převeden do elektronické podoby pomocí webového formuláře na rozhraní *google.com*. Webový formulář byl doplněn o hlavičku s informacemi o výzkumníkovi, co je cílem a záměrem tohoto výzkumu. Smyslem úvodního textu bylo přiblížení účelu výzkumu kontaktovaným respondentům kvůli zvýšení návratnosti dotazníku s otevřenými otázkami. Úvodem tedy bylo vysvětlení, že záměrem je dotázat se na tamější zkušenosti s týmovou spoluprací

v psychosomatice se zaměřením na *management, organizaci práce a koordinaci péče*. Cílem výzkumu byly jmenovány nejen pro potřeby mé diplomové práce, ale také možnost získat informace, které by nám v českém prostředí tohoto oboru pomohly zlepšit koordinaci týmové spolupráce, a tím i zlepšit kvalitu poskytované péče směrem k pacientům.

V další fázi bylo pomocí e-mailu rozesláno 44 webových formulářů na adresy získané pomocí webu [jameda.de](http://jameda.de) a poté vyhledáním kontaktů na jednotlivá klinická zařízení. Často bylo možné poslat e-mail přímo vedoucím pracovníkům zařízení, byly ale také kliniky, kde byl k dispozici pouze obecný společný e-mail pro celé zařízení. I přesto bylo ale možné poté z webových stránek klinik určit rámcově organizační strukturu, nebo alespoň její náznak, a poslaný e-mail jsem personalizovat s úvodním oslovením na vedoucí lékaře, psychology či jejich asistenty. Touto cestou se vrátili tři vyplněné dotazníky. Jedním z nich byla i odpověď Dr. Berbericha z Kliniky Windach u Mnichova, který byl velmi vstřícný a k výzkumu přispěl nabídkou distribuce zasláného dotazníku a průvodního textu. Jednalo se o jeho kolegy z bavorského spolku *Německé společnosti pro psychosomatickou medicínu a lékařskou psychoterapii*. On je zde předsedou a rozeslal tedy svým kolegům, kteří jsou také ve vedoucích pozicích na psychosomatických klinikách v Bavorsku, odkaz na webový formulář s otázkami. Z těchto dvaceti dalších kontaktů se vrátili čtyři vyplněné dotazníky. Celkem se tedy jedná o 10 % návratnost z kontaktovaných respondentů, jelikož bylo celkově osloveno 70 e-mailových kontaktů s žádostí o vyplnění dotazníku a nyní mám k dispozici odpovědi ze *sedmi vrácených dotazníků*, které budu dále analyzovat kvalitativním způsobem.

#### 5.1.4 Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Výzkumným vzorkem byly zvoleny psychosomatické kliniky v Bavorsku z několika důvodů. Prvním z nich byly informace z *15. konference psychosomatické medicíny v Liberci* v říjnu 2014, kde profesor Dr. Loew přednesl svou přednášku z prostředí bavorské psychosomatické praxe. Prof. Loew je vedoucím lékařem na klinice Donaustauf u Regensburgu, psychosomatiku tedy sám praktikuje, ale také zároveň vyučuje a účastní se výzkumu v tomto oboru. Výzkum zaměřuje nejen klinickým, ale také ekonomickým směrem. Ve své přednášce na zmíněné konferenci přinesl kromě evropských statistik pro jednotlivé státy informace, kde lze najít psychosomatický přístup v medicíně a lze ho v rámci národních zdravotnických systémů ekonomicky a sociologicky



klasifikovat, také mluvil přímo o příkladu Bavorska. Jeho konceptem bylo ukázat, kolik pacientů je schopna síť psychosomatické, psychiatrické a psychotherapeutické péče ošetřit, kolik lůžek je schopna ročně pacientům poskytnout atd. V porovnání s ostatními zeměmi je tedy ve výsledku podle slov profesora Loewa možné Bavorsko označit za „ráj psychosomatiky.“ Psychosomatické kliniky zde dokonce jako specializované ambulance doplňují v celo-oblastním měřítku nedostatečnou nabídku ambulantní psychoterapie, zejména skupinové, která se ukazuje u psychosomatických poruch jako neúčinnější formou léčby. Podle názoru prof. Loewa by kliniky měly rozšiřovat svou zkušenost s léčbou těchto pacientů, aby se mohla rozšiřovat nabídka ambulantních a stacionárních psychosomatických služeb, které by se podílely na kvalitě poskytovaného ošetření ještě před nástupem pacienta na lůžkovou kliniku. (Loew 2014, s. 33-40)

Tato tvrzení dále vedla k prozkoumání bavorského prostředí. Ve výzkumné studii z roku 2006, která se věnovala dotazníkovému šetření v „obvodních“ nemocnicích s psychotherapeuticko-psychosomatickými odděleními v Bavorsku, bylo cílem průzkumu popsat stav poskytování akutní psychosomatické péče – předmětem popisu bylo tedy poskytování terapie a personalistická data. Zkoumán byl počet lůžek, počet přijatých pacientů, stupeň jejich využití, diagnózy, personální vybavení a nabídka terapie. Bylo osloveno 29 zařízení v Bavorsku a průzkumu se účastnilo nakonec 19 z nich. Výsledky ukázaly vysokou úroveň poskytování péče v těchto zařízeních. Závěrem této studie je také konstatování kvalitní úrovně bavorských klinik. Samotná strukturovanost psychosomatické péče, která v Bavorsku zahrnuje i akutní psychosomatickou léčbu na lůžku, je z našeho pohledu inspirativní. Akutní psychosomatická péče je v Bavorsku totiž zajištěna díky 2 427 lůžkům na 143 místech na denních klinikách pro akutní psychosomatiku. Zhruba polovina z nich obdržela již v roce 2007 certifikát kvality. (Wolfersdorf, Küthmann 2008)

Dále v rešerši k výzkumu bylo také patrné, že zástupci oboru psychosomatické medicíny jsou v šíření psychosomatické praxe a léčby aktivně činní. Důležitým zdrojovým dokumentem pro tento výzkum byl článek, který pojednává o německé psychosomatice a jejím charakteristickém vývoji, jimž se ostatní evropské odborné společnosti pro psychosomatickou medicínu mohou nechat inspirovat, respektive vycházet z učiněných systémových praktických zkušeností. Lékaři z *Bavorského spolku pod Německou společností pro psychosomatickou medicínu a lékařskou psychoterapii* zde popisují obor psychosomatiky v evropském kontextu a zároveň i zkušenost s konstitucí oboru ve strukturách zdravotnického a politického systému v Německu. Objevuje se zde i nahlédnutí do ostatních zemí Evropy jako je ČR nebo Polsko, kde nyní obor pomalu dosahuje na metu

oficiálního uznání mezi medicínské obory, ve kterých je pro lékaře možné se oficiální plnohodnotnou cestou vzdělávat. (Amelohová, Berberich a kol. 2013)

Zaměření výzkumu na týmovou spolupráci na psychosomatických klinikách na spolkovou republiku Bavorsko se tedy jeví jako smysluplné zúžení možných respondentů pro výběr vzorku z hlediska počtu, ale také z hlediska vyšší obeznámenosti s tímto prostředím vzhledem ke kontaktům na prof. Dr. Loew (Donaustauf Regensburg) a Dr. Berbericha (Windach München).

Pilotní rešerše byla doplněna ještě 10. února 2015, kdy profesor Loew poskytl přednášku a diskusi přímo na našem pracovišti (Psychosomatická klinika v Praze 6) pro členy české *Společnosti pro psychosomatickou medicínu* na téma rozvoj vzdělávání a jeho odborného konceptu v psychosomatické medicíně. Profesor Loew se seznámil i se záměrem zkoumat specifika týmové spolupráce v psychosomatice právě na příkladu praxe na bavorských klinikách a přiblížil rámec vedení týmu na psychosomatickém oddělení kliniky v Regensburgu. Personální vybavení určuje ředitel zařízení, ale řídí se počtem lůžek a počtem směn, které se u pacientů musejí střídat. Tým tvoří jednotlivé subtýmy, které si mezi sebou předávají informace. Z pohledu prof. Loewa je týmová spolupráce jedním z pracovních benefitů odborníků v oboru psychosomatiky. Takto organizovaná pracovní skupina je méně vystavována stresovým faktorům, které vedou k syndromu vyhoření. Jeho zaměstnanci díky tomuto uspořádání mají možnost mít pět týdnů dovolené a u pacientů se střídají. Proměnlivé, ale stabilní prostředí, které tým umožňuje, je prý velkou výhodou pro takováto oddělení.

Výzkumné prostředí v Bavorsku bylo tedy zvoleno proto, že v ČR nyní existuje jen několik psychosomatických zařízení a zatím se složení a organizace týmu odvíjí od praktických zkušeností, jelikož oficiální standardy a předpisy zatím nejsou hlavními institucemi ve zdravotnictví vydávány (MZ ČR nebo ČLS).

V tuto chvíli se tedy jeví jako užitečnější zmapovat, jakým způsobem funguje týmová spolupráce v psychosomatice v zemi, kde již mají za sebou toto systémové ustanovení oboru a kde praxe jednotlivých klinik a oddělení funguje na jiné úrovni, kterou bychom se zde mohli nechat inspirovat pro vytvoření našich „norem“.

K účelu výběru respondentů pro sběr dat bylo použito webové rozhraní pro vyhledávání zdravotnických zařízení po celém Německu [www.jameda.de](http://www.jameda.de), které je podobné např. českému portálu [znamylekar.cz](http://znamylekar.cz). Tímto vyhledávačem lze podle odbornosti, lokality a dalších údajů najít potřebná zařízení. Portál poskytl 44 zařízení specializujících se v psychosomatické medicíně v oblasti spolkové republiky Bavorsko. Jednalo se o celé

spektrum zdravotnických zařízení – ambulantní, stacionární, lůžkové; oddělení, stanice i samostatné kliniky. Důležitým faktorem bylo podle jejich webových stránek zjistit, zda se jejich práce odehrává v týmu. Všechna vybraná zařízení toto splňovala. Jednotlivým vedoucím pracovníkům zařízení byl poté pomocí e-mailu zaslán následovně vytvořený webový formulář s otevřenými otázkami.

Výzkumný vzorek je tedy utvářen pomocí prostředí, a sice Bavorska a psychosomatických klinik, které se zde nacházejí. Z metodologického hlediska vzorek reprezentuje problematiku týmové spolupráce v tomto vybrané prostředí. (Disman 2000)

**Tabulka 2 – Charakteristika získaného vzorku dat**

<b>Charakteristika vzorku</b>			
<b>Název kliniky/oddělení</b>	<b>Velikost</b>	<b>Zaměření</b>	<b>Forma péče</b>
<b>Klinika Windach</b> (dále Klinika 1)	177 stacionárních lůžek	Kompletní spektrum psychosomatických onemocnění pro dospělé	Stacionární lůžková péče, ambulance
<b>Klinika pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii v rámci Městské kliniky Mnichov</b> (dále Klinika 2)	3 stanice a 1 denní klinika	Kompletní spektrum psychosomatických onemocnění pro dospělé	Stacionární péče a intenzivní denní programy denní kliniky
<b>Oddělení pro psychosomatiku a psychoterapii Dětské nemocnice Landshut</b> (dále Klinika 3)	12 míst	Léčba chronických tělesných onemocnění jako je např. diabetes, astma, epilepsie, srdeční onemocnění a poruch příjmu potravy pro děti a mladistvé	Stacionární péče
<b>Psychosomatické a psychoterapeutické oddělení Univerzitní kliniky Erlangen</b> (dále Klinika 4)	20 míst na denní klinice, <i>dále neuvedeno</i>	Kompletní spektrum psychosomatických onemocnění pro dospělé, psychoonkologie a psychosociální služby	Ambulance, denní klinika, stacionář
<b>Odborná klinika Enzensberg</b> (dále Klinika 5)	420 lůžek	Centrum chronické bolesti, akutní medicíny a psychosomatiky, rehabilitace, neurologie, ortopedie, geriatric	Stacionární lůžková péče
<b>Oddělení</b>	<i>neuvedeno</i>	Kompletní spektrum	Stacionární lůžková péče

<b>psychosomatické nemocniční léčby na Klinice Simssee (Lázně Endorf)</b> (dále Klinika 6)		psychosomatických onemocnění pro dospělé a seniory	
<b>Klinika Heiligenfeld Lázně Kissingen</b> (dále Klinika 7)	43 míst	Psychosomatická medicína, somatická rehabilitace	Stacionární lůžková péče, stacionární rehabilitace

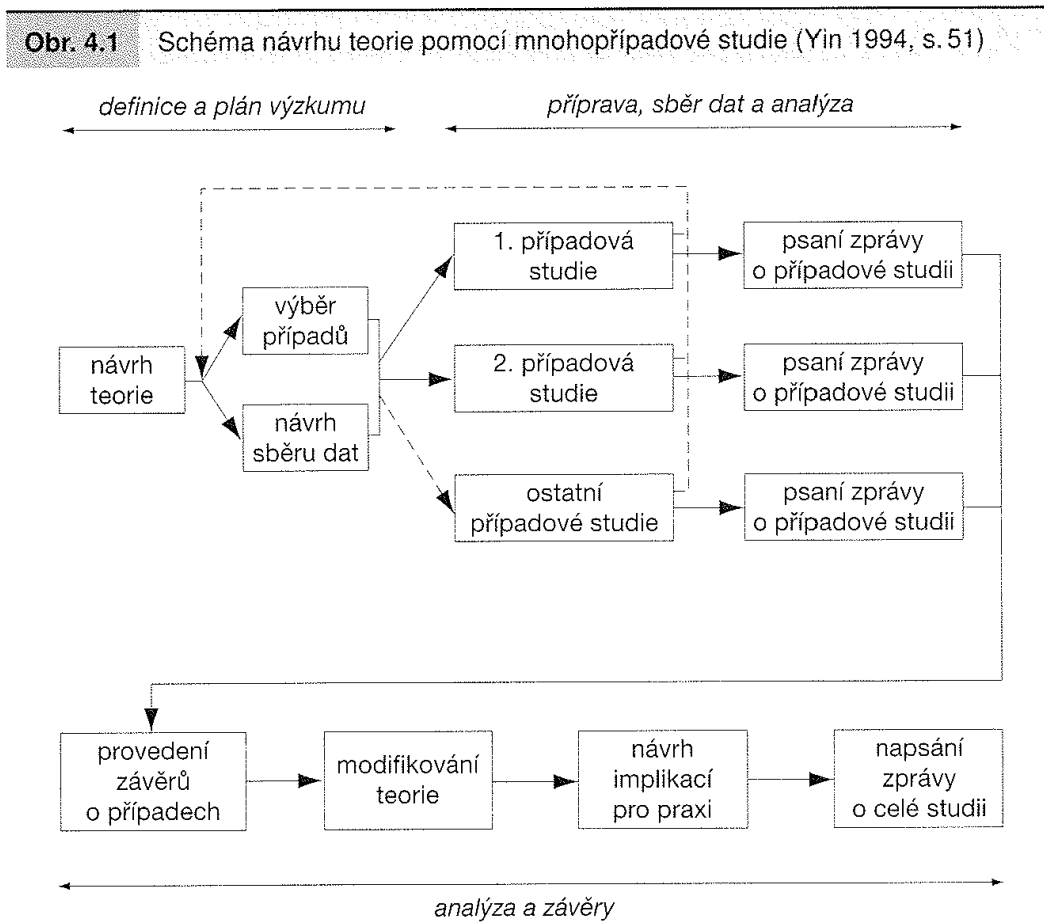
Zdroj: Vlastní výzkum.

### 5.1.5 Metodologie výzkumu – shrnutí

Hlavní výzkumnou strategií zpracování dat, která byla využita v empirické části této diplomové práce, je *mnohonásobné deskriptivní případové studie*. Tato výzkumná strategie je využita zejména pro možnosti, které nabízí analytická část, ve které je možné kombinovat část deskriptivní s hloubkovým přístupem s prvky analýzy a tvorby zakotvené teorie, a sice kódování a systematickou analýzu dat. (Hendl 2005, s. 226 – 228)

Jako technika sběru dat byl použit strukturovaný rozhovor formou elektronického dotazníkového formuláře. Pomocí *kvalitativní analýzy* budou zpracována data ze sedmi případů týmové spolupráce na psychosomatických klinikách v Bavorsku. Cílem je deskripce charakteristik a kontextu týmové spolupráce ve vybraném prostředí, analýza charakteristik týmů a vytvoření celkového modelu na základě zjištění z těchto sedmi případů. Obrázek 1 znázorňuje postup analýzy a tvorby nových teoretických návrhů. (Hendl 2005, s. 111)

**Obrázek 1 – Schéma postupu analýzy mnohopřípadové studie**



Zdroj: Hendl 2005, s. 111

## 6 Analýza dat

### 6.1 Postup analýzy dat případové studie

Data získaná od sedmi vedoucích pracovníků bavorských psychosomatických klinik, kteří vyplnili webových formulář, byla nejprve přeložena z německého jazyka do českého. Otevřené otázky byly zpracovány pomocí kvalitativní analýzy dat deskriptivní případové studie. Tato kvalitativní studie využívá prvků metody zakotvené teorie, počátečního kódování a kategorizace dat, shromážděná data byla tedy analyzována a tříděna pomocí kódování. Vzniklé kategorie by měly naznačit vztahy mezi jednotlivými prvky, které charakterizují týmovou spolupráci ve výzkumném kontextu její organizace, řízení a koordinace. Cílem tohoto systematického přístupu je nalézt pravidelnosti a popsat jejich jednotlivé prvky. Následně bude možné z takto připravených a zpracovaných dat vytvořit celistvý příběh nebo model a interpretovat ho jako celek. Závěry o případech byly doplněny o teoretická srovnání, byla také vytvořena zpráva o studii s návrhem pro praxi. (Hendl 2005, s. 226)

Prvním krokem je stanovení základních témat, která budou skrze analýzu případů sledována. Tato témata vyplývají z předem stanovených výzkumných otázek:

- a) *struktura týmu,*
- b) *organizace spolupráce v týmu,*
- c) *specifika týmové spolupráce.*

Následně po kategorizaci dat je dalším krokem systematická analýza a porovnání jednotlivých případů týmů. Studie, které zkoumají případů více, obsahují samostatnou analýzu každého případu, na kterou navazuje jejich celkové srovnání. Kvalitativní postup podle Hendla (2005) takto využívá induktivní techniky k zobecnění zkoumaných aspektů k tvorbě obecnější teorie. Jednotlivé případy výzkumníkovi celkově zobrazí procesy a jejich výsledky. Sledované procesy a jevy takto mohou být vysvětleny v abstraktnější a méně podrobné podobě. Důležitými intervenujícími prvky jsou kontext a místní podmínky, ve kterých se zkoumané případy nacházejí.

Analýza dat studií je provedena pomocí několika metod, a sice popisu případů ve tříděných tabulkách a tvorby teorie, tedy od úvodní tabulky shrnující data v komplexní podobě, přes třídění podle vybraných vlastností, až po znázornění vztahů mezi kategoriemi. (Hendl 2005, s. 236)

## 6.2 Popis případů

Tato část analýzy se věnuje popisu a komparaci dat ze tří výše zmíněných tematických celků, na které byla data rozdělena. V první části o struktuře a uspořádání týmu, v níž je týmová spolupráce zasazena a řízena, jsou data popsána a mezi sebou porovnávána na základě podobností a odlišností s cílem odhalit informace, které popisují společný základ a nutné odlišnosti a jejich původ.

Druhá tematická část je zaměřena na praktickou organizaci týmové spolupráce a je analyzována také pomocí komparativních tabulek případových dat. Následně je popsáno využití organizačních metod týmové spolupráce.

Poslední třetí část analýzy, která se věnuje charakteristikám a specifikám týmů v oboru psychosomatické medicíny, je zpracována pomocí kvalitativních metod kódování a následné kategorizace podle takto pojmenovaných témat a jevů.

V každé části jsou zohledněna a zpracovávána data ze všech otázek strukturovaného dotazníku. Postupně je induktivní metodou tvořen model specifik týmové spolupráce v psychosomatické medicíně, vystavěný na základě informací sebraných pomocí této sedmičtené případové studie.

### 6.2.1 *Struktura týmů*

V následujících dvou podkapitolách je popsána podoba psychosomatických klinik či psychosomatických oddělení z hlediska uspořádání, strukturovanosti a způsobu, jakým je organizována jejich vnitřní komunikace a kooperace. Tato první část poskytuje ucelený popis a přehled zkoumaných zařízení. Zabývá se daty, která přinesla otázky věnující se vnitřní struktuře týmu, organizační struktuře, zastoupení odborností v týmu a popisu kompetencí řídicího pracovníka.

Tabulka 3 shromažďuje data, která se vztahují k rozčlenění a struktuře týmů na zkoumaných klinikách. Spolupráce je zde realizována ve velkých týmech, které jsou dále členěny na malé týmy, či subtýmy. V těchto menších týmech jsou většinou skupiny pracovníků děleny podle odborností, podle skupin pacientů či diagnóz, nebo podle druhu služeb, které poskytují. Toto rozdělení je tak buď funkční ve vztahu k pacientům, nebo vzhledem k rozdělení kompetencí. Jako účel dělení většího týmu do menších podjednotek bylo uváděno plánování aktuálních strategií zařízení či léčebných procesů. Rozdělení týmu

však nebylo v žádném z případů účelově vztahováno k nutnosti zmenšit velikost týmu, ale spíše k potřebám typu péče a poskytovaných služeb.

Ve všech týmech se také vyskytuje hierarchická struktura od vedoucího péče a služby k týmu a subtýmům. Mezi členy týmů, tedy odbornostmi (lékař, psycholog atd.), však hierarchie uváděna není.

V tabulce jsou zároveň popsány organizační struktury zkoumaných klinických oddělení, nebo celých klinik. Společným prvkem je například sdílené vedení a řízení týmu ve smyslu, že řízení organizace zajišťuje řídící lékař. Vrchní lékaři a vedoucí psychologové jsou mu podřízeni, ale zastávají část odborného vedení oddělení. Pokud je členění týmu ve více než jednom stupni, objevuje se sdílené vedení buď mezi dvěma odbornými vedoucími, nebo v rámci subtýmů, kde jsou zastoupeny různí odborníci, kteří mají na starosti skupinu pacientů či konkrétní část poskytovaných služeb.

V šesti případech ze sedmi je na vedoucí pozici lékař, v sedmém s ním sdílí manažerskou funkci ještě obchodní ředitel zařízení. Převaha lékařů na řídicích pozicích se jeví jako významný znak, který znázorňuje etablování oboru psychosomatiky a jeho praxe v medicíně, kde tedy přirozeně hrají lékaři rozhodující roli. Jejich řídicí role je významná z hlediska směřování a celkové koncepce péče. V řídicí či vedoucí roli se nicméně vyskytují i diplomovaní psychologové – nejsou hierarchicky pod lékaři, spíše reprezentují rozšíření rámce poskytované péče.

Ve dvou případech je také součástí týmu nelékařská osoba či subtým, který má na starosti koordinaci péče, časové možnosti terapeutů a péči o pacienty.

**Tabulka 3 - Uspořádání (struktura) týmu**

<b>Klinika</b>	<b>Struktura oddělení</b>	<b>Řízení</b>	<b>Tým</b>	<b>Subtýmy/poskupiny v týmu</b>
<b>Klinika 1</b>	3 stanice	řídící lékařka, 3 vedoucí lékaři stanic	malý tým (terapeut případu, primární péče, sociální služba), Asistující lékaři a pečovatelé á 18 pacientů	subtýmy pro plánování v případě potřeby
<b>Klinika 2</b>	6 stanic	obchodní ředitel, odborný ředitel, vedoucí lékař a vedoucí psycholog	tým	6 subtýmů – lékaři, psychologové, koterapeuti a speciální terapeuti



<b>Klinika 3</b>	<i>neuvedeno</i>	řídící lékař, vedoucí psycholožka, vrchní pediatrická lékařka, vedení služeb péče	tým péče a výchovy	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 4</b>	<i>neuvedeno</i>	řídící lékař	tým	subtýmy pro plánování péče rozdělené pro typ onemocnění pacienta
<b>Klinika 5</b>	<i>neuvedeno</i>	řídící lékař	velký tým pro řešení organizačních otázek	Malý tým pro skupiny pacientů – lékař, psychoterapeut, ošetřovatel, fyzioterapeut, podle potřeby – arteterapeut, sociální poradce, muzikoterapeut
<b>Klinika 6</b>	<i>neuvedeno</i>	vrchní lékař	tým + asistent pro organizaci času členů týmu	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 7</b>	<i>neuvedeno</i>	řídící lékař, ředitel péče, vedoucí služeb péče, management péče o pacienty	tým péče	<i>neuvedeno</i>

Zdroj: Vlastní výzkum.

Ve všech sedmi případech se jedná o psychosomatické zdravotnické týmy. Jejich složení se poté liší v závislosti na formě poskytované péče, tedy je-li ambulantní, stacionární, či lůžková, případně se zaměřením na dospělé, či děti a mladistvé.

Součástí jádrového týmu ambulantních služeb jsou zde somatičtí lékaři, lékaři asistenti, lékaři s psychoterapeutickým vzděláním, psychologové a psychoterapeuti. Tým zpravidla doplňují funkční terapeuti zaměřením na tělo (fyzioterapeuti, ergoterapeuti), kreativní terapeuti (např. arteterapeuti), sociální pracovník či výživový poradce. V lůžkových psychosomatických zařízeních pak hrají významnou roli týmy ošetřovatelů a zdravotních sester, které také v těchto případech mají koterapeutickou funkci v léčebných programech. Jejich vzdělání může být buď psychiatrické, nebo behaviorálně terapeutické. V jednom případě je zde příklad i psychosomatického oddělení pro děti a mladistvé, kde je

tým doplněn pedagogy a logopedem. Nedílnou součástí týmů jsou také praktikanti a zaučující se zdravotní sestry či ošetřovatelé.

**Tabulka 4** - Odborné složení týmu

<b>Klinika</b>	<b>Medicínská složka</b>	<b>Psychologické a terapeutická složka</b>	<b>Sociální práce</b>	<b>Další pomáhající profese</b>
<b>Klinika 1</b>	lékaři, asistenti lékařů, ošetřovatelé, žáci v ošetřovatelství, praktikanti	terapeuti	sociální služby	<i>neuveđeno</i>
<b>Klinika 2</b>	lékaři, ošetřovatelé a zdravotní sestry s terapeutickým vzděláním (koterapeuti)	psychologové	<i>neuveđeno</i>	<i>neuveđeno</i>
<b>Klinika 3</b>	zdravotní sestry, sestry v zaškolování a praktikantky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti	Psycholožky, arteterapeutka	<i>neuveđeno</i>	pedagožka, logopedi, výživová poradkyně
<b>Klinika 4</b>	lékaři, odborní ošetřovatelé	psychologové, kreativní terapeuti	<i>neuveđeno</i>	<i>neuveđeno</i>
<b>Klinika 5</b>	somatictí lékaři, ošetřovatelé, fyzioterapeuti	psychoterapeuti, arteterapeut, muzikoterapeut	sociální poradce	<i>neuveđeno</i>
<b>Klinika 6</b>	lékaři, ošetřovatelé (koterapeuti), fyzioterapeut	psychologové	sociální pracovník	<i>neuveđeno</i>
<b>Klinika 7</b>	odborná péče, ošetřovatelské profese, zdravotní sestry	<i>neuveđeno</i>	<i>neuveđeno</i>	<i>neuveđeno</i>

Jak již bylo zmíněno, řídicí složkou týmů je vždy lékař. Jeho řídicí a vedoucí funkce v týmu však může být různorodá. Je tedy důležitou otázkou zkoumat oblasti a kompetence, které řídicí lékař v týmu skutečně má. V šesti případech (Kliniky 1, 2, 4, 5, 6 a 7) se ukázalo, že musí naplňovat své manažerské funkce z hlediska personálního řízení,

řízení organizace a kvality služeb, které klinika poskytuje. Další funkcí vedoucího lékaře se ukázala být tvorba strategie či koncepce péče. V neposlední řadě poté lékař tým odborně vede, reprezentuje a garantuje další rozvoj a vzdělávání týmu. Jeho funkce tedy může nabývat nejen řídicí podoby, ale také strategické a odborně vedoucí.

Zajímavé je, že míra kompetence a výhradního práva konečného rozhodnutí je různá i přes podobající se naplnění funkce řídicího lékaře. Ve vzorku sedmi případů se objevuje funkce řídicího lékaře od podoby „pouhé“ formální nadřízenosti, až po ředitele s konečným právem veta. Převažuje však středově vyvážená poloha vedení autonomních jedinců v týmu opírající se o výše zmíněné tři vedoucí funkce: *řízení, tvorba strategie, odborná garance*.

**Tabulka 5** – Kompetence řídicího pracovníka

Klinika	Řídicí (manažerské) kompetence	Vedoucí kompetence
<b>Klinika 1</b>	Organizace, Personalistika	Koncepce péče (s vrchními lékaři), zajištění prvního kontaktu s pacientem, účast na klinickém předávání informací
<b>Klinika 2</b>	Řízení kliniky spolu s obchodním ředitelem, personalistika	Vedení a dohled nad terapeutickými službami
<b>Klinika 3</b>	Pouze formální nadřízenost	Vedení týmu ke konsensu
<b>Klinika 4</b>	Personalistika	Rozhodnutí o terapeutickém konceptu
<b>Klinika 5</b>	Řízení kliniky	Celkové právo veta
<b>Klinika 6</b>	Management kvality, odpovědnost za terapeutické procesy pacientů a jejich propuštění	Odborný garant pro další vzdělávání lékařů v oboru, příjem nových pacientů
<b>Klinika 7</b>	Řízení kliniky	Medicínská a odborná kompetence

*Zdroj: Vlastní výzkum.*

### 6.2.2 Shrnutí – struktura týmu

Toto shrnutí uvádí poznatky o tom, jak jsou týmy na vybraných klinikách strukturovány, jaké je jejich složení a kdo přebírá řídicí roli:

- Členění týmu je ve zkoumaných případech různé – v datech můžeme nalézt souvislost mezi vytvářením podskupin v týmu a potřebami, zaměřením a druhem služeb.

- Účelem rozdělení týmů do menších celků je usnadnění odborné komunikace se zaměřením na skupinu pacientů nebo na skupinu podobných diagnostických případů u pacientů.
- Složení týmu odpovídá multioborovému uspořádání – spektrum odborníků, které se v psychosomatické péči může uplatnit, zahrnuje následující profese: *lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, psycholog, psychoterapeut, pedagog, výživový poradce, arteterapeut, kreativní terapeut, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, sociální pracovník*. Jejich zastoupení se v každé z klinik liší.
- Hlavní řídicí roli uplatňuje vždy lékařská profese – její kompetencí je řízení (management), tvorba strategie (konceptce), odborná garance (péče a vzdělávání).
- Často je řídicí role lékařů sdílena s dalším odborným vedením v týmu. Znamená to, že jednu z oblastí vedení přebírá další osoba – např. vedoucí psycholog, vrchní lékař nebo obchodní ředitel organizace.

### 6.2.3 Organizace spolupráce v týmu

Spolupráce mezi členy týmu může být do jisté míry samovolným procesem, z větší části je však zřejmé, že sedm zkoumaných případů představuje formu, jakým způsobem může být tato spolupráce formována a organizována. Jedná se o organizaci vzájemné komunikace, do které patří *předávání informací, sdílení zkušeností a rozdělování povinností a kompetencí, vnější komunikace zařízení s okolím*. K těmto účelům je používáno různých metod, a to týmových porad, supervizí či intervizních setkání<sup>3</sup> atd. Získaná data ukazují tyto jevy u všech případů, nicméně je k dispozici v podstatě sedm různých způsobů, jak, v jakém množství a intenzitě se organizovaná komunikace na klinikách realizuje.

Následující tabulky popisují data zobrazující způsoby předávání informací, případového managementu, četnosti týmových porad, intervizí a supervizí. Tato interní setkávání mohou formovat kvalitu vnitřní komunikace a kooperace. Systém doplňuje i externí komunikace pracovníků směrem ven ze zařízení. Jedná se především o přijímání a předávání pacientů.

---

<sup>3</sup> „Intervize je způsobem sdílení případové práce, zkušeností, vzájemné podpory a reflexe mezi kolegy.“ (ABZ.cz 2015)

**Tabulka 6 – Týmové porady**

<b>Klinika</b>	<b>Četnost</b>	<b>Délka</b>	<b>Obsah</b>
<b>Klinika 1</b>	Denně	30-60 minut	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 2</b>	1x týdně týmové porady, denně ranní konference celé kliniky a stanice	<i>neuvedeno</i>	o pacientech, o týmových záležitostech (dle potřeby)
<b>Klinika 3</b>	3x týdně	60 min	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 4</b>	denně	60 min	o skupině 21 pacientů
<b>Klinika 5</b>	1x týdně velký tým, 2x týdně malý tým	<i>neuvedeno</i>	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 6</b>	2x týdně	120 min	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 7</b>	3x týdně	<i>neuvedeno</i>	<i>neuvedeno</i>

*Zdroj: Vlastní výzkum.*

Na zkoumaných pracovištích jsou základem komunikace týmové porady. Sebraná data v Tabulce 6 ukazují, že jejich četnost v týdnu se liší a délka jejich trvání také, nicméně pravidelnost na týdenní bázi je využita na všech pracovištích. Ukazuje se také, že hlavním účelem a obsahem těchto týmových poradních setkání je konzultace případů jednotlivých pacientů nebo týmových záležitostí. Jejich obsah je tedy spojován přímo s každodenním výkonem péče na daném pracovišti. Frekvence porad na zkoumaných klinikách se pohybuje od denních setkávání až po frekvenci jedenkrát týdně. Spíše je ale obvyklé volit frekvenci setkávání 2-3 týdně, jelikož i jednotýdenní setkávání je na klinice 2 doplněno dalším setkáváním na úrovni celé kliniky a stanice.

Tabulka 7 následně zobrazuje četnost týmových setkávání, a sice supervizí. Tato forma týmové interakce je již spíše záležitostí odborné sféry a kvality poskytované péče. Každý ze zkoumaných klinických týmů absolvuje skupinovou, týmovou či případovou supervizi. Nejčastěji konané jsou případové supervize v týmu, doplňkem jsou pak týmové supervize s nižší frekvencí. Intervizní setkání, tedy supervize práce s kolegou supervizorem, se konají na jedné klinice podle potřeby. Další dvě kliniky pak mají jednou týdně zavedeny individuální supervize.

Využití supervizí se jeví jako standardní součást spolupráce na zkoumaných klinikách. Na všech klinikách probíhají supervize v týmu, liší se jejich zaměřením, frekvencí a délkou.

**Tabulka 7** – Další týmová a případová setkávání

Klinika	Supervize (externí supervizor)		Intervize (interní supervizor)
	Individuální	V týmu	
<b>Klinika 1</b>	<i>neuvedeno</i>	90 min, 1x za 4 týdny	podle potřeby
<b>Klinika 2</b>	1x týdně	1x týdně (skupinová)	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 3</b>	<i>neuvedeno</i>	120 min, 1x za 6 týdnů	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 4</b>	<i>neuvedeno</i>	180 min, 1x za týden	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 5</b>	1x týdně	1x za 2 týdny	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 6</b>	<i>neuvedeno</i>	60 min 1x týdně (případová), 1x za kvartál týmová	<i>neuvedeno</i>
<b>Klinika 7</b>	<i>neuvedeno</i>	1x měsíčně (případová), 1x za půl roku (týmová)	<i>neuvedeno</i>

*Zdroj: Vlastní výzkum.*

#### 6.2.4 Shrnutí – organizace spolupráce v týmu

Zde je k dispozici shrnutí předchozích zjištění a údajů z tabulek, které se věnuje poznatkům o způsobu organizace spolupráce ve zkoumaných týmech:

#### **Formy sdílení a předávání informací uvnitř kliniky/oddělení:**

##### *1. Personální:*

- týmové porady,
- supervize v týmu (případové, týmové),
- intervize,
- pracovník vedoucí směnu,
- konference oddělení,
- správce terapeutické dokumentace,
- individuální ústní předání,

- interní koordinátor – např. vedoucí lékař a psycholog, rehabilitační case management, systém managementu péče o pacienty, individuální terapeut.

## 2. Elektronická:

- e-mail,
- dokumentace na internetu,
- elektronická kartotéka,
- interní síť.

### **Formy sdílení a předávání informací vně kliniky/oddělení:**

- písemná dokumentace patientských spisů (průběh a změny terapeutických cílů pacienta),
- lékařské (průběžné či propouštěcí) zprávy a doporučení pro další navazující péči,
- telefonické předání informací o pacientovi,
- osobní kontakty na kolegy (předávání pacientů, společné vzdělávání apod.).

## 6.3 Analytická část

### 6.3.1 Kategorizace dat

V této části analýzy dat je využita doplňující forma zpracování dat využívající *principů zakotvené teorie*. Je zde využito *axiální a selektivní kódování* sebraných dat na sedmi výše uvedených klinikách. (Hendl 2005, s. 228-229) Kategorizace a selekce proběhla pomocí vybraných jevů za účelem odpovědět na výzkumnou otázku. Tabulka obsahující kompletní systematickou analýzy pomocí kódování je uvedena v Příloze č. 4.

**Výzkumná otázka:** *Jakým způsobem formuje psychosomatický přístup týmovou spoluprací na bavorských klinikách?*

### **Vybrané jevy:**

- Psychosomatický přístup
- Týmová spolupráce

**Tabulka 8** – Hlavní související kategorie a jejich vlastnosti a dimenze

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
<b>Interdisciplinarita</b>	spolupracující obory	medicína psychologie psychoterapie pedagogie fyzioterapie ergoterapie logopedie
<b>Koncept péče</b>	společný individuální	přístup k pacientům model péče terapeutická náplň
<b>Cíl péče</b>	společný individuální terapeutický	
<b>Odpovědnost</b>	celková případová/individuální	
<b>Struktura</b>	hierarchická liniová formální/funkční	
<b>Komunikace</b>	formální neformální ---- osobní elektronická ---- vnitřní vnější	porady, supervize intervize
<b>Organizace práce</b>	řídící týmová koterapeutická individuální	
<b>Terapeutické paradigma</b>	společné/týmové individuální	psychoterapeutické medicínské terapeutická práce s tělem pedagogické

*Zdroj: Vlastní výzkum.*



### 6.3.2 Analýza specifík týmů

Cílem této části je přinést odpověď na výzkumnou otázku, jakým způsobem psychosomatický přístup na zkoumaných klinikách formuje a specifikuje týmovou spolupráci, její organizaci a vedení.

Z kategorizace dat vyšlo najevo, že psychosomatický přístup odborníků se projevuje na několika rovinách. Každá z těchto rovin, či charakteristik souvisí s tím, jakou podobu má výsledná spolupráce na pracovišti. Dalo by se tedy říci, že i přes společné prvky je výsledná forma pracoviště a jeho vnitřní spolupráce velmi individuální. Lze však nalézt společné základní principy, které se prolínají týmovou spoluprací v psychosomaticce obecně. Cílem je abstrahovat tyto principy z popisu konkrétní zkušenosti. Následně se tedy analýza věnuje mapování souvislostí a vlivu jednotlivých charakteristik psychosomatických klinik na podobu jejich týmové spolupráce.

#### Interdisciplinarita

První kategorií, která se vyskytuje na všech sedmi zkoumaných případech psychosomatických zařízení, je *interdisciplinarita*. Vztah interdisciplinaritýmu k jeho vlastní činnosti je v tomto smyslu zásadním jevem. Jedná se o jev, který formuje a zapříčiňuje další principy společné práce. Odborná interdisciplinarita je důvodem potřeby pracovat v týmu a vyvíjet následně specifické komunikační cesty mezi zúčastněnými příslušníky různých odborných disciplín. Specifické komunikační cesty a jejich realizace jsou pak následně na klinikách individualizovány podle zaměření služeb. Tyto projevy interdisciplinaritýmu je možné pozorovat např. na Klinice 1: „*V ošetřujícím týmu (porady atd.) se odehrává asi 10 %, znovu 10 % interdisciplinárně (péče, terapeuti, lékaři, kreativní terapeuti, sociální služby),*“ a např. na Klinice 6: „*Interdisciplinární výměna informací se koná na denní bázi neformálně.*“

Synonymem k pojmu *interdisciplinarita* týmu je také jeho *multioborovost*. Tyto pojmy samy o sobě naznačují práci, která se odehrává mezi více kolegy s jinou odborností. Jejich propojení pak umožňuje práci v týmu. Jde zde tedy také o formu kooperace, jak zobrazuje např. Klinika 3: „*Případová spolupráce je zajišťována „v interprofesním dialogu v týmu, ...*“

Klinika 6 uvádí, že „*(...) psychosomatika v zařízeních typu stacionáře je multimodální multiprofesionální integrativní týmovou spoluprací.*“ Toto tvrzení poukazuje

na potřebu psychosomatiky vytvořit podmínky pro poskytování péče, která vyžaduje více různých úhlů pohledu na problematiku pacientových obtíží. Výsledkem jsou poté podle Kliniky 3 „(...) *dobré interdisciplinární porady, kde ,každý ví a umí všechno, ‘ tento systém spolupráce pak může přispět k minimalizaci ,štěpení‘ v rámci pacientova léčebného procesu.*“

Výměna informací, dialog v týmu a interdisciplinární porady jsou zde nejen formou komunikace, ale mohou být i prostředím, kde dochází k vzájemnému učení a předávání zkušeností uvnitř týmu. Tato skutečnost tým stmeluje v jeden celek a může ho posouvat v odborné sféře na vyšší úroveň, jak tvrdí Groohová (2014).

Výše je *interdisciplinarita a multioborovost* zkoumaných týmů také popsána ve složení a struktuře týmu, kterým se zabývá popisná část analýzy. V *interdisciplinárním*, nebo také *mezioborovém týmu* má každý člen jinou specializaci, je tedy zástupcem jiného oboru. Mezi tyto obory ve zkoumaném vzorku patří medicína, psychologie, psychoterapie, pedagogie, fyzioterapie, ergoterapie, logopedie. Složení a struktura týmu odpovídají interdisciplinární struktuře, kterou přináší Groohová (2014). Každý člen týmu má stejnou kompetenci ve vztahu ke klientům, ale primariát manažera péče má vedoucí týmu, jehož specializace je vzhledem k poskytované péči určena jako ta hlavní – tou jsou zde lékaři. Tato role manažera péče v týmu může přecházet z jednoho člena na druhého podle potřeb jednotlivých případů (pacientů). Nicméně vedlejší vedoucí roli v psychosomatickém týmu může mít i psycholog, případně vedoucí ošetrovatelské péče, tedy zdravotní sestra či ošetrovatel.

#### *Společný koncept, cíl a terapeutické paradigma péče/pracoviště*

Velmi zajímavým zjištěním analytické části této práce je, že všechna zkoumaná psychosomatická pracoviště pracují na tvorbě celkového konceptu, který je často označován jako společný, je tedy týmem odsouhlasen či dokonce spoluvytvořen, jako tomu je např. na Klinice 4: „(...) *společné cíle, které řídící lékař každý rok předkládá, se diskutují a zpětně hodnotí.*“ Díky společnému konceptu péče či přístupu v celém zařízení mohou vznikat i společné cíle, které se týkají kvality a zároveň způsobu poskytované péče. Způsob péče většinou odpovídá terapeutickému společnému nastavení, dalo by se tedy říci společnému „terapeutickému paradigmatu“, které utvářejí členové týmu a jejich odbornost.

Společný koncept péče byl zmiňován respondenty přímo, nejčastěji v otázce, která se věnovala propojení spolupráce odborníků právě na jejich psychosomatickém zařízení.

Klinikou 5 byl popsán přímo celostní psychosomatický přístup v poskytované zdravotní péči, který propojuje ze své podstaty odborníky na pracovišti: „*Pečujeme podle celostního, psychosomatického konceptu, který zohledňuje tělesné, duševní a sociální aspekty onemocnění. Náš koncept péče usiluje o úzké propojení všech ošetřovatelů. Cílem je posílit pacientovy zdroje udržující zdraví. Terapeutický koncept oddělení pro psychosomatiku trvá proto na integrativním kognitivně behaviorálním přístupu, který bere v úvahu medicínská i psychologická opatření. V tomto je tým v zásadě velmi jednotný.*“

Společný přístup či koncept péče lze také vydedukovat implicitně z popisu terapeutických postupů na zkoumaných klinikách. Např. Klinika 1 uvádí: „*Máme prostor pro individualitu terapeutů se společným terapeutickým základním nastavením (hlubinně-psychologickým) a mnoha možnostmi individuálního utváření terapie.*“ Zde se zajímavě pojí společný koncept s individuálním zaměřením a zdá se, že individualizovaný přístup k členům týmu může být také stavebním kamenem pro týmovou jednotu. Společný koncept skrze terapeutické paradigma a společný filosoficko-terapeutický základ je možné nalézt na Klinice 3: „*Máme společné systemické, resp. rodinně-terapeutické paradigma s pozadím křesťansko-humanistického modelu.*“

Koncept péče je dále uváděn také jako abstraktní pojem, který zastřešuje konkrétní cíle a terapeutické metody, jež jsou na pracovišti společně sledovány a uskutečňovány. Respondenti často sdělují konkrétní cíle, o které v péči usilují. Klinika 2: „*Společné cíle (viz vize/ideál kliniky), především ale podobné základní nastavení/přístup k pacientům, vyjádřený respektem, otevřeností a pozitivním postojem vůči každému pacientovi. Převážně jednomyslný, převažující behaviorální charakteristický způsob vyjadřování.*“ Podobný, na pacientovu spokojenost zaměřený koncept sdílí i Klinika 1 slovy: „*Společným cílem je dobrá péče o pacienty.*“ Vedle toho ale společným cílem může být kromě spokojenosti pacientů i spokojenost zaměstnanců, která v týmu může být vyšší. Koncept Kliniky 6 je v tomto smyslu komplexní a je respondentem popsán následovně:

„*Koncept oddělení:*

- a. *vytvořit pro pacienty místo pro uzdravování,*
- b. *zvláštní místo osobního vývoje pro zaměstnance,*
- c. *regionální propojení,*
- d. *centrum dalšího a navazujícího vzdělávání.*“

Pro celistvost je v rámci společného konceptu zařízení možné sdílet nejen společné cíle, ale také hodnoty, které pak organizace reprezentuje, jako tomu je např. na Klinice 7, kde propojujícími prvky jsou právě „(...) *společné cíle oddělení a hodnoty organizace.*“

S těmito koncepty koresponduje pojetí společné vize týmu, které popisuje Hayesová (2002) a které odpovídá výše popsané realitě všech zkoumaných psychosomatických zařízení. Aby byla skupina takto motivována a nastavena k rozvíjení spolupráce, je zapotřebí budování společné vize. Vize vzniká skrze budování shody mezi členy týmu. Společné hodnoty a principy poté organizují a propojují jejich práci. *Sdílená vize* utváří tým. Cíle jednotlivých členů týmu musí být v tomto smyslu od začátku slučitelné. Konsenzuální tvorba vize je od počátku tvořena diskuzí a výměnou názorů nad cíli, účely a významem týmové práce a hlavně nad stylem jejího fungování. Sdílená vize takto buduje celý tým a předchází pozdějším konfliktům. Pokud tým takto vytvoří sdílenou vizi, umožňuje mu to i dlouhodobou týmovou práci. (Hayes 2002, s. 73)

Tým si také v rámci konceptu může zvolit své terapeutické zaměření, respektive pracovat podle společných terapeutických přesvědčení, které jsou součástí vybraného terapeutického přístupu či směru. Příkladem jsou Klinika 1 se „(...) *společným terapeutickým základním nastavením (hlubinně-psychologickým)*“, Klinika 3 se „(...) *systemickým, resp. rodinně-terapeutickým paradigma s pozadím křesťansko-humanistického modelu*“, či Klinika 5 uvádějící: „*Terapeutický koncept oddělení pro psychosomatiku trvá proto na integrativním kognitivně behaviorálním přístupu, který bere v úvahu medicínská i psychologická opatření.*“ Vedle toho se také objevuje společný koncept pojetí týmu jako jednotky, která sama o sobě může mít v léčbě pacienta důležitou, případně i léčebnou roli. Respondenti na zkoumaných klinikách se dotýkají i této problematiky a popisují svůj tým jako nástroj např. pro udržení tíhy, léčí-li společně komplikovaný „případ“ (pacienta), případně pro zobrazení systémových funkčních nástrojů, které pacient může nevědomě využívat a které se v důsledku interakce s různými členy týmu mohou také projevit. Např. Klinika 2 uvádí: „*Těžší pacienti mohou být v týmu podstatně lépe uneseni, různé ‚součásti‘ pacienta se v týmu projikují. Vytváří se tak menší tlak pro individuálního (ko-)terapeuta a vyšší pracovní spokojenost.*“ Klinika 3 pak tuto týmovou výhodu popisuje jako „*minimalizaci ‚štěpení‘ prostřednictvím patientského systému.*“ Jedná se o jev vycházející z psychoanalytické teorie terapeuta jako „projekčního plátna“, který se v týmu může objevovat také. Projekce pacienta se poté rozštěpí do několika členů najednou, či do celého týmu a může takto vzniknout celý systém.

## Odpovědnost za společně léčené pacienty

Jedním ze znaků interdisciplinárního týmu v mnoha případech bývá, že se o jednoho pacienta či o skupinu pacientů stará více odborníků najednou. Jak uvádějí respondenti, nejviditelnější je tato spolupráce v psychosomatické v zařízeních typu stacionáře, kde jsou předmětem týmových diskuzí jednotlivé skupiny pacientů, o které tým několik týdnů léčby pečuje. V ambulantních zařízeních, ale i v lůžkových zařízeních se tento jev také vyskytuje, je zde ale zařazena i individuální péče, která se v týmu neodehrává a kde je těžiště zodpovědnosti vcelku zřejmé. Terapeutická odpovědnost tedy obvykle může ležet na jednom z členů týmu a podle zvyklostí a vnitřní logiky je toto u zkoumaných klinik různé. Nejčastěji se vyskytuje péče, kde jsou kombinovány různé terapeutické formy u jednoho pacienta, např. individuální psychoterapie, psychosomatická terapie či fyzioterapie atd. Odpovědnost za takového společného pacienta pak nese individuální terapeut, v němčině tzv. Bezugstherapeut, jeho „vztah“ s pacientem je tedy brán jako stěžejní. V této podobě je odpovědnost v rukou individuálního terapeuta, např. na Klinice 3: *„Individuální terapeut – to je zpravidla lékař nebo psycholog,“* nese odpovědnost za společně léčeného pacienta, zároveň zde *„rolí ‚case managera‘ přebírá aktuální individuální terapeut.“* Odpovědnost je tedy propojena i s koordinováním terapeutického postupu. Podobně tomu je na Klinice 5, zmíněnou odpovědnost nese také individuální psychoterapeut, *„(...) to znamená, že on činí po poradě týmu poslední rozhodnutí.“* Jeho funkce pojmenovávána jako *„primární terapeut“*, může jím být také *psycholog nebo lékař*. Zde je však zdůrazněno, že je i tento pracovník zaštitěn řídicím lékařem.

Stejnou koncepci má např. Klinika 2, kde *„(...) operativní odpovědnost má primární terapeut, vedle toho každý zaměstnanec podle svého stupně vzdělání nese odpovědnost za svůj osobní podíl na léčbě.“*

Pokud není odpovědnost za případ připisována individuálnímu terapeutovi, další odpovědnou osobou se stává přijímající lékař, který pacienta jako první vyšetřoval a přijal do zařízení. Konečnou odpovědnost za celkovou léčbu pak obvykle nese také řídicí či vrchní lékař. Je tomu tak pravděpodobně i proto, jak píše Möllerová (2010), protože od vedoucího je očekáváno, že povede spolupracovníky a bude zajišťovat nezbytné pracovní podmínky pro kvalitu práce, materiální (např. finance, prostory) i nemateriální zdroje (např. nové nápady). Mezi nemateriální zajištění pracoviště jistě patří i odborná odpovědnost a zajištění kvality péče. Zároveň je zde odpovědnost dělena mezi řídicího

lékaře a další odborné členy týmu, kteří mají individuální odpovědnost. Podle Möllerové (2010, s. 42) tak mohou být naplněny potřeby pracovníka po individuální kompetenci a zároveň sounáležitosti k většímu celku, např. k týmu či celé organizaci.

Např. na *klinice I* jsou součástí velkého týmu malé týmy, jež tvoří pracovníci, kteří individuálně zodpovídají za určitou část služby: „*Jsou zde malé týmy (terapeuti vedoucí případ, primární péče, sociální služba),*“ to znamená, že „*(...) odpovědnost tedy nesou ,terapeuti vedoucí případ a odpovědný vrchní lékař.*““

Zajímavým příkladem psychosomatické praxe je z hlediska sdílené odpovědnosti za společné pacienty *Klinika 6*. Algoritmus péče na této klinice zahajuje „*(...) lékař, který je poté primární kontaktní osobou; přijímající lékař je také somatickým a psychoterapeutickým ošetřujícím po celý pobyt a píše propouštěcí dopis; (...)* Pacienti jsou přijímáni v uzavřených skupinách a kontinuálně ve všech hlavních oblastech (lékařsko-somatická ošetření, ošetrovatelská péče, fyzioterapeutické ošetření a psychoterapeutická péče) jsou doprovázeni stabilním individuálním terapeutem.“ V kontextu odpovědnosti za společně ošetřované pacienty je pak „*poslední odpovědnou instancí řídicí lékař,*“ který garantuje další vzdělávání lékařů v oboru psychosomatika a psychoterapie a „*(...) zajišťuje kvalitu péče, je promotor managementu kvality a lékařsky odpovědný za příjem, terapeutický proces a propuštění.*““

### Komunikace tvořící spolupráci

Komunikace členů v týmu je podle Hayesové (2005, s. 50) důležitým faktorem soudržnosti celého týmu. Každá pracovní skupina si postupem času vytváří způsoby komunikace, díky kterým si její členové uvědomují, že jsou součástí týmu a že se každý z nich podílí na plnění týmových úkolů. Stejně tak psychosomatický přístup odborníků na zkoumaných klinikách ukazuje, že má nejviditelnější vliv na koncepci vzájemné komunikace v týmu. Součástí komunikace jsou týmové ústní porady, odborná a týmová supervizní a intervizní setkávání a komunikace s okolím a externími odborníky.

Ve výpovědích respondentů lze často najít pojmy, jako jsou např. „dialog v týmu“, „komunikace v týmu“, „konsensus týmu“ apod. Tyto pojmy nastiňují, že komunikace týmu je jevem, který se prolíná skrze veškerou jejich spolupráci. Je to přirozenou vlastností interakce jako takové, ale psychosomatický přístup si vytváří svá specifika, především svou komplexností a týmovou komunikací mezi odborníky z různých oborů nebo s různým terapeutickým přístupem. Stejně jako tvrdí Horváthová (2008), lze pojmut komunikaci

mezi jednotlivými členy týmu, a tedy i mezi vedoucím a týmem, jako základní podmínku jejich efektivně fungující práce. Právě pomocí komunikace jako nástroje tým dosahuje společného cíle. Základním způsobem komunikace na týmových pracovištích jsou pracovní porady, nebo další její podoby jako e-mail, telefon, vnitřní síť, psané materiály atd.

Na zkoumaných klinikách se převážně jedná o zajišťování komunikace za účelem péče o pacienty. Jedním z účelů je předávání informací o pacientech, diskutování dalších plánů, které se týkají pacientů, jejich stavu, diagnóz a vhodnosti pokračování či ukončení terapie v daném zařízení. Např. na Klinice 5: *„Pacienti z terapeutických skupin jsou jeden po druhém probíráni se zpětnou vazbou ze všech profesních skupin v týmu (v zásadě rovnoprávně).“* Nebo na Klinice 4 probíhá např. *„(...) společné vypracování terapeutických cílů v týmových rozhovorech, diagnostika a plánování terapie už od přijetí.“*

Druhým účelem komunikace se ukazuje odborné předávání zkušeností a případně i odborných informací z oborů kolegů v týmu. Formálním, a zdá se již standardním, způsobem k tomu dochází na případových supervizích v týmu, týmových supervizích či intervizních setkáních s kolegy, případně skrze zdravotnickou dokumentaci. Neformální výměna informací, předávání zkušeností s pacienty a konzultace však na pracovištích fungují takřka nepřetržitě.

Klinika 6: *„Vedle činností u pacientů dostatečně je k dispozici dostatečný časový prostor pro týmovou spolupráci, vykazování do dokumentace aj.“* Velká potřeba sdílení odborných informací a zkušeností také částečně vyplývá z celkové zmapované frekvence supervizí. Na všech klinikách jsou alespoň dvakrát týdně, spíše ale převažuje frekvence vyšší – např. Klinika 4 provádí s interním supervizorem: *„(...) 3x delší týmové supervize každý týden,“* nebo Klinika 1 s interním i externím supervizorem: *„(...) interní supervize (probíhají) dle potřeby, externí supervize 90 minut každé 4 týdny.“*

Jak vyplývá z popisné části o četnosti týmových porad, která se ukazuje být poměrně vysoká, je pro komunikaci v psychosomatickém týmu potřeba dostatek času a prostoru. Např. na Klinice 2: *„Cca 50 – 70 % (supervizí probíhá) v týmu, přičemž ovšem zčásti v čistě koterapeutickém týmu. Cca 20-30 % (supervizí probíhá) v týmu s psychology a lékaři. Zbytek pracovního času se ovšem také diskutuje v rámci týmu.“*

V teoretické rovině lze tento jev vysvětlit způsobem, který předkládá Hayesová (2002), a sice že pro plnění společného úkolu zároveň každý jedinec v týmu potřebuje dostatečné množství informací bez ohledu na to, na jaké pozici se v hierarchii organizace

nachází. Vzájemná komunikace je tudíž hlavním prostředkem předávání informací v týmu. Jejím dalším účelem je také již zmíněné počáteční odstraňování bariér. Postupně tak komunikace vytváří podmínky pro vzájemnou pomoc a vkládání více energie, pokud je to potřeba. Dalo by se tedy říci, že dobré předávání informací mezi členy týmu zajišťuje i jejich soudržnost ve vnímání problémů jako společných a dobrovolnost investování jejich energie, protože si sami mohou uvědomit, že je to potřeba. (Hayes 2002, s. 50)

Vzájemná týmová komunikace a spolupráce pak následně přispívají k tvorbě konceptů, cílů a vizí, které byly zmíněny na začátku. Tyto vize ve zkoumaných psychosomatických zařízeních formují celkovou týmovou spolupráci a s komunikací tedy úzce souvisejí.

Podle Hayesové (2002, s. 74) jsou multioborové týmy také v důsledku různorodosti profesí jednotlivých členů vystaveny vyšším nárokům na vzájemné porozumění a delší tvorbu vzájemných dohod. Různé nápady a profesní názory potřebují více času na společné projednání a dopracování se k dohodě nad formulací týmových hodnot. Toto se v psychosomatických bavorských týmech také objevuje, resp. se objevují určité neshody či překážky, které rozvoji týmové spolupráce brání. Např. Klinika 5 uvádí: *„I přes časté týmové porady se stále objevují nedorozumění v komunikaci. Především u rozhodnutí, která se musí udělat rychle a která se týkají pacienta, rozhodne současný terapeut podle svých odborných znalostí. Tato rozhodnutí ne vždy naleznou souhlas u ostatních členů týmu. Nejsnáze zde vznikají konflikty mezi somatickým lékařem a individuálním terapeutem.“* Také Klinika 1 uvádí, že překážkou jsou: *„(...) služby na směny, kde dochází k ‚třenicí‘ při předávání služeb, částečné úvazky pracovníků stěžují společný týmový čas.“*

Druhá část sdělení se poté vztahuje k problematice, jak je rozvržen čas členů týmu, a do jaké míry se vůbec mohou ve společném čase a prostoru potkávat a pracovat tak na „společném úkolu“. Toto riziko zmiňují i na Klinice 2: *„(...) různé modely pracovního času/úvazku, (...)“* Kromě komunikačních překážek, se pak také objevují další, spíše systémové záležitosti, které znesnadňují týmovou spolupráci, nicméně v rámci zdravotnického systému se jedná také o nutnou výměnu informací s plátcí zdravotní péče. Jsou to např. Klinikou 2 zmiňované: *„(...) předpisy zdravotnické politiky (např. nesmyslné nároky na dokumentaci a hierarchickou strukturu společnosti/zařízení).“*

Nicméně jsou takto zmiňovány spíše v rozvojovém kontextu, a vedle toho se objevují i značné výhody a synergické jevy, které psychosomatické týmy vytvářejí. Např. na Klinice 3 uvádějí, že tým je již ve fázi rovnováhy a nevnímají zde žádné překážky v týmové spolupráci. Na otázku, co brání týmové spolupráci, zde odpovídají: *„Vlastně nic,*



*protože v našem týmu je velmi vysoká personální stabilita, tudíž jsme spolu velmi „dobře sehraní.“ Na Klinice 6 nevidí také žádné, ani komunikační, překážky v týmové spolupráci a vzorově svou situaci shrnují takto: „Ne, psychosomatika v zařízeních typu stacionáře je multimodální multiprofesionální integrativní týmovou spoluprací.“*

Další zajímavou problematickou záležitostí, kterou zkoumaný vzorek popisuje, je časová náročnost týmové komunikace v psychosomatice a z toho plynoucí nedostatek času pro všechny týmové procesy v takové míře, v jaké by si ho nárokovaly. Např. Klinika 3 zmiňuje, že se objevuje: *„(...) občas trochu časově náročné vytváření názorů a rozhodnutí.“* Klinika 6 uvádí podobnou časovou problematiku: *„I přes 2x 2 hodiny času pro týmovou výměnu informací je ale čas, který je k dispozici, nazírán stále jako nedostatečný.“*

### Struktura týmové spolupráce

Velký vliv psychosomatického přístupu je popisován i v rovině struktury týmů a týmové spolupráce. De facto struktura týmu přímo navazuje na téma interdisciplinarity, či multioborovosti týmu, které psychosomatická medicína ze své komplexní podstaty v samostatných zařízeních vytváří. Strukturovanost pracoviště ovlivňuje způsob výměny informací a management péče z různých úhlů pohledu.

Příklad struktury ambulantního modelu psychosomatických služeb na Klinice 5: *„Na každou skupinu pacientů (12-14 pacientů) se každý týden 2x koná ‚malý tým‘. Ten se skládá vždy ze somatického lékaře, psychoterapeuta, ošetřovatele, fyzioterapeuta. K tomu přicházejí další spolupracovníci ve větších časových rozestupech (arteterapeut, sociální poradce, muzikoterapeut), kteří také pracují s pacientem. ‚Stráž‘ má psychoterapeut, to znamená, že on činí po poradě týmu poslední rozhodnutí.“*

Příklad stacionárního a lůžkového modelu psychosomatických služeb na Klinice 7: *„(...) vedení služeb péče, péče, management péče o pacienty, ředitel péče, zdravotní sestry, odborná péče, mimo jiné ošetřovatelské profese (péče o seniory),“* nebo na Klinice 6: *„(...) vrchní lékař, lékaři, psychologové, sociální pracovník, ošetřovatelské koterapie, spolupracovník pro fyzioterapii.“*

Struktura týmu, kterou psychosomatika v Bavorsku utváří, je zajímavá také z pohledu zdravotnického systému. Vzhledem k plnému zakotvení oboru psychosomatické medicíny v německém zdravotnictví v těchto týmech plně participují všechny zdravotnické profese, protože zde nacházejí své uplatnění, a podle výpovědí respondentů i spokojenost.

Složení týmu může tedy zahrnovat různé zdravotnické profese, jejichž specifikem je další vzdělávání v terapeutických přístupech. V týmech se vedle lékařů, psychologů, psychoterapeutů a fyzioterapeutů vyskytují i zdravotní sestry a ošetřovatelé, kteří mají v týmu dokonce odborné funkce koterapeutů, jelikož oni sami se účastní dalšího vzdělávání (nejčastěji v behaviorálním terapeutickém přístupu či v psychiatrii) a jsou tedy přítomni i na týmových poradách a supervizích. Tato fakta jsou obecně znakem vyspělejšího modelu tohoto oboru v medicíně, jelikož tito pracovníci poskytují i akutní formu psychosomatické terapie, kterou česká psychosomatika prakticky nemá možnost zatím využívat.

Autoři Gellert a Nowak (2004, s. 22) ze své zkušenosti staví definici týmu v základu na tom, že k efektivní spolupráci v týmu je nutné, aby tým měl maximálně osm členů, jinak vzniká riziko neefektivnosti a prodlužování pracovních procesů. Připouštějí ale, že v praxi bývá často nutné spolupracovat i s větším počtem specialistů v rámci týmové spolupráce. Aby tak tým nepozbyl svou vitalitu, doporučují vytvořit „*podtýmy*“ nebo jádro týmu s dočasně začleněnými odborníky. Toto teoretické východisko se v rámci struktury zkoumaných psychosomatických pracovišť potvrzuje a rozšiřuje. Zdá se totiž, že psychosomatická týmová spolupráce tkví v tom, že tým, který je zde vytvořen, funguje lépe v menších podjednotkách (subtýmech), které jsou rozděleny buď podle odbornosti, nebo podle skupin pacientů či jejich diagnóz. Např. na Klinice 1 je tým rozdělen takto: „*Jsou zde malé týmy (terapeuti vedoucí případ, primární péče, sociální služba) stejně tak podtýmy, které se vztahují k plánování, když je to potřebné.*“

Kromě toho existuje i určitá část týmové spolupráce, která se v této struktuře neobjevuje. Několik klinik označuje určité procento práce jako tu, která se v týmu sama o sobě odehrává, ale je poté v týmu diskutována či konzultována:

Klinika 5: „*To znamená, že 60 % se odehrává samostatně. Tyto záležitosti se poté komunikují v týmu.*“ Klinika 6: „*(...) to znamená, že 15 % se odehrává jako přímo týmová práce. Interdisciplinární výměna informací se koná na denní bázi neformálně. Individuální a skupinové terapie nejsou podle našeho porozumění přímou týmovou prací.*“ Znamená to tedy, že ne všechny činnosti na klinice se odehrávají přímo v týmu, ale všechny jsou předmětem týmových diskuzí, konzultací či supervizí.

### 6.3.3 Závěry výzkumu

Z výzkumu vyplývá, že psychosomatický přístup na vybraných klinikách formuje týmovou spolupráci skrze následující popsaná specifika.

#### **Specifika týmové spolupráce v Bavorsku**

- Tým je interdisciplinární a v jeho rámci funguje spolupráce různých oborů.
  - Na klinikách se ukázalo, že dochází ke spolupráci oborů medicíny, psychologie, sociální práce, psychoterapie, fyzioterapie, ergoterapie v dětských a dorostenských zařízeních i pedagogiky a logopedie. Prostředkem, kterým je poté interdisciplinární spolupráce realizována, je tým.
- Psychosomatická medicína v SRN čerpá ze systémového zakotvení ve zdravotnictví, je tedy realizována ambulantní, stacionární i lůžková forma psychosomatické péče, která umožňuje participaci a spolupráci všech zdravotnických profesí (lékařů, zdravotních sester a ošetřujících složek)
  - Na toto specifikum ve výzkumu poukázala mimo jiné struktura týmu a zastoupení zdravotnického ošetřovatelského personálu. Jako stěžejní se také ukázala profese lékařů, kteří se mohou v psychosomatické medicíně oficiálně vzdělávat na několika úrovních.
- Řízení a vedení je v rukou lékařů.
  - Tento bod navazuje na předchozí a úzce souvisí také s hierarchií v týmu a primárním postavením lékařů v psychosomatice.
- Důležitým prvkem je sdílená odpovědnost.
  - Členové týmu participují na léčbě společných pacientů či na komunikaci individuálních terapeutických cílů. To způsobuje, že odpovědnost za výsledky léčby neleží pouze na jedinci (v našich případech většinou individuálním terapeutovi nebo lékaři, který přijímá pacienta do zařízení), ale zároveň je také sdílena v týmu či určeném subtýmu. Konečnou kvalitu a zacílení péče garantuje řídicí lékař.
- Na vypracování společného konceptu a terapeutického přístupu pracoviště se tým podílí společně.
  - Společný koncept, cíl či vize jsou na zkoumaných klinikách obvykle tvořeny řídicím lékařem ve spolupráci s týmem a vrchními lékaři.

Existenci tohoto společného koncept, který zahrnuje organizační procesy a terapeutické společné smýšlení („paradigma“), se zdravotnické zařízení zaštiťuje a vymezuje vůči okolí. Zároveň tento prvek podle respondentů umožňuje hladkou spolupráci a jasnou komunikaci nejen mezi členy týmu navzájem, ale i směrem k pacientům.

- Aktivní týmová komunikace a kooperace formou porad, supervizí a intervizí je považována za standard.
  - Dalším principem fungování týmové spolupráce na zkoumaných klinikách je sdílení zkušeností v interdisciplinárním dialogu. K tomuto účelu je zaveden systém týmových porad a supervizí případů a týmových záležitostí, případně i interních formálních i neformálních konzultací mezi kolegy všech spolupracujících profesí.
- Tým tvoří pracovní jednotku a nástroj poskytování určité kvality péče.
  - Z chápání zkoumaných klinik vyplývá, že tým či jeho menší části (subtýmy) jsou nosným nástrojem pro komplexní péči často komplikovaných patientských případů, které psychosomatický obor přijímá do péče většinou po mnoha léčebných procedurách dalších specializovaných oborů, které nebyly úspěšné.
  - Interdisciplinární tým, který zprostředkuje více úhlů pohledu, pracuje s pacientem terapeutickým způsobem, který zahrnuje pochopení individuality léčeného „případu“ a specifické terapeutické práce s ním.
  - Tým je zde používán jako nástroj pro konzultaci a sdílení terapeutických postupů a zkušeností, ikdyž se veškerá práce na klinice neodehrává v týmu, je zde však plně sdílena.
- Tým má jasně rozdělené kompetence.
  - Ve zkoumaných klinikách se objevují multioborové týmy, které díky svému zakotvení ve zdravotnickém systému mají jasně dané kompetence, a díky nastavení společných cílů a terapeutických postupů se tak odehrává zacílená, v týmu konzultovaná komplexní léčba pacientů.

#### 6.3.4 Návrhy pro model týmové spolupráce v psychosomatice v ČR

V této části práce je cílem využít souhrn zjištění z realizovaného průzkumu psychosomatických bavorských klinik k vytvoření návrhů a doplnění koncepce týmové spolupráce v české psychosomatické medicíně. Pro tento účel je využita vlastní zkušenost výzkumnice, půjde tedy o subjektivní doporučení na základě zjištění této diplomové práce. Dále pak budou tyto náměty prezentovány a diskutovány s ředitelem domovského psychosomatického zařízení výzkumnice a případně budou po realizaci této diplomové práce diskutovány s členy výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP. Otázku, která zde bude zodpovězena, je „*Co ze zkušeností bavorských psychosomatických klinik můžeme v praxi využít?*“

Zkoumaný vzorek bavorských klinik přinesl mnoho dílčích zajímavých příkladů a zkušeností z praxe v psychosomatické medicíně. Zpráva, kterou výzkum přináší, má dvě roviny. První vypovídá o různorodosti, jakým způsobem může být klinika poskytující medicínskou komplexní péči strukturována a řízena. V druhé rovině vzorek přináší i několik společných principů a zkušeností, které i my v české psychosomatické praxi známe, ale zatím z různých důvodů (systémových či manažerských) nejsou realizovány.

Náměty pro modelaci a inspiraci psychosomatického pracoviště zobrazuje následující tabulka:

**Tabulka 9** – Model týmové spolupráce v psychosomatice v ČR

Návrhy	Zdůvodnění
Vytvořit jádro lékařského a zdravotnického týmu, doplněné o psychologický a psychoterapeutický pohled kolegů těchto profesí.	V naší praxi v tuto chvíli oproti bavorskému vzoru převažují psychologové a psychoterapeuti. Lékařů a zdravotníků je nyní spíše minimum, jelikož oficiální lékařské vzdělávání v ČR v tuto chvíli (jak je popsáno v kapitole 5.1 a 5.2) nevychází z výzkumných potřeb a z možnosti systematického navazujícího vzdělávání lékařů v oboru psychosomatika.
Vytvořit a budovat v organizaci společný koncept spolupráce a poskytované péče.	Společný komplexní přístup k pacientům je často v naší praxi deklarován, péče je ale ve většině zařízení individualizována a založena na poskytování ambulantní individuální psychoterapie.
Rozdělení velkého týmu do subtýmů (např. příjmový multioborový tým, indikační tým, tým pro péči o pacienty se stejnou či podobnou	Teorie definuje efektivně kooperující týmy jako menší skupiny max. 8 spolupracovníků. Na pracovišti, které má např. 35 zaměstnanců

<p>diagnózou nebo tým podle odbornosti).</p>	<p>s různými specializacemi a zkušenostmi, by bylo efektivní využít jejich potenciálu v rámci menších zacílených subtýmů. Je pravděpodobné, že by se zvýšila časová náročnost organizace práce, nicméně podle bavorského vzoru by se naplnil model interdisciplinární výměny informací a realizace komplexní psychosomatické péče, který se v konečném důsledku vyšší kvality péče vyplatí.</p>
<p>Interdisciplinárně propojovat práci jednotlivců, klást důraz na sdílení a společné ladění směru léčby u jednotlivých případů.</p>	<p>Jak ukazují data tohoto výzkumu, koordinace interdisciplinárního týmu a jeho komunikace může být nevýhodná ve své časové náročnosti. Nicméně množství týmových porad, supervizí a intervizí za účelem zůstat v odborném dialogu je principem, který se ukazuje jako esenciální v psychosomatické týmové spolupráci.</p>
<p>Rozvrhnout, kolik času tým stráví společnou prací a kolik individuálně.</p>	<p>Tento návrh je z hlediska managementu v psychosomatickém prostředí naší praxe „odvážný.“ Jednalo by se o zavedení celého konceptu centrálně plánovaných procesů týmové spolupráce, což by bylo v současném nastavení radikálním krokem. Nyní se psychosomatická práce koncipuje spíše jako kreativní spolupráce odborníků s různými terapeutickými specializačními nadstavbami zdravotnických i nezdravotnických oborů. Směr je v tuto chvíli udáván společným přístupem k pacientům a biopsychosociálním pohledem na patogenezi lidských onemocnění.</p>
<p>Vyvažovat časové nároky na týmovou spolupráci, samostatnou práci odborníků a týmové formy sdílení pro zkvalitňování poskytované péče.</p>	<p>Tento bod abstrahuje s předchozích dvou tři opěrné body organizace týmové spolupráce v psychosomatické medicíně tak, jak je zobrazuje zkoumaná bavorská zkušenost.</p>

*Zdroj: Vlastní výzkum.*

## 7 Závěr

Předložená diplomová práce se věnovala týmové spolupráci ve zdravotnictví a jejím specifickým v oboru psychosomatické medicíny. Teorie k tomuto tématu přináší souhrnný přehled od definice týmu, týmové spolupráce, přes specifika týmové komunikace, kooperace a synergie, až po vedení týmu a jejich uplatnění ve zdravotnictví. Dílčím přínosem teoretické části této práce bylo zmapování studií věnujících se multioborové a interdisciplinární týmové spolupráci ve zdravotnictví, v psychosomaticky pracujících specializovaných odvětvích medicíny a jejich manažerským modelům. Závěrem teorie přinesla i přehled současného stavu a vývoje psychosomatického přístupu a jeho konstituování jako samostatného oboru v medicíně. Byly zde vedle sebe postaveny český a německý model. Německý model, který je v tuto chvíli významně rozvinutější než ten český, zároveň odkázal na záměr empirické části této práce, a sice zdůvodnění, proč je zaměřena na oblast spolkové země Bavorska.

Empirická část práce se tedy věnovala bavorské zkušenosti s týmovou spoluprací na psychosomatických klinikách v Bavorsku. Díky této části práce se podařilo zkontaktovat zahraniční kolegy z oboru psychosomatické medicíny, což v budoucnu otevřelo možnosti další spolupráce. Zajímalo nás tedy, jakým způsobem tato zařízení pracují a jakým způsobem by naše týmy mohly čerpat z této zkušenosti po organizační stránce. Tato práce tedy uskutečnila první kontakt se zahraničím týkající se oblasti managementu a organizace práce v psychosomatické medicíně.

V rámci výzkumu bylo tedy dosaženo cíle práce. Podařilo se popsat organizaci týmové spolupráce v oboru psychosomatiky na bavorských klinikách, popsat systém organizace a vedení spolupráce tamních týmů a principy, které jejich spolupráci konstituují právě v tomto oboru. Analýza získaných dat ze sedmi psychosomatických zdravotnických zařízení přinesla obraz jejich způsobu spolupráce. V čem se podobá a v čem se liší od naší praxe, bylo reflektováno ve výše uvedených návrzích modelu týmové spolupráce v psychosomatice v ČR.

V empirické části se tedy podařilo kontaktovat kolegy z psychosomatických klinik v Bavorsku, korespondenční elektronická forma dotazování s otevřenými otázkami nakonec umožnila získání kvalitativních obširných dat, nicméně pouze u sedmi navracených případů. Deseti procentní návratnost rozeslaných formulářů bych zde ráda reflektovala, protože omezené množství dat značným způsobem ovlivnilo jejich analýzu a hledání obsažených pravidelností. Přesto výsledky výzkumu objevily společné principy

popisovaných zkušeností s týmovou spoluprací. Empirická část práce tedy byla postavena jako vyčerpávající popis získaných dat a jejich sekundární analýza tento popis doplnila a uvedla do praktických a teoretických kontextů oboru. Byly objeveny základní společné principy týmové spolupráce v psychosomaticke, které lze dále využít pro českou koncepci psychosomatických zdravotnických zařízení. Jsou jimi: *společné vize a koncepty pracoviště, základní terapeutické nastavení pracovníků, interdisciplinární komunikace a multioborové odborné složení týmu.*

Závěry této práce do značné míry odpovídaly na otázky na základě našeho zájmu z praxe, teoretický zájem práce byl při vzniku empirického konceptu spíše vedlejší. Psychosomatika je v ČR dosud specifickou oblastí, kde zatím neprobíhá příliš mnoho výzkumné činnosti, z hlediska managementu tudíž ještě méně. Výzkum v této práci tedy může figurovat jako soubor informací pro budoucí koncepcie výzkumu psychosomatických týmů v českém zdravotnictví. V kapitolách analýzy dat lze nalézt přínosné přehledy, které mohou být dále k dispozici a lze na ně navázat kladením dalších otázek ohledně realizace výše zmíněných principů či konkrétního užití např. supervize v týmech zdravotní péče.

Poznatky uvedeného výzkumu budou dále použity jako inspirace v našem psychosomatickém zařízení, kde pracuji, k revizi našich vlastních konceptů. Také budou prezentovány členům výboru Společnosti psychosomatické medicíny, jejich praktické využití tedy bude dále diskutováno. Také se díky kontaktům s německými klinikami podařilo navázat užší vztah s Klinikou Windach u Mnichova, která nabídla našemu týmu pozvání na návštěvu, která by mohla vést k další, užší spolupráci. Cílem návštěvy je blíže poznat prostředí této kliniky, organizaci péče a její kvality a navázat tak na porovnání a poznatky plynoucí z této diplomové práce.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Publikace:

1. ARMSTRONG, Michael, 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 789 s. Management (Grada). ISBN 978-80-247-1407-3.
2. DISMAN, Miroslav, 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
3. GELLERT, Manfred a Claus NOWAK, 2004. *Teamwork - Team Building - Team Coaching: A practical guide to working in and with teams*. second revised edition. Meezen: Christa Limmer Verlag. ISBN 3-928922-14-9.
4. GORDON, Suzanne, Patrick MENDENHALL a Bonnie Blair O'CONNOR, 2013. *Beyond the checklist: what else health care can learn from aviation teamwork and safety* [online]. Ithaca: ILR Press, xi, 261 p. [cit. 2015-04-24]. ISBN 978-080-1478-291.
5. HAYES, Nicky, 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Vyd. 1. Praha: Portál, 189 s. ISBN 80-7178-983-6.
6. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
7. HORVÁTHOVÁ, Petra, 2008. *Týmy a týmová spolupráce*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 200 s. ISBN 978-80-7357-390-4.
8. MÖLLER, Susanne, 2010. *Einfach ein gutes Team: Teambildung und -führung im Gesundheitswesen*. 1. Aufl. Berlin: Springer. ISBN 978-364-2126-727.
9. NELSON, Sioban, Maria TASSONE a Brian David HODGES, 2014. *Creating the health care team of the future: the Toronto Model for interprofessional education and practice* [online]. 162 pages [cit. 2015-05-27]. ISBN 978-080-1479-410.
10. PLAMÍNEK, Jiří, 2009. *Týmová spolupráce a hodnocení lidí*. 1. vyd. Praha: Grada, 120 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2796-7.
11. REEVES, Scott et al, 2010. *Interprofessional teamwork for health and social care* [online]. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub [cit. 2015-06-25]. ISBN 978-144-4325-034.

Elektronické zdroje:

12. ABZ.CZ, 2015. Pojem intervize. *Slovník cizích slov ABZ.CZ* [online]. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/intervize>
13. AMELOH, Kirsten, Götz BERBERICH, Claas LAHMANN, Nico NIEDERMEIER a Irmgard PFAFFINGER, 2013. Psychosomatische Versorgung in Deutschland: Vorbild für Europa. *DGPM Bayern* [online]. [cit. 2014-12-03]. Dostupné z: [http://dgpm-bayern.de/wp-content/uploads/2013/05/Psychosomatik\\_Die\\_BKK\\_2013\\_04.pdf](http://dgpm-bayern.de/wp-content/uploads/2013/05/Psychosomatik_Die_BKK_2013_04.pdf)
14. AWMF ONLINE, 1994. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM). *AWMF online* [online]. [cit. 2015-06-06]. Dostupné z: <http://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften/visitenkarte/fg/deutsche-gesellschaft-fuer-psychosomatische-medizin-und-aerztliche-psychotherapie.html>
15. BAUER, Amy M., Pedro BONILLA, Matthew W. GROVER, Fremonta MEYER, Carleen RISELLI a Laura WHITE, 2011. The Role of Psychosomatic Medicine in Global Health Care. *Current Psychiatry Reports* [online]. 13(1): 10-17 [cit. 2015-05-31]. DOI: 10.1007/s11920-010-0162-2. ISSN 1523-3812. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-010-0162-2>
16. BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER, 2004. Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 – in der Fassung des Beschlusses vom 11. Oktober 2009. *Bayerische Landesärztekammer* [online]. München [cit. 2015-05-24]. Dostupné z: [http://www.blaek.de/weiterbildung/wbo\\_2004/download/WBO%202004\\_2010%2001.pdf](http://www.blaek.de/weiterbildung/wbo_2004/download/WBO%202004_2010%2001.pdf)
17. BERAN, Jiří, 2004. POLITIKA, KONCEPCE: JAK ZÍSKAT OSVĚDČENÍ O PSYCHOSOMATICKÉM VZDĚLÁVÁNÍ? In: *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. Plzeň [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: [http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004\\_6/politika\\_604.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_6/politika_604.htm)
18. BUNDESÄRZTEKAMMER, 2012. I-03 Zukünftige Umsetzung und Ausgestaltung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG: Entschließung.

- Bundesärztekammer* [online]. [cit. 2015-06-06]. Dostupné z: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/115-deutscher-aerztetag-2012/beschlussprotokoll/top-i-gesundheits-sozial-und-aerztliche-berufspolitik/psych-entgelt-gesetz/i-03-zukuenftige-umsetzung-und-ausgestaltung-eines-pauschalierenden-entgeltsystems-fuer-psychiatische-und-psychosomatische-einrichtungen-nach-17d-khg/>
19. DENECKERE, Svin, Martin EUWEMA, Cathy LODEWIJCKX, Massimiliano PANELLA, Timothy MUTSVARI, Walter SERMEUS a Kris VANHAECHT, 2013. Better Interprofessional Teamwork, Higher Level of Organized Care, and Lower Risk of Burnout in Acute Health Care Teams Using Care Pathways. *Medical Care* [online]. Vol. 51, issue 1, s. 99-107 [cit. 2015-04-19]. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3182763312. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
  20. DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin), 2015. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie: Wir über uns. *Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie* [online]. Německo [cit. 2015-06-05]. Dostupné z: [https://www.dgpm.de/wir\\_ueber\\_uns/](https://www.dgpm.de/wir_ueber_uns/)
  21. GROOH, Harriette, 2014. Providing Care Management with a Multidisciplinary Team: Managing Quality. In: *New journal of geriatric care management* [online]. Tucson: National Association of Geriatric Care Managers [cit. 2015-06-03]. Dostupné z: <http://www.gcmjournal.org/2014/11/21/providing-care-management-with-a-multidisciplinary-team-managing-quality/>
  22. CHESLUK, Benjamin J., Siddharta REDDY, Brian HESS, Elizabeth BERNABEO, Lorna LYNN a Eric HOLMBOE, 2015. Assessing Interprofessional Teamwork: Pilot Test of a New Assessment Module for Practicing Physicians. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* [online]. 35(1): 3-10 [cit. 2015-05-28]. DOI: 10.1002/chp.21267. ISSN 08941912. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/chp.21267>
  23. IPVZ, 2015. Další možnosti získání kvalifikace. *INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ* [online]. Praha 10 [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/celozivotni-vzdelavani/dalsi-moznosti-ziskani-kvalifikace>

24. LOEW, T. H. UNIVERSITÄT REGENSBURG KLINIKUM, 2014. Schwerpunkt Psychosomatik. - 15. *psychosomatická konference: Liberec* [online]. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://konference.psychosomatika.cz/wp-content/uploads/2014/01/prezentace-Loew.pdf>
25. PAN, Chien-Chou, Pei-Tseng KUNG, Yueh-Hsin WANG, Yu-Chia CHANG, Shih-Ting WANG, Wen-Chen TSAI a Prasad S. ADUSUMILLI, 2015. Effects of Multidisciplinary Team Care on the Survival of Patients with Different Stages of Non-Small Cell Lung Cancer: A National Cohort Study. *PLOS ONE*. 10(5): e0126547-. DOI: 10.1371/journal.pone.0126547. ISSN 1932-6203. Dostupné také z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0126547>
26. POTASH, Shana, 2007. The Team Approach to Pain Relief. *NIH MedlinePlus* [online]. Roč. 2, č. 4 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/fall07/articles/fall07pg23.html>
27. PSYCHOSOM, 2015. Psychosom: Psychosomatika – informační leták. *Psychosom: Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu* [online]. 2015 [cit. 2015-06-06]. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=3730#\\_ftn9](http://www.psychosom.cz/?page_id=3730#_ftn9)
28. RIEßLAND-SEIFERT, Angelika, Zuzana HÖCHER a Susanne ERBERT, 2006. Pflegepersonal in psychiatrisch-psychosomatischen Konsiliar-Liaison-Diensten. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* [online]. 1(1): 40-46 [cit. 2015-05-28]. DOI: 10.1007/s11800-006-0007-3. ISSN 1862-8818. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11800-006-0007-3>
29. SIMS, David a Andrew SIMS, 1993. Managing Professionals in Multidisciplinary Teams: A Case Study from Psychiatry. *Leadership. Emerald Insight* [online]. 14(6): 12-16 [cit. 2015-06-03]. DOI: 10.1108/01437739310047056. ISSN 0143-7739. Dostupné z: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/01437739310047056>
30. SMREKAR, U., a H. ELLEMUNTER, 1993. Interdisciplinary team work in the treatment of cystic fibrosis: a model of psychosomatic cooperation. *PubMed* [online]. (8367177) [cit. 2015-05-31]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8367177>

31. SÖLLNER,, STIX, STEIN, FRANZ, LAMPE a HERZOG, 2010. *Quality criteria for psychosomatic consultation-liaison service: PubMed* [online]. [cit. 2015-05-31]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12428503>
32. VÝBOR SPM ČLS JEP, 2015. Výbor společnosti. *SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS* [online]. Praha, Liberec [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: [http://www.psychosomatika-cls.cz/?page\\_id=305](http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=305)
33. ŠVECOVÁ, Eva, 2008. DRG PRO LAIKY. *Národní referenční centrum* [online]. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://www.nrc.cz/cinnosti/drg/co-je-drg/drg-pro-laiky>
34. TRAENCKNER, ABECK, BERGER, RING a HÖLSCHER, 1996. Treatment of atopic eczema in interdisciplinary cooperation between dermatology and psychosomatic medicine. An individual case report. *PubMed: PMID: 8964706* [online]. [cit. 2015-05-31]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8964706>
35. UNI FREIBURG, 2015. Weiterbildung: Psychosomatische Grundversorgung / Fachgebundene Psychotherapie. *Uni Freiburg* [online]. Freiburg [cit. 2015-05-24]. Dostupné z: <https://www.weiterbildung.uni-freiburg.de/wisswb/weiterbildungskurse/psychogrundversorgung>
36. VALENTINE, Melissa A a Ingrid M NEMBHARD, 2015. Measuring Teamwork in Health Care Settings A Review of Survey Instruments. *Medical care* [online]. [cit. 2015-05-27]. ISSN 0025-7079. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24189550>
37. VZP, 2015. Postup při uzavírání smluv s poskytovateli specializované ambulantní péče, (jedná se o pracoviště smluvní odbornosti 003, 101-109, 128, 201-209, 301-309, 401-409, 501-507, 601-607, 613, 701-708, 901, 903, 904). *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2015 [cit. 2015-06-24]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/uploads/document/ambs-seznam-certifikovanych-kurzu-pro-nelekarska-zdravotnicka-povolani.pdf>
38. WIKSTRÖM, Ewa a Lotta DELLVE, 2009. Contemporary leadership in healthcare organizations. *In: Journal of Health Organization and Management* [online]. s. 411-428 [cit. 2015-06-02]. DOI: 10.1108/14777260910979308. ISSN 1477-7266. Dostupné z: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14777260910979308>

39. WOLFERSDORT, Manfred a Andreas KÜTHMANN, 2008.  
Psychotherapie/Psychosomatik in den bayerischen Bezirkskrankenhäusern -  
Ergebnisse der Umfrage Stand 2006. In: *Psychotherapie* [online]. 13. München:  
CIP-Medien [cit. 2015-06-07]. 13: 2. Dostupné z: [http://cip-  
medien.com/media/download\\_gallery/08-02/2008-2-03%20Wolfersdorf.pdf](http://cip-medien.com/media/download_gallery/08-02/2008-2-03%20Wolfersdorf.pdf)
40. YUN Seokhwa, Samer FARAJ, Yan XIAO, Henry P. SIMS, 2003. Team  
leadership and coordination in trauma resuscitation. *Emerald Insight* [online]. [cit.  
2015-06-25]. Dostupné z:  
<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1016/S1572-0977%2802%2909011-8>