

Mariola Wolan-Nowakowska

Znaczenie współpracy specjalistów w kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych

Niepełnosprawność nr 11, 69-77

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Mariola Wolan-Nowakowska
Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

Znaczenie współpracy specjalistów w kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych

The meaning of cooperation among professionals in overall rehabilitation of disabled people

In the introduced paper the analysis of grounds for therapeutic teams' activities has been carried out. The drivers for efficiency of cooperation among professionals have been discussed. The close cooperation among professionals grounded on confidence is prerequisite for efficient process of rehabilitation of person with disability. The therapeutic team's activity enables to perform of multi-dimensional diagnosis of functioning of person with disability, as well as is the basis for developing and running of overall rehabilitation process.

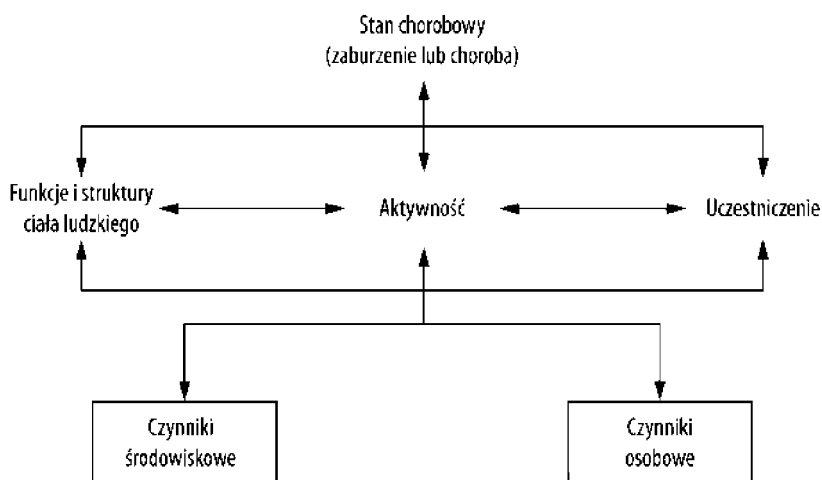
Słowa kluczowe: niepełnosprawność, zespół terapeutyczny, całościowa rehabilitacja, współpraca profesjonalistów

Keywords: disability, therapeutic team, overall rehabilitation, cooperation of professionals

Przez wiele lat w określaniu niepełnosprawności odwoływano się głównie do kontekstu medycznego, akcentując znaczenie odstępstw parametrów zdrowotnych od normy klinicznej oraz wskazując negatywne konsekwencje uszkodzeń w funkcjonowaniu osoby. W tym ujęciu niepełnosprawność była rozumiana jako konsekwencja zaburzeń stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego, które powstały w wyniku wad wrodzonych, urazów lub chorób [Rutkowska 2007, s. 10]. Przyjęcie takiego punktu widzenia pomijało cały wachlarz zasobów osoby z niepełnosprawnością. Koncentrowano się na ograniczeniach i barierach, co prowadziło do stygmatyzacji osób niepełnosprawnych. Przyjęta w 2001 r. przez Światową Organizację Zdrowia Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) zdecydowanie zmieniła paradygmat patrzenia na osoby z niepełnosprawnością.

Założenia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

Klasyfikacja ICF obejmuje jako podstawę w określaniu niepełnosprawności funkcje i struktury organizmu, ale równocześnie określa poziom aktywności osoby oraz zakres jej uczestnictwa społecznego, w ten sposób umożliwiając kompleksową ocenę ograniczeń oraz możliwości w funkcjonowaniu i rozwoju osoby (por. ryc. 1). Spojrzenie takie koncentruje się nie tylko na barierach, ale przede wszystkim wskazuje na aktualny potencjał osoby z niepełnosprawnością, dając możliwość określenia kierunku rozwoju.



Ryc. 1. Zależność między składnikami ICF

Źródło: ICF – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (2001), World Health Organization, Geneva.

Informacje zawarte w Klasyfikacji ICF są zorganizowane w dwóch częściach. Część 1 klasyfikacji obejmuje *Funkcjonowanie i Niepełnosprawność*, natomiast część 2 klasyfikacji obejmuje *Czynniki kontekstowe*. Każda z tych części posiada dwa składniki. W zakresie części 1 *Funkcjonowanie i Niepełnosprawność* wyróżniono składnik pierwszy *Funkcje i struktury ciała* oraz składnik drugi *Aktywność i uczestniczenie*. Składnik pierwszy *Funkcje i struktury ciała* obejmuje funkcjonowanie (czynności) układów ciała oraz (budowę) ciała. Funkcje ciała są to fizjologiczne czynności organizmu w zakresie funkcjonowania fizycznego i psychicznego (np. funkcje ruchu, snu). Struktury ciała są anatomicznymi częściami organizmu (np. narządy, kończyny). Znaczące odchylenia od normy lub funkcji zostały w klasyfikacji ICF

określone jako upośledzenia. Składnik drugi *Aktywność i uczestniczenie* obejmuje pełen zakres dziedzin, które dotyczą funkcjonowania człowieka zarówno z perspektywy pojedynczej osoby, jak i z perspektywy społeczeństwa. Aktywność określa podjęcie działania lub wykonanie określonego zadania przez osobę. W zakresie aktywności określa się funkcjonowanie osoby. Upośledzenia aktywności dotyczą trudności, jakich może doświadczać osoba podczas wykonywania zadań. Uczestniczenie określa włączenie się (zaangażowanie) danej osoby w sytuacje życiowe. Analizując rodzaje uczestnictwa należy określić funkcjonowanie w perspektywie społecznej (np. uczestniczenie w życiu obywatelskim czy zawodowym). Ograniczenie uczestniczenia dotyczy problemów utrudniających danej osobie angażowanie się w sytuacje życiowe.

Klasyfikacja ICF wskazuje na konieczność analizy funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością w kontekście czynników środowiskowych oraz osobowych. Czynniki środowiskowe obejmują środowisko społeczne i fizyczne oraz postawy osób, wśród których żyje człowiek oraz z którymi wiąże go relacje interpersonalne. Czynniki środowiskowe mają charakter zewnętrzny wobec jednostki. Mogą one mieć zarówno pozytywny (wspierający), jak i negatywny (utrudniający) wpływ na funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością. Czynniki środowiskowe umieszczone są w klasyfikacji ICF na dwóch poziomach: indywidualnym oraz społecznym. Poziom indywidualny to bezpośrednie otoczenie osobiste człowieka, które obejmuje takie rodzaje środowiska, jak dom, miejsce pracy i szkoła. Zawiera fizyczne i materialne cechy środowiska, z którymi styka się człowiek. Poziom indywidualny wskazuje na charakter bezpośredniego kontaktu osobistego jednostki z innymi osobami, takimi jak: rodzina, znajomi, rówieśnicy i osoby obce. Poziom społeczny natomiast obejmuje formalne i nieformalne struktury społeczne, które na różnych płaszczyznach wywierają wpływ na funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością. Poziom ten odnosi się między innymi do wpływu urzędów, służb społecznych, systemu instytucjonalnego wsparcia osób z niepełnosprawnością. Poziom społeczny dotyczy również przepisów prawnych, formalnych i nieformalnych regulacji oraz postaw społecznych. Poza czynnikami środowiskowymi wyznacznikiem funkcjonowania jednostki są czynniki osobiste, które obejmują między innymi cechy, takie jak: płeć, wiek, doświadczenia życiowe, czynniki osobowości czy status społeczny. Czynniki osobiste, analogicznie jak czynniki środowiskowe, mogą wpływać na funkcjonowanie osób zarówno pozytywnie, jak i negatywnie. Niepełnosprawność można charakteryzować jako skutek wielopłaszczyznowych interakcji pomiędzy wszystkimi składnikami – w odniesieniu do kondycji fizycznej i psychicznej osoby oraz specyfiki środowiska, w którym żyje osoba.

Klasyfikacja ICF umożliwia dokonanie oceny specjalnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością. Pozwala na dokonanie pełnej diagnozy funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością, jak również jest punktem wyjścia do tworzenia oraz oceny wyników indywidualnego procesu kompleksowej rehabilitacji. Zakres zmiennych, które na poszczególnych płaszczyznach szczegółowo opisuje Klasyfikacja ICF, jest bezpośrednim wskazaniem na konieczność interdyscyplinarnego podejścia do procesu rehabilitacji zarówno w odniesieniu do specjalistycznego wsparcia dzieci, młodzieży, jak i osób dorosłych z niepełnosprawnością.

Interdyscyplinarny charakter zespołu terapeutycznego

Proces rehabilitacji powinien być realizowany przez grupę specjalistów, którzy tworzą interdyscyplinarny zespół. Skład zespołu zależy od specyficznych potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz etapu jej życia. Strategia oraz zakres działania zespołu interdyscyplinarnego jest szczegółowo określony przez program usprawniania, który zostaje opracowany indywidualnie dla określonej osoby. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, których celem jest osiągnięcie, przy aktywnym udziale tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej [Dz. U. z 27 sierpnia 1997 r. art. 7 z późn. zm.]. Zgodnie z zasadą kompleksowości procesu rehabilitacji w skład zespołu wchodzi specjalista reprezentujący różne dyscypliny. W zależności od specyfiki instytucji, która realizuje proces rehabilitacji, wyróżnia się zespoły: terapeutyczne, interdyscyplinarne, rehabilitacyjno-terapeutyczne, edukacyjno-terapeutyczne. Członkowie zespołu tworzą, modyfikują oraz realizują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Warunkiem prowadzenia skutecznego procesu rehabilitacji jest jasne określenie funkcji i zadań poszczególnych członków zespołu oraz dobra znajomość obowiązków własnych oraz innych członków. Współpraca między specjalistami pogłębia profesjonalizm działań podejmowanych przez specjalistów. W zespole musi być jasno określona odpowiedzialność za wykonanie określonych zadań. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego są wzajemnie od siebie zależni, ponieważ efekty pracy w jednym obszarze wpływają na funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością w innych obszarach. Poza pełnym profesjonalizmem od każdego członka zespołu terapeutycznego wymaga się umiejętności współpracy, dobrej komunikacji, pewnej ciekawości poznawczej oraz otwartości na inne sposoby myślenia i spostrzegania. Współpraca interdyscyplinarna wymaga holi-

stycznego spojrzenia na osobę [por. Murawiec 2000]. W zależności od specyficznych potrzeb osoby z niepełnosprawnością w skład zespołu terapeutycznego mogą wchodzić :

- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej;
- lekarze innych specjalności (neurolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, urolog, pediatra lub inni);
- fizjoterapeuci;
- pedagog specjalny;
- terapeuta zajęciowy;
- terapeuta mowy;
- pielęgniarki;
- psycholog, neuropsycholog;
- inni specjaliści w zależności od potrzeb (np. technik ortopedyczny, pracownik socjalny, doradca zawody czy trener pracy).

Niezbędnym warunkiem profesjonalnego przebiegu procesu rehabilitacji jest współpraca i wzajemne zaufanie w zespole terapeutycznym. Biorąc pod uwagę biopsychospołeczną naturę człowieka, żadna grupa zawodowa działająca na rzecz osób z niepełnosprawnością nie może pracować samodzielnie, w oderwaniu od usług innych specjalistów [por. Kapała 2007]. Proces rehabilitacji jaki oferuje zespół terapeutyczny jest realizowany zgodnie z zasadami planowości, wszechstronności, systematyczności oraz ciągłości. Członkowie zespołu posiadający odmienne przygotowanie zawodowe podejmują różne rodzaje działań, realizując wspólny cel – optymalne wsparcie osoby z niepełnosprawnością. Różny profil zawodowy członków zespołu terapeutycznego daje możliwość szerszego spojrzenia na sytuację oraz funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością, umożliwia wzajemne konsultacje pomiędzy członkami oraz wymianę doświadczeń. Podstawą działalności zespołów terapeutycznych jest wspólnota celu działania oraz odpowiedzialności za jego realizację, wspólne ustalenie zakresu działań oraz związanych z nimi indywidualnych obowiązków i uprawnień poszczególnych specjalistów [Jankowiak 2003, s. 117–125].

Ważnym aspektem działalności zespołu terapeutycznego jako całości oraz działań indywidualnych podejmowanych przez poszczególnych specjalistów jest uznanie klienta jako podmiotu oddziaływań rehabilitacyjnych. Takie podejście będące fundamentem wzajemnych interakcji wskazuje na wytworzenie się akceptowanych relacji pełnych szacunku i zrozumienia. Partnerski kontakt z klientem buduje zaufanie, umożliwia indywidualizację procesu rehabilitacji oraz jest szansą na pozyskanie osoby z niepełnosprawnością do współdziałania [por. Sowińska-Gługiewicz 2008]. Pozytywna współpraca obejmuje dobre porozumiewanie się, podzielane przez specjalistę i klienta rozumienie celów podejmowanych działań oraz obopólną otwartość i zaufanie.

Zasady współpracy w zespole terapeutycznym

Ideą pracy w zespołach interdyscyplinarnych jest podejmowanie decyzji i działań, które uwzględniają specyficzne potrzeby osoby z niepełnosprawnością. Kluczowym wyznacznikiem skuteczności działań podejmowanych przez zespół interdyscyplinarny jest znajomość mechanizmów psychologicznych, które warunkują przebieg współpracy, wyznaczając zachowania poszczególnych członków zespołu. Podstawą pracy zespołu jest założenie, iż grupa ludzi podejmuje lepsze, słuszniesze decyzje niż pojedyncze osoby. Dla wyznaczenia optymalnego procesu kompleksowej rehabilitacji konieczne jest łączenie kompetencji specjalistów zarówno w odniesieniu do procesu diagnozy, jak i pomocy udzielanej osobie z niepełnosprawnością. Poza specjalistycznymi kwalifikacjami członków zespołów terapeutycznych (interdyscyplinarnych) kluczowym wyznacznikiem efektywności podjętych działań rehabilitacyjnych są umiejętności współpracy w zespole.

Zadaniem każdego członka zespołu terapeutycznego jest przejawianie własnej inicjatywy oraz ponoszenie odpowiedzialności za podejmowane działania. Podstawą pracy w zespole jest dzielenie się wiedzą i własnymi doświadczeniami oraz czerpanie z doświadczeń pozostałych członków. Wszyscy specjaliści muszą przestrzegać praw i zasad pracy zespołowej, do których należy: rzetelność, zaufanie, wzajemne wsparcie, współdecydowanie o problemach osoby z niepełnosprawnością, prezentowanie własnych, uzasadnionych decyzji [Jankowiak 2003]. Kluczową zasadą w pracy zespołu terapeutycznego jest partnerstwo i ważność każdego członka. Praca członków zespołu terapeutycznego powinna być monitorowana przez koordynatora (lidera) zespołu, w zależności od specyfiki placówki może to być lekarz, pedagog specjalny, psycholog bądź inny specjalista. Z pewnością koordynator pracy zespołu terapeutycznego powinien na tle innych członków zespołu wyróżniać się kompetencjami osobistymi i profesjonalnymi oraz doświadczeniem.

Współdziałanie członków zespołu terapeutycznego dotyczy w szczególności:

- określenia celów procesu rehabilitacji;
- konstruowania indywidualnego planu rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością;
- wielodyscyplinarnego realizowania planu rehabilitacji;
- grupowego podejmowania decyzji;
- wspólnego rozwiązywania problemów;
- wspólnego ponoszenia odpowiedzialności za przebieg i efekty procesu rehabilitacji.

Należy podkreślić, iż w procesie zespołowego tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością istotne znaczenie ma przydzielenie konkretnych zadań przy współudziale wykonawcy – specjaliści odpowiedzialnego za realizację działań. Formułując zadania istotne jest przestrzeganie zasady realności i konkretności, a także możliwości wykonania, zarówno w odniesieniu do kompetencji specjalisty, jak i możliwości psychofizycznych osoby z niepełnosprawnością.

Jednym z istotnych narzędzi w pracy zespołów terapeutycznych jest dzielenie się posiadanymi informacjami. Zazwyczaj członkowie zespołu specjalistów mają pewną wspólną wiedzę na temat osoby z niepełnosprawnością, w odniesieniu do rodzaju i zakresu niepełnosprawności czy ogólnych informacji na temat sytuacji rodzinnej. Z indywidualnych kontaktów z osobą z niepełnosprawnością pochodzą bardziej szczegółowe informacje, które mogą dotyczyć stanu jej zdrowia, funkcjonowania psychicznego czy społecznego. Wspólna, grupowa analiza danych pochodzących z wielospecjalistycznej diagnozy osoby z niepełnosprawnością daje możliwość uzyskania pełnego obrazu funkcjonowania klienta oraz umożliwi zaplanowanie odpowiednich działań rehabilitacyjnych.

Jakość współpracy w zespole terapeutycznym ściśle wiąże się z poziomem zaufania oraz poczucia bezpieczeństwa pomiędzy członkami. Ważnym postulatem w tworzeniu zespołów terapeutycznych jest zadbanie o to, aby wszyscy członkowie dobrze poznali się. Poziom bezpieczeństwa i zaufania w grupie bezpośrednio wyznacza gotowość poszczególnych osób do podejmowania współpracy oraz dzielenia się informacjami i spostrzeżeniami. W eksperymentach prowadzonych nad pracą zespołów roboczych potwierdzono, iż informacje unikatowe są ujawniane w miarę upływu czasu [por. Łukowska 2013, s. 22]. Dlatego należy wskazać, iż spotkania zespołu specjalistów należy odbywać w odpowiednim czasie, bez pośpiechu. Dyskusja nad przypadkiem konkretnej osoby powinna trwać na tyle długo, aby wyjść poza kontekst informacji, które wszyscy znają. Odpowiednio długie spotkanie jest szansą na rzetelne zebranie wszystkich informacji, które są konieczne do podjęcia decyzji o wyznaczeniu kolejnych działań rehabilitacyjnych.

Ważnym kryterium efektywności współpracy w zespole jest poziom komunikacji pomiędzy członkami. Skuteczne komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego stanowi podstawę odpowiedniego realizowania procesu rehabilitacji. Istotnym elementem procesu komunikacji jest właściwy przepływ informacji na temat zmian, jakie zachodzą w funkcjonowaniu klienta oraz zamierzonych działań realizowanych przez poszczególnych członków zespołu. Na przebieg procesu komunikacji pomiędzy członkami w sposób istotny wpływa postawa koordynatora pracy zespołu. Zazwyczaj odpowiada on za przebieg spotkań zespołu, prowadzi zebrania zespołu oraz nadzoruje przestrzeganie zasad współpracy. Praca zespołu terapeutycznego powinna być dokumentowana, zgodnie

z obowiązującymi procedurami, w sposób przyjęty przez zespół oraz zatwierdzony przez kierownika (dyrektora) placówki.

Działalność zespołu terapeutycznego musi być związana z przestrzeganiem określonych zasad porządkujących i organizacyjnych, do których należą:

- zaplanowanie z wyprzedzeniem terminów spotkań;
- punktualne rozpoczynanie i kończenie spotkań;
- określenie stałego przebiegu spotkań (wprowadzenie – część zasadnicza – podsumowanie);
- przedstawienie przez każdego z członków zespołu efektów oraz ewentualnych trudności w prowadzonych działaniach;
- określenie czasu wypowiedzi członków zespołu;
- możliwość przedstawienia przez każdego członka zespołu własnych opinii i pomysłów rozwiązania sytuacji problemowych;
- określenie przez członków zespołu zakresu podejmowanych zadań, terminu ich wykonania oraz sposobów monitorowania działań;
- prowadzenie pisemnego sprawozdania z zebrania zespołu terapeutycznego [Osińska 2013].

Ważnym elementem skutecznej działalności zespołów terapeutycznych jest również sprawny obieg informacji. Wszyscy członkowie zespołu powinni przestrzegać zasad i norm współpracy. Proces rehabilitacji, jaki realizuje zespół terapeutyczny powinien być wszechstronny, planowy oraz realizowany w sposób systematyczny.

Interdyscyplinarność oddziaływań rehabilitacyjnych wynika przede wszystkim ze złożoności zjawiska niepełnosprawności. Praktyka wskazuje na wiele przykładów dobrych praktyk w zakresie współpracy specjalistów począwszy od ośrodków wczesnej interwencji do instytucji wspierających aktywizację zawodową osób z niepełnosprawnością. Praca zespołowa sprzyja optymalizacji oddziaływań rehabilitacyjnych. Zasadniczym celem zespołu terapeutycznego jest wspólna praca z klientem i jego rodziną w celu uruchomienia potencjału osoby oraz osiągnięcia maksymalnego poziomu samodzielności. Działalność zespołu terapeutycznego jest uwarunkowana szeregiem czynników, włączając potrzeby pacjenta, potencjał osobisty specjalistów oraz uwarunkowania organizacyjne.

Bibliografia

- Babska K., Tkaczyk M., Nowicki M. (2008), *Współpraca w zespole terapeutycznym – podstawowa zasada profesjonalnej opieki nad chorym dializowanym otrzewnowo – założenia a rzeczywistość*, Pol. Merk. Lek., XXIV, Supl. 4, 12, s. 12–14
- Gelso J.C., Hayes J.A. (2005), *Relacja terapeutyczna*, GWP, Gdańsk
- Heidema J.M., McKenzie C.A. (2006), *Budowanie zespołu z pasją*, Rebis, Poznań

- ICF – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (2001), World Health Organization, Geneva
- Jankowiak B., Bartoszewicz A. (2003), *Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego*, [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, s. 117–125
- Kapala W. (2007), *Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania*, „Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo”, 1(1), <http://www.pielęgniarki.info.pl/files/1171312974.pdf>
- Łukowska K. (2013), „Co dwie głowy to nie jedna”, czyli o procesach (i pułapkach!) podejmowania decyzji przez zespoły interdyscyplinarne i grupy robocze, „Niebieska Linia”, vol. 1(84), s. 21–23
- Kochańska V. (2005), *Rola przekazu informacji pomiędzy zespołem terapeutycznym a pacjentem*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, vol. 4(13), s. 53–59
- Murawiec S. (2000), *Integracja różnych podejść klinicznych w procesie leczenia i rehabilitacji schizofrenii – próba zastosowania praktycznego*, [w:] *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*, red. J. Meder, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, s. 21–27
- Osińska A. (2013), *Praca zespołowa w szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji*, http://ore.edu.pl/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=665
- Sowińska-Gługiewicz I. (2008), *Zespół terapeutyczny a podmiotowość pacjenta*, IV Ogólnopolskie Warsztaty Naukowo-Szkoleniowe Sekcji Dermatologicznej PTA, Słupsk-Ustka, 07-10 lutego, <http://www.alergologia.org/spis-publicacji/44-iv-zimowe-warsztaty-sekcji-dermatologicznej-pta-/818-Zespol-terapeutyczny-a-podmiotowo-pacjenta>