

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ VE VYBRANÝCH NEMOCNICÍCH
ČR**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce
Ing. Iva Brabcová

Autor
Bc. Martina Lhotská

2010

Human resources management in selected hospitals in the CR

Human resources management, that is the management of the most valuable thing hospitals possess, is currently a much debated issue. Human resources are the key factor for success in all activities a medical facility deals with. The theoretical part provides the readers with information concerning the issue of human resources management in general; the paper focuses on individual SAK CR standards relating to human resources management. The second part is devoted to research, which took place in two stages. It was a qualitative and quantitative research. In the qualitative part, we addressed the deputy managers of nursing care from hospitals in Jindřichův Hradec, Pelhřimov, Benešov and Havlíčkův Brod, with whom we had semi-structured interviews. The questions for the interviews were based on the SAK CR standard on human resources management. Ritchie and Spencer framework analysis was used for processing the qualitative data. After processing the talks, the quantitative part of the research was prepared. We defined hypotheses; we developed a questionnaire for nurses working in the above-mentioned hospitals for the verification of the hypotheses. The entire survey was carried out in January - March 2010. The main objective of the survey was to map the compliance with the SAK CR standards in human resources management of nursing care in the selected hospitals. Based on the master objective, we identified seven sub-goals: 1. To determine whether the hospitals define the number of qualified staff needed to ensure adequate nursing care for their patients and a plan to develop the qualifications of the nursing staff. 2. To determine whether the hospital keep individual files for each member of their nursing. 3. To map whether the hospitals have a job description for each nursing care worker corresponding to their qualifications. 4. To determine whether nursing care workers are trained with respect to their positions at the beginning. 5. To map whether the hospitals define clearly general competences for nurses. 6. To determine whether the hospitals carry out training of their nursing staff on OSH. 7. To map whether the hospitals monitor in an appropriate form the satisfaction of their nursing staff. All the objectives of the paper have been met. Hypotheses H1: The hospitals plan a sufficient number of qualified nursing staff, H2: the nursing staff is enabled continuous training for skills upgrading, H4: Each nursing care worker knows

their job description their corresponds to their qualification, H5: The nurses are familiar with the aspects of the adaptation process of new employees, H6: The nursing staff knows the determined scope of their competence, H7: The hospitals carry out the training of their nursing staff in OSH, and H8: The employees are free to express their views on satisfaction with their jobs at least once a year, have been confirmed. The nurses believe that the number of nursing staff in their departments is sufficient; they have the opportunity to participate in lifelong learning but they must bear the expenses themselves. Nurses know their job description and they observe it and they know the scope of their competences as well. The nurses have information about the existence, duration and method of completing the adaptation process of new employees. The nurses confirmed that regularly participate in OSH training, and they have an opportunity to express their satisfaction with the job at least once a year. Only one hypothesis, H3: Each member of the nursing team has some knowledge about their personal file, has not been confirmed. The nurses are unaware of the documents contained in their personal files, and they do not know where their personal files are stored. This paper may be useful to members of nursing teams who would like to learn more about the issue of human resources management with regard to the SAK CR standard.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Řízení lidských zdrojů ve vybraných nemocnicích ČR“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 24. 5. 2010

.....

podpis

Poděkování:

Děkuji Ing. Ivě Brabcové za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí cenných rad a povzbuzení v časech nelehkých.

Další poděkování patří všem respondentům za jejich ochotu, vstřícnost a trpělivost.

A v neposlední řadě děkuji i rodině, která mi byla po celou dobu velkou oporou a bez jejíž pomoci bych studium realizovat nemohla.

OBSAH

ÚVOD	3
1 Současný stav	5
1. 1 Řízení lidských zdrojů	5
<i>1.1. 1 Strategické řízení lidských zdrojů</i>	6
<i>1. 1. 2 Modely řízení lidských zdrojů</i>	7
<i>1. 1. 3 Cíle řízení lidských zdrojů ve zdravotnických zařízeních</i>	8
<i>1. 1. 4 Charakteristiky řízení lidských zdrojů ve zdravotnických zařízeních</i>	9
1. 2 Personální útvar ve zdravotnictví	10
1. 3 Management v ošetrovatelství	12
<i>1. 3. 1 Úrovně managementu</i>	14
<i>1. 3. 2 Komponenty managementu</i>	15
<i>1. 3. 3 Osobnost manažera</i>	17
1. 4 Kvalita poskytované péče ve zdravotnictví	19
<i>1. 4. 1 Hodnocení kvality ve zdravotnictví</i>	21
<i>1. 4. 2 Organizace vyhodnocující kvalitu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních</i>	22
1. 5 Akreditace zdravotnických zařízení	26
1. 6 Národní akreditační standardy pro nemocnice	27
<i>1. 6. 1 Standard 57</i>	28
<i>1. 6. 2 Standard 58</i>	32
<i>1. 6. 3 Standard 59</i>	35
<i>1. 6. 4 Standard 60</i>	36
<i>1. 6. 5 Standard 61</i>	38
<i>1. 6. 6 Standard 62</i>	40
<i>1. 6. 7 Standard 63</i>	44
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	47

2.1 Cíle práce	47
2. 2 Výzkumné otázky	47
2. 3 Hypotézy	48
3 METODIKA	49
3. 1 Použitá metoda	49
3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru	49
4 VÝSLEDKY	50
4.1 Přepisy rozhovorů s hlavními sestrami.....	50
4. 2 Kategorizace dat získaných z rozhovorů	74
4. 3 Výsledky dotazníků pro sestry.....	87
5 DISKUZE	114
6 ZÁVĚR	125
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	127
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	132
9 PŘÍLOHY	133

ÚVOD

Řízení lidských zdrojů prošlo od svého počátku do současnosti velkým vývojem. Již na přelomu 19. a 20. století se podnikatelé a manažeři zajímali o příčiny zájmu nebo nezájmu zaměstnanců o jejich práci. Hned od počátku byla jasné, že nespokojený zaměstnanec, který není patřičně motivován odvádět kvalitní výkon, nebude pro organizaci přínosem. Ne nadarmo se říká, že řízení lidských zdrojů je řízení toho nejcennějšího, čím firma disponuje. Velký podíl na úspěchu organizace má vedoucí pracovník, především jeho přístup k podřízeným. To, jak umožní lidem dosahovat spokojenosti v zaměstnání, jak je bude motivovat. Manažerem se ale člověk nestane přes noc. Musí mít pro výkon své funkce určité předpoklady, charisma, měl by vědět o slabých i o silných stránkách svých zaměstnanců a především neustále pamatovat na to, že jedině týmovou spoluprací lze dosahovat kýžených cílů. Není možné upřednostňovat zájmy jedince nad zájmy kolektivu. Myslím, že není od věci, má-li manažer možnost získat základní informace o vedení lidí alespoň v certifikovaném kursu, pokud ne rovnou studiem v některé ze vzdělávacích institucí.

Ve zdravotnictví je týmová práce jedním z hlavních předpokladů úspěchu. Manažeři mají nelehkou úlohu vyrovnávat se s každodenními problémy, které práce s lidmi přináší. Záleží na každém, jaký styl vedení bude ve své práci uplatňovat. Musí ale svou práci vykonávat tak, aby jeho podřízení věděli, co, jak a hlavně proč to mají dělat.

Během své praxe ve zdravotnictví jsem se setkala s různými typy manažerů, ale stále se mi zdálo, že teorie je na míle vzdálená praxi. Proto, když se naskytla příležitost zpracovat diplomovou práci na téma řízení lidských zdrojů, řekla jsem si, proč nezkusit podívat se na problém z jiného úhlu a třeba si i opravit svůj náhled na věc.

Stále se hovoří o tom, co akreditace nemocnic znamená pro pacienty, co jim přinese, jaké záruky jim poskytuje. A mě napadlo zjistit, jaké výhody přináší pro zaměstnance. Kromě nesporných výhod týkajících se péče poskytované pacientům-klientům. Zajímalo mě, jakým způsobem pamatují akreditační standardy na zaměstnance samotné. Pouze ve vztahu k jejich osobě. Často totiž z úst zdravotníků slyším, že akreditace kromě narůstající administrativy nepřináší nic kladného. Ale

nikdo přeci nemůže očekávat, že akreditace je všemocná a bude věci zlepšovat bez našeho přičinění.

Cílem této práce je zmapovat dodržování standardů SAK ČR v oblasti řízení lidských zdrojů ošetrovatelské péče ve vybraných nemocnicích. Výzkumné šetření má dvě fáze. Jedná se o kvalitativně kvantitativní šetření. První, kvantitativní, část tvoří rozhovory s manažery ošetrovatelské péče vybraných nemocnic a druhá část se týká šetření mezi sestrami těchto nemocnic. Kvantitativní šetření probíhá metodou dotazování formou dotazníků, sestavených na základě hypotéz vzešlých z rozhovorů s manažery ošetrovatelské péče.

1 SOUČASNÝ STAV

1. 1 Řízení lidských zdrojů

„Řízení lidských zdrojů je definováno jako strategický a logicky promyšlený přístup k řízení toho nejcennějšího, co organizace mají – lidí, kteří v organizaci pracují a kteří individuálně i kolektivně přispívají k dosažení cílů organizace (2, str. 27)“.

Zdravotnictví čelí v této době významnému paradoxu. První pohled na věc ukazuje, že díky biomedicínckému výzkumu a zvyšujícím se investicím do zdravotnictví dochází k rozvoji poznatků, technologií a dovedností, které by měly umožnit lépe řešit problémy spjaté se zdravotním stavem populace. Druhá strana mince ale ukazuje, že i přes opakované snahy o reformu zdravotnictví dochází pouze k částečnému zlepšení v oblasti účinnosti, efektivnosti a spravedlivé dostupnosti zdravotnických služeb. Jedním z faktorů, které mají na tomto stavu svůj nezanedbatelný podíl, jsou lidské zdroje. Přesněji řečeno, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. Hlavní problém tkví především v nedostatečném počtu zdravotnického personálu, lékařských i nelékařských profesí. S tím souvisí i nedostatečná kvalifikace pracovníků nebo jejich nerovnoměrné zastoupení v jednotlivých regionech. Prvotním zájmem všech zdravotnických zařízení je poskytovat kvalitní lékařskou i ošetrovatelskou péči. Chybou ale je, pokud se management nemocnice zaměří pouze na výsledky procesu poskytování služeb a nehledá rezervy v jejich zajištění. Pouze v případě, že disponuje dostatečným počtem erudovaných loajálních pracovníků, může očekávat odměnu v podobě spokojených klientů-pacientů (8).

V současné době, kdy je celá naše společnost ovlivněna finanční a ekonomickou krizí, stává se řízení lidských zdrojů středem pozornosti. Nemocnice se totiž snaží navrhovat strategie, které jim pomohou vyrovnat se s nastalou situací. Krom jiných faktorů je třeba mít na paměti, že společnost tvoří skupiny lidí, nýbrž jednotlivci, kteří mají vlastní cíle a požadují individuální řešení pracovních podmínek a odměňování. Více než kdykoli předtím je zdůrazňována potřeba znalostí a dovedností lidí. Záleží na zdravotnickém zařízení, jakým způsobem je schopno proměnit je v hodnoty. Řízení lidských zdrojů považujeme za nejdůležitější oblast řízení.

Ve zdravotnictví, kde je interakce mezi lidmi součástí profese, jsou lidské zdroje v popředí zájmu. Jsou klíčovým faktorem úspěchu ve všech činnostech, jimiž se zdravotnické zařízení zabývá. Lidské zdroje uvádí do pohybu všechny ostatní zdroje. Tedy technologické, finanční a informační. Řízení lidských zdrojů se skládá z pasivní personální administrativy, operativního personálního řízení a z koncepčního řízení. Podílí se na něm vrcholový management, a to tím, že stanoví vizi a strategii, jakou se jí dosáhne. Dalším, kdo má na tuto problematiku vliv, jsou vedoucí pracovníci jednotlivých úseků. A také personální útvar zabezpečující administrativní činnosti a metodiku personálního řízení (8, 18).

1.1.1 Strategické řízení lidských zdrojů

Strategické řízení lidských zdrojů je přístup, který je v souladu se záměry organizace o jejím budoucím směřování. Z úvodní definice vyplývá, že řízení lidských zdrojů spočívá ve strategickém přístupu k řízení toho nejcennějšího ve firmě, tedy lidí. Strategické plánování probíhá většinou ve dvou fázích. Nejprve dojde k formulování strategie, posléze k její realizaci. Strategii lze chápat jako dlouhodobý záměr organizace přizpůsobovaný prostřednictvím svých zdrojů měnícímu se prostředí, trhům a klientům tak, aby bylo splněno očekávání všech zainteresovaných stran. Strategie umožňuje získávání konkurenční výhody. Pojetí strategie není jednoznačné, může mít více významů. Lze hovořit o plánu (směr, návod), ideálu (důslednost v chování v průběhu času), stanovisku (základní způsob činnosti organizace), taktickém triku (manévr směřující k oklamání konkurence). Strategie se vždy týká něčeho, co by mělo být, nikdy neexistuje v současnosti. Je popisem budoucí akce, která povede k nějaké změně. Nejedná se jen o formální prohlášení, je výsledkem akcí a reakcí (2).

Formulování strategie má za úkol stanovit budoucí směřování nemocnice. Rozděluje a přiděluje zdroje a vyslovuje sliby, které jsou odrazem závazků definovaných při stanovování strategie. Pro strategické řízení by bylo nejvhodnější, aby bylo dosaženo rovnováhy mezi měkkými a tvrdými prvky. Tedy mít správné zdroje pro dosahování svých cílů, využívat je efektivně. Zároveň by ovšem měly brát v úvahu lidskou stránku věci obsaženou v koncepci měkkého strategického řízení lidských

zdrojů. Praxe je zcela jiná. Management nemocnic většinou upřednostňuje tvrdý přístup a měkké prvky ponechává stranou.

Filozofie strategického řízení je založena na zdrojích. Existují tři možné přístupy. Řízení zaměřené na výkon, na vysokou míru oddanosti a na vysokou úroveň zapojování pracovníků do rozhodování. Všechny tyto přístupy mají za úkol dosáhnout výhody plynoucí z lidských zdrojů. První přístup bude orientován na úsilí organizace o kulturu rozvoje a výkonu. Zbylé dva povedou k rozvoji oddaného a angažovaného personálu. Odpovědnost za strategii je v současné době rozdělena mezi personální útvar instituce a manažery první linie, tedy těmi, kteří jsou v přímém každodenním kontaktu s podřízenými (2, 49).

1. 1. 2 Modely řízení lidských zdrojů

Jedna z prvních formulací pojetí řízení lidských zdrojů pochází z Michiganské školy. Jde o takzvaný model shody. Systémy lidských zdrojů a struktura organizace měly být řízeny v souladu se strategií organizace. Ve všech organizacích dochází ke čtyřem typickým procesům. Je to především výběr, kam řadíme spojování lidských zdrojů a pracovních míst. Dále pak hodnocení, neboli řízení pracovního výkonu. Jedním z nejvíce nedostatečně využívaných a špatně prováděných manažerských nástrojů je odměňování. Musí docházet k odměňování krátkodobých i dlouhodobých výsledků a brát na zřetel to, že zdravotnické zařízení musí fungovat a rozvíjet se v současnosti, aby mohlo uspět v budoucnosti. S tím souvisí i poslední proces, proces rozvoje, který klade důraz na rozvíjení vysoce kvalitních pracovníků (2).

Druhý systém bývá označován jako Harvardský. Zakladatelem je harvardská škola Beera a kol. Tento systém je založen na strategické vizi manažerů, kteří musí jasně naplánovat, jací pracovníci budou v organizaci zaměstnáni, jak se budou rozvíjet a jakým způsobem bude tohoto dosaženo. Pokud k tomuto nedojde, bude řízení lidských zdrojů pravděpodobně jen soubor nezávislých činností a každá se bude řídit svou vlastní zaběhnutou tradicí. Autoři tohoto systému poukazují na důležitost dlouhodobé strategie plánování v oblasti řízení lidských zdrojů. Lidské zdroje jsou podle nich bohatstvím pro organizaci a ne pouze nákladovou položkou. Na řízení lidských zdrojů se podílí celý management a ne pouze personální oddělení a personalisté. Za výhody tohoto modelu

považuje autor především uznání zájmů zainteresovaných stran, uznává důležitost shody mezi zájmy vlastníků, pracovníků i jiných zainteresovaných skupin (2).

1. 1. 3 Cíle řízení lidských zdrojů ve zdravotnických zařízeních

Hlavním cílem řízení lidských zdrojů je zajistit, aby byla organizace schopna prostřednictvím lidí úspěšně plnit své cíle. Dílčí cíle jsou rozděleny do několika oblastí.

První oblast zajišťuje efektivnost organizace. Strategie řízení lidských zdrojů má za cíl vytvářet klíčové schopnosti nemocnice tak, aby byla schopná konkurence. Určuje účinné postupy v oblastech řízení talentů, znalostí a snaží se o vytvoření tzv. „skvělého pracoviště“. Jedná se o vytváření politiky soustavného zlepšování tvorby vztahů s klienty.

Druhým dílčím cílem řízení lidských zdrojů je řízení lidského kapitálu. Lidský kapitál jsou lidé, kteří pracují v nemocnici, a na nich závisí její úspěšnost. V této oblasti se řízení lidských zdrojů zaměřuje především na získávání a udržení kvalifikovaných, schopných, oddaných a dobře motivovaných pracovních sil.

Nelze opomenout ani řízení znalostí. Je to jakýkoli proces nebo postupy vytváření, získávání, ovládání, sdílení a využívání znalostí, které směřují ke zlepšení vzdělanosti a výkonu v organizaci. Značnou část tržní hodnoty zdravotnického zařízení představuje intelektuální kapitál. Je tedy zřejmé, že lidé svými znalostmi, schopnostmi, kompetencemi a kreativitou tvoří část jeho kapitálu a s jejich odchodem o toto své bohatství nemocnice přichází (12).

Aby nemocnice získala a udržela si vysoce kvalifikované pracovníky, musí být součástí řízení lidských zdrojů i spravedlivý systém odměňování. Předpokladem je, že lidé budou odměňováni podle hodnoty, kterou vytvářejí. Mělo by být jasně stanoveno, co management nemocnice považuje za důležité a za co je připraven platit. Zvýší se tím motivace zaměstnanců a budou se více angažovat v její prospěch. Lidé se cítí lépe, pokud vědí, že odměňování se řídí skutečně odvedeným výkonem, je dodrženo to, co bylo slíbeno, a dostávají to, co potřebují. Zaměstnanci by neměli dostávat nižší odměnu, než si v porovnání s ostatními kolegy zaslouží. Složkami odměňování jsou peněžité odměny a zaměstnanecké výhody. Patří sem i nepeněžité odměny, kam můžeme řadit uznání, ocenění, úspěch, osobní růst (3).

Nesmírně důležitým cílem řízení lidských zdrojů je i snaha o udržení produktivních a harmonických vztahů mezi managementem, lékařskými i nelékařskými profesemi a odbory v nemocnici.

Další dílčí cíl klade důraz na respektování potřeb všech zainteresovaných stran, zabezpečování různorodé pracovní síly. Je třeba brát v úvahu individuální i skupinovou rozdílnost v zaměstnání, osobních potřebách, stylu práce a aspiracích, nabízet všem zaměstnancům stejné možnosti.

A posledním uváděným dílčím cílem je překlenování rozdílu mezi rétorikou a realitou. Výzkumy ukazují, že je propastný rozdíl mezi teorií a praxí. Cílem řízení lidských zdrojů je tuto propast překlenout. K tomuto je zapotřebí spolupráce manažerů všech úrovní i personalistů a musí mít stále na zřeteli, že je snadné přijít s novým nápadem, metodou, ale poté je nutno zabezpečit, aby tyto zásady byly respektovány, dodržovány, zkrátka, aby fungovaly (2).

1. 1. 4 Charakteristiky řízení lidských zdrojů ve zdravotnických zařízeních

Z prací průkopníků a pozdějších autorů koncepce řízení lidských zdrojů vyplývá, že řízení lidských zdrojů je rozmanité, tedy v různých organizacích mohou existovat odlišné modely řízení lidských zdrojů. Storey (1989) rozlišuje měkkou a tvrdou podobu řízení lidských zdrojů (2).

Tvrdý přístup k řízení bývá označován jako velení. Jde-li nemocnice touto cestou, využívá lidských zdrojů stejně jako třeba finančních. Jde tvrdě za svým cílem, kterým je především finanční zisk. Důraz je kladen především na zájem managementu.

Naopak měkká podoba řízení klade důraz na komunikaci, motivování a vedení. Je patrná snaha o zapojení lidí do rozhodování. Z tohoto pohledu je pracovník považován za vysoce ceněné aktivum organizace, zdrojem konkurenční výhody plynoucím z jeho oddanosti a angažovanosti v organizaci (22).

Řízení lidských zdrojů se orientuje na oddanost a angažovanost. Tyto termíny charakterizují určitý okruh chování, který je žádoucí z hlediska organizace. Angažovanost značí stav, kdy jsou lidé svou prací zaujati, mají o ni zájem a jsou připraveni vynaložit úsilí k jejímu vykonání. Termínem oddanost označujeme identifikaci pracovníka s cíli a hodnotami nemocnice, touhu být jejím členem a ochotu

vynakládat v jejím zájmu určitou míru úsilí. Důraz na oddanost je ale některými odborníky kritizován. Svůj nesouhlas vysvětlují tím, že sice pracovník se identifikuje s cíli nemocnice, ale za podmínek diktovaných managementem, moc v systému řízení lidských zdrojů zůstává pevně v rukou zřizovatele a ten se může kdykoli rozhodnout nemocnici zavřít. Jak lze tedy za takovýchto podmínek vyžadovat úplnou loajalitu? (3).

Lidský kapitál nemocnice je jejím bohatstvím, aktivem a ne variabilním nákladem. Alespoň takto o lidských zdrojích hovoří další charakteristika. K úspěšnosti organizace významně přispívají lidé a jejich kolektivní dovednosti, schopnosti, zkušenosti, které jsou využívány v zájmu zaměstnavatele. V několika posledních letech se posouvá pohled na pracovníky k mnohem uvědomělejšímu poznání, totiž že záleží na každém zaměstnanci, nakolik se bude angažovat pro organizaci. Jak se ponoří do řešení problémů, kolik ze sebe vydá energie. Jak se bude zdokonalovat, zda bude podávat výkony na nejvyšší možné úrovni. Nebo zda se dosti nepochopitelně bude držet stranou. Nejvíce ceněným aktivem každého pracovníka jsou jeho znalosti. Výzkumy ukazují, že nejlépe zhodnocenou investicí do zaměstnanců je podpora jejich dalšího vzdělávání (55).

Filozofie řízení lidských zdrojů je založena na unitárním přístupu. Vychází se z toho, že zaměstnanci mají stejné zájmy jako zaměstnavatel. Tomuto náhledu na problematiku ale konkuruje realističtější přístup, pluralistický. Ve všech organizacích existuje řada zájmových skupin a zájmy zaměstnavatelů a zaměstnanců se nemusí vždy shodovat.

Řízení lidských zdrojů je aktivita prováděná manažery. Praktické řízení lidských zdrojů je záležitostí liniových manažerů. Ve zdravotnických zařízeních mluvíme o staničních sestřích. Liniovní manažeři jsou považováni za nástroj, který uvádí do života politiku lidských zdrojů. Koncepce řízení lidských zdrojů je založena na filosofii managementu. Zájmy personálu nemocnice jsou uznávány, ale jsou podřizovány zájmům organizace (2).

1. 2 Personální útvar ve zdravotnictví

Personální útvar se zaměřuje na řízení a rozvoj lidí v organizaci. Zabývá se mnohými personálními činnostmi. Vytvářením a rozvojem organizace, personálním

plánováním, (především krátkodobým), řízením talentů, znalostí, získáváním a výběrem pracovníků, vzděláváním, rozvojem, řízením odměňování, vztahy s pracovníky, důchodovou agendou. Bezpečností a ochranou zdraví při práci, péčí o pracovníky, personální správou, plněním ze zákona vyplývajících povinností, záležitostmi rovného zacházení, řízením kulturně rozmanitých pracovníků. Má na starosti personální informační systém. To znamená, že zjišťuje, uchovává a analyzuje informace, které mají souvislost se zaměstnanci, jejich prací, mzdou a sociálními záležitostmi. Osoba, jež má ve zdravotnickém zařízení na starosti personální agendu, se zabývá i rozmisťováním pracovníků, spolu s jejich přijímáním a propouštěním, shromažďuje informace o pracovních místech a zpracovává předepsané statistiky a analýzy (2).

Personální útvar má za úkol umožnit organizaci dosáhnout cílů tím, že jí předkládá podněty, intervnuje, poskytuje rady a podporu ve všem, co se nějak týká jejich zaměstnanců. Může hrát důležitou roli při vytváření podmínek pro co nejlepší využití schopností zaměstnanců, které zužitkují ku prospěchu organizace i k rozvoji svého vlastního potenciálu. Poskytuje rady a služby, které umožní nemocnici dosažení cílů prostřednictvím lidí. Personální útvar by se měl angažovat v procesu neustálého zvyšování výkonu celé organizace i jednotlivých pracovníků (2, 18, 28).

Organizace a personální obsazení útvaru závisí na mnoha faktorech. Především na velikosti nemocnice, na typu poskytované péče a také na roli, která je zdravotnímu zařízení připisována. Neexistuje žádná norma určující, kolik lidí smí vést jeden personalista. Je doporučeno, aby vedoucí personálního útvaru byl přímo odpovědný výkonnému řediteli a měl by být členem nejužšího vedení. Tak, aby mohl přispívat k vytváření nemocniční strategie a mohl plně hrát svou roli při formulování a integraci personálních strategií a personální politiky. Rady a služby personálního oddělení mohou být zabezpečovány přímým poskytováním služeb nebo pomocí outsourcingu personální práce (zabezpečování personální práce z vnějších zdrojů). V praxi to znamená, že některé činnosti personálního útvaru jsou přenechány externí firmě a personalisté mohou pokrývat pouze ty služby, které přímo přispívají k dosažení konkurenční výhody nebo ji pomáhají udržet. Důvodem pro využívání outsourcingu může být úspora nákladů, protože služby jsou levnější a lze zmenšit personální útvar. Druhým pozitivem

je koncentrace úsilí personalistů, kteří nejsou odváděni od svých klíčových úkolů. A v neposlední řadě je to i získání odbornějších služeb, kdy lze nakoupit know-how a zkušenosti, kterými organizace nedisponuje (2, 18).

Personální práce spočívá v optimalizaci počtu zaměstnanců. Role personalistů se liší podle úrovně, na jaké pracují, podle potřeb organizace, podle jejich schopností a také podle toho, jsou-li specialisté nebo generalisté (ředitel lidských zdrojů, manažer lidských zdrojů). Role může být proaktivní (iniciátor), reaktivní (reaguje na požadavky) nebo směs obou. Personalisté poskytují služby managementu, ale i všem ostatním zaměstnancům. Kromě poskytování služeb jsou svým způsobem do jisté míry odpovědní i za vedení a usměrňování manažerů, radí jim. Soustřeďují se na dodržování zákonů a předpisů týkajících se oblasti práce, zaměstnávání lidí a lidských práv. Spolu s manažery první linie jsou partnery v podnikání a jsou odpovědní za úspěchy nebo neúspěchy celého zdravotnického zařízení. Měli by být schopni vidět širší souvislosti věcí, umět rozpoznat příležitosti nemocnice a snažit se, aby jejich práce napomáhala k dosahování cílů nemocnice (2, 29).

1. 3 Management v ošetrovatelství

Koncepce ošetrovatelství vydaná Ministerstvem zdravotnictví České republiky uvádí, že nejvyšším článkem oboru je Ministerstvo zdravotnictví. Ošetrovatelství metodicky řídí a kontroluje příslušný odborný útvar. Jeho náplní je sledovat všechny záležitosti odborné, ekonomické, legislativní, spojené s ošetrovatelstvím a s prací personálu a vyjadřovat se k nim. Tento útvar je kompetentní ke zřizování a ustanovování pracovních skupin a komisí. Ty jsou v roli poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. V pracovních skupinách a komisích jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a vzdělávacích institucí. Struktura řízení v jednotlivých zařízeních je závislá na vedení konkrétní instituce (51).

Management je definován jako proces s mezilidskými a technickými aspekty, kterým se při hospodárném využití materiálních, lidských, finančních a technických prostředků plní cíle organizace. Je to proces plnění pracovních cílů, optimalizace chování subjektu prostřednictvím jiných pracovníků, řádně, včas a v rámci rozpočtu.

Pojem management je používán pro usměrňování, ovládání něčeho vně člověka. Často je spojován s uplatněním moci. Člověk neusměrňuje pouze procesy kolem sebe nebo někoho, ale i sám sebe. Jde mu o dosažení svých cílů, uspokojení svých potřeb. Mluví se o sebeřízení, sebeovládání. Podstatné je, že sebeřízení i řízení druhých lidí spolu bezprostředně souvisí, vzájemně se podmiňuje. Přechod do vedoucí funkce znamená převzetí pozice s určitou pravomocí a odpovědností. Je potřeba rozlišovat mezi řízením a vedením lidí. Zatímco řízení je zaměřeno na rozumovou logickou a racionální stránku, málokdy dochází k přímému kontaktu mezi nadřízeným a podřízeným. Vedení spočívá především v působení na zaměstnance takovým způsobem, aby byli motivováni k podávání kvalitních výkonů (16, 44).

Vést druhé lze několika způsoby. Obecně jde o přístup nadřízeného k podřízeným. Mluvíme o stylech vedení. Styl, v němž vedoucí využívá svého postavení, sám rozdává úkoly, nařizuje, a to bez zájmu o názor skupiny, označujeme jako autokratický. Nadřízený neinformuje skupinu o cílech, používá tresty, ignoruje osobní potřeby nebo přání podřízených. V dobách minulých byl velmi rozšířen. Z dnešního pohledu je považován za velmi nevhodný. Vede k plnění vytýčených cílů, ale za cenu nespokojenosti podřízených a rozporů v kolektivu. Nemotivuje personál. Podřízení mají obavy z postihu. Manažer uplatňující tento styl vedení vychází z předpokladu, že práce je pro každého nutné zlo, a proto je potřeba držet nad lidmi pevnou ruku, jelikož bez hrozby trestu neodvedou kvalitní výkon (44).

Liberální, neboli nezúčastněný styl, můžeme označit také za málo vhodný. Manažer se vyhýbá rozhodování, nechá podřízené pracovat dle jejich uvážení, nekontroluje je. Skupině dává absolutní samostatnost. Takovýto styl je možno realizovat pouze u skupiny pracovníků s vysokou odborností, pracujících samostatně.

Demokratický styl, dnes nejvíce preferovaný, je charakterizován zájmem nadřízeného o názor podřízených. Diskutuje s nimi, informuje je o cílech, udržuje s pracovníky přátelské vztahy. Zajímají ho i osobní záležitosti pracovníků, zjišťuje jejich potřeby, umožňuje jim využít jejich schopnosti i kvalifikaci. Tento manažer předpokládá, že práce je pro člověka součástí života stejně jako zábava, každý má přirozenou potřebu být zapojen do pracovního procesu. Kontrolu provádí pouze

v nezbytně nutných případech, ponechává členům svého týmu velkou samostatnost a zároveň i odpovědnost (27, 44).

1. 3. 1 Úrovně managementu

Na každé úrovni jsou požadavky na manažera jiné a potýká se i s jinými faktory zasahujícími do jeho práce.

Manažeři první linie zajišťují činnosti, které souvisí především s plněním každodenních úkolů. Tito pracovníci zabezpečují komunikaci s vedením organizace a řadovými pracovníky. V zdravotnictví mluvíme o staničních sestřích, vedoucích lékařích, vedoucích jednotlivých úseků. Do jejich kompetencí spadá operativní řízení, krátkodobé plánování, psaní služeb, zapracování nových absolventek a především jednání a práce s lidmi. Od těchto manažerů se především očekává smysl pro spravedlnost při odměňování nebo sankcionování (15, 18).

Střední manažeři koordinují výkonné operativní činnosti, jejich úkolem je především získávání a předávání informací, měli by umět sladit prvky koncepce a operativního řízení a být schopni orientovat se v mezilidských vztazích. Sestavují spíše krátkodobé a střednědobé plány, na svých úsecích provádějí motivační programy. V nemocnicích mluvíme o primářích, vrchních sestřích nebo vedoucích oddělení. Tato skupina řídí manažery v první linii (15, 18).

Vrcholoví manažeři, často nazývaní top management, jsou špičkoví řídicí pracovníci, pohybující se na vrcholu manažerské pyramidy (příloha 3). Jsou zaměřeni především na dlouhodobé plánování, určují strategii nemocnice, vizi a koncepci poskytovaných služeb. Mají velkou zodpovědnost za usměrňování a koordinaci hlavní činnosti. Řadíme sem ředitele, náměstka pro léčebnou péči, náměstka pro ošetrovatelskou péči. V různých nemocnicích mohou mít pro tyto funkce odlišné názvy. Po emocionální stránce se od top manažerů očekává především manažerské charisma.

Pro optimální chod organizace je potřeba, aby byla jasně stanovena odpovědnost a pravomoci jednotlivých manažerů, které jim umožní plnit jejich funkce. Strukturu řízení ošetrovatelské péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních určuje vedení příslušného zařízení (15, 18, 30, 51).

1. 3. 2 Komponenty managementu

Funkce, které manažeři plní, jsou plánování, organizování, personální zajištění, vedení a kontrola. Tyto funkce plní manažeři kterékoli řídicí úrovně a lze je vyjádřit kruhem, jenž bývá nazýván manažerským cyklem.

Plánování je proces rozhodování o tom, jak bude probíhat nějaká akce. Zajišťuje dostatek zdrojů pro splnění úkolu, nastavuje rozvržení práce tak, aby nedocházelo ke zbytečným prostojům, a stanovuje pracovní priority. Plánování zahrnuje výběr úkolů, cílů a činností, které jsou potřebné pro jejich dosažení. Předem dochází k rozhodování, co je potřeba udělat ten který den, měsíc nebo roky dopředu. Týká se práce všech zdravotnických pracovníků. Je založeno na podrobné úvaze o tom, čeho se chce dosáhnout a jak toho dosáhnout v rámci daného souboru prostředků. Analýza situace je základem pro kvalitně vypracovaný plán a odkrývá problémy vyžadující řešení. Plánování je možno rozdělit do tří skupin – stálé, strategické a dlouhodobé. Základem je stálé plánování, které stanovuje každodenní nebo standardní aktivity. Správně naplánovaná péče o pacienty ušetří celému kolektivu čas, ale i nemalé finanční prostředky, které by mohly být vynaloženy v případě nekoordinovaných postupů. Strategické plánování je součástí strategie pro zachování konkurenceschopnosti. Toto plánování není jednoduché a ne každý zdravotník je schopen činit ho adekvátním způsobem. Je potřeba neustále vyhodnocovat situaci a být připraven na možnosti odchýlení se od standardních situací při péči o nemocné. Umět se správně a ve správný čas rozhodnout. Dlouhodobé plánování je zaměřeno na budoucnost, je všeobecnější a určuje směr růstu organizace. Takovým plánováním se zabývá především top management. Je ovšem nutné seznámit s cíly plánů všechny zaměstnance a předložit kritéria, díky nimž bude možno cíle dosáhnout. Může být určeno pro jednoleté, pětileté nebo desetileté období. Tyto plány podléhají stálé pravidelné revizi tak, aby reagovaly na měnící se okolnosti a docházelo k relevantnímu stanovování cílů do budoucna (4, 18).

Organizování spočívá ve spojování pracovních míst a lidí tak, aby bylo možno dosahovat cílů organizace. Mechanismus, kterým lze tohoto dosáhnout, je známý jako vertikální nebo horizontální. Vertikální rozlišení je charakterizováno počtem rovin,

kteří jsou potřeba pro práci organizace. Management má na výběr mezi strukturou plochou nebo vysokou. V případě horizontálního rozlišení se mluví o potřebě oddělení aktivit, aby se dosáhlo hospodárnějšího a efektivnějšího výkonu. Stane se tak prostřednictvím vytváření oddělení v organizaci. Organizace práce na jednotlivých odděleních je zachována tak, aby nedošlo k omezení poskytované péče. Ošetrovatelskou péči lze poskytovat několika způsoby. Záleží na nemocnici, jaký model vybere pro bezproblémové zajištění péče o své klienty. Nejčastěji užívaným modelem je asi skupinová péče. Další možné modely jsou primární ošetrovatelství, standardní ošetrovatelství a case management (4, 18).

Obsazování pracovních míst neboli personalistika je aktivita zajišťující dostatečný počet kvalifikovaného personálu pro plnění cílů organizace. V této fázi se v nemocnici uplatňuje především sestra manažerka, která má za úkol rozhodnout o počtu a kvalitaci zaměstnanců. Její role je ale zatížena ekonomickou situací. Nemá možnost zaměstnat tolik sester, kolik by považovala za vhodné pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Je omezena vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, která stanoví normu lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků pro jednotlivá oddělení.

Prostřednictvím vedení dochází k usměrňování lidí tak, aby plnili cíle organizace a byli pro organizaci prospěšní. Jde tedy o řízení lidí. To v sobě zahrnuje pět specifických pojmů: udílení pokynů, dohled, vedení, motivaci a komunikaci. Pokyny mají být jasné, stručné, logické, odpovídat situaci. Při udílení pokynů sestra manažerka musí dbát na tón hlasu, kterým je udílí, a přizpůsobit ho situaci, v které je udílí. A je-li to možné, měla by uvést důvod nařízení. Dohled se týká školení a disciplíny pracovní síly a kontroly plnění příkazů. Vedení je schopnost manažera motivovat podřízené k optimálnímu výkonu pro dosažení cílů. Motivování ovlivňuje schopnosti manažera pro objevení potřeb zaměstnanců a následné hledání možností v organizaci pro jejich plnění. Dobře motivovaní lidé mají jasně stanoveny cíle a činí kroky, které je k těmto cílům dovedou v souladu se zájmy organizace. Poslední aktivitou je komunikace. Tvoří nejméně 80 % manažerské činnosti. Týká se toho, kdo, co, jak a proč říká. Manažer by se měl vždy ujistit, že lidé rozumí tomu, co říká. Při komunikaci existuje řada bariér, které musí mít manažer na paměti (lidé slyší jen to, co chtějí slyšet, některá slova

mohou chápat jinak než ostatní, mohou být ovlivněni kolektivem, osobou, jež přichází se sdělením, nebo ignorují informace, s nimiž nesouhlasí). Pokud nedojde k překonání těchto bariér, může celý komunikační kanál selhat a k posluchači se dostane informace změněná, nebo se k němu nedostane vůbec (4, 18, 44).

A během kontrolování dochází k měření a korekci provedení individuálních i celkových aktivit organizace s cílem dosáhnout jistoty, že budou v souladu s plánem. Týká se manažerů všech rovin (14).

1. 3. 3 Osobnost manažera

Manažer, osoba pověřená řídit skupinu spolupracovníků, odpovědná za její výsledky, je formálním vedoucím skupiny. Manažer je jmenován jmenovacím dekretem. Od manažera očekáváme vysokou výkonnost. Jeho role klade velké nároky na psychiku. Měl by umět jednat s lidmi a získávat je. Jeho práce obnáší nutnost neustálého se přizpůsobování měnícím se podmínkám vnějšího prostředí, odolnost vůči stresovým faktorům (27).

Jedním z úkolů dobrého manažera je vytvořit na svém pracovišti takové klima, aby lidé, které řídí, byli spokojeni. Pokud chce manažer lidi řídit dobře, musí je umět motivovat. Každý manažer by si měl uvědomit, že k úspěchu vede pouze týmová práce, měl by být schopen tým stmelit, nadchnout, motivovat a odměňovat. Jistě je něco pravdy na přísloví, že každý tým je tak silný, jak silný je jeho nejslabší článek (19).

Tím, že je někdo jmenován do vedoucí funkce, se ještě manažerem nestává. Není to tak ani v případě sestry manažerky. Problémy se mohou vyskytnout především při řízení zkušených sester, které již mají několikaletou praxi v oboru. Tyto sestry se budou hůře přizpůsobovat změnám. Na rozdíl od sester nových, které hýří energií, snahou ukázat, co v nich je. U těchto sester je ale zase třeba vynakládat zvýšené úsilí k tomu, abychom je usměrnili do správných kolejí.

Na každém manažerovi záleží, jaký styl vedení bude v praxi uplatňovat. Ovšem pro to, aby mohla sestra úspěšně vést kolektiv podřízených, by tedy měla mít na paměti několik doporučení. Hlavně pokud je mladší než většina jí svěřeného týmu. Zpočátku bude muset pracovat na tom, aby si získala respekt podřízených. Problémem obecně je neefektivní komunikace mezi lidmi. Sestra manažerka by měla se svými podřízenými

hovořit otevřeně o svých plánech, ponechat prostor pro diskuzi. Z diskuze by měly vzejít cíle, kterých budou chtít podřízení společně s manažerkou dosáhnout, a k nim musí vedoucí pracovník přihlížet při plánování dalších kroků. Jako vhodné se jeví pravidelné schůzky s podřízenými, kdy budou probírány provozní záležitosti. Na těchto mítincích by se měl mít každý možnost vyjádřit bez obav, že bude zesměšněn nebo potrestán. Manažerka by měla být rozhodná, ale ne zatvrzelá, nepřístupná domluvě. Samozřejmostí je veřejná pochvala za správnou myšlenku, pozitivní chování, naopak téměř zakázané je veřejné kárání a zesměšňování (44).

Dobry manažer rozumí lidem, přistupuje k nim individuálně a podle toho s nimi jedná. Jde lidem příkladem, silou neformální autority, motivuje je. Potřebná rozhodnutí by měl s podřízenými prodiskutovat, nastítnit situaci, uvést důvody, proč k tomu konkrétnímu kroku přistoupil. V tom případě totiž lidé lépe přijmou i nepopulární rozhodnutí a lépe se přizpůsobí nové situaci. Často také přinesou své myšlenky a informace, navrhnou řešení problému. Je třeba, aby měli pocit, že na nich záleží, že jsou „na palubě“ (42).

Manažer vystupuje jako vůdce kolektivu. Proto by měl mít určité charisma, sílu osobnosti. Stále dohlíží na to, zda tým pracuje efektivně, hledá cesty, jak výkon týmu zlepšit. Od manažera se očekává jasné vymezení cílů, vyjádření přání, pokynů, příkazů, námětů. Ve složitých situacích se musí umět správně rozhodnout. Akceptuje názory spolupracovníků, poskytuje jim zpětnou vazbu, kreativně přistupuje k řešení problémů. V případě organizačních změn musí reagovat pružně, být flexibilní. Pokud se vyskytnou problémoví pracovníci, je potřeba věnovat jim více času. Hovořit s nimi, naslouchat, rady udílet podle svého nejlepší vědomí a svědomí. Pozor ale na plané sliby, vzbuzování marných nadějí. Situacím, kdy si něco vynucuje hrozbami, by se měl raději vyhýbat. Stejně tak zasahování do pravomocí podřízeného manažera. V některých případech i přílišná povolnost působí kontraproduktivně a může negativně ovlivnit autoritu. Jakožto vedoucí nevystupuje sám za sebe, nýbrž za kolektiv. Není dobře, pokud manažer působí zmatečným a uspěchaným dojmem. Ochota zajímat se o osobní problémy druhých je přijímána mezi podřízenými pozitivně. Naopak moralizování,

pedantismus, odstup v jednání a sebechvála jsou negativní jevy, které zaměstnanci příliš v oblibě nemají.

Manažer by si měl být vědom svých nedostatků a pracovat na jejich odstranění. Jednou z cest vedoucích k tomuto cíli by mohlo být například odstraňování každého z vytypovaných nedostatků v týdenních intervalech. Po vystřídání kupříkladu pěti vybraných začít druhé kolo. Takovýto způsob seberozvoje je typický pro známé osobnosti, jako byl T. G. Masaryk, B. Franklin nebo T. A. Edison.

V posledních deseti letech se často hovoří o emoční inteligenci. Podle H. Gardnera lze vymezit pět složek emoční inteligence, které jsou pro práci manažera nezbytné. Mluví o sebevědomí, organizaci vlastního života, motivování sebe sama, empatii a angažovanosti v kontaktu s jinými lidmi (35).

1. 4 Kvalita poskytované péče ve zdravotnictví

V dnešní době je termín kvalita skloňován ve všech pádech. Všechna zdravotnická zařízení by se měla starat o neustálé zvyšování kvality poskytované péče (16). Světová zdravotnická organizace v roce 1966 definovala kvalitu jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (18, str. 292)“. Gladkij 2003 definuje systém kvality jako: „Souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují (18, str. 289)“. Z této definice vyplývá, že snaha o zvýšení kvality musí probíhat jako proces. Dochází k tvorbě postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co ve zdravotnictví považujeme za zdravotní péči a služby.

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb má několik dimenzí. Zdravotní péče musí být bezpečná (omezit možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí na nejnižší míru nebo je zcela vyloučit), kompetentní (každý, kdo poskytuje péči, musí k ní mít potřebné znalosti a dovednosti), přijatelná (pro všechny zákazníky, plátce, obce a musí odpovídat jejich požadavkům), efektivní (při veškeré péči, službách, zákrocích je

účelem dosáhnout očekávaných výsledků), vhodná (uznávané standardy jsou základem pro veškeré služby a péči, která je vhodná a relevantní vzhledem k potřebám pacientů), ekonomická (zdroje potřebné k dosažení výsledků jsou využívány co možná nejvíce ekonomicky), dostupná (klient získá potřebné služby na správném místě, v pravý čas od skutečných odborníků), kontinuální (péče je poskytována bez zbytečných bariér organizačních, prostorových, časových, lidských) včasná (poskytována v době, kdy ji klient nejvíce potřebuje), přiměřená (taková, která je založena na nejnovějších vědeckých poznacích a odpovídá konkrétním potřebám klienta v daném zdravotním stavu), vnímavá a respektující (klient spolurozhoduje o procesech spojených s jeho osobou, má možnost zapojit i rodinné příslušníky, je respektován jeho stud, lidská důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti). Zjednodušeně řečeno lze také říct, že prvořadým zájmem je to, dělat správné věci ve správném čase a to již napoprvé. Za kvalitu služeb poskytovaných institucí odpovídá top management a manažeři střední linie. Za kvalitu péče poskytovanou jednotlivcům jsou zodpovědní konkrétní odborní pracovníci, kteří péči poskytují (18, 44).

Z uvedených informací vyplývá, že kvalita ve zdravotnictví není jen zájmem poskytovatele, ale především příjemce služeb. Mluvíme o dvou dimenzích kvality ve zdravotnictví. První dimenze je spojena s profesionální kompetencí, s technickou kvalitou diagnostických a terapeutických procesů, s vhodnou a účinnou léčbou a s celkovou efektivitou poskytované zdravotní péče. Tato dimenze je téměř vždy měřitelná. Ať již standardy, klinickými postupy, technickým měřením nebo ekonomickým vyhodnocením.

Druhá dimenze kvality se týká osobní zkušenosti klienta a hodnotí ji jen klient sám. Existuje řada autorů, kteří hodnocení klienta odmítají s tím, že názor klienta není zcela objektivní. Ale zkušenosti ze zahraničí ukazují, že právě hodnocení klientů je nejspolehlivější a nejlépe srovnatelné při hledání rozdílů mezi jednotlivými zařízeními při posuzování kvality. Za kvalitní tedy považujeme tu péči, která uspokojuje individuální biopsychosociální a duchovní potřeby klientů (16, 31).

1. 4. 1 Hodnocení kvality ve zdravotnictví

Pro vyhodnocování kvality lékařské a ošetrovatelské péče máme k dispozici čtyři zdroje dat. Jedná se o informace získané od pacientů, externích odborníků z auditů a indikátorů kvality. Za nejspolehlivější jsou považovány informace získané z auditů a indikátory. Externí odborníci jsou považováni za velmi autoritativní a klienti nebývají objektivní.

Každý pracovník ve zdravotnictví musí nést zodpovědnost za své činy. Aby bylo možno hodnotit poskytovanou péči, je třeba vytvořit standardy, podle kterých bude posuzována. Všichni zdravotníci by ale měli mít na paměti, že standard určuje pouze základní rovinu poskytované péče, pod kterou nesmí jít. Neomezuje ho ale v poskytování péče nad rámec standardu, s cílem splnit, nebo ještě lépe překonat očekávání klienta. To, zda klient bude, či nebude s naší péčí spokojen, se totiž odrazí v jeho hodnocení oddělení. Pouze spokojený klient bude mluvit o kvalitní péči a to je cílem nás všech.

Standard můžeme definovat jako dohodnutá pravidla kvality, zavedené normy. Standardy dělíme na dvě skupiny. Centrální a lokální. Centrální standardy jsou vydávány zpravidla Ministerstvem zdravotnictví jako zákonné nebo doporučené normy, vyhlášky a nařízení. Určují základní cíle oboru a strukturální a procesní kritéria pro jeho tvorbu. Lokální standardy publikuje konkrétní zdravotnické zařízení nebo pracoviště. Ty musí být v souladu s centrálními standardy a všichni zaměstnanci s nimi musí být seznámeni, což stvrzují svým podpisem. Na tvorbě lokálních standardů se podílí jak sestry všech úrovní ošetrovatelského managementu, tak řadové sestry (15, 25).

Ošetrovatelské standardy rozdělujeme na strukturální, tedy týkající se prostředí, vybavení přístroji, kvalifikací personálu, kategorií zdravotníků, počtu zaměstnanců a strukturou komisí. Procesní standardy se týkají ošetrovatelských činností, které vykonávají sestry. Vycházejí z potřeb pacientů. A třetí skupinu tvoří standardy výsledků, které sledují konečné výsledky péče o pacienty. Jsou orientované na pacienta a tvoří se spolu s procesními standardy (15).

Požadavky, jež musí být naplněny a budou při vlastním akreditačním řízení ze strany inspektorů kontrolovány a hodnoceny, se nazývají indikátory standardu. Aby

zařízení prokázalo, že postupuje v souladu se standardem, musí postupovat bezpodmínečně v souladu s těmito indikátory. Indikátory jsou i pomůckou pro studium zaměstnanců při přípravě na akreditaci, aby věděli, jaké informace si musí osvojit (26).

Máme-li jasně definované standardy ošetrovatelské péče včetně indikátorů standardu, lze provádět audit. Audit, neboli vyhodnocení, průzkum ve zdravotnickém zařízení, lze rozdělit na interní a externí. Interní audit je prováděn samotným zdravotnickým zařízením. Externího auditu se ujímají různé kontrolní orgány. Audity se týkají všech zaměstnanců nemocnice, nejen lékařů a sester. Mohou se zabývat kvalitou chorobopisů, kvalitou péče na jednotlivých odděleních a dalších oblastí (44).

Pro systematické zhodnocení ošetrovatelské praxe a následné zlepšování kvality ošetrovatelské péče je v současnosti využíván ošetrovatelský audit. Vychází z ošetrovatelských standardů a zjišťuje do jaké míry sestry při péči o pacienty, metodou ošetrovatelského procesu, postupují v souladu s těmito standardy. Audit si neklade za cíl trestat za případné pochybení, ale hledat místa v systému, kde je potřeba zjednat nápravu. Hlavním záměrem auditu je sledování efektivity péče a rozvoj kritického myšlení, které pomůže sestřím analyzovat vlastní práci i faktické potřeby klientů a zdůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje. Na výsledky auditu je třeba reagovat pružně, aby měl pro oddělení význam (44).

1. 4. 2 Organizace vyhodnocující kvalitu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních

Pro vyhodnocování kvality v jednotlivých zařízeních existuje několik organizací.

Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) je nezávislá nezisková organizace. Vznikla v roce 1951 ve Spojených státech amerických. Zpracovává soubor kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytovaných služeb v nemocnicích. Uděluje akreditaci nemocnicím s působností v USA. Její dceřiná společnost Joint Commission International byla založena v roce 1997. Má oprávnění udělovat mezinárodně přijímané osvědčení o akreditaci zdravotnických zařízení. Získání této akreditace je považováno za jakousi pečeť kvality pro cestovatele z USA. Proces akreditace je pro všechna zařízení na celém světě jednotný, ale komisaři přihlížejí ke kulturním odlišnostem a zohledňují je při posuzování zdravotnických

institucí. Má stanoveno 300 indikátorů, které přesně vymezují požadavky na nemocnici, aby byla v souladu s příslušným standardem. Celý proces se zaměřuje především na provozní systém nemocnice. Pod drobnohledem komisařů se ocitá dostupnost a kontinuita péče, dále se zajímají o informovanost klienta a jeho rodiny. S tímto souvisí i edukace klienta před jednotlivými výkony, zda souhlas s léčbou dává na základě skutečně komplexních informací. Další část akreditačního šetření je cíleně věnována diagnostickým postupům. Pro jednotlivé diagnózy musím být stanoveny standardní postupy tak, aby nedocházelo k nedostatečnému nebo naopak nadbytečnému vyšetření. Ruku v ruce s těmito požadavky jde i kontrola ošetrovatelské péče, kdy je kladen důraz především na bezpečné podávání léčiv. Standardy pamatují i na personální řízení v nemocnici. A v neposlední řadě musí nemocnice prokázat, že disponuje přístroji a dalším vybavením pro kvalitní péči garantující bezpečí pacienta. Na závěr šetření zazní verdikt „akreditováno“ nebo „neakreditováno“. Platnost osvědčení je tři roky, po jejich uplynutí nemocnice prochází celým procesem znovu. V České republice obdržela certifikát JCI Ústřední vojenská nemocnice, Nemocnice Na Homolce a Ústav hematologie a transfuze v Praze (1, 30).

Koncem 80. let byla v USA vytvořena Národní cena Malcolma Baldrige (MBA - Malcolm Baldrige Award). Pojmenovaná po ministrově obchodu, v té době tragicky zesnulém. Od roku 1995, kdy došlo ke zveřejnění kritérií pro hodnocení primární zdravotní péče, se mohou ke kritériím národní ceny za jakost přihlašovat zdravotnická zařízení (30). Tato cena má podporovat uvědomění si významu kvality a jejího zlepšování pro národní ekonomiku, najít a zveřejnit organizace, které se zlepšují a dosahují zvýšení své konkurenceschopnosti a také jde o předávání informací o způsobu řízení. Posouzení podniků pro cenu Malcolma Baldrige je založeno na posouzení sedmi kritérií, jimiž jsou vedení, strategické plánování, zaměření na trh a zákazníka, měření, analýza a řízení znalostí, zaměření na lidské zdroje, řízení procesů a výsledky plánování. Cena Malcolma Baldrige se v USA uděluje každoročně a cenu oceněným podnikům předává vždy prezident nebo viceprezident USA (11, 30).

Mezinárodní organizace pro standardizaci (ISO) vznikla v Ženevě v roce 1947. Jejím cílem bylo vytvořit technické standardy pro různá odvětví průmyslu. Zkratka ISO

je odvozena od slova řeckého původu isos, což znamená rovný. ISO je organizace představující světovou federaci národních institucí pro standardizaci. Certifikace dle normy ISO spočívá v posouzení, do jaké míry dokumentovaný a zavedený systém jakosti splňuje požadavky kritériální evropské normy (30).

Pro zdravotnictví byl modifikován roku 2001 standard ISO 9001:2000. Tento dokument představuje osm zásad managementu jakosti. První zásadou je orientace na zákazníka. Organizace závisí na svých zákaznících, a proto musí porozumět současným i budoucím potřebám zákazníků, musí splňovat požadavky zákazníků a snažit se překonat jejich očekávání. Druhá zásada se týká vedení. Vedoucí pracovníci vytvářejí jednotu v cílech a směřování organizace. Měli by vytvářet a udržovat interní prostředí, v němž se lidé mohou plně zapojit při dosahování cílů organizace. Třetí zásada zdůrazňuje zapojení osob. Lidé na všech úrovních jsou podstatou organizace a jejich plné zapojení umožňují jejich schopnosti, které mají být použity ve prospěch organizace. Další pravidlo klade důraz na procesně orientovaný koncept. Požadovaného výsledku se dosáhne mnohem efektivněji, jsou-li činnosti a související zdroje řízeny jako proces. Důležitý je i systémově orientovaný koncept řízení. Identifikace, pochopení a řízení vzájemně souvisejících procesů jako systému přispívá k organizaci, efektivitě a účinnosti při dosahování cílů nemocnice. Pro dosažení úspěchu je zásadní i neustálé zlepšování. Neustálé zlepšování celkové výkonnosti organizace by mělo být trvalým cílem organizace. Organizace by měla mít stanoven věčný koncept pro rozhodování. Efektivní rozhodnutí jsou založena na analýze údajů a informací. A v neposlední řadě je mít na paměti, že organizace a její dodavatelé jsou na sobě závislí a vzájemně prospěšný vztah zvyšuje schopnost obou vytvářet hodnotu. Tyto zásady mohou posloužit vrcholovému vedení jako rámec pro vedení svých organizací a ke zlepšení jejich výkonnosti. Principy jsou odvozeny z kolektivní zkušenosti a znalosti mezinárodních odborníků. Podmínkou ISO 9001:2000 certifikace je splnit normy ISO 9001, které obsahují pět kapitol. Ty se týkají managementu kvality a zdrojů, odpovědnosti za řízení zdravotnické organizace, realizace péče a měření, analýzy a zlepšování, například pomocí auditů nebo vyhodnocování spokojenosti pacientů/klientů. Certifikaci provádí třetí nezávislá strana, kterou akredituje certifikační organizace. V organizaci, která

získala tento certifikát, může klient očekávat stejné služby vždy a za všech okolností. Podle normy ISO je certifikována například Krajská nemocnice Ústí nad Labem (26, 30, 40, 44, 50).

Total Quality Management (TQM) vzniklo na základě zkušeností amerických a japonských firem, které se zaměřují na zabezpečování kvality. Důraz je kladen na neustálé zvyšování úrovně. Řízení kvality má probíhat efektivně, výkonně, s co nejnižšími náklady, maximálně využívat lidské a materiální zdroje ve všech oblastech, které tvoří. V oblasti zdravotní péče se zaměřují především na uživatele péče, týmovou spolupráci, odstranění profesionálních bariér a řízení lidských zdrojů (30).

European Foundation for Quality Management (EFQM), Evropská nadace pro řízení kvality vytvořila nástroj pro hodnocení organizací, takzvaný „model excellence EFQM“. Jedná se o neziskovou organizaci, kterou v roce 1988 založili vrcholoví manažeři 14 předních evropských společností s cílem prosazovat do každodenní praxe různých evropských organizací základní principy TQM (Celkem Quality Management). Vize EFQM je svět, ve kterém evropské společnosti excelují. Model je složen z celkem devíti základních kritérií. Pět z nich sleduje, co vše by měly organizace vykonávat. Tak zvaná kritéria předpokladů. Čtyři kritéria sledují měřitelné výsledky. Mluvíme o kritériích výsledků. Kritéria se dále dělí na subkritéria s konkrétními požadavky. Model, který původně vznikl jako nástroj pro porovnávání organizací v soutěžích o ceny za kvalitu, se postupně stal účinným a efektivním nástrojem pro sebehodnocení organizací (30, 47).

Spojená akreditační komise (SAK) ČR vznikla v roce 1998. Za cíl si klade trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. Tohoto cíle chce dosáhnout pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenskou činností a vydáváním publikací k této problematice. Pomáhá zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, upřesňuje metodiku dle typů zdravotnických zařízení. Spolupracuje s ostatními organizacemi, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče v ČR i na mezinárodní úrovni. Spolupracuje s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví. SAK ČR vydává národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení spolu s podrobnou metodikou. Tyto standardy jsou členěny do deseti oblastí. Od 1. 9. 2009

vešlo v platnost druhé vydání těchto standardů. Oproti předchozí verzi tu lze nalézt větší počet standardů i indikátorů. K této změně autoři přistoupili jednak z důvodu zpřesnění požadavků na některé oblasti upravované akreditačními standardy (ošetřovatelský proces, dodržování práv pacientů, provoz zdravotnického zařízení, nutriční péče, hygienicko-epidemiologická problematika), jednak zařazením nových oblastí. Snahou bylo, po pečlivé analýze zkušeností ze zahraničí, zajistit zvýšení kvality a bezpečnosti zdravotní péče (36, 44).

1. 5 Akreditace zdravotnických zařízení

Pojem akreditace pochází z latinského slova credere – důvěřovat. Akreditace je proces, při kterém externí, většinou nestátní, organizace hodnotí zdravotnické zařízení a současně posuzuje, do jaké míry je v tomto zařízení postupováno ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Tento proces je převážně dobrovolný. Akreditační standardy jsou považovány za optimálně dosažitelné. Zařízení podstupující proces akreditace se zavazuje ke kontinuálnímu zvyšování kvality péče o pacienty. Současně musí zajišťovat prostředí bezpečné jak pro pacienty, tak pro personál. Výstupem akreditačního šetření je verdikt „akreditováno“ x „neakreditováno“. V případě kladného ohodnocení je toto uděleno na tři roky. Po uplynutí této doby musí zařízení požádat o reakreditaci (26).

Akreditaci nelze brát pouze jako snahu o získání razítka od akreditační komise. Jde spíše o proces kontinuálního zlepšování všech procesů uvnitř celé organizace. Celý proces akreditace bude úspěšný pouze v případě, že bude podporován všemi zaměstnanci, počínaje vrcholovým managementem, přes všechny lékaře, sestry, až po pomocný personál. Všichni tito lidé musí vědět, proč je akreditace důležitá, co jim přinese, a musí být tomuto cíli nakloněni. To ale nepůjde bez dostatečné informovanosti.

Sestrám přináší akreditace možnost zlepšení kvality poskytované péče a ošetřovatelské dokumentace, omezení rozdílů mezi jednotlivými odděleními v nemocnici při jednotlivých ošetřovatelských postupech, efektivnější využití zdrojů, možná i zlepšení vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu. Protože jeden bez druhého svých cílů nedosáhnou. Zcela jistě se zviditelní zdravotnické zařízení na

veřejnosti, zlepšit se image zdravotníků v očích laické společnosti, může dojít ke snížení fluktuace zdravotníků (44).

Následující text uvádí jednotlivé kroky, které na sebe navazují v případě akreditace Spojenou akreditační komisí České republiky. První krok, který musí zdravotnické zařízení udělat v případě, že se rozhodne pro akreditační řízení, je podání přihlášky. Ta se zasílá SAK alespoň tři měsíce před plánovaným termínem akreditačního šetření. Formulář přihlášky i pokyny lze nalézt na webu SAK ČR. Sekretariát SAK se spojí se zdravotnickým zařízením a kromě přesného termínu plánovaného akreditačního šetření oznámí i jména inspektorů, kteří budou v místě kontrolu provádět. To pro případ, že by zařízení mělo proti některému z kandidátů výhrady. Pokud by tato situace nastala, vybere SAK jiné inspektory. Na základě informací, které nemocnice SAK zašle, určí SAK délku šetření a zašle harmonogram inspekce. Veškeré náklady spojené s pobytem inspektorů v organizaci hradí SAK. Inspektoři nesmí přijímat bezplatné služby ani žádné dary od zdravotnického zařízení. Pro práci inspektorů je nutno zajistit uzamykatelnou místnost s PC připojeným k internetu, telefonem a kontakty na vedoucí pracovníky. A samozřejmě i veškeré dokumenty související se standardy. Vlastní průběh šetření probíhá v několika krocích. Začíná úvodním pohovorem s vedením zařízení, pokračuje kontrolou vnitřních předpisů, zdravotnické dokumentace, osobních spisů. Následuje prohlídka areálu zařízení, návštěva lůžkového oddělení, ambulancí, oddělení laboratorního komplementu, lékárny a radiodiagnostického pracoviště, eventuálně dalších pracovišť zobrazovacích metod. Celé šetření je zakončeno výstupní konferencí s vedením zařízení. Akreditační proces, tedy ověření toho, jak přihlášené zařízení dodržuje akreditační standardy, realizují kvalifikovaní akreditační inspektoři. Lékaři, zdravotní sestry a administrátoři zdravotnických zařízení s delší odbornou praxí (36, 43).

1. 6 Národní akreditační standardy pro nemocnice

SAK ČR vydává a dle potřeby aktualizuje standardy v několika oblastech. Jsou to Standardy řízení kvality a bezpečí, diagnostické péče, péče o pacienty, kontinuity zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínek poskytované péče, managementu,

řízení lidských zdrojů, pro sběr a zpracování informací a standardy protiepidemických opatření.

Pro naši práci byly stěžejními právě standardy upravující problematiku řízení lidských zdrojů, proto jim je v následujícím textu věnována pozornost. V této oblasti stanoví SAK ČR sedm akreditačních standardů (standard 57- 63), které musí zdravotnické zařízení splňovat, aby mohlo být akreditováno.

1. 6. 1 Akreditační standard 57

„Vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky (36, str. 71)“.

Pro tento standard byly stanoveny tyto indikátory: „Počty personálu potřebného pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v nemocnici plánují. Počty personálu odpovídají plánu nebo jsou přijímána náhradní opatření. Kontinuální vzdělávání personálu se v nemocnici plánuje. Každému zaměstnanci je umožněno nebo přímo poskytováno vzdělání a odborné školení jak v rámci nemocnice, tak mimo ni, které udržuje, či zvyšuje jeho znalosti a dovednosti. Nemocnice dodržuje platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace zdravotníků (36, str. 71)“.

Plánování lidských zdrojů v sobě zahrnuje tři důležité činnosti. Rozpoznávání a získávání správného počtu lidí, kteří mají správné dovednosti. Motivování těchto jedinců tak, aby podávali nejlepší výkony a tvorbu interaktivních vazeb mezi cíli podnikání a činnostmi. Aby organizace měla možnost prosadit se na trhu a získala dobré jméno, musí strategie personálního plánování nutně vycházet z celkové strategie organizace. Proces personálního plánování nemá lineární charakter, ale všechny kroky jsou v jakémsi kruhu. Tedy plnění plánu vytváří nové informace, které podléhají neustálé analýze, prognóze a v případě nutnosti opětovné změně plánu (18).

Plánování lidských zdrojů bývá členěno na měkké a tvrdé plánování. Tvrdé plánování spočívá v provedení kvantitativní analýzy za účelem dosažení správného počtu správných lidí v případě potřeby. Oproti tomu měkké plánování se zaměřuje především na kvalitu pracovníků. Všímá si toho, jaké mají postoje, čím jsou motivováni. Jak budou oddáni organizaci a jak se budou angažovat ve své práci. Je tedy

zaměřeno více na kvalitu nežli na kvantitu. K takové analýze se používá výsledků vzešlých z šetření mezi pracovníky, zkoumání výsledků pracovního výkonu a názorů z tematicky zaměřených diskuzí mezi zaměstnanci.

Plánování lidských zdrojů si klade hned několik cílů. Především jde o to získat a následně si i udržet takové lidi, kteří budou organizaci prospěšní, mají požadované dovednosti, schopnosti a zkušenosti, a organizace je bude potřebovat. Zároveň má plánování předcházet problémům, které by mohly nastat v souvislosti s potencionálním přebytkem nebo naopak nedostatkem pracovních sil. Třetím cílem plánování je pomocí dobře vycvičené a flexibilní pracovní síly přispívat k schopnosti organizace přizpůsobovat se stále se měnícímu prostředí (2).

Nejen ve zdravotnictví je plánování ovlivněno ekonomickou stránkou věci. Každé místo proto musí být obsazeno kvalifikovaným pracovníkem, každé pracovní místo musí plně korespondovat s plněním cílů organizace. Pro stanovení počtu zaměstnanců je důležitý i fakt, jaké skupině klientů bude péče poskytována, jak je náročná poskytovaná péče a kolik klientů bude tvořit skupinu příjemců péče.

Pro nemocnici není nákladné pouze poskytování sociálních výhod zaměstnancům, ale i náklady spojené s fluktuací a absentérstvím. K předcházení problémům tohoto ražení přispěje vytváření příjemného klimatu na pracovišti, čehož lze dosáhnout jistě zapojením pracovníků do diskuze při rozhodování o pracovní době. Vzájemná spokojenost v této otázce vzejde pouze z plodné diskuze, a ne po direktivním nařízení (18).

Nutnost plánování se ukazuje být zásadní v této době, kdy díky změnám ve vzdělávání nelékařských pracovníků nastává nedostatek pracovních sil a nemocnice jsou nuceny tento trend řešit. Nedostatek sester není způsoben nezájmem o obor. Problém je především v tom, že při změnách souvisejících se vzděláváním nelékařských pracovníků nikdo nepředvídal, že zdravotničtí asistenti, kteří měli na trhu nahradit absolventky oboru všeobecná sestra, budou raději pokračovat ve vzdělávání, než aby nastoupili do praxe. Nabízí se řešení této situace, které by mělo vyjít od odborníků z Ministerstva zdravotnictví. Aby docházelo ke spolupráci vzdělávacích institucí, zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven, měly by být stanoveny standardy

personálního obsazení. Tím by byl jasně stanoven počet potřebných sester, zdravotnických asistentů a dalších profesí. Nemocnice a zdravotní pojišťovny by věděly jak naplánovat personální náklady pro udržení kvality poskytované péče. Školy by na základě těchto závěrů regulovaly počet absolventů jednotlivých oborů. Nestávalo by se pak, že na pracovních místech méně kvalifikovaných a placených budou pracovat kvalifikovaní lidé, jak je tomu v současnosti (32).

Sestavování standardu personálního vybavení pro konkrétní pracoviště může být kromě dodržování norem stanovených vyhláškou MZČR č. 427/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, prováděno i za pomoci Metody pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách daného pracoviště, sestavenou doktorkou Pochyloou. Tato metoda pomáhá nemocnici vytvořit předpoklady pro poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Výpočet lze aplikovat na jakémkoli oddělení, v jakékoli nemocnici ČR. Za dodržování standardu jsou odpovědní manažeři ošetrovatelství všech úrovní řízení. Metoda uvádí postupy pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu a počtu pracovních úvazků včetně jejich kvalifikačního zastoupení. Propočty zahrnují celý týden, včetně soboty i neděle (37, 54).

Při rozhodování o množství personálu potřebného k zajištění bezvadného chodu jednotky v nemocnici musí management vzít v úvahu pracovní vytížení. Tento faktor je vymezen počtem pacientů a mírou práce. Personální plán definuje doporučené složení zdravotnických pracovníků potřebných k zajištění bezpečné a odpovídající ošetrovatelské péče. Cílem plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví je, aby ošetrovatelská péče byla bezpečná, reagovala na potřeby klientů a byla v souladu s vědeckým a technologickým pokrokem (15).

Pro splnění tohoto cíle je nutné, aby péči poskytovaly sestry vzdělávané. Jen ty sestry, které si budou své znalosti, dovednosti a postoje neustále rozšiřovat kontinuálním celoživotním vzděláváním, mohou klientům poskytovat péči na požadované úrovni. Nejen pro konzumenty ošetrovatelské péče, ale i pro sestry samotné

má celoživotní vzdělávání nezanedbatelný význam. Ač od sester vyžaduje časovou i finanční investici, zdokonalují své dovednosti a vědomosti. Rozvíjí vlastní osobnost, seberealizují se, zvyšují si sebedůvěru. Pocit spokojenosti a stabilita zaměstnanců, mohou přispívat k pozitivnímu vztahu mezi jejich odborným růstem a dalšími faktory. Proto je otázkou, zda je správný přístup nemocnic, které v souvislosti s otázkou snižování nákladů organizace přistupují k rušení příspěvků na vzdělávání sester (7).

Nejen ve zdravotnictví, ale i ve všech dalších odvětvích hrozí zaměstnavateli, který v době krize, z důvodu snižování nákladů, omezí tok financí plynoucí směrem k podřízeným za účelem jejich vzdělávání, že postupně ztratí konkurenceschopnost na trhu. Jeho zaměstnanci nebudou seznámeni s novinkami v oboru. Nebudou schopni pracovat tak jako lépe vzdělaní zaměstnanci u konkurence. Tento fakt jistě brzy vyjde najevo a zákazník/klient půjde se svými potřebami jinam (42).

Sebevědomí a především snahu o neustálé vzdělávání se, může podpořit i možnost profesního růstu v instituci. Důležité je, aby jedinec viděl i jinou možnost, jak organizace ocení jeho kvality, než postup na vyšší vedoucí místo. Takovou možnost nebudou mít všichni, a tudíž budou nedostatečně motivováni. Zatímco pokud jejich snahu ocení nemocnice tím, že jim umožní jejich rozvoj a bude je v jejich snaze podporovat, budou se snažit dosahovat stále vyšších cílů a přinesou organizaci větší užitek, než když budou jen soupeřit, kdo bude zastávat vyšší pozici (38).

Celoživotní vzdělávání je chápáno jako průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Do celoživotního vzdělávání je zahrnuta účast na specializačním vzdělávání, certifikovaných kurzech, inovačních kurzech, odborných stážích v akreditovaných zařízeních, školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích a také publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, nebo samostatné studium odborné literatury. Za celoživotní vzdělávání se považuje také studium navazujících studijních programů. Dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých

souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, je tímto programem například akreditovaný doktorský studijní program, akreditovaný magisterský nebo akreditovaný bakalářský studijní obor nebo studijní obor vyšší odborné školy, který je zdravotnického zaměření nebo úzce souvisí s odborností příslušného zdravotnického pracovníka. Musí být absolvován po předchozím získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (57).

Při rozhodování sester o tom, jakou formu celoživotního vzdělávání zvolí, hraje důležitou roli věk sestry. Právě k tomuto výsledku došla studie na téma „Změny v profesi sestry na počátku nového tisíciletí“, kterou provedlo Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Ze závěrů výzkumu vyplynulo, že mladší sestry budou ve větší míře volit vysokoškolské studium, zatímco starší sestry se budou většinou rozhodovat mezi inovačními kurzy, školicími akcemi, odbornými stážemi, odbornými konferencemi, kongresy, sympozii (5).

1. 6. 2 Akreditační standard 58

„Nemocnice vede pro každého pracovníka osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované zákonem a podzákonnými normami (36, str. 72)“.

Standard má stanoveny indikátory, podle kterých je posuzován. „Každý pracovník nemocnice má veden osobní spis. Osobní spis každého pracovníka obsahuje informace o jeho dosažené kvalifikaci. Osobní spis obsahuje všechny doklady požadované zákony a podzákonnými normami (36, str. 72)“.

V současné době, kdy je většina dokumentů i v elektronické podobě, stále platí povinnost mít některé dokumenty v písemné formě. Znění platného zákoníku práce uvádí možnost vést osobní spis zaměstnance. Nejedná se tedy o povinnost. Jelikož není zákonem stanovena povinnost vést spis, nejsou ani přesně dány dokumenty, jež má spis obsahovat.

Personalista je odpovědný za vedení osobních spisů jednotlivých zaměstnanců. Je na něm, aby shromáždil, ověřil, aktualizoval a archivoval všechny dokumenty důležité po dobu trvání pracovního poměru. Při nakládání s osobními údaji je třeba mít

na paměti ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a postupovat v přísném souladu s ním.

Dokumenty obsažené ve spisu lze rozdělit do dvou základních skupin. Jsou to doklady, které jsou nutné pro splnění povinnosti zaměstnavatele v souvislosti s pracovněprávními a daňovými předpisy a s předpisy o sociálním zabezpečení, důchodovém, nemocenském a zdravotním pojištění atd. Druhou skupinou jsou doklady, které si stanoví sám zaměstnavatel pro účely personálního řízení.

Osobní spis bývá založen již před vznikem pracovního poměru, pokud je již jasné, že opravdu vznikne. Před vznikem pracovního poměru a při jeho vzniku se zakládají do osobního spisu tyto dokumenty: žádost o přijetí do pracovního poměru sepsaná uchazečem o zaměstnání, osobní dotazník zaměstnance, zápočtový list. Pokud přichází uchazeč z Úřadu práce, pak potvrzení o době vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání, doklady prokazující dosažení kvalifikace pro výkon zdravotnického povolání, přehled o dosavadní praxi ve zdravotnictví, výpis z Rejstříku trestů, potvrzení o zdravotní způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (23).

Při vzniku pracovního poměru je přidána pracovní smlouva, doklad proškolení v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, mzdový výměr, pracovní náplň, u sester, pokud jsou registrované, kopie Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Během trvání pracovního poměru se průběžně ukládají další dokumenty, které souvisí s výkonem povolání. Jsou to například doklady o specializačním studiu, absolvování různých školení, účast na celoživotním vzdělávání, změny v náplni práce, kompetencích, hodnocení zaměstnance, periodické preventivní prohlídky, pokud je povaha vykonávané zdravotnické činnosti vyžaduje, atd. Při skončení pracovního poměru se do spisu zakládá doklad o rozvázání pracovního poměru, kopie vydaného potvrzení o zaměstnání a jiné doklady dle potřeby zaměstnance a zaměstnavatele (23). Zaměstnavatel je odpovědný za manipulaci s osobním spisem pracovníka, údaje v něm obsažené mohou sloužit pouze pro vnitřní potřeby nemocnice. Dle zákoníku práce mají právo do spisu nahlížet pouze nadřízení zaměstnance, tedy vrchní sestra, primář oddělení a hlavní sestra. Z externích osob jsou to pouze orgány inspekce práce, úřady práce, soudy, státní zástupce, orgány Policie ČR, Národní bezpečnostní úřad

a zpravodajské služby. Samozřejmě právo nahlížet má i zaměstnanec sám. Ten smí ze spisu pořizovat stejnopisy dokladů v něm obsažených, výpisky a to vše na náklady zaměstnavatele (23).

Pro výkon svého povolání musí sestra prokázat svou odbornou a zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Problematikou způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání se zabývá zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto zákona odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získá absolvent minimálně tříletého bakalářského studia určeného pro přípravu všeobecných sester, absolvent minimálně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách, studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Dále je sem zahrnuto i studium v oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997. Pokud sestra získala způsobilost k výkonu povolání na střední zdravotnické škole, musí pracovat tři roky pod odborným dohledem, teprve poté smí pracovat bez odborného dohledu (57).

Zdravotní způsobilost dokládá zaměstnanec potvrzením o lékařské prohlídce. Bezúhonnost potvrzuje předložením výpisu z Evidence rejstříku trestů, který nesmí být starší než tři měsíce. Pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu musí být pracovník držitelem Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Toto vydá žadateli Ministerstvo zdravotnictví na základě podané žádosti. Ta kromě osobních údajů musí obsahovat doklady o získané způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru, doklady o absolvované praxi v příslušném oboru podle norem stanovených zákonem, a pokud tyto podmínky nesplňuje, potvrzení o složení zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu. Dále potvrzení o získání 40 kreditů za účast na celoživotním

vzdělávání a výpis z Registru rejstříku trestů. Osvědčení je vydáno na dobu šesti let a držitel Osvědčení smí ke svému označení odbornosti připojit „Registrovaný/á“. O prodloužení osvědčení musí pracovník požádat nejpozději 60 dnů před vypršením jeho platnosti a v případě splnění podmínek absolvované praxe, účasti na celoživotním vzdělávání nebo složení zkoušky, je platnost osvědčení prodloužena na dobu dalších šesti let (41, 57).

Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je volně přístupný široké veřejnosti, vyjma informací o rodném čísle a trvalém pobytu. Obsahuje osobní údaje registrovaného, adresu zaměstnavatele, číslo, pod nímž bylo osvědčení vydáno, záznamy o dosaženém vzdělání, datum ukončení platnosti osvědčení, případně datum vyškrtnutí z registru. Registr je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů plní úkoly správce a zpracovatele registru (41, 57).

1. 6. 3 Akreditační standard 59

„Povinnosti každého pracovníka jsou stanoveny v platné náplni práce (36, str. 73)“.

Indikátory akreditačního standardu 59 jsou tři. „Každý pracovník má stanovenou náplň práce. Náplň práce každého pracovníka odpovídá jeho dosažené kvalifikaci a je aktuální. Náplň práce každého pracovníka odpovídá realitě, všichni pracovníci znají svoje povinnosti a pravomoci (36, str. 73)“.

Náplň práce zdravotnických pracovníků se řídí vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška upravuje činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí. Nejprve všeobecně stanoví činnosti společné všem pracovníkům, bez ohledu na jejich zaměření. Ukládá pracovníkům především povinnost poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dodržovat hygienicko-epidemiologický režim, vést zdravotnickou dokumentaci, pracovat s informačním systémem zdravotnického zařízení, poskytovat pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, podílet se na přípravě standardů. V dalších

paragrafech rozlišuje jednotlivé zdravotnické pracovníky dle jejich zaměření a stanovuje jim pro ně specifické povinnosti (53).

Z předchozího textu vyplývá, že sestra plní řadu úkolů, které jsou spojeny s prevencí, péčí, podporou, edukací a instruktáží v diagnostice, terapii i administrativě. Úkoly, jež sestra musí plnit, můžeme rozdělit do několika skupin. Úkoly v preventivní a edukační činnosti se týkají primární, sekundární a terciární prevence. Úkoly v péči a podpoře klientů spočívají v pomoci a podpoře při zajišťování soběstačnosti klienta, dodržování profesionálního přístupu k pacientovi, vytváření bezpečného, hygienicky čistého a terapeutického prostředí. Úkoly v diagnostice a léčbě vyplývají již ze svého označení, sestra se podílí na výkonech s tímto spojených. Dále musí být schopna provádět koordinaci činností pro uspokojení individuálních potřeb klientů. V rámci ošetrovatelského týmu i v rámci komunikace s ostatními členy personálu, jež se podílí na zdravotnické péči. S tímto souvisí i podílení se na administrativě a dokumentaci péče, opět v rámci ošetrovatelského i dalších týmů. A v neposlední řadě se podílí na přípravných a dokončovacích pracích, kam řadíme péči o lůžko, pomůcky, zařízení a přístroje nutné k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (31).

1. 6. 4 Akreditační standard 60

„Všichni pracovníci mají být při nástupu zapracování dle potřeb nemocnice a s ohledem na jejich specifickou pracovní náplň (36, str. 74)“.

Pro hodnocení standardu byly stanoveny tyto indikátory. „Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracování. Délka, rozsah a náplň zapracování odpovídá pracovnímu místu, které pracovník zastává. Všichni pracovníci jsou v rozsahu stanoveném nemocnicí zapracování v oblastech, které požadují zákony a podzákonné normy. O zapracování každého pracovníka je veden písemný záznam (36, str. 74)“.

Proces zapracovávání nového pracovníka si klade za cíl především překonat počáteční fáze, kdy se novému pracovníkovi zdá vše nové a neznámé, dosáhnout toho, aby nový pracovník podával žádoucí pracovní výkon v co nejkratším možném čase po nástupu a snížil pravděpodobnost brzkého odchodu pracovníka. Každý nový pracovník se musí učit, a aby odváděl kvalitní profesionální výkon, musí být jeho zaškolení věnován patřičný čas. Ke každému je potřeba přistupovat individuálně a měnit délku

a intenzitu učení dle jeho schopností, vědomostí i jeho osobních připomínek. Zacvičování musí probíhat systematicky, plánovitě a to již od prvního dne. Pro mnoho lidí je důležitá sociální stránka věci. Tedy začlenění do nového sociálního prostředí, vztahy se spolupracovníky. Většina lidí při nástupu do nového prostředí trpí jistou mírou nervozity z toho, jak bude nové prostředí vypadat, co se od něj očekává, jaký bude kolektiv, nadřízený (2).

Pro usnadnění adaptačního procesu MZ ČR vydalo 29. 7. 2009 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Metodický pokyn doporučuje, jak postupovat při realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky ve všech typech zdravotnických zařízení. Zajišťuje jednotný postup a rovné podmínky pro všechny absolventy a nově nastupující zdravotnické pracovníky při nástupu do pracovního procesu. Týká se i nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přerušili výkon povolání nebo přecházejí na jiná pracoviště a charakter jejich nové práce se výrazně liší od práce dřívější. Na základě tohoto manuálu si každé zdravotnické zařízení zpracuje standard, kterým se bude řídit. Adaptační proces je chápán jako proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka. Klade si za cíl usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci v něm a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. Umožní počít proces utváření pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti se zaměstnavatelem. Během celého procesu je pracovníkovi umožněno ověřování základních znalostí a získání zkušeností pro výkon práce, včetně seznámení se s prostředím, spolupracovníky a pracovním týmem. Po celou dobu musí být pracovník hodnocen. Toto hodnocení slouží pro zjištění vhodnosti uplatnění pracovníka na určeném pracovišti, případně i možnosti jeho dalšího rozvoje po odborné i osobnostní stránce. S tím, jak bude proces adaptace probíhat, je pracovník seznámen při nástupu, musí mít přehled o tom, na základě jakých kritérií bude probíhat jeho hodnocení. Informace předá vedoucí pracovník. Délka adaptačního procesu je zcela individuální. U absolventů může být stanovena v rozmezí 3 – 12 měsíců. U pracovníků, kteří přerušili činnost v oboru na dobu delší než 2 roky, bývá většinou

kratší, v rozmezí 3 – 6 měsíců. Stejně tak, pokud je pracovník přeřazen na jiné pracoviště a náplň jeho práce je velmi odlišná od té předchozí. Dle individuálního posouzení může být tato doba zkrácena nebo naopak prodloužena. Po dobu adaptace je každému přiřazen školící pracovník, který musí splňovat podmínky stanovené zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů a získal Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, eventuálně specializovanou způsobilost v daném oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost. O celém průběhu je vedena dokumentace, kam je pravidelně zaznamenáváno hodnocení. Optimálně 1x za týden, nejméně však 1 x měsíčně. V průběhu může být pracovníkovi zadána i písemná práce. Záleží na manažerovi příslušného oddělení. Na závěr procesu proběhne pohovor za přítomnosti vedoucího pracovníka příslušného úseku a školícího pracovníka. V případě, že byla zadána závěrečná práce, bude provedena její obhajoba. O úspěšném ukončení adaptačního procesu provede vedoucí pracovník zápis do dokumentace a seznámí účastníka adaptačního procesu se závěrečným hodnocením. Hodnocení je předáno zaměstnanci a personálnímu oddělení. Po úspěšném ukončení je každému účastníku adaptačního procesu jeho přímým nadřízeným vypracována nová náplň práce (34).

1. 6. 5 Akreditační standard 61

„Všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny (36, str. 75)“.

Standard 61 má čtyři indikátory. „Každý pracovník nemocnice, který poskytuje zdravotní péči, má konkrétní spektrum svých kompetencí. Informace o spektru kompetencí zdravotnických pracovníků jsou uvedeny v jejich osobních spisech. Kompetence každého pracovníka jsou průběžně hodnoceny, minimálně jednou ročně, a toto hodnocení, tam, kde je to možné, je založeno na jasně definovaných kritériích nebo datech o kvalitě práce hodnoceného pracovníka. Spektrum kompetencí každého zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá skutečnosti (36, str. 75)“.

Kompetence lze charakterizovat jako souhrn znalostí, dovedností, zkušeností a vlastností, které podporují dosažení cíle. Nejedná se tedy pouze o dovednosti, ale spíše o pozorovatelné způsoby, jakými dosahujeme vytýčených cílů. Kompetence říkájí, jak a čím dosáhneme cíle. Rozvojem kompetencí můžeme následně zvyšovat výkonnost. Řízení pracovníků pomocí kompetencí jim umožní použít k dosažení cíle různých cest, přitom se stejně dobrým výsledkem (20, 21).

Kompetence se týkají pokaždé konkrétního úkolu. Stanovují každému pracovníkovi podmínky, které musí splnit pro výkon dané úlohy. Pojem kompetence může být chápán dvěma způsoby. Kompetence jako soubor pravomocí umožňujících dělat rozhodnutí, za která je dotyčný zodpovědný. Jsou to kompetence udělené nadřízenou autoritou. V klasických organizačních strukturách jsou nositeli těchto kompetencí manažeři, kteří je dostávají od svých nadřízených nebo zřizovatelů nemocnice. Nyní se ovšem rozšiřuje moderní pojetí řízení, kompetence jsou přenášeny na všechny zaměstnance. Kompetence mohou být stanoveny nastálo nebo na předem vymezenou dobu.

Druhý pohled na problematiku chápe pojem kompetence jako vyjádření obecné schopnosti odpovídajícím způsobem zhodnotit situaci, přizpůsobit jí své jednání a umět na situaci reagovat tak, aby se změnila žádoucím způsobem. V tomto případě lze hovořit o pracovní způsobilosti. Toto pojetí bývá propojeno se schopností podávat vysoký, a to jak kvalitativně tak i kvantitativně, pracovní výkon. Jinými slovy, mluví se o profesní kompetenci.

Člověk, který dokáže své zdroje využít v praxi, může o sobě prohlásit, že je kompetentní vzhledem k dané úloze. Jedině díky pravidelnému hodnocení kompetencí je možné se zaměstnanci mluvit o konkrétních cílech a dosažených výsledcích na objektivní úrovni. Věcný obsah diskuzí přináší hodnocenému informace o možnostech jeho profesního růstu a o vyhlídkách na kariérní postup v instituci (38, 48).

Převádění kompetencí na všechny zaměstnance je založeno na předpokladu, že pokud lidé sami mohou o věcech rozhodovat, jsou více motivováni podávat lepší výkon. Tím se podílí na neustálé snaze o poskytování co nejlepší péče klientům ve zdravotnických zařízeních (31).

Definice kompetencí v ošetrovatelství v sobě nesou hned několik komponent. Znalosti, pochopení a úsudek, také praktické dovednosti, psychomotorické schopnosti a umění komunikace, důležitou součástí jsou i osobní vlastnosti a postoje.

Pro získání kompetencí nestačí pouze splnit kvalifikační požadavky, ale součástí profese je i celoživotní vzdělávání sester. Jak uvádí etický kodex Mezinárodní rady sester: „Sestra nese plnou zodpovědnost za ošetrovatelské činnosti, které v praxi provádí a za rozvíjení svých odborných znalostí cestou neustálého kontinuálního vzdělávání (13, s. 41)“. Díky rozvoji vědeckých poznatků je neustálé doplňování odborných vědomostí nevyhnutelné. Pro kontrolu celoživotního vzdělávání je nastaven systém registrace.

Všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči na základě ošetrovatelského procesu. Hodnotí stav pacienta, diagnostikuje celostní psychosomatické reakce klienta na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy, plánuje, realizuje a hodnotí ošetrovatelskou péči. Aktivita sestry směřují i k udržování a podpoře zdraví. Snaží se o co nejrychlejší získání klientovy psychosomatické rovnováhy. Pokud toto nelze, pomáhá člověku akceptovat závislost na ošetrovatelské péči a v případě nemožnosti uzdravení s úctou a ohleduplností doprovází umírajícího a zajistí mu pokojnou smrt. Důležitým faktorem při poskytování péče je spolupráce všech zúčastněných. Především lékařů a sester. Práce v týmu by měla být založena na partnerské spolupráci. Primárně mají v kompetenci diagnostiku a léčbu lékaři, sestry plní roli sekundární, zatímco v poskytování ošetrovatelské péči jsou kompetence sester na primární úrovni (14, 31).

1. 6. 6 Akreditační standard 62

„Nemocnice má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek (36, str. 76)“.

Indikátory standardu jsou: „Nemocnice má vypracovány v souladu s platnou legislativou vnitřní předpisy upravující oblast BOZP (např. školení zaměstnanců, identifikace rizik a stanovení OOPP, práce s chemickými látkami, pracovní úrazy atd.). Nemocnice má záznamy o proškolení personálu v souladu s vnitřním předpisem včetně testů. Vnitřní předpisy jsou v nemocnici dodržovány (36, str. 76)“.

Bezpečnost lze chápat jako ochranu zdraví osob, života a životního prostředí před negativními účinky pracovních procesů a dalších činností, které s pracovními procesy přímo nesouvisí, ale ve svém důsledku mohou způsobit ohrožení a zdraví osob či životního prostředí. Bezpečnost a ochranu zdraví při práci (BOZP) vymezujeme jako souhrn právních, organizačních, technologických, technických, zdravotních, hygienických, výchovných a dalších opatření. Cílem těchto opatření je dosažení takového stavu pracovišť, pracovního prostředí a výkonu práce, při němž nebude docházet k pracovním úrazům, nemocem z povolání a ani k jinému ohrožení zdraví a naopak bude dosahováno zkvalitnění pracovního života. Ze subjektivního hlediska je BOZP souhrnem individuálních práv a povinností jednotlivých zaměstnanců a jejich zaměstnavatelů ve vztahu k výkonu konkrétní práce na konkrétním pracovišti. Bezpečností a ochranou zdraví při práci se zabývá mnoho dokumentů národních i mezinárodních (46).

Problematiku BOZP upravuje zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů (část pátá, §103 až §106 stanoví povinnosti zaměstnavatele, práva a povinnosti zaměstnanců v oblasti BOZP) a zákon č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (25).

Obecná povinnost zaměstnavatele související s BOZP uvedená v pracovněprávních předpisech se vztahuje na všechny zaměstnance, kteří se vyskytují na pracovišti zaměstnavatele s jeho vědomím a svolením. Zaměstnavatel má povinnost vytvářet, udržovat a zlepšovat bezpečné pracovní podmínky pro všechny činnosti a na všech úrovních řízení. Svou roli plní vhodnou organizací práce a také systémem opatření k prevenci rizik (25).

Zákoník práce ukládá povinnost stanovit kategorie prací, jež zaměstnanci vykonávají, informovat je o případném riziku, nepřipustit výkon práce, která neodpovídá schopnostem a zdravotnímu stavu zaměstnanců. Podle míry výskytu faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců, a jejich rizikovosti pro zdraví se práce zařazují do čtyř kategorií. Ve zdravotnictví o zařazení prací do druhé, třetí nebo čtvrté kategorie rozhoduje Hygienická stanice (56). Zákon pamatuje i na těhotné matky, které musí být seznámeny s riziky pracovního prostředí, které mohou ohrozit je nebo

plod. Pokud žena pracuje na takovém pracovišti, má nárok na přeřazení na jinou práci. Po dobu převedení na jinou práci v těhotenství přísluší zaměstnankyni tzv. vyrovnávací příspěvek z dávek nemocenského, který činí v podstatě rozdíl mezi původním výdělkem a výdělkem po převedení. Pro posouzení prací, které těhotné nemohou konat, existuje speciální předpis. Je to vyhláška č. 288/2003 Sb., kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázány těhotným ženám, kojícím ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání, ve znění pozdějších předpisů (56).

Dle zákoníku práce má zaměstnavatel povinnost zajistit dodržování zákazu kouření na pracovištích stanoveného zvláštními právními předpisy. Tímto předpisem je zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, ve znění pozdějších předpisů. Podle ustanovení § 8 tohoto zákona je zakázáno kouření ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů. Výjimku tvoří uzavřená psychiatrická oddělení nebo jiná zařízení pro léčbu závislostí. Pokud se zaměstnavatel rozhodne vymezit prostory pro kuřáky, musí je označit zjevně viditelným nápisem "Prostor vyhrazený pro kouření" nebo jiným obdobným způsobem. Ale zákon nestanovuje povinnost tyto prostory zřídit. Zákaz kouření a požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek na pracovišti a v pracovní době i mimo pracoviště upravuje zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů. Osoby vykonávající činnost, při níž by mohlo dojít k ohrožení života nebo zdraví nebo poškození majetku, nesmí užívat alkohol ani jiné návykové látky během této činnosti a ani před touto činností, pokud by mohli ještě v jejím průběhu být pod vlivem těchto látek. Toto ustanovení se týká i pracovníků ve zdravotnictví, kteří nepřijdou do přímého styku s klienty, ale jejich pracovní výkon se poskytování péče nějakým způsobem dotýká. Jedná se například o nutriční terapeutky, laboranty, pracovníky sterilizace. Pokud je osoba podezřelá z požití alkoholu nebo návykových látek, je povinna podrobit se dechové zkoušce. V případě pozitivního výsledku následuje odběr krve na prokázání hladiny alkoholu. U podezření na požití návykové látky se provádí jednak lékařské vyšetření a zejména odběr moče, slin nebo krve. Otázka povinného odběru biologického

materiálu je ale sporná, jelikož se jedná o zdravotnický výkon. S každým zdravotnickým výkonem musí pacient vyslovit souhlas. Jestliže odmítne, měl by být připraven nést následky tohoto rozhodnutí (52).

V souvislosti s BOZP je zaměstnavatel povinen provádět školení zaměstnanců a to při přijetí zaměstnance, při změně druhu práce nebo pracovního zařazení, při zavádění nové technologie nebo nových pracovních postupů a ve všech dalších případech, které mají nebo mohou mít podstatný vliv na BOZP. Dle rizika, které je s prací spojeno, zaměstnavatel rozhodne o četnosti periodických školení, v případě nutnosti provádí školení bezodkladně. Vnitřními předpisy je stanoveno, kdy, kdo, jak často bude školení provádět. Jakým způsobem bude ověřena proškolenost zaměstnanců i jakou formou je vedena dokumentace spojená se školením BOZP.

Pokud to povaha vykonávané činnosti vyžaduje, poskytuje zaměstnavatel zaměstnancům osobní ochranné pracovní prostředky (OOPP). Na ty je kladeno několik požadavků. Musí chránit zaměstnance před riziky, nesmí ohrožovat jejich zdraví, nesmí bránit při výkonu práce a musí splňovat požadavky stanovené zvláštním právním předpisem. Pokud během zaměstnání dochází k nadměrnému opotřebení nebo oděv plní ochrannou funkci, má zaměstnanec právo obdržet pracovní oděv a obuv od zaměstnavatele. Na pracovištích s nevyhovujícími mikroklimatickými podmínkami, v rozsahu a za podmínek stanovených prováděcím právním předpisem, též ochranné nápoje. Poskytování OOPP nesmí zaměstnavatel nahrazovat peněžitým příspěvkem.

Každý pracovní úraz je zaměstnavatel povinen prošetřit a na základě zjištění objektivních příčin učinit taková opatření, aby se případnému dalšímu úrazu v budoucnu předešlo. Zaměstnavatel musí vést evidenci všech pracovních úrazů, i těch, které neměly za následek pracovní neschopnost nebo pracovní neschopnost nepřesáhla tři pracovní dny. Zaměstnavatel je povinen ohlásit pracovní úraz stanoveným orgánům a institucím a zároveň jim zaslat i záznam o úrazu.

Zaměstnanec je oprávněn odmítnout výkon práce, o které se domnívá, že by bezprostředně a závažným způsobem ohrozila jeho život nebo zdraví, popřípadě život nebo zdraví jiných fyzických osob. Toto odmítnutí není možné posuzovat jako nesplnění povinnosti zaměstnance. Každý zaměstnanec musí dbát podle svých možností

o svou vlastní bezpečnost, o své zdraví i o bezpečnost a zdraví fyzických osob, kterých se bezprostředně dotýká jeho jednání, případně opomenutí při práci. Znalost těchto základních povinností vyplývajících z právních a ostatních předpisů a požadavků zaměstnavatele k zajištění BOZP je nedílnou a trvalou součástí kvalifikačních předpokladů zaměstnance. Samozřejmostí je tedy povinná účast na školeních, dodržování správných postupů při práci, podstupování pravidelných prohlídek, očkování. Předcházet pracovním úrazům, podílet se tvorbě bezpečného pracovního prostředí (46, 52, 56).

1. 6. 7 Akreditační standard 63

„Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců (36, str. 77)“.

K tomuto standardu byly vytvořeny následující indikátory. „Nemocnice sleduje spokojenost zaměstnanců alespoň jednou ročně. Výsledky sledování spokojenosti jsou analyzovány a vedou k nápravným opatřením. Pracovníci nemocnice seznámeni s výsledky sledování (36, str. 77)“.

Pracovní spokojenost má velmi rozsáhlý a individuálně diferencovaný profil. Pokud jsou zaměstnanci v práci spokojeni, nemají tendenci měnit často zaměstnání, tudíž déle setrvávají v organizaci a mohou pro ni být přínosem. Problematika absentérství naznačuje, že pracovník není ve svém zaměstnání spokojen. Spokojenost zaměstnanců s prací a s podmínkami práce je uváděna jako kritérium hodnocení personální politiky podniku. Pokud bereme v úvahu toto hledisko, nacházíme přímou úměru ve smyslu, čím větší spokojenost, tím lépe se podnik o své zaměstnance stará. Na druhé straně je spokojenost zaměstnanců podmínkou pro efektivní využití pracovní síly. Spokojenost nebo nespokojenost s prací ovlivňuje celá řada faktorů. Rozlišujeme faktory vnější a vnitřní. K prvně zmíněným lze řadit finanční ohodnocení. Často není pro jednotlivce ani tak důležitá výše odměny jako mzdové relace mezi pracovníky. Nespokojenost se mzdou se promítá do situace, kdy zaměstnanec srovnává svou výplatu s platy ostatních zaměstnanců vzhledem k vynaloženému úsilí a pracovním výsledkům. S platovým ohodnocením úzce souvisí i možnost pracovního postupu. Záleží i na tom, z jakého důvodu byl pracovník povýšen. Povýšení existuje v různých formách a podle toho má odlišný vliv na pracovní spokojenost. Princip seniority je stále ještě častým způsobem

povyšování, ale poskytuje jiné uspokojení, než povýšení plynoucí z výkonu a dosažených výsledků. Dalším vnějším faktorem je charakter vlastní práce. Záleží na povaze práce, zda dotyčného naplňuje, zda má pocit, že se může účastnit rozhodovacích procesů. Sestra manažerka může kladně i záporně ovlivnit to, s jakým pocitem člověk do práce chodí. Zda se vedoucí umí za své podřízené postavit, zajímá se o ně, ale opravdově, nejen tak naoko, jak přijímá jejich názory a jaké vytváří na pracovišti klima. I podmínky práce a pracovního prostředí, hluk, osvětlení, barevné řešení pracoviště a mikroklima (teplota a vlhkost vzduchu, proudění vzduchu apod.) ovlivňují celkovou pohodu na pracovišti. V neposlední řadě je třeba zmínit i kvalitu řízení lidských zdrojů, která se nemalou měrou podílí na spokojenosti zaměstnanců. To, jak je v organizaci vedena personální politika, tedy objektivní hodnocení pracovníků, spoluúčast na rozhodování, potřebná míra informovanosti o významných záležitostech, potřebná podpora ze strany managementu, uplatnění vlastní kvalifikace, existence příležitostí pro vzdělávání a rozvoj, péče o ochranu zdraví a bezpečnost práce, sociální péče a zajištění. Druhým okruhem faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost, jsou vnitřní osobnostní faktory. Mluvíme o motivačních faktorech – potřeby, postoje, zájmy, očekávání, plány, aspirace. Objektivní osobnostní činitele – věk, pohlaví, délka zaměstnání v podniku, funkce, rodinný stav. A osobnostní vlastnosti – emocionální stabilita, vyrovnanost, extroverze, úroveň frustrační tolerance apod. (9, 45).

Ve Velké Británii byl k tomuto tématu proveden výzkum, kde bylo zanalyzováno 485 studií s kombinovaným počtem vzorků o velikosti 267 995 jedinců na téma vztahu psychického a fyzického zdraví k pracovní spokojenosti. Výsledky, ke kterým autoři došli, naznačují, že úroveň pracovní spokojenosti je významným faktorem, který ovlivňuje zdraví pracovníků. Organizace by měly brát zřetel na management stresu, aby identifikovaly a odbouraly faktory způsobující pracovní nespokojenost. Měla by to být část jejich cíle vedoucí ke zlepšení zdraví zaměstnanců. Lékaři závodní preventivní péče by měli zvážit poradenství zaměstnancům s psychickými problémy. Pomoci jim kriticky hodnotit svou práci a prozkoumat způsoby, jak získat větší uspokojení z tohoto důležitého aspektu jejich života (17).

Zjišťování a hodnocení spokojenosti zaměstnanců je vhodnou metodou pro

zapojení pracovníků do spolupodílení se na tvorbě příznivého pracovního prostředí. Ke zjištění názorů pracovníků jsou vhodné následující metody.

Použití strukturovaných dotazníků. Jak již bylo řečeno výše, mohou být dotazováni všichni zaměstnanci, nebo pouze vybraná skupina. Dotazníky jsou univerzální neboli standardní. Příkladem univerzálního dotazníku je Index of Job Satisfaction od Brayfielda a Rotha. Tento dotazník obsahuje 30 otázek zaměřených na pracovní spokojenost, které respondent zodpovídá s využitím stupnice od jedné do sedmi, kdy jedna znamená nejméně se vyskytující a sedm stále se vyskytující faktor. Využití standardních dotazníků má bezesporu výhodu pro závěrečné hodnocení, kdy většinou existuje jakási norma, podle které může být šetření hodnoceno. Pokud to konkrétní situace vyžaduje, lze ke standardním otázkám přiřadit ještě otázky specifické pro konkrétní oddělení. V případě, že se organizace rozhodne vytvořit dotazník sama, bývá vhodné přizvat k tvorbě i závěrečnému hodnocení erudovaného psychologa. Šetření pomocí dotazníků neodčerpá z firemních zdrojů příliš velké částky, lze jím za poměrně krátký čas získat informace od velkého množství lidí, ale v některých situacích se nemusí management dozvědět všechny potřebné informace (2, 35).

Proto se využívá také druhé možnosti pro sběr informací, a sice prostřednictvím rozhovorů. Ty bývají většinou vedeny individuálně. Je ovšem možno seztvat i skupinu zainteresovaných lidí. Některým jedincům ale může činit problém vyjádřit své myšlenky před větší skupinou lidí. Individuální rozhovory jsou časově velmi náročné, zato data vzešlá z těchto konzultací mají pro další kroky, které mají vést ke zlepšení situace, velkou hodnotu. Obzvláště, pokud je dotazovanému dán volný prostor pro vyjádření svých pocitů. Samozřejmě existují i rozhovory, které jsou přesně strukturované, ale v tom případě se spíše jedná pouze o verbální formu dotazníku.

Jako ideální se jeví kombinace dotazníků a rozhovorů, kdy dochází ke spojení kvantitativních údajů z dotazníku s kvalitativními informacemi z rozhovorů.

Čtvrtou možností, která se pro sběr informací nabízí, je vytvoření skupiny zainteresovaných pracovníků, tzv. referenční skupiny. Jejimi členy jsou zástupci pracovníků, kterých se problematika dotýká, a zjišťují se názory na danou věc (2, 35).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Hlavním záměrem výzkumného šetření je zmapovat dodržování standardů SAK ČR v oblasti řízení lidských zdrojů ošetrovatelské péče ve vybraných nemocnicích.

Na základě hlavního záměru jsme stanovili tyto dílčí cíle:

Dílčí cíl 1. Zjistit, zda nemocnice stanovují počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající ošetrovatelské péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace ošetrovatelského personálu.

Dílčí cíl 2. Zjistit, zda nemocnice vedou pro každého ošetrovatelského pracovníka osobní spis.

Dílčí cíl 3. Zmapovat, zda nemocnice mají pro každého pracovníka v ošetrovatelské péči stanovenou náplň práce, která odpovídá dosažené kvalifikaci.

Dílčí cíl 4. Zjistit, zda jsou pracovníci v ošetrovatelské péči při nástupu zapracování s ohledem na jejich pracovní zařazení.

Dílčí cíl 5. Zmapovat, zda nemocnice jasně stanovují kompetence všeobecným sestřím.

Dílčí cíl 6. Zjistit, zda nemocnice provádějí školení ošetrovatelského personálu, týkající se BOZP.

Dílčí cíl 7. Zmapovat, zda nemocnice sledují vhodnou formou spokojenost ošetrovatelského personálu.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1. Jakým způsobem probíhá personální plánování ve vybraných nemocnicích?

VO 2. Jak management vybraných nemocnic podporuje celoživotní vzdělávání sester?

VO 3. Jaké dokumenty obsahuje osobní spis zaměstnanců, kde je uložen a jak často aktualizován?

VO 4. Na základě kterých norem sestavuje vedení nemocnice náplně práce jednotlivých zaměstnanců?

VO 5. Jak probíhá adaptační proces ve vybraných nemocnicích?

VO 6. Jakým způsobem postupují ve vybraných nemocnicích při stanovování kompetencí ošetrovatelského personálu?

VO 7. Jak probíhá ve vybraných nemocnicích školení BOZP?

VO 8. Jakým způsobem sleduje management nemocnice spokojenost svých zaměstnanců?

2.3 Hypotézy

H1: Nemocnice plánují dostatečný počet kvalifikovaného ošetrovatelského personálu.

H2: Ošetrovatelskému personálu je umožněno kontinuální vzdělávání pro zvyšování kvalifikace.

H3: Každý člen ošetrovatelského týmu má znalosti o svém osobním spisu.

H4: Každý ošetrovatelský pracovník zná stanovenou náplň práce, která odpovídá jeho dosažené kvalifikaci.

H5: Všeobecné sestry znají problematiku adaptačního procesu nových zaměstnanců.

H6: Ošetrovatelský personál zná stanovený rozsah svých kompetencí.

H7: Nemocnice provádí školení ošetrovatelského personálu v oblasti BOZP.

H8: Zaměstnanci mají možnost vyjádřit svůj názor na spokojenost se zaměstnáním minimálně jednou ročně.

3 METODIKA

3. 1 Použitá metoda

Naše výzkumné šetření probíhalo ve dvou fázích, jednalo se o kvalitativně kvantitativní šetření. V kvalitativní části jsme oslovili čtyři náměstky ošetrovatelské péče, s kterými jsme vedli nestandardizované rozhovory. Otázky pro rozhovor vycházely ze standardů SAK ČR týkajících se řízení lidských zdrojů (příloha 1). Odpovědi respondentů byly zaznamenávány na diktafon. Respondenti našeho šetření souhlasili s rozhovorem pod podmínkou zachování anonymity a využití pouze pro naše výzkumné šetření. Ze získaných informací od respondentů byly provedeny přepisy rozhovorů. Pro zpracování kvalitativních dat byla použita rámcová analýza podle Ritchieho a Spencera.

Po zpracování rozhovorů byla připravována kvantitativní část výzkumu. Na základě stanovených hypotéz vzešlých z rozhovorů s hlavními sestrami jsme sestavili dotazník pro sestry (příloha 2). Celkem bylo distribuováno 240 dotazníků ve vybraných nemocnicích. Dotazníky byly v jednotlivých nemocnicích roznášeny osobně po předchozím schválení hlavní sestrou dané nemocnice. Zpět jsme získali 206 dotazníků, z nichž 20 bylo vyplněno neúplně, tudíž byly z šetření vyřazeny. Do závěrečného hodnocení bylo použito 186 dotazníků. Vyhodnocování dotazníkového šetření bylo prováděno analýzou a syntézou dat pomocí programu SPSS 16.0 a Microsoft Office Excel 2007. Pro vyhodnocení statisticky významných vztahů u vybraných proměnných byly použity tyto nástroje: kontingenční tabulky a Pearsonův chí kvadrát test.

Celé výzkumné šetření bylo realizováno v období leden – březen 2010

3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor v kvalitativní části šetření tvořili náměstci pro ošetrovatelskou péči čtyř vybraných nemocnic. Z toho tři nemocnice již získaly akreditaci od SAK ČR, čtvrtá nemocnice akreditaci nemá a ani se na akreditační šetření nechystá. Kvantitativní část šetření byla uskutečněna ve stejných nemocnicích a výzkumný soubor tvořily sestry zde pracující. Výběr respondentů byl náhodný, respondentům byla ponechána možnost odmítnout se účastnit, čehož v několika případech sestry využily.

4 VÝSLEDKY

4.1 Přepisy rozhovorů s náměstký pro ošetrovatelskou péči

Rozhovor 1

Respondentka č. 1 je hlavní sestrou nemocnice od roku 2001. Tato nemocnice získala akreditaci v první polovině roku 2009.

Za personální plánování odpovídá vedoucí pracovník jednotky. Personální plánování dle respondentky probíhá v souladu s normami pojišťovny, které jsou pevně dány. Tato norma určuje počet zaměstnanců na jednotlivých odděleních. Tam je stanoven počet pracovníků dle jejich kvalifikace (staniční sestry, zdravotnický pracovník pracující pod odborným dohledem, bez odborného dohledu). Plánování personálu na standardních odděleních a odděleních intenzivní a resuscitační péče je odlišné. Na ARO norma udává tři pracovníky na lůžko, na JIP je to 2, 2 pracovníka na lůžko. V plánování počtu pracovníků na standardním oddělení kombinují počty pracovníků pracujících bez odborného dohledu a pod odborným dohledem dle aktuální potřeby. Norma nestanovuje počet pomocných pracovníků, navíc je to norma již poněkud zastaralá, tudíž je někdy navýšen počet pomocného personálu na úkor sester. Tyto plány jsou realizovány v praxi, a co se týče všeobecných sester, nejsou nuceni přijímat náhradní opatření. Problémy se ale vyskytují s obsazováním pracovních míst u profesí radiologických asistentů, zdravotních laborantů a fyzioterapeutů. Nemocnice se musí snažit najít uchazeče na trhu práce. Za tímto účelem vydává inzeráty v tisku, především se jedná o časopis Sestra, Florence, Zdravotnické noviny. Inzerují i na Slovensku. Jsou v kontaktu s různými vzdělávacími institucemi, kde mají také zveřejněné inzeráty.

Plán celoživotního vzdělávání předkládá vedoucí konkrétního pracoviště. Tento plán opět vychází z požadavků pojišťovny, kolik a jak vzdělaných zaměstnanců musí na oddělení pracovat. Norma stanovuje počet sester se specializací a těchto pokynů se management nemocnice drží. Dokonce mají více specializovaných sester, než je pojišťovnou požadováno. Kritéria, podle kterých je zaměstnancům celoživotní vzdělávání umožněno a je podporováno finančně i uvolňováním ze zaměstnání, jsou

stanovena na základě doporučení od přímých nadřízených. Takové jedno z nejdůležitějších kritérií je předpoklad, že vedení nemocnice bude investovat do zaměstnanců, u nichž je velká pravděpodobnost, že v nemocnici setrvají. Pokud není sestra vysokoškolsky vzdělaná a působí-li na funkčním místě, má vysokoškolské vzdělávání plně hrazeno. Řadové sestry prozatím s podporou managementu v tomto směru počítat nemohou. Účast na různých konferencích, seminářích a školeních je vedením nemocnice podporována. Hlavní sestra nebo přímý nadřízený sestrám nabídne určitou vzdělávací akci a je na nich, zda se chtějí účastnit, či nikoli. Pokud samy najdou akci, která se týká například jejich specializace, mohou i ony předložit žádost. Musí doložit program, čeho se daná aktivita týká, kde se koná, kolik dnů a hlavně, jaký finanční obnos budou požadovat. Výběr adeptů je na staničních sestřích (v této nemocnici nejsou vrchní sestry). Příspěvek dostane vždy jedna sestra z oddělení. Nikdy nemohou vyjet dva zájemci z jednoho oddělení. Pro tento případ ale ještě existuje dohoda s Uníí sester. Pokud je zájemce z jejich řad, Unie proplatí náklady jedné, nemocnice druhé zájemkyně. Když se žádostí přijde ošetřovatelka nebo sanitář, což se děje tak jednou do roka, i jim je vzdělávání hrazeno. Nemají-li absolvován sanitárský kurs, mají možnost absolvovat ho na náklady nemocnice.

Osobní spis má veden každý zaměstnanec. O tomto faktu zaměstnanci vědí a mají možnost do spisu nahlížet. Další osoby, jež mají přístup do spisu, jsou personalista, hlavní sestra a vedoucí pracovník, tedy staniční sestra nebo primář oddělení. A pak také samozřejmě kontrolní orgány, které dělají personální audit v nemocnici. To jsou třeba komise na personálně ekonomický audit, kterou vyšle Ministerstvo zdravotnictví. Poslední audit z nedávné doby, který v nemocnici proběhl, byl vyhlášen zřizovatelem nemocnice (Jihočeský kraj). Obsahem spisu jsou doklady potvrzující dosažené vzdělání, potvrzení zdravotní způsobilosti, pracovní smlouva, náplň práce, doklady o proškolení BOZP, KPR (kardiopulmonální resuscitace), doklady o dalším vzdělávání. Za obsah spisu odpovídá pověřený personální pracovník. Je uložen na personálním oddělení. Aktualizace probíhá při změnách ve výše uvedených dokumentech, jež spis obsahuje. Další aktualizace probíhá i v případě, že pracovník nastupuje po dlouhodobé nepřítomnosti, přesněji po více než dvou letech, jedná se

především o zaměstnance nastupující po rodičovské dovolené. Aktualizace spisu probíhá i při převedení pracovníka na jiné pracoviště. Při vedení osobního spisu vychází management nemocnice z právních norem daných především zákoníkem práce a dalšími právními předpisy.

Náplň práce je stanovena podle dosaženého vzdělání a zároveň podle toho, zda se jedná o registrovanou sestru, nebo sestru pracující pod odborným dohledem. Každý pracovník je s ní seznámen osobně. Náplň práce je vždy vyhotovena ve dvou provedeních, jedno dostane zaměstnanec, druhé je uloženo právě v již zmiňovaném osobním spise. Tato náplň je aktuální, odpovídá realitě. Aktualizována je při změně zařazení člověka na konkrétní pracovní místo. Změní-li pracovník oddělení nebo postoupí-li na vyšší nebo nižší pozici v rámci oddělení. Pokud dojde ke změně systému poskytování ošetrovatelské péče nebo změně zákona, je staniční sestra zodpovědná za aktualizaci stávajících pracovních náplní.

Problematiku zapracování nových pracovníků řeší vnitřní směrnice o adaptačním procesu. Vychází z Metodického pokynu k realizaci a ukončení adaptačního procesu vydaného Ministerstvem zdravotnictví. Jinak probíhá adaptační proces u zdravotníků, jinak u technických pracovníků a jinak u dalších pomocných pracovníků. Obecná část je společná pro všechny kategorie zaměstnanců. Dále je to již charakteristické pro jednotlivé profese. Sestra má tři měsíce na seznámení se s vizí nemocnice, s oddělením, směrnici, harmonogramem a zkrátka všemi náležitostmi týkajícími se oddělení. A další tři měsíce probíhá speciální část dle oddělení, tu určují vedoucí pracovníci (primář a staniční sestra). Většinou vychází ze zkušeností na oddělení, s čím mají nově příchozí zaměstnanci potíže, v čem dochází nejčastěji k chybám, a na to se v adaptačním procesu zaměří. Tyto problémy dostane za úkol sestra zvládnout jednak teoreticky a poté samozřejmě i prakticky, o všem je veden záznam a je průběžně hodnoceno. Již v adaptačním procesu je kladen důraz na komunikaci, ve které respondentka vidí stále velký problém, takže je snaha již od začátku vést sestru ke komunikaci s klienty a odráží se to právě v náplni adaptačního procesu. Na závěr probíhá hodnocení celého procesu, kde se staniční sestra písemně vyjádří k tomu, jak sestra pracuje, jaké má klady a zápory a zda je možno již proces

ukončit nebo je potřeba ještě o určitou dobu proces prodloužit. Součástí ukončení procesu je i zpracování písemné práce z oboru. Téma zadává staniční sestra. Rozsah práce není striktně stanoven, ale praxe je taková, že nebývá kratší než deset stran. Práce je uložena do osobního spisu spolu s potvrzením o ukončení adaptačního procesu. Adaptační proces nevedou speciálně proškolení mentoři. Na každém oddělení je vždy jedna až dvě sestry, jimž staniční sestra důvěřuje. Jsou to schopné, zapracované sestry a ty se ujímají nově příchozích a vedou je celým adaptačním procesem. Školitelky jsou za průběh procesu odpovědné staniční sestře. Celý proces trvá šest měsíců. Pokud se sestra ještě necítí být „silná v kramflecích“, může být proces prodloužen o další tři měsíce. Také v případě, že staniční sestra má nějaké výhrady, je proces prodloužen. Pokud sestra sama řekne, že jí něco není jasné, že jí nestačí teoreticky o vyšetřovací metodě nebo třeba o operačním výkonu číst, má možnost vidět konkrétní postup, navštívit operační sál, ambulanci, kde se vyšetření provádí. Záznam o adaptačním procesu vede průběžně školitelka se staniční sestrou, po dobu procesu je uložen u nich, poté je zakládán do osobního spisu.

Každý zaměstnanec má stanoveno i spektrum svých kompetencí, je součástí náplně práce. Řídí se opět vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Další faktor, který je zohledňován při stanovování kompetencí, jsou osobnostní charakteristiky pracovníka. Ne každá sestra se stejným vzděláváním může být kompetentní ke stejným výkonům jako druhá sestra. Záleží na její houževnatosti, jejích vědomostech, dovednostech. S více kompetencemi stoupá i zodpovědnost sestry, takže hodně záleží i na ní, zda je ochotna vzít na sebe další riziko, pokud se něco stane, ponese následky. Jakmile má určitou kompetenci zanesenu v náplni práce a pochybí, je za své jednání plně odpovědná. Kompetence musí odpovídat realitě, pokud sestra není schopna některý výkon provádět, nemůže mít příslušnou kompetenci. Aktualizace probíhá dle potřeby.

Oblast týkající se BOZP je zanesena ve vnitřních směrnících nemocnice. Jsou v ní například upraveny záležitosti týkající se poskytování ochranných pracovních pomůcek, očkování je zahrnuto v BOZP. V celém areálu platí zákaz kouření. Kuřáci mají vymezené prostory, kde smějí kouřit, ale stále se nedaří dosáhnout dodržování tohoto pravidla. I když jsou o zákazu kouření v rámci léčebného režimu poučeni také pacienti, dochází k porušování i z jejich strany. Pracovní úrazy jsou evidovány a hlášeny. Na každém oddělení je vždy sešit, kam se pracovní úraz zaznamená. Dále je nutné nahlásit ho na hygienické stanici, která provede v případě nutnosti přeočkování nebo jiná nutná opatření. Vše nahlásí závodní nebo obvodní lékařce. Všechny úrazy musí být zaevidovány na sekretariátu ředitele, jsou vyhodnocovány čtvrtletně technickým náměstkem. Ten řeší, zda se jim dalo předejít, nebo to bylo neopatrností zaměstnanců. Pokud dojde k porušení předpisů ze strany zaměstnance, má staniční sestra povinnost na oddělení provést seminář k této problematice. Školení BOZP a požární ochrany zajišťuje externí pracovník. Zaměstnanci mají povinnost podrobit se školení v den nástupu a následně vždy jedenkrát ročně. Školení je zakončeno písemným testem, protokol o zaškolení je součástí osobního spisu a jedno vyhotovení dostane zaměstnanec. O provedených školeních ještě vede evidenci staniční sestra. Totéž platí o školení požární ochrany. Navíc každé oddělení má jednoho pracovníka, který je členem požární hlídky. Za dodržování předpisů je odpovědný především každý jednotlivec. Dohlíží vedoucí pracovník, top management nemocnice. Jsou prováděny vnitřní audity. Komise je složena většinou ze tří osob. Hlavní sestra, vedoucí oddělení a člen komise kvality. Vyplní záznam o provedení auditu a výsledky jsou zveřejněny na intranetu nemocnice. Audit je prováděn průběžně, minimálně jednou ročně.

Užívání alkoholu na pracovišti je přísně zakázáno. V nemocnici je k dispozici přenosný digitální alkohol tester. Při pozitivním nálezu, více než 0,24 ‰, je postoupena tato záležitost právnímu oddělení nemocnice a řeší se ukončením pracovního poměru. Odběr krve na hladinu alkoholu standardně neprovádíme. Zaměstnanec o něj může požádat, ale pokud je naměřeno v dechu více než 0,24 ‰, je zaměstnanci okamžitě zastavena pracovní činnost a následně je s ním rozvázán pracovní poměr.

Zaměstnanci jsou seznámeni s faktory ohrožujícími zdraví, které se mohou na jednotlivých pracovištích během výkonu jejich povolání vyskytnout. Jedná se především o laboratoře, operační sály, například při operaci Sentinelovy uzliny. A zkrátka všude, kde může dojít k ohrožení zdraví pracovníka, je každý s tímto rizikem seznámen.

U těhotných žen na pracovišti jsou zaváděna opatření v případě, že sestra svou graviditu zaměstnavateli oznámí. V takovém případě je převedena na práci na standardní oddělení. Sestra má možnost domluvit se na pracovišti, zda chce pracovat na směny nebo docházet pouze na ranní směnu.

Spokojenost zaměstnanců je sledována vždy jednou ročně, dotazníkovou metodou. Sleduje se spokojenost všech zaměstnanců, žádná profese není upřednostňována. Šetření se týká spokojenosti s vybavením pracoviště nebo interpersonálních vztahů. Komunikace s nadřízeným, zda vyslechne názor zaměstnance, zda umí poděkovat za dobře odvedenou práci. Dále se zjišťuje celková spokojenost s nemocnicí jako zaměstnavatelem, zda bylo zaměstnanci umožněno studovat během zaměstnání. Management nemocnice se ptá i na míru psychické zátěže v souvislosti s výkonem práce. A v neposlední řadě mají zaměstnanci možnost uvést i návrhy, jak by se dala na daném pracovišti zlepšit hospodárnost provozu. S čím jsou nejvíce spokojeni, to asi nejde specifikovat. Zato jednoznačná odpověď je na otázku, s čím nejsou spokojeni a to je finanční odměna za odvedenou práci. Bývá kladně hodnoceno, pokud mají možnost nějakého společného sportovního nebo kulturního vyžití. Výsledky jsou zveřejněny na intranetu nemocnice. Vzhledem k výsledku hodnocení spokojenosti je zřetelné, že nápravná opatření se podnikají obtížně. Výše platu se těžko napravuje. Nespokojenost s vybavením se opět týká financí, tudíž není možno zaměstnancům vyjít vstříc. A jiné oblasti s převážně záporným hodnocením snad ani nejsou.

Rozhovor 2

Respondentka č. 2 je hlavní sestra nemocnice od roku 2009. Současně pracuje ještě ve funkci vrchní sestry na ORL oddělení. Nemocnice není akreditovaná a ani se zatím na akreditační šetření nechystá.

Za personální plánování dle slov respondentky odpovídá každý náměstek pro svůj úsek. Odvíjí se od požadavků oddělení a norem VZP. VZP stanoví normativy pro zdravotnické pracovníky. Tyto normativy nemocnice splňuje. V loňském roce započala nemocnice realizovat projekt týkající se restrukturalizace pracovních míst u nelékařského zdravotnického personálu tak, aby každý zaměstnanec vykonával takovou práci, na kterou má vzdělání a kompetence dle vyhlášky. Za tuto práci je odpovědný. Sestry mají k dispozici pomocný ošetrovatelský personál. Sanitárky a ošetrovatelky. Počet těchto pomocných pracovních sil je natolik dostatečný, aby každá sestra ve směně měla k sobě jednoho až dva členy týmu pomocného personálu. Cílem je dosáhnout takového stavu, kdy sestry budou vykonávat „pouze“ práci, která jim náleží dle vyhlášky a nebudou muset trávit čas vykonáváním neodborných činností. Každá sestra spolu se sanitárkou nebo ošetrovatelkou mají na starosti svou skupinu pacientů. Tato skupina nepřesahuje počet 15 nemocných. Na oddělení je ještě navíc k dispozici sanitář muž, který pomáhá při fyzicky náročnějších výkonech. Stav nelékařského zdravotnického personálu je v tuto chvíli dostatečný. Nemocnice není nucena přijímat žádná náhradní opatření. Respondentka uvádí i dostatek pracovníků v rezervách. Dle jejích slov nemocnice eviduje dostatek žádostí o přijetí do pracovního poměru, které nemůže momentálně uspokojit. Tyto žádosti registruje personální oddělení. Mohou s nimi počítat v případě, že by nastala situace, kdy by nějakou profesi potřebovali doplnit. Pouze na pozicích radiologických asistentů se někdy potýkají s nedostatkem pracovníků. Není to problém dnešního dne, ale management si je vědom toho, že situace se může záhy změnit. V rámci restrukturalizace pracovních míst přistoupili k tomu, že na radiologii zaměstnávají jednoho sanitáře, který zastává práci kolem pacienta při přípravě na rentgenové vyšetření, například upravuje polohu nemocného. Tím ubrali práci radiologickým asistentům a oni se mohou věnovat svým dalším povinnostem. Sanitáři již projevují zájem o zvýšení kvalifikace. Budou se hlásit ke

studiu radiologického asistenta na VŠ. Tato praxe se jim tedy bude hodit a nemocnice získá další radiologické asistenty.

Respondentka uvádí, že celoživotní vzdělávání na jednotlivých odděleních evidují vrchní sestry. Na oddělení práce a mzdy je evidována registrace sester. Vrchní sestry si hlídají, kdy jejich podřízeným končí registrace tak, aby ji včas obnovili. Nemocnice pořádá řadu seminářů, aby si její zaměstnanci nemuseli tyto služby draze nakupovat jinde. Pro „domácí“ zaměstnance je účast na těchto aktivitách zdarma. Pro všechny bez rozdílu. Dále má nemocnice vypracován plán na podporu celoživotního vzdělávání nelékařských pracovníků. Tam jsou stanoveny podmínky, za kterých budou uvolňováni na studium pomaturitní-specializační, odborné kurzy, školení a studium na vysokých školách. V otázkách uvolňování k vysokoškolskému studiu nedělá management nemocnice mezi sestrami rozdíly. Je jedno, zda je sestra na funkčním místě nebo se jedná pouze o řadovou sestru. Všichni mají stejnou možnost, v rámci vnitřních pravidel.

Osobní spis má veden každý zaměstnanec. Při jeho sestavování se nemocnice řídí zákoníkem práce. Obsahem osobního spisu je pracovní smlouva, registrace, výpis z rejstříku trestů, náplň práce, absolvovaná školení předepsaná organizací. Osobní spisy jsou uloženy na personálním oddělení a také vrchní sestry archivují dokumenty týkající se jednotlivých pracovníků. Není to jejich povinnost, ale dělají to pro svou vlastní potřebu. Za obsah spisu na personálním oddělení odpovídá personalista, nahlížet smí právě on, vrchní sestra, primář oddělení a manažer ošetrovatelské péče. Zaměstnanec, pokud má zájem, může do svého spisu nahlédnout, ale respondentka se ještě s takovou žádostí nesetkala. Aktualizace je prováděna vždy při změně údajů. Zaměstnance osobně o faktu, že je o nich veden spis, neinformují, ale jistě o jeho existenci mají ponětí.

Náplň práce každého zaměstnance je stanovena dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Zaměstnanec je s ní seznámen vždy při nástupu do zaměstnání. Má možnost ji prostudovat, jsou mu zodpovězeny případné dotazy. Každá náplň práce je vyhotovena ve třech výtiscích. Jeden dostane zaměstnanec, jeden ukládá vrchní sestra do spisu pracovníka a jeden je uložen na personálním oddělení. Jsou v ní

obsaženy výkony, které ukládá vyhláška a kterými zatíží zaměstnance organizace. Aktualizace náplně práce je prováděna vždy při změně vyhlášky a dále dle potřeby. Pokud se změní vnitřní požadavky na jednotlivého zaměstnance. Nebo zaměstnanec postoupí do jiné kategorie pracovníků či si doplnil vzdělání nebo přestoupil na jiné oddělení.

„Formality týkající se adaptačního procesu jsou zaneseny ve standardu nemocnice,“ uvádí dále respondentka. Adaptační proces je rozdělen dle jednotlivých kategorií pracovníků. Tam, kde standardy dosud chyběly, jsou doplňovány nebo vytvářeny nové. Nejprve byl sestaven adaptační proces pro sestru lůžkového oddělení, pak se specifikoval u sester na ambulancích, dále pro komplement, radiologické pracovníky, laboranty. Nemocnice má vypracován standard adaptačního procesu i pro sanitáře a sanitárky. Adaptační proces nemocnice začala vytvářet ještě před tím, než vyšlo metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví. Respondentka se domnívá, že po jeho zveřejnění může konstatovat, že jsou v souladu s tímto opatřením. Za adaptační proces odpovídá vždy staniční nebo vrchní sestra. Ta může pověřit zkušenou sestru z oddělení, která má vždy konkrétního pracovníka na starosti. Adaptační proces se týká nově nastupujících pracovníků. Dále jsou to sestry, které jsou delší dobu (tři, čtyři roky) na mateřské dovolené. Ty jsou považovány též za nově nastupující. U pracovníků, kteří přestupují z jednoho oddělení na druhé, postupují vždy individuálně. Zvažují, zda je potřeba, aby zaměstnanec tento proces absolvoval. Záleží na charakteru práce, zda se nějakým významným způsobem liší od předešlého výkonu. Adaptační proces je rozdělen do dvou hlavních skupin. Ta první je obecná, společná pro všechny zaměstnance v celé nemocnici, a druhá část je specifická podle oddělení, kterého se týká. Celý adaptační proces trvá minimálně tři měsíce. Pokud je potřeba, je prodloužen na šest měsíců až rok. Záleží na každém jednotlivci, kolik času pro zapracování potřebuje. Sami zaměstnanci si často žádají o prodloužení. To v případě, že jsou dlouhou dobu mimo zdravotnictví. Zakončen je pohovorem s hlavní sestrou. Zaměstnanci nemají povinnost sepsat závěrečnou práci na zadané téma. Ovšem při pohovoru je respondentka velmi zvědavá. Zkouší zaměstnance z jejich znalostí. Očekává od nich, že budou mít znalosti na vysoké úrovni. Zajímají ji jejich znalosti

teoretické, co mají ze školy i znalosti, které se týkají práce na konkrétním oddělení. Považuje to za postačující způsob zakončení adaptačního procesu. O celém adaptačním procesu je veden standardizovaný formulář. Ten je součástí standardu k adaptačnímu procesu a po ukončení je založen do osobního spisu.

Kompetence zaměstnanců jsou součástí náplně práce. Vychází opět z vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Aktualizovány jsou dle potřeby. Záleží na potřebách organizace. Není stanoven přesný interval, ve kterém by docházelo k aktualizaci. Obeznamení zaměstnanců s kompetencemi probíhá stejnou cestou jako s náplní práce. Jeden výtisk si zaměstnanec odnáší s sebou domů, druhý má vrchní sestra založený v osobním spise a třetí výtisk putuje na personální oddělení.

Evidence pracovních úrazů, dle respondentky, probíhá následovně. Každé pracoviště má svou knihu pracovních úrazů. Zde jsou zaznamenány všechny náležitosti, které souvisí s pracovním úrazem. Musí být zaneseny kontakty na postiženého. V případě, že došlo k úrazu při manipulaci s infekčním materiálem od pacienta, musí být zaznamenán i kontakt na pacienta. Úraz musí být nahlášen bezpečnostnímu technikovi, vyžaduje-li to charakter úrazu, pak i na hygienickou stanici. Hygienická stanice navrhuje další opatření, sledování zaměstnance, odběry u zaměstnance, pacienta.

Povinnost účastnit se školení BOZP má dle vyjádření respondentky každý zaměstnanec zanesenu ve své náplni práce. Jednou ročně školení BOZP a PO. Účast musí být stvrzena podpisem na formuláři ve formě presenční listiny. Každý zaměstnanec má vedenu svoji kartu o proškolení v těchto oblastech. Vrchní sestry jsou držitelkami certifikátu, že mohou provádět školení svých podřízených. Vrchní sestry jsou proškoleny a na závěr prokazují své znalosti absolvováním zkušebního testu. Zaměstnanci jsou pouze proškoleni. Tato školení absolvuje i nově nastupující pracovník a ještě je k tomu připojeno školení KPR. Za dodržování předpisů je odpovědný každý pracovník, další odpovědnost má jeho nadřízený. Nemocnice má stanoven plán vnitřních auditů, kdy vedoucí pracovníci jsou povinni provádět v určitých intervalech audity na dodržování standardů. Minimální interval k provedení auditu je jeden rok.

Kouření v nemocnici je zakázáno, ale vzhledem k tomu, že tento zákaz porušují jak zaměstnanci, tak pacienti, jedná se dle respondentky spíše o papírovou formu zákazu. V areálu nemocnice jsou umístěny odpadkové koše určené pro kuřáky. V budově nemocnice žádné prostory pro kuřáky vyhrazeny nejsou. Zákaz kouření je zanesen v pracovním řádu nemocnice. Stejně tak alkohol na pracovišti i jakékoli jiné drogy jsou přísně zakázány. Respondentka osobně tvrdě dohlíží na dodržování tohoto zákazu. Při sebemenším podezření, že zaměstnanec požil alkohol, postupuje razantně. Je provedena dechová zkouška, následně odběr krve a při pozitivním výsledku je s pracovníkem okamžitě rozvázán pracovní poměr. Respondentka již byla nucena dělat i zkoušku na drogy. Měla podezření, že sestra je pod vlivem stimulační drogy, naštěstí se toto podezření nepotvrdilo.

Respondentka se již dlouhou dobu neseťkala se sestrou, která by chtěla pracovat poté, co oznámila, že je těhotná. Přestože ze zákona má nárok být přeřazena na jinou práci, pobírat plat v takové výši jako před otěhotněním, přesto odchází většinou na PN.

O faktorech ohrožujících zdraví, které se mohou na jednotlivých pracovištích během výkonu povolání vyskytnout, jsou zaměstnanci informováni. Zdravotníci jsou rozděleni do kategorií podle rizika na pracovišti. Toto dělení určila hygienička po domluvě s bezpečnostním technikem nemocnice. Schváleno bylo Krajskou hygienickou stanicí.

Spokojenost zaměstnanců sleduje respondentka především průběžně z informací, které se k ní dostanou cestou vnitronemocniční komunikace. A pak jedenkrát ročně dělá nemocnice průzkum spokojenosti zaměstnanců pomocí dotazníkového šetření. V loňském roce bylo uskutečněno sociologické šetření ve spolupráci s Karlovou univerzitou. Nejprve byly provedeny rozhovory s vedoucími pracovníky a na jejich základě byl upraven dotazník pro zaměstnance. Oblasti, kterých se sledování spokojenosti týká, jsou následující. Spokojenost s informacemi, které mají o dění v nemocnici, v souvislosti s výkonem práce, platové ohodnocení, spolupráce s managementem na oddělení, spolupráce s lékaři, prestiž povolání. Další sledovaná oblast se týká vnímání požadavků na pracovníka kladených. Sestry mají pocit, že je na ně brán přísnější metr, že musí odvádět více práce než lékaři. Jsou více sledovány.

Sestry si také stěžují na podíl administrativy v svých povinnostech. Šetření se týkalo i spokojenosti s nemocničními benefity, podmínkami pro další vzdělávání. Jestli jsou ochotny se vzdělávat tak, aby poté byly schopny přijmout zodpovědnost za svou práci. Zajímavé výsledky byly vyhodnoceny u pomocného personálu. Ošetřovatelky a sanitárky mají pocit, že musí dělat nekvalifikovanou práci a chtěly by vykonávat více odborné práce. Což samozřejmě nejde, takže v tomto směru jim nemůžeme pomoci. Výsledky mají zaměstnanci možnost sledovat na intranetu nemocnice.

Rozhovor 3

Respondent č. 3 je náměstek ošetřovatelské péče v nemocnici, která získala akreditaci SAK ČR v roce 2008.

Dle slov respondenta personální plánování v nemocnici probíhá. Je to nezbytné pro plynulý provoz nemocnice. Vychází z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 427/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Na standardních odděleních jsou tyto normy překračovány, aby bylo možno garantovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Ovšem ne tak na odděleních intenzivní a anesteziologické péče. Na odděleních intenzivní a anesteziologicko-resuscitační péče jsou počty personálu takové, jaké vyhláška požaduje. Ministerstvem zdravotnictví je přesně stanoveno procento personálu, které musí mít specializační vzdělání. Tento faktor také nemocnice sleduje a s jeho plněním problém nemá, jelikož sestry jsou ochotné se vzdělávat. Sester specialistek má nemocnice více, než Ministerstvo ukládá. Náhradní opatření není třeba přijímat. Dále je v personálním plánování dle respondenta třeba zohlednit sestry, které se budou vracet po mateřské dovolené, pracovníky, jež budou odcházet do starobního důchodu.

O celoživotním vzdělávání respondent říká, že nemocnice podporuje účast na seminářích pro zdravotnické pracovníky nelékařských oborů, dokonce je sama pořádá. Většinou tak dvakrát do roka. Jednou za dva roky se koná sympozium mladých chirurgů. Účastní se i zástupci ze Slovenska, vždy se koná jednou v Čechách, jednou na Slovensku a vždy je součástí i sekce věnovaná sestrám. Vrchní sestry mají ve své kompetenci rozhodnout o tom, kdo z jejich oddělení kam vyjede. Zohlední to, do jaké

míry je daná akce pro její sestry vhodná, co jim přinese, jak rozšíří jejich vědomosti. Jestli využijí poznatků v praxi. Pokud vrchní sestra uzná, že přednáška bude pro její podřízené přínosná, postoupí žádost respondentovi a ten ji schválí. Specializační vzdělávání v současné době praktikuje nemocnice díky residenčním místům, o která požádala Ministerstvo zdravotnictví. Výběr zaměstnanců, kterým bude povolena účast na různých formách celoživotního vzdělávání, není řízen žádným předem daným postupem. Nikdo není upřednostňován. Všichni mají stejnou šanci. Není to ani tak, že by prioritně na vzdělávací akce vyjížděly pouze sestry z managementu. Musí být samozřejmě zajištěn bezproblémový chod oddělení, takže tím jediným je počet sester, které mohou být uvolněny, ovlivněn. Příspěvek na vzdělávání se odvíjí od ekonomické situace nemocnice. V současné době, kdy je celá ekonomika ovlivněna krizí, se příspěvky neposkytují.

Respondent potvrzuje existenci osobního spisu každého zaměstnance. Dále vyjmenovává dokumenty, jež tvoří obsah osobního spisu. Ten se řídí zákonnými normami. Jedná se především o zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění. Osobní spis může obsahovat pouze dokumenty, které přímo souvisí s výkonem práce. Podle stejného zákona každý zaměstnanec musí mít platnou pracovní smlouvu, kde je přesně stanoveno místo výkonu práce, druh práce a den nástupu do práce. Dále stanoví povinnost zaměstnavatele zajistit lékařskou prohlídku před uzavřením pracovní smlouvy a dle místa výkonu práce i další periodické prohlídky. Lékař musí potvrdit, že zaměstnanec je schopen vykonávat práci, na kterou je přijímán nebo kterou již vykonává. Než je někdo přijat do zdravotnického zařízení, musí se samozřejmě prokázat i výpisem z Rejstříku trestů, který musí být bez záznamu. Pro zařazení do určité platové třídy nesmí chybět ani doklad o dosaženém vzdělání, tedy vysvědčení nebo vysokoškolský diplom. Potvrzení o specializačním vzdělávání. Každý zaměstnanec je povinen účastnit se pravidelných školení, ať již BOZP, KPR nebo požární ochrany a potvrzení o absolvování školení jsou též součástí osobního spisu. Sestry musí doložit Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, jsou-li jeho držitelkami. Nedílnou součástí spisu je i náplň práce, kompetence pracovníka, platový výměr. A během doby trvání pracovního poměru jsou zde ukládány potvrzení o absolvování

kurzů, školení, konferencí a dalších forem celoživotního vzdělávání. Do této doby ještě akreditační standardy ukládaly povinnost provádět jednou ročně hodnocení pracovníka. Nyní došlo k aktualizaci standardů a hodnocení již nebude potřeba, ale stále je v organizaci součástí osobních spisů. Osobní spisy všech zaměstnanců jsou centrálně uloženy na personálním oddělení. Přístup k nim a možnost nahlédnout má pouze pracovník personálního oddělení, nadřízený pracovníka a pracovník sám. Některé vrchní sestry mají kopie těchto spisů vedeny i u sebe, aby měly k dispozici všechna data o svých podřízených, zakládají do něj potvrzení o průběhu adaptačního procesu, absolvovaných školeních, kursech, zkrátka všechny změny, jež u zaměstnance nastanou. Vedou i evidenci platnosti registrací u svých sester, sledují, kdy které sestře končí platnost, ale nejsou povinny toto hlídat, je to vždy záležitost sestry, aby měla registraci platnou.

Náplň práce má stanovenou každý zaměstnanec. Dalo by se říct, že u všech sester na standardních odděleních je tato náplň téměř stejná. Při jejím stanovování se vychází z vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Tam je přesně stanoveno spektrum výkonů, které musí sestra zvládnout. Vyhláška zahrnuje v jednotlivých bodech všechny činnosti, které sestra může dělat. U sester na JIP a ARO se liší náplň práce podle toho, zda již absolvovala nějaký druh specializačního vzdělávání či nikoli. Při každém stanovování náplně práce je vždy vyhotoven jeden výtisk pro zaměstnance, druhý pro potřeby organizace do již zmiňovaného osobního spisu. Zaměstnanec musí onu náplň práce podepsat. Aktualizace probíhá dle potřeby, pokud dojde k nějaké změně u zaměstnance. Získá specializaci, zvýší své dosažené vzdělání. Nebo pokud se stane, že sestra opomene požádat zavčas o reregistraci, tedy prodloužení osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, musí být náplň práce aktualizována. Není stanoven žádný pevný interval pro aktualizaci.

Otázka adaptačního procesu je dle slov respondenta v nemocnici upravena standardem. Doba trvání tohoto období je v rozmezí půl roku až jeden rok. Během tohoto období si sestra, která je z vyšší odborné školy nebo vysoké školy, zažádá o registraci. Záleží na každém jednotlivci, do jaké míry je schopen pracovat samostatně.

Posuzuje to vždy vrchní nebo staniční sestra. Samozřejmě i zaměstnanec se může vyjádřit v tom smyslu, že se ještě necítí být zapracován. Může požádat o prodloužení tohoto adaptačního období. Délku adaptačního procesu může ovlivnit třeba i dlouhodobější pracovní neschopnost. Pokud je nová sestra například tři měsíce v pracovní neschopnosti, je celý proces o toto období prodloužen. V takovém případě sestra přijde za svým přímým nadřízeným a pak podá žádost k respondentovi, vysvětlí důvody, je proveden zápis do jejích materiálů k adaptačnímu procesu a ten je prodloužen. Každý zaměstnanec musí nejprve projít základním kolotočem školení BOZP, KPR, PO, hygiena rukou, etický kodex, hmotná zodpovědnost, provozní řád nemocnice atd. Seznámí se s vizí nemocnice, traumatologickým plánem, evakuačním plánem. K tomuto je připraven stejný formulář pro všechny. Následuje specifická část pro každé oddělení. Například anesteziologicko-resuscitační oddělení má stanovené spektrum výkonů, které sestra musí zvládnout. Teoreticky i prakticky. Má možnost si výkon pod dohledem sestry školitelky nebo staniční sestry vyzkoušet, a když má pocit, že ho již ovládá, zajde za staniční sestrou nebo svou školitelkou a nechá se vyzkoušet. Musí prokázat teoretické znalosti i praktickou zručnost. Pokud uspěje, získá podpis za tento konkrétní výkon. Tak pokračuje, dokud nemá splněn celý seznam výkonů. Podobně to probíhá třeba i na operačních sálech. Zde sestra musí prokázat znalost jednotlivých operačních postupů. Na standardních odděleních je postup jiný. Sestra má zadáno několik otázek, ty musí nastudovat teoreticky a k tomu vypracuje písemnou práci. Téma zadává vrchní sestra. Většinou jsou směřovány k tomu, aby vypracovaly standard ošetrovatelského postupu. Něco, co bude nějakým způsobem pro oddělení přínosem. Při zadávání tématu se management vždy snaží, aby jejich práce měla smysl a nebylo to jen psaní teorie, které je pak založeno do desek a již si ho nikdy nikdo nevšimne. Vypracovaný standard musí schválit ustanovená skupina zodpovědná za standardy. Délku adaptačního procesu dle respondenta ovlivní několik faktorů. Půlroční až roční adaptační proces musí absolvovat nový zaměstnanec. Sestra, která změní pracoviště a změní se jí i významným způsobem náplň práce (z chirurgie na internu nebo z oddělení na ambulanci, ze standardu na JIP atd.) nebo ta, která přijde po mateřské dovolené, má toto období zkráceno podle svých schopností na měsíc až půl

roku. Většinou sestra přecházející na jiné oddělení je schopna po měsíci pracovat již samostatně. Po mateřské dovolené to mohou být dva, tři měsíce. Dokonce i stážisté, kteří přijdou pracovat do nemocnice, musí projít adaptačním procesem. Speciálně proškolené mentory k tomuto účelu v nemocnici nemají. Po dobu adaptace se zaměstnanci věnuje staniční sestra, vedoucí směny nebo staniční sestrou určená zkušená sestra pracující na oddělení již delší dobu. Tato sestra vede po celou dobu záznam o probíhajícím procesu a má záznam uložen u sebe. Na závěr ho podepíše zaměstnanec, členové zkušební komise a je založen do osobního spisu. Členy zkušební komise jsou většinou vrchní sestra, staniční sestra, sestra školitelka a někdo z lékařů daného oddělení. Jedná se o pohovor, kde se konstatuje, jak celý proces proběhl, čeho se dosáhlo, případně sestra interpretuje odpovědi na předem zadané otázky.

Respondent dále konstatuje, že kompetence jsou stanovovány společně s náplní práce, vychází opět z vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Stanovuje je vrchní sestra. Každá sestra má stanoveno spektrum kompetencí podle svého dosaženého vzdělání, specializace a schopností. Například jsou v nemocnici proškolené sestry, které mohou vykonávat vnitřní audity, nebo sestra pro ošetřování ran. Aktualizace probíhá při každé změně. Zaměstnanci jsou vždy s touto změnou seznámeni. Stejně jako u náplně práce dostanou jedno vyhotovení do ruky, druhé je založeno do jejich osobního spisu.

Záležitosti týkající se BOZP jsou podle vyjádření respondenta upraveny vnitřní směrníci, při jejím sestavování se vychází ze zákoníku práce. Pro sestry je povinné očkování proti hepatitidě, další očkování závisí na jejím vlastním uvážení. Co se týče ochranných pomůcek, mají je zaměstnanci k dispozici. Ať se jedná o ochranný oděv, obuv, rukavice atd. Přestávky v práci jsou zaměstnancům umožňovány, ale vždy tak, aby byl zajištěn kontinuální provoz oddělení. Pracovní úrazy jsou v nemocnici evidovány. Respondent uvádí, že průběžně na společných poradách na tuto nutnost vrchní sestry upozorňuje. Každé oddělení má založen sešit, kam se pracovní úraz zaznamená. Záznam musí obsahovat data postiženého, popis situace, při které k úrazu došlo, případné svědky události. Jestliže se úraz stal při kontaktu s pacientem, musí být

vedeny i jeho nacionály. Podle charakteru úrazu je v určitých případech informována hygienická stanice. Musí s ním být obeznámen vedoucí pracovník. Poraněný zaměstnanec se nechá ošetřit u závodní lékařky. Do tří dnů má pracovník povinnost nahlásit úraz bezpečnostnímu technikovi v nemocnici. Hlásí se mimořádná událost. Při nástupu nového zaměstnance je prováděno školení BOZP, PO, desinfekce rukou a KPR. Přeškolení BOZP, KPR a desinfekce rukou probíhá každý rok. PO jednou za dva roky a vedoucí pracovníci absolvují školení jednou za tři roky. Školení provádí bezpečnostní technik. Účast je potvrzena podpisem na presenční listině.

Podle respondenta jsou alkohol i jiné omamné látky striktně zakázány. V případě, že by vzniklo podezření, že se zaměstnanec dostavil do práce pod vlivem alkoholu nebo že v pracovní době požil alkohol, byl by podroben dechové zkoušce. Pokud by tuto odmítl, má povinnost nechat si odebrat krev na stanovení hladiny alkoholu. Odmítl-li by i toto, je na něj automaticky pohlíženo, jako že alkohol požil, je s okamžitou platností vykázán z pracoviště a případ je k dalšímu řízení předám právnímu oddělení. Jednoznačným a jediným trestem v tomto případě je ukončení pracovního poměru. Zkušenost s touto problematikou v praxi respondent nekomentoval.

Rizikovost pracovišť určuje v současné době hygienická stanice, jak odpovídá respondent. Je dána tabulka, která stanoví, která oddělení jsou považována za riziková a která ne. Po určité době dochází k aktualizaci tohoto dělení. Na základě nových údajů dojde k propočítání rizikovosti a je možno přehodnotit původní stanovisko o nerizikovosti na rizikové. Při aktualizaci údajů se bere v potaz i časový faktor. Jak dlouho je sestra v kontaktu například s infekčním pacientem. Pokud je na oddělení infekční pacient jednou za rok, není možno pro toto pracoviště získat uznání rizikovosti. Pokud se na oddělení vyskytují infekční pacienti několikrát do měsíce, lze očekávat uznání rizika.

„Těhotné sestry ve většině případů sami odchází na pracovní neschopnost,“ říká dále respondent. Záleží samozřejmě na nich, zda a kdy své těhotenství oznámí. Pokud má sestra zájem nadále pracovat, je jí umožněno vykonávat takovou činnost, která neohrozí ani jí, ani její dítě. Vždy záleží na momentální situaci na oddělení,

v nemocnici. Může být přeřazena na standardní oddělení nebo vykonává pouze administrativu.

Spokojenost zaměstnanců je sledována jednou ročně. Informace management získává pomocí dotazníku, jak se vyjádřil respondent. Vyjádřit se mají všichni zaměstnanci, ale ne všichni jsou ochotni se zúčastnit. Při vyhodnocování se nejčastěji objevuje nespokojenost sester s platovým ohodnocením a hned následuje pocit neuznání jejich profese. Nazývají se služkami, holkami pro všechno. Na druhou stranu, když se mají vyjádřit, zda by si v případě možnosti výběru opět zvolily toto zaměstnání, odpovídají většinou, že ano. Výsledky mají k dispozici na intranetu nemocnice. Realizace nápravných opatření v poslední době byla založena na faktu, že personál měl pocit nedostatečného sportovního vyžití. Zaměstnanci požadovali, aby nemocnice zajistila prostory, kde by na účet nemocnice mohli provozovat nějaké pohybové aktivity. Na tento podnět vedení nemocnice reagovalo tak, že pronajalo tělocvičnu. Zaměstnanci ji mohou využívat každé úterý pro svou potřebu. Respondent dále uvádí, že v současné době se snaží sehnat instruktorku Pilates, která by cvičila s jejich sestřičkami. A komu nevyhovuje tento způsob, může využívat fondu FKSP, který je určen právě pro úhradu kulturních, sportovních a rehabilitačních akcí. Také jsou pořádány pro zaměstnance různé výlety. Například na příští měsíc je naplánován zájezd do koncentračního tábora v Polsku. Tento nápad vyšel z řad zaměstnanců, tak jim organizace vyšla vstříc. Aby se předešlo některým nedorozuměním nebo nespokojenosti zaměstnanců, ptá se management nemocnice i odcházejících, co je k jejich odchodu vedlo. Jedná se o anonymní dotazování, mohou dotazník vyplnit, ale nemusí.

Rozhovor 4

Respondentka č. 4 je hlavní sestra a manažerka kvality v nemocnici, která získala akreditaci v roce 2008.

Respondentka uvádí, že při personálním plánování vychází z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví. Ta stanoví minimální počet personálu potřebný pro poskytování ošetrovatelské péče. Tyto normy jsou závazné, musí se jich držet. Z části se řídí i metodikou, kterou v dnešní době již doporučuje Ministerstvo zdravotnictví. Její

autorkou je Karla Pochylá. A nezapomínají zohlednit potřeby oddělení, protože někdy jsou tyto normy nedostatečné a není možno při jejich dodržení zajistit plynulý provoz na oddělení. Uvádí příklad. Když je na novorozeneckém oddělení deset lůžek, vyhláška stanoví 3, 1 sestry. Je jasné, že v trojsměnném provozu by nebylo možno poskytovat nepřetržitou péči. Tudíž musí být k dispozici minimálně pět až šest sester. V současné době v nemocnici probíhá systematizace pracovních míst. Opět se vychází z norem VZP, metodiky doktorky Karly Pochylé a potřeb oddělení. Tak, aby byla zajištěna co nejkvalitnější péče, ale zároveň byla i nejefektivnější. Normy VZP řeší především lůžková oddělení. Podle názoru respondentky je od začátku předimenzovaná intenzivní péče a poddimenzovaná péče následná. Tam počty personálu neodpovídají potřebám oddělení. Vyhláška stanoví nízký počet ošetrovatelského personálu. Naopak počty personálu na jednotkách intenzivní péče jsou stavěny pro super specializované jednotky a pro podmínky okresní nemocnice jsou počty velmi nadhodnocené. Je ale nutné se držet vyhlášky, tudíž tyto počty organizace dodržuje. Nemocnice splňuje všechny normy počtu ošetrovatelského personálu a nemusí přijímat žádná náhradní opatření. V případě všech nelékařů se tradičně objevuje problém s počtem radiologických asistentů, fyzioterapeutů a zdravotních laborantů. K dnešnímu dni sice nedostatek radiologických asistentů respondentka neregistruje, ale je pravdou, že na trhu práce jsou tyto pracovníci velmi žádaní. Nemocnice se připravuje na digitalizaci systému, takže již nebude potřebovat tolik radiologických pracovníků. Trvalý nedostatek je stále na pozicích fyzioterapeutů.

K plánu celoživotního vzdělávání zaměstnanců pro nelékařské zdravotnické pracovníky respondentka prohlašuje, že v nemocnici je vypracován ve vnitřní směrnici řízení lidských zdrojů. Ta stanovuje povinnost sledovat počty pracovníků jednotlivých profesí. Sleduje to personální pracovník, hlavní sestra a vedoucí pracovník oddělení. V případě, že hrozí, že v budoucnu bude chybět pracovník na nějaké pozici, ke které potřebuje speciální vzdělání, iniciuje management vzdělávání u některého ze zaměstnanců toho oddělení. Co se týče specializačního vzdělávání, je to tak, že přestože by stačilo na odděleních méně specialistů, všude jsou počty pracovníků se specializací vyšší. Jediné pracoviště, kde byl problém s počtem specialistek, bylo anesteziologicko-

resuscitační oddělení. Pojišťovna požaduje minimálně polovinu pracovníků se specializací a zde hrozilo, že tuto podmínku anesteziologicko-resuscitační oddělení nesplní. Respondentka tedy uvádí, že došlo k dohodě mezi ní a vrchní sestrou ARO. Není možné přijímat sestru bez specializace. Protože v případě, kdy by některá ze specialistek odešla, už by norma nebyla plněna. Je tedy především na vedoucích jednotlivých úseků, aby měli o specializaci sester přehled, a pokud by hrozilo, že nebudou splňovat požadavky pojišťovny, dají požadavek na ředitelství k rukám respondentky a ona rozhodne o tom, komu bude umožněno specializační vzdělávání. Pokud se jedná o požadavek oprávněný, to znamená, že nemocnice potřebuje, aby se zaměstnanec vzdělával, hradí organizace veškeré výlohy. Od loňského roku využívá nemocnice možností rezidentských míst. Co se týče úhrady nákladů na celoživotní vzdělávání zaměstnanců, (účast na odborných konferencích, kursech, školicích akcích a podobně), postupuje vedení nemocnice podle stejných pravidel pro všechny zaměstnance. Každé oddělení má svůj fond, který je určen pro tyto účely, je společný pro lékaře i nelékaře. Vedoucí pracovníci, tedy vrchní sestry a primáři rozhodují o tom, koho uvolní a komu uhradí náklady. Do výše limitu pro ta jednotlivá oddělení. Po schválení vedoucími pracovníky postupuje žádost na ředitelství a schvaluje ji pan ředitel i respondentka z pozice hlavní sestry, pokud se týká nelékařů.

Osobní spis má veden každý zaměstnanec nemocnice, jak se vyslovuje respondentka. Obsahuje všechny dokumenty potřebné k trvání pracovního poměru. Je to tedy pracovní smlouva, potvrzení zdravotní způsobilosti, výpis z Rejstříku trestů, potvrzení o absolvovaných školeních BOZP, KPR, PO, doklady o dosaženém vzdělání, potvrzení o celoživotním vzdělávání, adaptační proces, náplň práce, kompetence, registrace atd. Za obsah spisu je odpovědný pracovník personálního oddělení. Zaměstnanci nejsou osobně informováni o existenci spisu, ale při každé změně náplně práce, kompetencí a dalších dokumentů, jsou informováni o nutnosti jedno vyhotovení si ponechat a druhé vrátit vedoucímu pracovníkovi, který ho odnáší do osobního spisu. Aktualizace je prováděna pravidelně jednou ročně a okamžitě při každé změně u pracovníka. Pokud zaměstnanec má přání do spisu nahlédnout, je mu to umožněno.

Vrchní sestry mají osobní spisy jednotlivých zaměstnanců, není to jejich povinnost, ale většinou si tyto spisy vedou, aby měly přehled o svých zaměstnancích.

Podle vyjádření respondentky každý zaměstnanec musí mít stanovenou svou náplň práce. U nelékařských zdravotnických pracovníků vychází vedoucí pracovníci při jejím stanovování z vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Aktualizována je vždy jednou za rok nebo při každé změně. Novou náplň práce dostává pracovník vždy ve dvojím vyhotovení. Jeden výtisk zůstává zaměstnanci, druhý se zakládá do osobního spisu. Převzetí náplně práce stvrzuje zaměstnanec vždy svým podpisem.

Každý nový zaměstnanec musí projít adaptačním procesem. Každý, tedy lékař, nelékař, hospodářský pracovník, všichni. K tomuto účelu je zpracována vnitřní směrnice. U nově přichozích zaměstnanců trvá toto období půl roku až jeden rok. U ošetrovatelského personálu je období adaptace specifické pro všeobecné sestry a pro porodní asistentky. Po dobu adaptačního procesu se sestře věnuje vždy zkušená kolegyně z konkrétního oddělení. Je pověřena staniční nebo vrchní sestrou a odpovídá za celý průběh adaptačního procesu. Celé období je rozděleno na několik fází. Jedná se o první den nástupu, první týden, první měsíc, pak první část specifického procesu na jednotlivých odděleních, druhou část specifického procesu. Sestry, tedy dnes již absolventky vyšší odborné školy nebo vysokoškolačky, musí na závěr procesu vypracovat písemnou práci. Je to hlavně z toho důvodu, že přichází absolventi různých škol a z každé školy přicházel s jinou úrovní vědomostí. Je potřeba získat jakýsi přehled o tom, na jaké úrovni daná sestra je. A pak také každá sestra musí prokázat, že se umí písemně vyjadřovat. Téma závěrečné práce zadává vedoucí pracovník. Většinou se jedná o případovou studii. Tak, aby součástí práce byl ošetrovatelský proces. Dnes již to problém není, ale v minulosti se stávalo, že sestry nebyly ze školy na poskytování péče v souladu s ošetrovatelským procesem připraveny, proto v nemocnici volili tuto formu a zůstávají u ní i nadále. V průběhu adaptačního období musí vrchní sestra po určitých časových intervalech kontrolovat, zda proces postupuje tak, jak by měl. Po ukončení adaptačního procesu a sepsání práce přichází poslední fáze, kdy sestra

absolvuje pohovor s primářem oddělení, školitelkou, hlavní sestrou a vrchní nebo staniční sestrou daného oddělení. Primář není přítomen vždy, záleží na jeho rozhodnutí. Toto se týká adaptačního procesu absolventů. U ostatních pracovníků probíhá adaptační proces také. Nyní to stanovuje metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví, ale v této nemocnici praktikovali adaptační proces již mnohem dříve. Na zapracování má nový zaměstnanec tři měsíce. Nejprve má povinnost seznámit se s posláním nemocnice, s vizí nemocnice a dalšími organizačními záležitostmi. Navazuje školení BOZP, vnitřní předpisy. Výjimečně může být toto období zkráceno. Záleží na posouzení vedoucího pracovníka. Eventuelně je možno i toto období prodloužit. Týká se to hlavně příchodu sestry z jiné nemocnice, návratu sester z mateřské dovolené, jelikož za tři, čtyři roky se pohne zdravotnictví mílovými kroky vpřed, a pak také případu, když sestra řadová přechází na vedoucí pozici nebo opačně. Jedná-li se o adaptační proces vrchní sestry, určuje školitele respondentka. Při přechodu z jednoho oddělení na druhé je posuzována situace vždy individuálně. Sestra může ovlivnit průběh adaptačního procesu, může požádat o prodloužení. Dokonce se již setkali s tím, že po ukončení adaptačního procesu nechtěla absolventka pracovat jako sestra, ale sama požádala o přeřazení na nižší post. Necítila se na to být sestrou. Záznam o procesu vede vždy sestra školitelka. Po dobu procesu má dokumentaci u sebe, po ukončení adaptačního procesu je tento záznam ukládán do osobního spisu zaměstnance.

Respondentka připomíná, že akreditační standard umožňuje stanovení kompetencí dvojitým způsobem. Buďto jsou kompetence vyjmenovány na samostatném listě, nebo jsou součástí náplně práce. Zde jsou součástí náplně práce. To znamená, pokud si sestra zvýší vzdělání nebo si ji management vytipuje, že bude vnitřním auditorem, projde školením, potom má tyto nově vzniklé kompetence zaneseny do náplně práce. Kompetence každé sestry se liší podle jejich schopností, dovedností, vědomostí. Aktualizace probíhá spolu s náplní práce. Jelikož jsou kompetence součástí náplně práce, jsou s nimi sestry seznámeny při podpisu náplně práce.

K oblasti týkající se BOZP má nemocnice vypracovány vnitřní směrnice, které upravují tuto problematiku. Školení BOZP probíhá v den nástupu do pracovního poměru, pak vždy jednou ročně. Společně se školením o požární ochraně. Co se týká

školení, patří sem i kardiopulmonální resuscitace. Tu je povinen absolvovat zaměstnanec do tří měsíců od nástupu do pracovního poměru, dále zdravotničtí pracovníci jednou za dva roky, nezdravotničtí jednou za pět let. Školení BOZP provádí bezpečnostní technik. U vedoucích pracovníků je přednáška zakončena testem, u řadových zaměstnanců dojde pouze k proškolení. Certifikáty o absolvování jsou opět uloženy v osobním spise. Školení KPR je složeno z teoretické a praktické části. Ukončeno testem. Za dodržování předpisů je zodpovědný vždy každý jednotlivý zaměstnanec. Dodržování předpisů kontroluje jeho přímý nadřízený. V případě sester je to tedy vrchní sestra. Dále jsou prováděny vnitřní audity pro kontrolu dodržování standardů. Tyto audity probíhají jednou ročně. Existuje roční plán auditů. Audit může provádět pouze řádně proškolená osoba. Audit provádí vždy tříčlenná komise.

Problematiku pracovních úrazů opět upravuje vnitřní směrnice. Každý pracovní úraz je nahlášen jako mimořádná událost. Je vedena statistika za celou nemocnici. Záleží na charakteru úrazu, ale postup je vždy podobný. Musí být nahlášen vrchní sestře, je sepsán zápis o úrazu, pokud to charakter úrazu vyžaduje, je oznámen na hygienické stanici a bezpečnostnímu technikovi.

Ve vnitřních prostorách nemocnice platí přísný zákaz kouření. Nejsou vyhrazené prostory, kde by kuřáci mohli kouřit.

Respondentka si nepamatuje, že by za posledních pět let u někoho testovali hladinu alkoholu v dechu nebo krvi. Podle vnitřních směrnic je umožněno vedoucímu pracovníkovi při podezření kontrolovat pracovníka na přítomnost alkoholu v dechu i v krvi. V případě pozitivního nálezu by byly vyvozeny důsledky. Byla by okamžitě přerušena pracovní činnost a v následujících dnech by se situace dořešila. Zaměstnanec může být potrestán napomenutím, může mu být uložena důtka, může dojít k rozvázání pracovního poměru. V souladu se zákoníkem práce.

Trendem posledních několika let je, že sestra pracující na rizikovém pracovišti po otěhotnění odchází na pracovní neschopnost. Pokud by chtěla zůstat v práci, byla by přeřazena na jiné oddělení, kde by nehrozilo poškození jí ani jejímu plodu.

Spokojenost zaměstnanců je sledována jednou za rok formou kvantitativního šetření pomocí dotazníků. Každý rok jsou pokládány stejné otázky, aby mohly být

odpovědi vzájemně porovnávány. Jen v loňském roce byly otázky upravené, protože spokojenost byla zkoumána v rámci průzkumu spokojenosti zaměstnanců nemocnic celého kraje Vysočina. Dotazování se týká zaměstnanců všech profesí. Zaměstnanci jednotlivým faktorům spokojenosti přiřazují známky jako ve škole od jedné do pěti. Znamky se pohybují od průměru 1, 6 (kolektivní prostředí bezvadné, dostatek informací, možnost vzdělávání atd.) až po nejhorší známku, což byl průměr 2, 8, ten dostalo finanční ohodnocení jejich práce. Za zmínku stojí ještě průměr 2, 3 a ten získala možnost, že by si nevybrali práci ve zdravotnictví při dalším rozhodování. A také nemají příležitost ke kariéernímu postupu. Občas, během roku, je sledována třeba jen jedna specifická oblast. Pokud se vedení nemocnice dozví, že zaměstnanci nejsou s něčím konkrétním spokojeni, zjišťuje pravý stav věci a snaží se podniknout kroky k nápravě. V předminulém roce to byly například problémy se závodním stravováním. Zaměstnanci nebyli spokojeni s velikostí porce, s ochucením jídel. V rámci možností se vedení snažilo udělat opatření, jež by vedla k větší spokojenosti zaměstnanců. U pracovníků, kteří odchází z nemocnice na vlastní žádost, se dělá někdy rozhovor, v němž personalista zjišťuje, co pracovníka k jeho odchodu vede, aby měl management zpětnou vazbu, zda šlo tomuto odchodu nějakým způsobem zabránit a vyvarovat se chyb v budoucnosti.

4. 2 Kategorizace dat získaných z rozhovorů

Tabulka 1 Normy pro personální plánování

	Σ	R1	R2	R3	R4
Vyhláška č. 472/2009 Sb.	4	1	1	1	1
Metodika K. Pochylé	1	0	0	0	1
Potřeby oddělení	4	1	1	1	1
Celkový počet odpovědí	9	2	2	2	3

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Podle jakých norem postupujete při personálním plánování? Celkem čtyřikrát se vyskytla kategorie odpovědi *vyhláška č. 472/2009 Sb., v platném znění* a stejně tak kategorie odpovědi *potřeby oddělení*. Jedenkrát se vyskytla kategorie odpovědi *metodika K. Pochylé*. Odpovědi respondentů č. 1, 2, 3 jsou řazeny ve 2 kategoriích, odpověď respondenta č. 4 je řazena ve 3 kategoriích. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.

Tabulka 2 Podpora organizace při účasti na celoživotním vzdělávání

	Σ	R1	R2	R3	R4
Residenční místa (specializační vzdělávání)	2	0	0	1	1
Spolupráce s Uníí sester při proplácení nákladů	1	1	0	0	0
Pořádání vzdělávacích akcí zdarma pro vlastní zaměstnance	2	0	1	1	0
Poskytnutí volna	4	1	1	1	1
Fond jednotlivých oddělení pro finanční podporu vzdělávání	1	0	0	0	1
Finanční podpora VŠ vzdělávání pro vedoucí pracovníky	3	1	1	0	1
Finanční podpora VŠ vzdělávání pro řadové sestry	1	0	1	0	0
Celkový počet odpovědí	14	3	4	3	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem podporuje organizace celoživotní vzdělávání ošetrovatelského personálu? Nejčastější kategorie odpovědi *poskytnutí volna k účasti na celoživotním vzdělávání* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *finanční podpora vysokoškolského vzdělávání pro vedoucí pracovníky* byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi *pořádání vzdělávacích akcí zdarma pro vlastní zaměstnance* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *residenční místa* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *spolupráce s Uníí sester při proplácení nákladů* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *fond jednotlivých oddělení pro finanční podporu vzdělávání* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi finanční podpora vysokoškolského vzdělávání pro řadové sestry byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondentů č. 1 a 3 jsou řazeny ve 3 kategoriích, odpovědi respondentů č. 2 a 4 jsou řazeny ve 4 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 14.

Tabulka 3 Uložení osobního spisu ošetrovatelského personálu

	Σ	R1	R2	R3	R4
Personální oddělení	4	1	1	1	1
Vrchní sestra	3	0	1	1	1
Celkový počet odpovědí	7	1	2	2	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Kde je ve Vaší organizaci uložen osobní spis ošetrovatelského personálu? Nejčastější kategorie odpovědi *personální oddělení* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *vrchní sestra* byla uvedena celkem třikrát. Odpovědi respondentů č. 2, 3 a 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích, odpovědi respondenta č. 1 jsou řazeny v 1 kategorii. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 7.

Tabulka 4 Aktualizace osobního spisu ošetrovatelského personálu

	Σ	R1	R2	R3	R4
Dle potřeby	4	1	1	1	1
Pravidelně, jednou ročně	1	0	0	0	1
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak často aktualizujete osobní spis ošetrovatelského personálu? Nejčastější kategorie odpovědi *dle potřeby* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *pravidelně, jednou ročně* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondentů č. 1, 2, 3 jsou řazeny v 1 kategorii, odpovědi respondenta č. 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 5.

Tabulka 5 Obsah osobního spisu

	Σ	R1	R2	R3	R4
Dosažené vzdělání	3	1	0	1	1
Zdravotní způsobilost	3	1	0	1	1
Pracovní smlouva	4	1	1	1	1
Náplň práce	4	1	1	1	1
Potvrzení o školení	4	1	1	1	1
Celoživotní vzdělávání	3	1	0	1	1
Kompetence	4	1	1	1	1
Registrace	3	0	1	1	1
Výpis z Rejstříku trestů	3	0	1	1	1
Adaptační proces	4	1	1	1	1
Platový výměr	1	0	0	1	0
Hodnocení pracovníka	1	0	0	1	0
Celkový počet odpovědí	37	8	7	12	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Které dokumenty obsahuje osobní spis ošetřovatelského personálu? Kategorie odpovědi *pracovní smlouva* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *náplň práce* byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *potvrzení o školení* byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *kompetence* byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *adaptační proces* byla uvedena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *dosažené vzdělání* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *zdravotní způsobilost* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *celoživotní vzdělávání* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *registrace* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *výpis z Rejstříku trestů* byla uvedena třikrát.

Kategorie odpovědi *platový výměr* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *hodnocení pracovníka* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondenta č. 1 jsou řazeny v 8 kategoriích. Odpovědi respondenta č. 2 jsou řazeny v 7 kategoriích. Odpovědi respondenta č. 3 jsou řazeny ve 12 kategoriích. Odpovědi respondenta č. 4 jsou řazeny v 10 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 37.

Tabulka 6 Aktualizace náplně práce ošetrovatelského personálu

	Σ	R1	R2	R3	R4
Dle potřeby	4	1	1	1	1
Pravidelně, jednou ročně	1	0	0	0	1
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak často aktualizujete náplň práce ošetrovatelského personálu? Nejčastější kategorie odpovědi *dle potřeby* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *pravidelně, jednou ročně* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondentů č. 1, 2, 3 jsou řazeny v 1 kategorii, odpovědi respondenta č. 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 5.

Tabulka 7 Doba trvání adaptačního procesu u nových zaměstnanců

	Σ	R1	R2	R3	R4
Šest měsíců - rok (absolventi)	3	0	1	1	1
Šest měsíců	1	1	0	0	0
Tři měsíce (dlouhodobě mimo zdravotnictví)	2	0	1	0	1
Jeden měsíc – šest měsíců (dlouhodobě mimo zdravotnictví)	1	0	0	1	0
Možnost prodloužení dle potřeby	4	1	1	1	1
Celkový počet odpovědí	11	2	3	3	3

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak dlouho u Vás trvá adaptační proces nového zaměstnance? Kategorie odpovědi *šest měsíců - rok (absolventi)* byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi *šest měsíců* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *tři měsíce (dlouhodobě mimo zdravotnictví)* byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *jeden měsíc - šest měsíců (dlouhodobě mimo zdravotnictví)* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *možnost prodloužení dle potřeby* byla uvedena čtyřikrát. Odpovědi respondentů č. 2, 3, 4 jsou řazeny ve 3 kategoriích, odpovědi respondenta č. 1 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 8 Způsob zakončení adaptačního procesu u nových zaměstnanců

	Σ	R1	R2	R3	R4
Sepsání závěrečné práce	3	1	0	1	1
Osobní pohovor	4	1	1	1	1
Písemné hodnocení staniční sestrou	1	1	0	0	0
Zvládnutí konkrétně zadaných postupů	1	0	0	1	0
Celkový počet odpovědí	9	3	1	3	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem je u Vás zakončen adaptační proces nového zaměstnance? Kategorie odpovědi *osobní pohovor* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *sepsání závěrečné práce* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *písemné hodnocení staniční sestrou* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *zvládnutí konkrétně zadaných postupů* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondentů č. 1 a 3 jsou řazeny ve 3 kategoriích, odpovědi respondenta č. 2 jsou řazeny v 1 kategorii, odpovědi respondenta č. 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.

Tabulka 9 Stanovování kompetencí sester

	Σ	R1	R2	R3	R4
Součást náplně práce	3	0	1	1	1
Samostatný formulář	1	1	0	0	0
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakou formou máte zpracovány kompetence sester? Kategorie odpovědi *součást náplně práce* byla uvedena celkem třikrát. Kategorie odpovědi *samostatný formulář* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondentů č. 1, 2, 3 a 4 jsou řazeny v 1 kategorii. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.

Tabulka 10 Aktualizace kompetencí sester

	Σ	R1	R2	R3	R4
Dle potřeby	4	1	1	1	1
Pravidelně, jednou ročně	1	0	0	0	1
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak často aktualizujete kompetence sester? Nejčastější kategorie odpovědi *dle potřeby* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *pravidelně, jednou ročně* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondentů č. 1, 2, 3 jsou řazeny v 1 kategorii, odpovědi respondenta č. 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 5.

Tabulka 11 Způsob školení BOZP ošetrovatelského personálu

	Σ	R1	R2	R3	R4
Bezpečnostní technik nemocnice	2	0	0	1	1
Vedoucí pracovník	1	0	1	0	0
Externí pracovník	1	1	0	0	0
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem je u Vás prováděno školení personálu v oblasti BOZP? Kategorie odpovědi *bezpečnostní technik nemocnice* byla uvedena celkem dvakrát. Kategorie odpovědi *vedoucí pracovník* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *externí pracovník* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondentů č. 1, 2, 3 a 4 jsou řazeny v 1 kategorii, Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.

Tabulka 12 Četnost školení BOZP ošetrovatelského personálu

	Σ	R1	R2	R3	R4
Při zahájení pracovního poměru	4	1	1	1	1
Jednou ročně	4	1	1	1	1
Celkový počet odpovědí	8	2	2	2	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak často provádíte školení BOZP u ošetrovatelského personálu? Kategorie odpovědi *při zahájení pracovního poměru* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *jednou ročně* byla uvedena čtyřikrát. Odpovědi respondentů č. 1, 2, 3 a 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

Tabulka 13 Způsob zakončení školení BOZP ošetrovatelského personálu

	Σ	R1	R2	R3	R4
Test	1	1	0	0	0
Podpis presenční listiny	3	0	1	1	1
Vedoucí pracovníci test	2	0	1	0	1
Celkový počet odpovědí	6	1	2	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem je u Vás zakončeno školení personálu v oblasti BOZP? Kategorie odpovědi *test* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *podpis presenční listiny* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *vedoucí pracovníci test*, byla uvedena dvakrát. Odpovědi respondentů č. 1 a 3 jsou řazeny v 1 kategorii, odpovědi respondentů 2 a 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

Tabulka 14 Metoda sledování spokojenosti zaměstnanců

	Σ	R1	R2	R3	R4
Dotazník	4	1	1	1	1
Rozhovor	1	0	1	0	0
Vnitronemocniční komunikace	2	0	1	0	1
Celkový počet odpovědí	7	1	3	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem sledujete spokojenost zaměstnanců? Kategorie odpovědi *dotazník* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *rozhovor* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *vnitronemocniční komunikace* byla uvedena dvakrát. Odpovědi respondentů č. 1 a 3 jsou řazeny v 1 kategorii, odpovědi respondenta č. 2 jsou řazeny ve 3 kategoriích, odpovědi respondenta č. 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí respondentů je 7.

Tabulka 15 Četnost sledování spokojenosti zaměstnanců

	Σ	R1	R2	R3	R4
Jednou ročně	4	1	1	1	1
Průběžně	2	0	1	0	1
Celkový počet odpovědí	6	1	2	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak často sledujete spokojenost zaměstnanců? Kategorie odpovědi *jednou ročně* byla uvedena celkem čtyřikrát. Kategorie odpovědi *průběžně* byla uvedena dvakrát. Odpovědi respondentů č. 1 a 3 jsou řazeny v 1 kategorii, odpovědi respondentů č. 2 a 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 6.

Tabulka 16 Oblasti s největším výskytem nespokojenosti zaměstnanců

	Σ	R1	R2	R3	R4
Mzda	3	1	0	1	1
Nemožnost kariérního postupu	1	0	0	0	1
Nízká prestiž profese	2	0	1	1	0
Nedostatek sportovních možností	1	0	0	1	0
Vysoké nároky kladené na sestry	1	0	1	0	0
Velký podíl administrativy v práci sestry	1	0	1	0	0
Vybavení oddělení	1	1	0	0	0
Celkový počet odpovědí	10	2	3	3	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Které oblasti s největším výskytem nespokojenosti zaměstnanců byste mohl/a uvést? Kategorie odpovědi *mzda* byla uvedena třikrát. Kategorie odpovědi *nemožnost kariérního postupu* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *nízká prestiž profese* byla uvedena dvakrát. Kategorie odpovědi *nedostatek sportovních možností* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *vysoké nároky kladené na sestry* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *velký podíl administrativy v práci sestry* byla uvedena jedenkrát. Kategorie odpovědi *vybavení oddělení* byla uvedena jedenkrát. Odpovědi respondenta č. 1 a 4 jsou řazeny ve 2 kategoriích. Odpovědi respondenta č. 2 a 3 jsou řazeny ve 3 kategoriích. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 10.

4.3 Výsledky dotazníků pro sestry

Tabulka 17 Pohlaví respondentů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
žena	185	99,5	99,5	99,5
muž	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 (100 %) respondentů bylo 185 žen (99, 5 %) a 1 muž (0, 5 %).

Tabulka 18 Věk respondentů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
35-44	51	27,4	27,4	27,4
25-34	48	25,8	25,8	53,2
45-54	34	18,3	18,3	71,5
do 24	34	18,3	18,3	89,8
55 a více	19	10,2	10,2	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) bylo ve věku 35-44 let 51 respondentů (27, 4 %), ve věku 25-34 let 48 respondentů (25, 8 %), ve věku 45-54 let 34 respondentů (18, 3 %), ve věku do 24 let 34 respondentů (18, 3 %) a ve věku 55 a více let bylo 19 respondentů (10, 2 %).

Tabulka 19 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
SŠ	95	51,1	51,1	51,1
SŠ+PSS	63	33,9	33,9	85,0
Vyšší odborné	20	10,7	10,7	95,7
VŠ Bc.	6	3,2	3,2	98,9
VŠ Mgr.	2	1,1	1,1	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) mělo středoškolské vzdělání 95 respondentů (51, 1 %), specializační vzdělání 63 respondentů (33, 9 %), Vyšší odborné vzdělání 20 respondentů (10, 7 %), vysokoškolské Bc. 6 respondentů (3, 2 %) a vysokoškolské Mgr. 2 respondenti (1,1%).

Tabulka 20 Pracovní pozice respondentů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
směnná	159	85,5	85,5	85,5
staniční	16	8,6	8,6	94,1
vrchní	11	5,9	5,9	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) pracovalo na pozici směnné sestry 159 respondentů (85, 5 %), na pozici staniční sestry 16 respondentů (8, 6 %) a na pozici vrchní sestry 11 respondentů (5, 9 %).

Tabulka 21 Akreditace v nemocnici

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	132	71,0	71,0	71,0
ne	54	29,0	29,0	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) pracovalo 132 respondentů (71 %) v akreditované nemocnici a 54 respondentů (29 %) uvedlo, že jejich nemocnice akreditaci nemá.

Tabulka 22 Počet sester na oddělení

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
dostatečný	86	46,2	46,2	46,2
spíše nedostatečný	38	20,4	20,4	66,7
spíše dostatečný	36	19,4	19,4	86,0
těžko rozhodnout	14	7,5	7,5	93,5
nedostatečný	10	5,4	5,4	98,9
nadbytečný	2	1,1	1,1	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 86 respondentů (46, 2 %), že počet sester je dostatečný, 38 respondentů (20, 4 %) uvedlo, že počet sester je spíše nedostatečný, 36 respondentů (19, 4 %) uvedlo, že počet sester je spíše dostatečný, 14 respondentů (7, 5 %) označilo odpověď těžko rozhodnout a 2 respondenti (1, 1 %) uvedli, že počet sester je nadbytečný.

Tabulka 23 Počet vysokoškolsky vzdělaných sester na oddělení

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
nepracuje VŠ sestra	98	52,7	52,7	52,7
dostatečný	39	21,0	21,0	73,7
těžko rozhodnout	19	10,2	10,2	83,9
nedostatečný	12	6,5	6,5	90,3
spíše dostatečný	8	4,2	4,2	94,5
nadbytečný	5	2,7	2,7	97,3
spíše nedostatečný	5	2,7	2,7	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 (100 %) respondentů uvedlo 98 respondentů (52,7 %), že na jejich oddělení nepracuje sestra s vysokoškolským vzděláním, 39 respondentů (21,0 %) uvedlo, že počet vysokoškolsky vzdělaných sester je dostatečný, 19 respondentů (10,2 %) označilo odpověď těžko rozhodnout, 12 respondentů (6,5 %) uvedlo, že počet těchto sester je nedostatečný, 8 respondentů (4,2 %) uvedlo, že počet vysokoškolsky vzdělaných sester je spíše dostatečný, 5 respondentů (2,7 %) uvedlo, že počet vysokoškolsky vzdělaných sester je nadbytečný a 5 respondentů (2,7 %) uvedlo, že počet vysokoškolsky vzdělaných sester je spíše nedostatečný.

Tabulka 24 Počet zdravotnických asistentů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
nepracuje ZA	174	93,5	93,5	93,5
dostatečný	12	6,5	6,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 (100 %) respondentů uvedlo 174 respondentů (93,5%), že na oddělení, kde pracují, není žádný zdravotnický asistent a 12 respondentů (6,5%) uvedlo, že počet zdravotnických asistentů je dostatečný.

Tabulka 25 Počet ostatního ošetrovatelského personálu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
dostatečný	97	52,2	52,2	52,2
těžko rozhodnout	29	15,6	15,6	67,8
spíše nedostatečný	23	12,4	12,4	80,2
nedostatečný	19	10,2	10,2	90,4
spíše dostatečný	16	8,5	8,5	98,9
nadbytečný	2	1,1	1,1	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 97 respondentů (52, 2 %), že počet personálu je dostatečný. 29 respondentů (15, 6 %) označilo odpověď těžko rozhodnout. 23 respondentů (12, 4 %) uvedlo, že počet je spíše nedostatečný, 19 respondentů (10, 2 %) uvedlo, že počet je nedostatečný, 16 respondentů (8, 5 %) uvedlo, že počet je spíše dostatečný a 2 respondenti (1, 1 %) uvedli, že počet je nadbytečný.

Tabulka 26 Příčina nedostatku personálu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
neodpovědělo	165	88,8	88,8	88,8
vedení nepovolí	9	4,8	4,8	93,6
nedostatek financí	5	2,7	2,7	96,3
nezájem o tuto profesi	2	1,1	1,1	97,4
nízké finanční ohodnocení	2	1,1	1,1	98,5
nedostatek kvalitních pracovníků, na které bychom se mohli spolehnout	1	0,5	0,5	99,0
sestry mají pro studium zhoršené podmínky v souvislosti s rodinnou situací	1	0,5	0,5	99,5
VŠ sestry nejsou na odd. ARO potřeba	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) se k této otázce nevyjádřilo 165 respondentů (88, 8 %). 9 respondentů (4, 8 %) se domnívá, že navýšit počet personálu nepovolí vedení nemocnice. 5 respondentů (2, 7 %) vidí problém v nedostatku financí. 2 respondenti (1, 1 %) uvádí jako příčinu nedostatku personálu nízké finanční ohodnocení a stejný počet respondentů, tedy 2 (1, 1 %), uvedl jako možnou příčinu nezájem o tuto profesi. Jeden respondent (0,5 %) pak uvedl vždy jednu z následujících - variant nedostatek kvalitních pracovníků, na které bychom se mohli spolehnout, sestry mají pro studium zhoršené podmínky v souvislosti s rodinnou situací a vysokoškolsky vzdělané sestry nejsou na odd. ARO potřeba.

Tabulka 27 Názor na celoživotní vzdělávání sester

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
výlohy má hradit zaměstnavatel, dělám to pro nemocnici	110	59,1	59,1	59,1
nemám problém hradit si výlohy sám/a, rozvíjím sám/a sebe	49	26,5	26,5	85,6
zaměstnavatel by měl platit alespoň polovinu nákladů	14	7,5	7,5	93,1
zbytečná ztráta času a peněz	6	3,2	3,2	96,3
vzdělávání ano, ale ne honba za body	4	2,2	2,2	98,5
doba na přednáškách by měla být započtena do prac. doby, nepřiměřeně drahé	1	0,5	0,5	99,0
lepší je praxe než školení	1	0,5	0,5	99,5
rozvíjím se ve volném čase, velké finanční vydání	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 110 respondentů (59,3 %), že výlohy by měl hradit zaměstnavatel. 49 respondentů (26,5 %) nemá problém si hradit výlohy samostatně, rozvíjí sebe sama. 14 respondentů (7,5 %) se domnívá, že zaměstnavatel by měl hradit alespoň polovinu nákladů. 6 respondentů (3,2 %) považuje celoživotní vzdělávání za zbytečnou ztrátu času a peněz. 4 respondenti (2,2 %) doplnili odpověď vzdělávání ano, ale ne honba za body. 1 respondent (0,5 %) odpověděl, že doba strávená na přednáškách by měla být započtena do pracovní doby, jelikož přednášky jsou nepřiměřeně drahé. 1 respondent (0,5 %) uvedl, že praxe je lepší než školení. 1 respondent (0,5 %) uvedl, že se rozvíjí ve volném čase, má s tím velké finanční vydání.

Tabulka 28 Možnost celoživotního vzdělávání na konkrétním oddělení

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
volno dostaneme, ale náklady musíme nést sami	106	57,0	57,0	57,0
výhody mají jen někteří	47	25,3	25,3	82,3
zaměstnavatel bez problémů uvolní kohokoli a hradí náklady	28	15	15	97,3
náklady hradí někdy sponzor	4	2,2	2,2	99,5
ve svém volnu za své peníze	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 106 respondentů (57 %), že z práce mohou být uvolněni, ale náklady musí nést sami. 47 respondentů (25, 3 %) uvedlo, že výhody mají jen někteří. 28 respondentů (15 %) uvedlo, že zaměstnavatel hradí veškeré náklady a kohokoli bez problémů uvolní. 4 respondenti (2, 2 %) uvedli, že náklady hradí někdy sponzor. 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že se vzdělává ve svém volnu za své peníze.

Tabulka 29 Preferovaná forma celoživotního vzdělávání

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
odborné konference	70	37,6	37,6	37,6
školicí akce	53	28,5	28,5	66,1
kurzy	25	13,4	13,4	79,6
specializační vzdělávání	24	12,9	12,9	92,5
vysokoškolské vzdělávání	10	5,4	5,4	97,8
odborné stáže	4	2,2	2,2	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) preferuje 70 respondentů (37,6 %) odborné konference. 53 respondentů (28,5 %) upřednostnilo školicí akce. 25 respondentů (13,4 %) uvedlo, že preferuje kurzy. 24 respondentů (12,9 %) uvedlo specializační vzdělávání. 10 respondentů (5,4 %) uvedlo, že dává přednost vysokoškolskému vzdělávání a 4 respondenti (2,2 %) označili odborné stáže.

Tabulka 30 Vliv postoje zaměstnavatele k celoživotnímu vzdělávání zaměstnanců na jejich spokojenost se zaměstnáním

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	55	29,6	29,6	29,6
těžko rozhodnout	46	24,7	24,7	54,3
spíše ne	32	17,2	17,2	71,5
ne	30	16,1	16,1	87,6
spíše ano	23	12,4	12,4	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

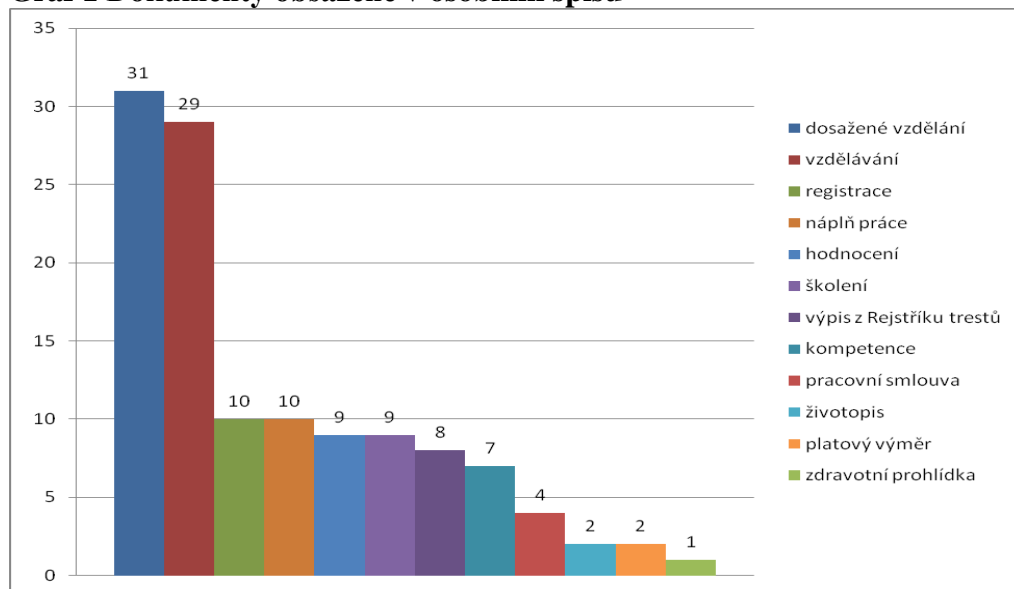
Z celkového počtu 186 (100 %) respondentů uvedlo 55 respondentů (29,6 %), že postoj zaměstnavatele k jejich vzdělávání ovlivní jejich spokojenost se zaměstnáním. 46 respondentů (24,7 %) na otázku odpovědělo těžko rozhodnout. 32 respondentů (17,2 %) uvedlo spíše ne. 30 respondentů (16,1 %) uvedlo ne a 23 respondentů (12,4 %) uvedlo spíše ano.

Tabulka 31 Obsah osobního spisu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ne	125	67,2	67,2	67,2
ano	61	32,8	32,8	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 (100 %) respondentů nevědělo 125 respondentů (67, 2%), které dokumenty jsou založeny v osobním spise. 61 respondentů (32, 8 %) označilo odpověď ano.

Graf 1 Dokumenty obsažené v osobním spisu



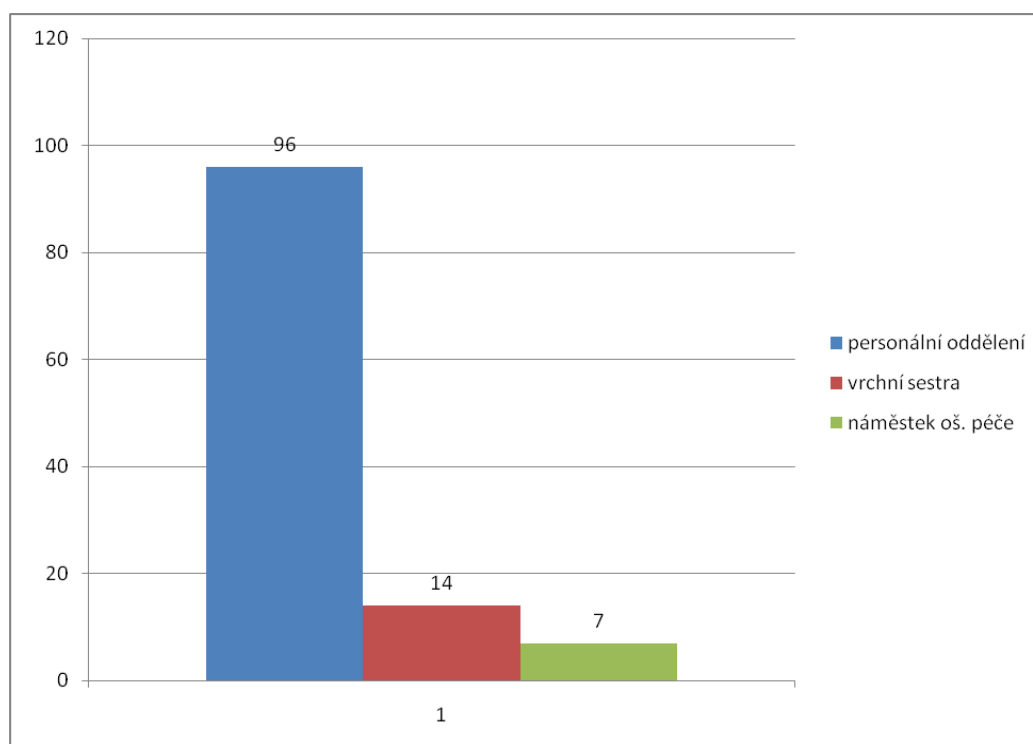
Graf 1 doplňuje tabulku 15. Z počtu 122 odpovědí na otázku: „Které doklady obsahuje osobní spis?“ bylo nejčastěji uvedeno potvrzení o dosaženém vzdělání jedenatřicetkrát. Devětadvacetkrát se vyskytla odpověď potvrzení o celoživotním vzdělávání, desetkrát to bylo potvrzení o registraci sester, desetkrát náplň práce, devětkrát hodnocení zaměstnance, devětkrát potvrzení o absolvovaném školení, osmkrát výpis z Rejstříku trestů, sedmkrát kompetence, čtyřikrát pracovní smlouva, dvakrát životopis, stejně tak se dvakrát vyskytla varianta platový výměr a jedenkrát byla doplněna odpověď potvrzení o zdravotní prohlídce.

Tabulka 32 Uložení osobního spisu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	101	54,3	54,3	54,3
ne	85	45,7	45,7	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) odpovědělo 101 respondentů (54,3 %), že ví, kde je uložen jejich osobní spis. 85 respondentů (45,7 %) nevědělo, kde je osobní spis uložen.

Graf 2 Místo uložení osobního spisu



Graf 2 doplňuje tabulku 16. Z počtu 117 odpovědí se nejčastěji, šestadevadesátkrát vyskytla odpověď, že osobní spis je uložen na personálním oddělení, čtrnáctkrát, že osobní spis je u vrchní sestry a sedmkrát odpověď, že osobní spis je uložen u náměstka pro ošetrovatelskou péči.

Tabulka 33 Náplň práce

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
znám a řídím se jejím obsahem	168	90,3	90,3	90,3
nevím, co obsahuje	14	7,5	7,5	97,8
nikdy jsem ji neviděla	4	2,2	2,2	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) zná náplň své práce a řídí se jejím obsahem 168 respondentů (90,3 %). 14 respondentů (7,5 %) neví, co obsahuje jejich náplň práce. 4 respondenti (2,2 %) uvedli, že nikdy svou náplň práce neviděli.

Tabulka 34 Náplň práce versus dosažená kvalifikace

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	160	86,0	86,0	86,0
neodpovědělo	18	9,6	9,6	95,6
ne, mám nižší kvalifikaci	4	2,2	2,2	97,8
ne, mám vyšší kvalifikaci	4	2,2	2,2	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 160 respondentů (86 %), že jejich náplň práce koresponduje s jejich dosaženou kvalifikací. 4 respondenti (2,2 %) uvedli, že mají nižší kvalifikaci. 4 respondenti (2,2 %) uvedli, že mají vyšší kvalifikaci. 18 respondentů (9,6 %) na otázku neodpovědělo.

Tabulka 35 Adaptační proces na oddělení

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	165	88,7	88,7	88,7
ne	12	6,5	6,5	95,2
nevím	9	4,8	4,8	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 165 respondentů (88, 7 %), že na jejich oddělení adaptační proces probíhá. 12 respondentů (6, 5 %) odpovědělo, že neprobíhá a 9 respondentů (4, 8 %) uvedlo, že o tom neví.

Tabulka 36 Vedení adaptačního procesu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
školitel pověřený staniční, vrchní sestrou	99	53,2	53,2	53,2
mentor	66	35,5	35,5	88,7
neodpovědělo	21	11,3	11,3	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 99 respondentů (53, 2 %), že školitele pověřuje staniční nebo vrchní sestra. 66 respondentů (35, 5 %) uvedlo, že nového pracovníka vede proškolený mentor. 21 respondentů (11, 3 %) neodpovědělo.

Tabulka 37 Délka adaptačního procesu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
méně než šest měsíců	79	42,5	42,5	42,5
šest měsíců	65	34,9	34,9	77,4
neodpovědělo	21	11,3	11,3	88,7
jeden rok	14	7,5	7,5	96,2
devět měsíců	5	2,8	2,7	98,9
individuální	1	0,5	0,5	99,5
nevím	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 79 respondentů (42, 5 %), že adaptační proces trvá méně než šest měsíců. 65 respondentů (34, 9 %) označilo možnost trvání šest měsíců. 14 respondentů (7, 5 %) uvedlo, že trvá jeden rok. 5 respondentů (2, 8 %) uvedlo devět měsíců. 1 respondent (0,5%) uvedl, že délka je individuální. 1 respondent (0,5%) uvedl, že neví, jak dlouho adaptační proces trvá. 21 respondentů (11, 3 %) neodpovědělo.

Tabulka 38 Způsob zakončení adaptačního procesu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
sepsáním závěrečné práce + pohovor s vedoucími pracovníky	88	47,5	47,5	47,5
pohovorem s vedoucími pracovníky	73	39,2	39,2	86,7
neodpovědělo	21	11,3	11,3	98,0
nevím	1	0,5	0,5	98,5
razítko+podpis	1	0,5	0,5	99,0
splněním zadaných kritérií	1	0,5	0,5	99,5
vypracován dokument o adaptačním procesu	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 88 respondentů (47, 5 %), že na závěr adaptačního procesu musí být sepsána závěrečná práce a je veden pohovor s vedoucími pracovníky. 73 respondentů (39, 4 %) uvedlo pohovor s vedoucími pracovníky. 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že neví. 1 respondent (0, 5 %) doplnil odpověď, že adaptační proces je zakončen otiskem razítka a podpisem do formuláře. 1 respondent (0, 5 %) uvedl splnění zadaných kritérií na závěr adaptačního procesu. Dle 1 respondenta (0, 5 %) je adaptační proces zakončen vypracováním dokumentu o adaptačním procesu. 21 respondentů (11, 3 %) neodpovědělo.

Tabulka 39 Rozsah kompetencí

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	106	57,0	57,0	57,0
spíše ano	61	32,8	32,8	89,8
těžko rozhodnout	11	5,9	5,9	95,7
spíše ne	8	4,3	4,3	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) odpovědělo 106 respondentů (57,0 %), že zná spektrum svých kompetencí. 61 respondentů (32,8 %) uvedlo spíše ano. 11 respondentů (5,9 %) označilo odpověď těžko rozhodnout. 8 respondentů (4,3 %) odpovědělo spíše ne.

Tabulka 40 Kompetence kontra vykonávaná práce

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ne	86	46,2	46,2	46,2
těžko rozhodnout	42	22,6	22,6	68,8
spíše ne	31	16,7	16,7	85,5
ano	18	9,7	9,7	95,2
spíše ano	8	4,3	4,3	99,5
nevím	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

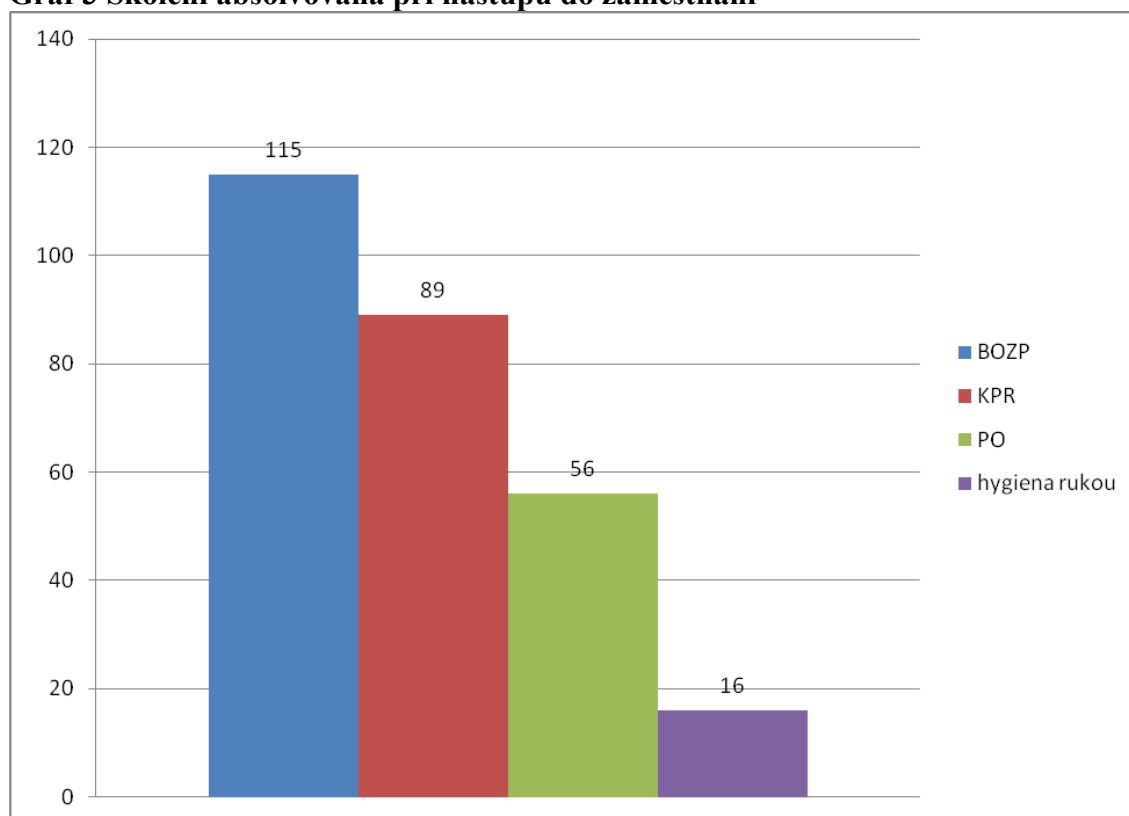
Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) uvedlo 18 respondentů (9,7 %), že vykonává činnosti v rozporu se stanoveným spektrem svých kompetencí. 86 respondentů (46,2 %) uvedlo, že ne. 1 respondent (0,5 %) uvedl, že neví. 8 respondentů (4,3 %) uvedlo, že spíše ano. 31 respondentů (16,7 %) uvedlo, že spíše ne. 42 respondentů (22,6 %) označilo odpověď těžko rozhodnout.

Tabulka 41 Školení absolvovaná při nástupu do zaměstnání

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	121	65,1	65,1	65,1
nevím	65	34,9	34,9	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) má 121 respondentů (65,1 %) povědomí o absolvovaných školeních při vstupu do zaměstnání. 65 respondentů (34,9 %) uvedlo, že neví, jaká školení absolvovalo při nástupu do zaměstnání.

Graf 3 Školení absolvovaná při nástupu do zaměstnání



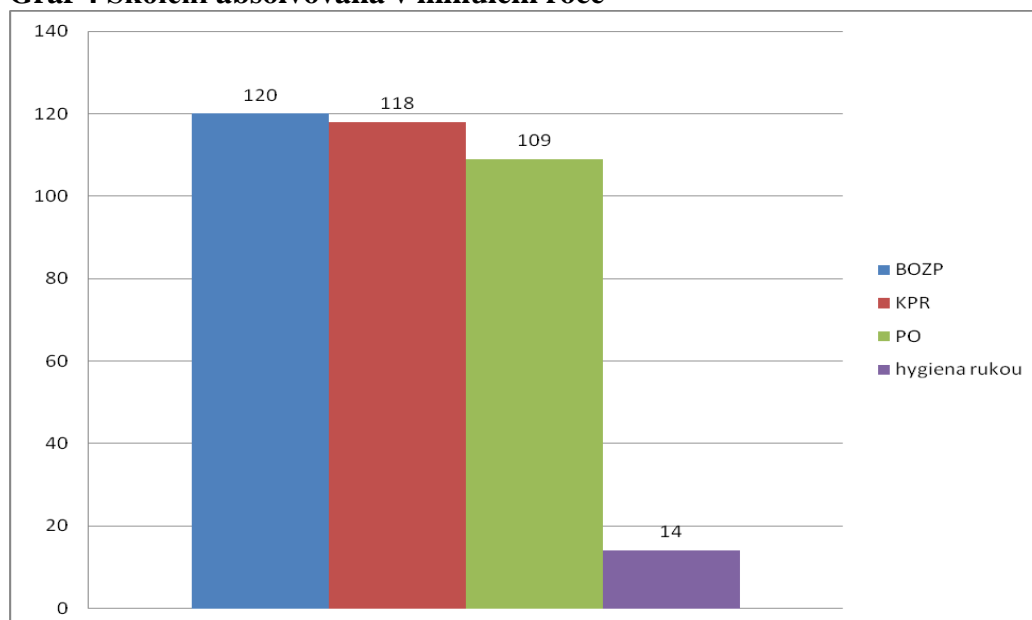
Graf 3 doplňuje tabulku 25. Z počtu 276 odpovědí na otázku: „Která školení jste absolvoval/a při nástupu do zaměstnání?“ se nejčastěji stopatnáctkrát objevovala odpověď školení BOZP, devětaosmdesátkrát školení KPR, šestapadesátkrát školení PO a šestnáctkrát školení v oblasti hygieny rukou.

Tabulka 42 Školení absolvovaná v minulém roce

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	129	69,4	69,4	69,4
nevím	57	30,6	30,6	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) ví 129 respondentů (69,4 %), která školení absolvovali v minulém roce. 57 respondentů (30,6 %) neví, která školení absolvovali v minulém roce.

Graf 4 Školení absolvovaná v minulém roce



Graf 4 doplňuje tabulku 26. Z počtu 361 odpovědí na otázku: „Která školení jste absolvoval/a v minulém roce?“ se stovdvacetkrát objevila odpověď školení BOZP, stoosmnáctkrát školení KPR, stodevětkrát školení PO a čtrnáctkrát odpověď školení v oblasti hygieny rukou.

Tabulka 43 Způsob zakončení školení BOZP

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
přednáška	75	40,3	40,3	40,3
přednáška, test, každý sám za sebe	67	36,0	36,0	76,3
bez přednášky i testu, jen podepíšu formulář	23	12,4	12,4	88,7
společné odpovědi na testové otázky po přednášce	18	9,7	9,7	98,4
školí se pouze vedoucí pracovník	3	1,6	1,6	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) je 75 respondentů (40,3 %) pouze proškoleny formou přednášky. 67 respondentů (36,0 %) absolvuje přednášku a na závěr dostane test, kdy odpovídá každý sám za sebe. 23 respondentů (12,4 %) pouze podepíše formulář o absolvovaném školení. 18 respondentů (9,7 %) absolvuje přednášku a na závěr dostane test, kdy všichni společně odpovídají na testové otázky. 3 respondenti (1,6 %) uvedli, že se školí pouze vedoucí pracovníci.

Tabulka 44 Platnost zákazu kouření

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	173	93,0	93,0	93,0
ne	9	4,8	4,8	97,8
nevím	4	2,2	2,2	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) odpovědělo 173 respondentů (93 %), že v areálu nemocnice platí zákaz kouření. 9 respondentů (4,8 %) označilo odpověď ne. 4 respondenti (2,2 %) nevědí, zda platí zákaz kouření v areálu nemocnice.

Tabulka 45 Vyhrazená místa pro kuřáky

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	86	46,2	46,2	46,2
ne	73	39,3	39,3	85,5
nevím	26	14,0	14,0	99,5
spíše ano	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) odpovědělo 86 respondentů (46, 2 %), že v nemocnici jsou vyhrazena místa pro kuřáky. 73 respondentů (39, 3 %) označilo odpověď ne. 26 respondentů (14 %) neví. 1 respondent (0, 5 %) odpověděl spíše ano.

Tabulka 46 Dodržování zákazu kouření

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
neodpovědělo	62	33,3	33,3	33,3
ano	52	28,0	28,0	61,3
spíše ano	22	11,8	11,8	73,1
ne	19	10,2	10,2	83,3
těžko rozhodnout	17	9,2	9,2	92,5
spíše ne	13	7,0	7,0	99,5
nevím	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) na otázku neodpovědělo 62 respondentů (33, 3 %). 52 respondentů (28 %) odpovědělo, že kuřáci dodržují zákaz kouření mimo vyhrazená místa. 22 respondentů (11, 8 %) odpovědělo spíše ano. 19 respondentů (10, 2 %) označilo odpověď ne. 17 respondentů (9, 2 %) označilo odpověď těžko rozhodnout. 13 respondentů (7%) odpovědělo spíše ne a 1 respondent (0, 5 %) odpověděl nevím.

Tabulka 47 Alkohol na pracovišti

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ne	162	87,2	87,2	87,2
ano, jednou	11	5,9	5,9	93,1
ano, opakovaně	11	5,9	5,9	98,0
ano	1	0,5	0,5	99,5
nevím	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) se 162 respondentů (87, 2 %) s alkoholem na pracovišti nesetkalo. 11 respondentů (5, 9 %) se s alkoholem na pracovišti setkalo opakovaně. 11 respondentů (5, 9 %) se s alkoholem na pracovišti setkalo jednou. 1 respondent (0, 5 %) odpověděl pouze ano. 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že neví, zda se někdy stalo, že by někdo ze zdravotníků byl na oddělení pod vlivem alkoholu.

Tabulka 48 Informování nadřízeného o situaci

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
neodpovědělo	162	87	87,1	87,1
ano	20	10,8	10,8	97,8
ne	4	2,2	2,2	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) na tuto otázku neodpovědělo 162 respondentů (87 %), protože se s alkoholem na pracovišti nesetkalo. Podle 20 respondentů (10, 8 %) byla tato situace nahlášena nadřízenému. 4 respondenti (2, 2 %) uvedli, že situace nebyla nadřízenému hlášena.

Tabulka 49 Řešení situace nadřízeným

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
neodpovědělo	166	89,2	89,2	89,2
dechová zkouška	13	7,0	7,0	96,2
neřešil	4	2,2	2,2	98,4
domů, bez vyšetření	2	1,1	1,1	99,5
dechová zkouška + krevní testy	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) na otázku neodpovědělo 166 respondentů (89, 2 %), jelikož se s alkoholem na oddělení nesetkalo nebo tato situace nebyla nadřízenému nahlášena. 13 respondentů (7 %) uvedlo, že nadřízený provedl dechovou zkoušku. 4 respondenti (2, 2 %) uvedli, že tuto situaci neřešil. Podle 2 respondentů (1, 1 %) poslal zaměstnance domů bez vyšetření a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že nadřízený provedl dechovou zkoušku a krevní testy.

Tabulka 50 Postup při pozitivním výsledku vyšetření

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
neodpovědělo	172	92,5	92,5	92,5
ukončení pracovního poměru	9	4,8	4,8	97,3
napomenutí	4	2,2	2,2	99,5
nic	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) na otázku neodpovědělo 172 (92, 5 %) respondentů, jelikož jejich nadřízený nastalou situaci neřešil a vyšetření neprovedl. 9 respondentů (4, 8 %) uvedlo, že po prokázání požití alkoholu u zaměstnance následovalo ukončení pracovního poměru. 4 respondenti (2,2%) uvedli, že nadřízený dotyčného pouze napomenul. Podle 1 respondenta (0,5%) se nestalo nic.

Tabulka 51 Četnost sledování spokojenosti zaměstnanců

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
jednou ročně	115	61,8	61,8	61,8
nepamatuji si, že by se mě někdo ptal	46	24,8	24,8	86,6
dvakrát i vícekrát za rok	10	5,4	5,4	91,9
několikrát do roka	10	5,4	5,4	97,3
pouze před akreditací	2	1,1	1,1	98,4
nevím	1	0,5	0,5	98,9
po dvou letech	1	0,5	0,5	99,5
průběžně	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) označilo 115 respondentů (61,8 %) odpověď, že zaměstnavatel sleduje jejich spokojenost jednou ročně. 46 respondentů (24,8 %) si nepamatuje, že by se jich někdo ptal. 10 respondentů (5,4 %) se zaměstnavatel ptá na spokojenost dvakrát i vícekrát za rok. U 10 respondentů (5,4 %) provádí zaměstnavatel šetření spokojenosti několikrát do roka. 2 respondenti (1,1 %) uvedli, že spokojenost zaměstnavatel sledoval pouze před akreditací. 1 respondent (0,5 %) uvedl, že neví, jak často zaměstnavatel sleduje spokojenost. Podle odpovědi 1 respondenta (0,5 %) sleduje zaměstnavatel spokojenost jednou za dva roky a 1 respondent (0,5 %) doplnil odpověď průběžně.

Tabulka 52 Forma získávání informací o spokojenosti zaměstnanců

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
dotazník	121	65,1	65,1	65,1
neodpovědělo	46	24,8	24,7	89,8
dotazník + osobní pohovor	9	4,8	4,8	94,6
osobní pohovor	6	3,2	3,2	97,8
vybraní jedinci za celý kolektiv	3	1,6	1,6	99,5
nevím	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) podává 121 respondentů (65, 1 %) informace o spokojenosti v zaměstnání zaměstnavateli vyplněním dotazníku. Od 9 respondentů (4, 8 %) získává zaměstnavatel informace formou dotazníku a osobního pohovoru. 6 respondentů (3, 3 %) uvádí, že zaměstnavatel získává informace formou osobního pohovoru. 3 respondenti (1, 6 %) uvedli, že vybraní jedinci informují zaměstnavatele za celý kolektiv. 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že neví, jak zaměstnavatel získává informace. 46 respondentů (24, 8 %) neodpovědělo, jelikož neví, že by zaměstnavatel spokojenost sledoval.

Tabulka 53 Možnost nahlédnout do výsledků šetření spokojenosti zaměstnanců

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	84	45,2	45,2	45,2
ne	43	23,1	23,1	68,3
těžko rozhodnout	31	16,7	16,7	84,9
spíše ne	14	7,5	7,5	92,5
spíše ano	13	7,0	7,0	99,5
nevím	1	0,5	0,5	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů (100 %) odpovědělo 84 respondentů (45, 2 %), že má možnost nahlédnout do výsledků šetření spokojenosti. 43 respondentů (23, 1 %) uvedlo, že tuto možnost nemá. 31 respondentů (16, 7 %) označilo odpověď těžko rozhodnout. 14 respondentů (7, 5 %) označilo možnost spíše ne, 13 respondentů (7 %) spíše ano a 1 respondent (0, 5 %) neví, zda má možnost nahlédnout do výsledků šetření spokojenosti.

Tabulka 54 Realizace nápravných opatření

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
těžko rozhodnout	60	32,3	32,3	32,3
ne	51	27,4	27,4	59,7
ano	27	14,5	14,5	74,2
spíše ano	25	13,4	13,4	87,6
spíše ne	21	11,3	11,3	98,9
nevím	2	1,1	1,1	100,0
Celkem	186	100,0	100,0	

Z celkového počtu 186 respondentů označilo 60 respondentů (32, 3 %) odpověď těžko rozhodnout. Podle 51 respondentů (27, 4 %) nejsou realizována nápravná opatření. 27 respondentů (14, 5 %) se domnívá, že ano. 25 respondentů (13, 4 %) označilo spíše ano. 21 respondentů (11,3%) odpovědělo spíše ne. 2 respondenti (1,1%) uvedli, že nevědí.

4.3 Statistické testy

H0: Preferovaný typ celoživotního vzdělávání není závislý na věku respondenta.

HA: Preferovaný typ celoživotního vzdělávání je závislý na věku respondenta.

Kontingenční tabulka 55 srovnání otázek 2 a 13 dotazníku pro sestry

		Preferovaný typ vzdělávacích akcí			Celkem
		jednorázové akce	specializační vzdělávání	vysokoškolské vzdělávání	
Věk respondentů	Do 34 let	60	14	9	83
	35 let a více	92	10	1	103
Celkem		152	24	10	186

Z celkového počtu 186 respondentů bylo 83 respondentů ve věku do 34 let, 103 respondentů ve věku 35 let a více. Respondenti ve věku do 34 let uvedli na otázku: „Který typ celoživotního vzdělávání preferujete?“ šedesátkrát jednorázové akce, čtrnáctkrát specializační vzdělávání a devětkrát vysokoškolské vzdělávání. Respondenti ve věku 35 let a více odpovídali na stejnou otázku dvaadevadesátkrát jednorázové akce, desetkrát specializační vzdělávání a jedenkrát vysokoškolské vzdělávání. V celkovém součtu odpovědí byly jednorázové akce uvedeny stodaapadesátkrát, specializační vzdělávání čtyřadvacetkrát a vysokoškolské vzdělávání desetkrát.

Tabulka 56 Testování závislosti otázek 2 a 13 pomocí Pearsonova chí kvadrát testu

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	11,789 ^a	2	0,003
Kontingenční koeficient	0,244		

a. 1 buňka (16,7%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 4,46.

Na základě hodnoty signifikance Pearsonova chí kvadrát testu 0,003 (0,3 %), která je menší než 5 %, zamítáme na 5% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že preferovaný typ celoživotního vzdělávání není závislý na věku respondenta. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé. Stupeň závislosti, udávaný kontingenčním koeficientem (0,244), je pouze nízký. Starší skupina respondentů preferuje spíše jednorázové akce a odmítá vysokoškolské vzdělávání, mladší respondenti si vybírali specializační a vysokoškolské vzdělávání častěji.

5 DISKUZE

Tato práce byla zaměřena na problematiku řízení lidských zdrojů. Hlavním cílem našeho šetření bylo zmapovat dodržování standardů SAK ČR v oblasti řízení lidských zdrojů ošetrovatelské péče ve vybraných nemocnicích. Na základě tohoto cíle jsme si stanovili 7 dílčích cílů. Naše šetření probíhalo ve dvou fázích. Jednalo se o kvalitativně kvantitativní výzkumné šetření.

V první, kvalitativní, fázi jsme oslovili náměstky pro ošetrovatelskou péči námi vybraných nemocnic a snažili jsme se zjistit, jak mají nemocnice tuto problematiku ošetřenu. Výběr nemocnic byl ovlivněn ochotou managementu účastnit se našeho šetření. Dalším kritériem mělo být, zda je nemocnice již akreditována, či nikoli. Ale jak během rozhovoru zdůraznila jedna z respondentek, standardy SAK ČR vychází z platných právních norem, tudíž jsme jen těžko hledali rozdíly mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí. Proto jsme od záměru porovnávání z tohoto hlediska upustili a zaměřili jsme se pouze na zmapování problematiky v jednotlivých zařízeních. Nestandardizované rozhovory probíhaly ve velmi uvolněné atmosféře. Respondenti našeho šetření ochotně spolupracovali, souhlasili dokonce i s nahráváním rozhovoru na diktafon. Ovšem s tou podmínkou, že záznam nebude nikde zveřejněn.

Druhá, kvantitativní, část byla realizována ve spolupráci se sestrami pracujícími ve vybraných nemocnicích. Pro tyto sestry byl vytvořen dotazník, který měl pomoci potvrdit nebo vyvrátit námi stanovené hypotézy vzešlé z rozhovorů s náměstky pro ošetrovatelskou péči. Dotazníky byly rozdávány osobně a několikrát jsme se setkali s neochotou sester zapojit se do našeho výzkumného šetření, toto rozhodnutí jsme samozřejmě respektovali.

První oblast, jíž jsme si dali za cíl prozkoumat, se týkala personálního plánování a plánu rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky. Národní akreditační standardy stanovují ve standardu 57 pět indikátorů, podle nichž lze hodnotit, zda nemocnice standard dodržuje, či nikoli (36). Z našich rozhovorů vyplynulo, že ve všech námi oslovených nemocnicích management postupuje v souladu s tímto standardem. A to i v případě dosud neakreditované nemocnice. Personální plánování probíhá ve všech nemocnicích. V každé z nich se management při jeho realizaci řídí vyhláškou MZČR

427/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Berou v potaz i aktuální situaci na oddělení a v jedné nemocnici používají při výpočtu potřebného počtu personálu metodiku dle Pochylé (37). Tyto výsledky znázorňujeme v tabulce 1. Podle slov našich respondentů z první části výzkumu nejsou odpovědní pracovníci v této chvíli nuceni přijímat náhradní opatření k zajištění potřebného počtu ošetrovatelského personálu. V otázce zaměřené na plánování kontinuálního vzdělávání všichni náměstci pro ošetrovatelskou péči shodně zdůrazňovali jeho důležitost. Jak uvádí Bártlová (7), podporou celoživotního vzdělávání personálu, si zajistí nemocnice spokojenější pacienty a dojde ke zkrácení jejich pobytu v nemocnici. Zdravotnická zařízení vydávají nemalé finanční prostředky za případná soudní jednání v souvislosti s pochybením personálu, které vede k poškození pacienta. Prevence právě spočívá ve vzdělaném a vzdělání si neustále doplňujícím personálu. Ve zdravotnictví dochází k neustálým technickým změnám, stále se zvyšují nároky pacientů na péči a sestra si již nevystačí s vědomostmi, které získala při studiu v rámci získání kvalifikace. Nemocnice usilují o získání akreditace, která bude pro potencionální klienty známkou kvality a bez vzdělaného personálu se zkrátka neobejde. Jen vzdělaný, informovaný personál je schopen poskytovat péči nejvyšší kvality na společensky požadované úrovni (6, 33). Na základě výsledků těchto rozhovorů jsme si stanovili dvě hypotézy, které jsme si chtěli potvrdit získáním názorů od sester. H1: *Nemocnice plánují dostatečný počet kvalifikovaného ošetrovatelského personálu.* H2: *Ošetrovatelskému personálu je umožněno kontinuální vzdělávání pro zvyšování kvalifikace.* Bylo pro nás překvapením, že sestry jsou s počtem ošetrovatelského personálu na oddělení, kde pracují, spokojené. 86 respondentů (46, 2 %) uvedlo, že počet sester je dostatečný, 36 respondentů (19, 4 %) uvedlo, že počet sester je spíše dostatečný, 14 respondentů (7, 5 %) označilo odpověď těžko rozhodnout a 2 respondenti (1, 1 %) považují dokonce počet sester na oddělení za nadbytečný. Na základě zpráv, jež nám neustále předkládají média, jsme spíše očekávali negativní ohlasy. Je tedy možné, že krize související s počtem personálu ustupuje? Možná pomohla stabilizační opatření Ministerstva zdravotnictví (24), možná se problém týká spíše nemocnic ve větších městech. Konstatujeme, že hypotéza H1: *Nemocnice plánují*

dostatečný počet kvalifikovaného ošetrovateľského personálu, se potvrdila. Záležitosti týkající se kontinuálního vzdělávání byly vyhodnoceny v tabulkách 27 a 28. Překvapující pro nás byl závěr, že sestry, konkrétně 110 respondentů (59, 1 %), považují celoživotní vzdělávání za službu pro nemocnici. Tyto sestry tedy nemají potřebu rozvíjet si své znalosti, dovednosti, postoje? Po zpracování této otázky nás již nezaskočil další výsledek. Ptali jsme se sester, zda má postoj zaměstnavatele k celoživotnímu vzdělávání vliv na jejich spokojenost se zaměstnáním. Původně jsme si chtěli potvrdit výsledky výzkumu z roku 2005, který ve své práci zmiňuje autorka Bártlová (7). Závěry tohoto výzkumu mluví o 92 % respondentů, kteří odpovídali kladně na dotaz, zda v otázce spokojenosti sester se zaměstnáním hraje podpora vzdělávání ze strany zaměstnavatele významnou roli. V našem šetření spojuje pouze 55 respondentů (29, 6 %) spokojenost v zaměstnání s postojem vedení k této záležitosti. Tento stav pramení asi z názoru sester na celoživotní vzdělávání, které nepovažují za důležité pro vlastní rozvoj, nýbrž pouze za povinnost vzhledem k zaměstnavateli. V otázce na to, jakým způsobem probíhá vzdělávání na konkrétních odděleních, se potvrdila slova náměstků pro ošetrovateľskú péči ohledně uvolňování ze zaměstnání. 106 respondentů (57 %) zmínilo ochotu zaměstnavatele uvolnit zájemce na vzdělávací aktivity, i když podotýkají, že náklady musí nést sami. Hypotéza H2: *Ošetrovateľskému personálu je umožněno kontinuální vzdělávání pro zvyšování kvalifikace*, byla tedy také potvrzena. Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně provedlo studii na téma „Změny v profesi sestry na počátku nového tisíciletí“ (5). Autoři došli k závěru, že sestry v mladším věku budou raději volit vysokoškolské studium, zatímco starší sestry se budou většinou rozhodovat mezi kurzy, školicími akcemi, odbornými stážemi, konferencemi, kongresy. Zeptali jsme se respondentů dotazníkového šetření, které formě celoživotního vzdělávání dávají přednost. Pro potvrzení závěrů výše zmiňované studie jsme si respondenty rozdělili do dvou věkových skupin (do 34 let a 35 let a více) a stanovili nulovou hypotézu H0: *Preferovaný typ celoživotního vzdělávání není závislý na věku respondenta*. Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu jsme tuto hypotézu zamítli a můžeme prohlásit, že byla potvrzena hypotéza H1: *Preferovaný typ celoživotního vzdělávání je závislý na věku*

respondenta (tabulka 55 a 56). Starší skupina respondentů preferuje spíše jednorázové akce a odmítá vysokoškolské vzdělávání. Respondenti mladší věkové kategorie si vybírali specializační a vysokoškolské vzdělávání častěji než respondenti ve věku nad 35 let.

Druhá oblast, kterou jsme si dali za cíl zmapovat, se týkala problematiky osobního spisu. Při získávání informací od náměstků ošetrovatelské péče jsme se zaměřili především na obsah osobního spisu zaměstnanců, jeho aktualizaci a místo uložení. Po zpracování všech odpovědí respondentů a jejich srovnání s indikátory standardu 58 jsme došli k závěru, že nemocnice jsou v souladu s doporučeními SAK ČR (36). Včetně nemocnice, které ještě akreditaci SAK ČR nezískala. Respondenti našich rozhovorů poznamenali, že každý dokument, který nemocnice vydává svému zaměstnanci (náplň práce, platový výměr, kompetence a další), musí pracovník podepsat. Zároveň je zaměstnanec seznámen se skutečností, že příslušný doklad bude založen do jeho osobního spisu. Z tohoto faktu jsme vycházeli při stanovování hypotézy H3: *Každý člen ošetrovatelského týmu má znalosti o svém osobním spisu*. Udivil nás počet 125 respondentů (67, 2%), kteří nevěděli, které dokumenty obsahuje jejich osobní spis (tabulka 31, graf 1). Stejně tak na otázku, kde je uložen osobní spis zaměstnance, pouze 101 respondentů (54, 3 %) prohlásilo, že zná místo jeho uložení (tabulka 32, graf 2). Protože se podle našeho názoru jedná o údaje, které by zaměstnanci měli znát, doporučovali bychom managementu nemocnic více zaměstnance o této problematice informovat. Po zhodnocení získaných dat musíme hypotézu H3: *Každý člen ošetrovatelského týmu má znalosti o svém osobním spisu*, prohlásit za nepotvrzenou.

Další naše zkoumání zasáhlo problematiku náplně práce zaměstnanců. Výroky jednotlivých respondentů, náměstků ošetrovatelské péče, byly opět ve shodě. Při stanovování náplně práce postupují nemocnice v souladu s vyhláškou MZČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů a se zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve

znění pozdějších předpisů. Aktualizaci náplní práce provádí organizace vždy dle potřeby, pouze respondentka č. 4 zmínila aktualizaci pravidelně, jednou ročně (tabulka 6). Ani v této oblasti jsme neshledali nedostatky, které by byly v rozporu s indikátory standardu 59 (36). Z tohoto závěru jsme si stanovili hypotézu H4: *Každý ošetrovatelský pracovník zná stanovenou náplň práce, která odpovídá jeho dosažené kvalifikaci.* Výsledky šetření našťastí naplnily naše očekávání a můžeme konstatovat, že 168 respondentů (90,3 %) zná náplň své práce a řídí se jejím obsahem (tabulka 33, 34). I doplňující otázka, zda náplň práce koresponduje s dosaženou kvalifikací respondenta, byla od 160 respondentů (86 %) zodpovězena kladně. Troufáme si tedy hypotézu H4: *Každý ošetrovatelský pracovník zná stanovenou náplň práce, která odpovídá jeho dosažené kvalifikaci,* označit za potvrzenou.

Čtvrtá skupina otázek byla zaměřena na adaptační proces nových zaměstnanců. Odpovědi jednotlivých respondentů se lišily především v záležitostech spojených se zakončením adaptačního procesu (tabulka 8). Bohužel jsme zjistili, že pouze v jedné nemocnici, u respondentky č. 3, upustili od povinnosti sepsání závěrečné práce při ukončování adaptačního procesu. Říkáme bohužel, protože se domníváme, že sepsáním práce se kvality sestry neprokážou a na její práci v týmu to nemá žádný vliv. Líbí se nám slova právě respondentky č. 3, která zmínila variantu zakončení pouze pohovorem s vedoucím pracovníkem. Přesněji řečeno s náměstkem pro ošetrovatelskou péči. Sama respondentka připouští náročnost tohoto dotazování pro nastoupivší sestru, ale po jeho zvládnutí může vedení konstatovat, že sestra má již potřebné znalosti k výkonu práce na vybraném oddělení. Stejně tak délka adaptačního procesu se v jednotlivých nemocnicích liší. Délka zapracování nových zaměstnanců se pohybuje v rozmezí mezi třemi až dvanácti měsíci. Jeden rok se nám zdá již poněkud dlouhý časový interval pro zapracování. V tomto ohledu souhlasíme se závěry Plockové, která ve své práci upozorňuje na fakt, že v dnešní době je pro nemocnici ztrátový zaměstnanec, pokud není po třech měsících schopen samostatné práce na oddělení. Jedná-li se o standardní oddělení, k tomu v menší, dříve okresní, nemocnici, kde naše šetření probíhalo, měla by doba tří měsíců stačit k získání přehledu o práci na ošetrovací jednotce. Plocková dále navrhuje pravidelné půlroční intervaly sledování nové sestry po dobu tří let, což,

myslíme, pomůže podchytit případné nedostatky v práci sestry (39). Jiná situace je samozřejmě v případě, pokud sestra pracuje na oddělení, kde je práce náročnější, proto musí získat hodně nových znalostí a dovedností. Mluvíme například o odděleních anesteziologicko resuscitační péče nebo o operačních sálech. Tam sestra potřebuje více času pro své plynulé zapojení do pracovního týmu. I přes naše rozdílné názory na vedení adaptačního procesu nových zaměstnanců jsme si opět potvrdili soulad nemocnic se standardy SAK ČR. Také v této oblasti námi oslovené nemocnice postupují ve shodě s indikátory standardu 60 (36). Této problematice se týkala hypotéza H5: *Všeobecné sestry znají problematiku adaptačního procesu nových zaměstnanců.* Odpovědi sester korespondovaly s informacemi, které jsme získali od náměstků pro ošetrovatelskou péči během rozhovorů. 165 respondentů (88, 7 %) dosvědčilo fungování adaptačního procesu na oddělení. I v dalších otázkách na délku a zakončení adaptace se respondenti obou částí šetření v odpovědích shodovali (tabulka 35, 36, 37, 38). Hypotéza H5 *Všeobecné sestry znají problematiku adaptačního procesu nových zaměstnanců,* byla potvrzena. Za zajímavé považujeme odpovědi 12 respondentů (6, 5 %), kteří popřeli existenci adaptačního procesu na svém oddělení a to, že 9 respondentů (4, 8 %) nevědělo, zda adaptační proces na jejich oddělení probíhá. Na podkladě vlastních zážitků musíme potvrdit zkušenost 12 negujících respondentů. Mluvíme o prožitku z nemocnice, kde hlavní sestra během rozhovoru potvrdila zapracování nových zaměstnanců na podkladě předem stanovených pravidel. Známe oddělení, kde do dnešního dne tato teorie nebyla v praxi použita. Podle našeho mínění je řádné zapracování zaměstnance důležité pro všechny zúčastněné, proto bychom chtěli doporučit top managementu kontrolu adaptace všech zaměstnanců a zajištění adekvátního zapracování i tam, kde doposud tato možnost není. Za povšimnutí stojí i výsledky vzešlé z odpovědí na otázku, kdo vede adaptační proces na oddělení. Ač manažeři nemocnic popírali, že by nemocnice disponovala speciálně proškolenými mentory pro účely zaškolení nových sester, z výsledků dotazníkového šetření nám vyplynula poněkud jiná skutečnost. 66 respondentů (35, 5 %) považuje školitele nových zaměstnanců za mentora. Podle našeho názoru tento fakt pramení z neznalosti pojmu, proto se domníváme, že by stálo za to sestřím tento pojem objasnit a vyvést je z omylu.

Další část rozhovorů měla za cíl zmapovat postupy nemocnic v otázce stanovování kompetencí personálu. Náměstci ošetrovatelské péče postupují při určování spektra kompetencí jednotlivých zaměstnanců podobným způsobem. Vychází především z vyhlášky MZČR č. 424/2004, v platném znění, dále berou v úvahu osobnostní charakteristiky pracovníků, jejich schopnosti, nabyté vědomosti, absolvované kurzy a další. Pouze hlavní sestra č. 1 zmínila variantu samostatného blanketu s kompetencemi. Další manažeři ošetrovatelské péče přikládají spektrum kompetencí pracovníků k náplni práce. Zaměstnanci jsou všude se škálou svých kompetencí seznámeni osobně, tento fakt stvrzují svým podpisem a formulář je zakládán do jejich osobního spisu. Aktualizace kompetencí probíhá dle potřeby, respondentka č. 4 ještě zmínila pravidelný, roční interval revize pravomocí. Manažeři nemocnic opět potvrdili, že postupují v souladu se standardem 61, indikátory tohoto standardu jsou plněny (36). Pro šetření mezi sestrami jsme si stanovili hypotézu H6: *Ošetrovatelský personál zná stanovený rozsah svých kompetencí*. Naplnilo se naše očekávání (tabulka 39, 40). Na otázku, zda sestry znají spektrum svých kompetencí, 106 respondentů (57, 0 %) odpovědělo ano. 61 respondentů (32, 8 %) uvedlo spíše ano. V další otázce měly sestry možnost vyjádřit se, zda vykonávají činnosti, ke kterým nejsou kompetentní (tabulka 40). Pouze 18 respondentů (9, 7 %) uvedlo, že vykonává činnosti v rozporu se stanoveným spektrem svých kompetencí. Požádali jsme sestry, aby nám uvedly příklad, které aktivity mají na mysli. Tuto možnost nevyužily. Hypotéza H6: *Ošetrovatelský personál zná stanovený rozsah svých kompetencí*, byla potvrzena.

Oblast dodržování zásad BOZP byla naším dalším cílem. Opět jsme získávali od manažerů ošetrovatelské péče podobné odpovědi. Samozřejmostí je proškolení každého zaměstnance v oblasti BOZP při zahájení pracovního poměru a následné každoroční přeškolení. Rozdílly jsme shledali ve způsobu zakončení školení (tabulka 13). Pouze respondentka našich rozhovorů č. 1, zmínila test na závěr školení. Respondenti 2 a 4 uvedli kontrolu znalostí formou testu alespoň u vedoucích pracovníků. Respondent č. 3 konstatuje, že posluchači školení potvrdí svou účast pouze podpisem presenční listiny, což je praktikováno i u řadových zaměstnanců v nemocnici 2 a 4.

Tento fakt nás překvapil v souvislosti s informacemi, které jsme získali na webových stránkách Výzkumného ústavu bezpečnosti práce, přesněji na jejich informačním serveru BOZPinfo (10). Zde autor Bílek (10) uvádí platné právní předpisy, kterými se musí organizace řídit při zajišťování školení BOZP. A jedna z povinností, která pro zaměstnavatele platí, je následující. Všechny druhy školení, které jsou stanoveny vnitřním předpisem, musí končit prověřením nabytých vědomostí proškoleného zaměstnance. Jako možné alternativy ověření znalostí uvádí Bílek ústní pohovor, písemný test nebo komisionální zkoušku. Doklad o provedeném přezkoušení se ukládá do osobního spisu zaměstnance. O nutnosti archivace testů ze školení BOZP hovoří i jeden z indikátorů standardu 62 (36). Proto bychom rádi navrhli managementu nemocnic přehodnotit jejich stávající přístup k proškolení zaměstnanců a zvážit zavedení testování znalostí všech zaměstnanců, nejen vedoucích pracovníků. U sester našeho výzkumného šetření jsme si chtěli ověřit, zda jsou opravdu proškoleny, proto jsme si stanovili hypotézu H7: *Nemocnice provádí školení ošetrovatelského personálu v oblasti BOZP*. Po zpracování výsledků výzkumu (tabulka 41, 42, graf 3, 4) můžeme konstatovat, že 121 respondentů (65, 1 %) zná absolvovaná školení při vstupu do zaměstnání a 129 respondentů (69, 4 %) ví, která školení absolvovali v minulém roce. Na otázku, která konkrétní školení sestry absolvovaly v případě nástupu do zaměstnání, jsme získali stopatnáctkrát odpověď školení BOZP, devětaosmdesátkrát školení KPR, šestapadesátkrát školení PO a šestnáctkrát školení v oblasti hygieny rukou. A školení absolvovaná v minulém roce uváděly sestry takto. Stodvacetkrát se objevila odpověď školení BOZP, stoosmnáctkrát školení KPR, stodevětkrát školení PO a čtrnáctkrát odpověď školení v oblasti hygieny rukou. Na základě výše uvedených výsledků hypotézu H7: *Nemocnice provádí školení ošetrovatelského personálu v oblasti BOZP*, potvrzujeme. Kromě školení BOZP nás zajímala i problematika kouření a alkoholu na pracovišti nebo přerazování těhotných sester z rizikového pracoviště. Náměstci pro ošetrovatelskou péči se shodovali v přísném zákazu kouření, ač všichni připustili, že tomuto nešvaru nejsou schopni zabránit ani u personálu, ani u pacientů, proto tolerují kouření mimo budovu nemocnice. Sestry nám v dotazníku zákaz kouření potvrdily, 173 respondentů (93 %) odpovědělo, že v areálu nemocnice platí zákaz kouření.

K problematice alkoholu na pracovišti se odmítavě postavili opět všichni respondenti našich rozhovorů, ale jen první dvě respondentky byly ochotny o tomto nešvaru hovořit v konkrétní rovině. Respondenti 3 a 4 uvažovali pouze hypoteticky. Respondentka č. 4 dokonce uvedla, že již minimálně 5 let nepamatuje, že by některý ze zaměstnanců byl v pracovní době pod vlivem alkoholu. Tato otázka byla pokládána záměrně. Vyplývala z osobní zkušenosti s opakovaným přehlížením alkoholu na pracovišti od vedoucího pracovníka. Chtěli jsme si ověřit, zda i v jiných nemocnicích mají podobnou zkušenost. Pravdu jistě měla respondentka č. 2, která zdůraznila, jak je nutné, aby kolegové nekryli takového jedince, přistupovali k problematice zodpovědně a nahlásili situaci ihned nadřízeným. Je to vlastně jejich zákonná povinnost. Mlčením neprospějí nikomu. Především je ohrožen klient, který je v rukou ne zcela stoprocentně soustředěného zaměstnance. Od sester jsme se dozvěděli, že 11 respondentů (5,9 %) se s alkoholem na pracovišti setkalo opakovaně. 11 respondentů (5,9 %) se s alkoholem na pracovišti setkalo jednou. 1 respondent (0,5 %) připustil pouze, že se s alkoholem setkal, nespecifikoval kolikrát. Z 23 respondentů, kteří se s alkoholem na pracovišti setkali, uvedli 4 respondenti (2,2%), že situace nebyla nadřízenému hlášena. Podle 20 respondentů (10,8 %) byla tato situace nahlášena nadřízenému. 13 respondentů (7 %) uvedlo, že nadřízený provedl dechovou zkoušku. Podle 2 respondentů (1,1 %) poslal zaměstnance domů bez vyšetření a 1 respondent (0,5 %) uvedl, že nadřízený provedl dechovou zkoušku a krevní testy. 4 respondenti (2,2 %) uvedli, že nadřízený tuto situaci neřešil (tabulka 47, 48, 49, 50). A to je právě chyba. I v těch čtyřech případech mohlo dojít k poškození zdraví klienta nebo dokonce k ohrožení života.

Poslední náš cíl se vztahoval ke standardu 63. Ten ukládá nemocnicím povinnost sledovat minimálně jednou ročně spokojenost zaměstnanců. Musí podniknout kroky k nápravě, pokud zjistí nějaký závažný problém, a s výsledky šetření musí být zaměstnanci seznámeni (36). K tomuto tématu se vztahuje hypotéza H8: *Zaměstnanci mají možnost vyjádřit svůj názor na spokojenost se zaměstnáním minimálně jednou ročně.* Náměstci ošetrovatelské péče organizací, ve kterých byly realizovány naše rozhovory, tuto skutečnost potvrdili (tabulka 14, 15, 16). Ve všech nemocnicích probíhá zjišťování spokojenosti jednou ročně, výsledky mohou zaměstnanci vyhledat na

intranetové síti nemocnice a pokud lze, podniká vedení i kroky k nápravě. Management nemocnic volí pro získání dat formu dotazování metodou dotazníkového šetření. Hlavní sestra z druhé nemocnice k tomu dodává alternativu rozhovoru s vedoucími pracovníky a spolu s hlavní sestrou čtvrté nemocnice jsou připraveny reagovat i na neoficiální informace o případné nespokojenosti zaměstnanců, které se doslechnou při komunikaci se svými podřízenými. Ve všech čtyřech nemocnicích oslovují všechny zaměstnance, dávají jim možnost vyjádřit své názory, ač indikátory standardu hovoří o možnosti vybrat si jen některé profese. Jak ale dodává respondent našich rozhovorů č. 3, ne všichni zaměstnanci mají zájem o tuto eventualitu. Zaobírali jsme se i oblastmi, které mají nejvíce kladných a opačně i záporných ohlasů. Podle očekávání hlavní nespokojenost vykazuje platové ohodnocení. Zarazili nás ale výsledky, které prezentovala například respondentka č. 4. Všichni její zaměstnanci jsou, dá se říct, téměř se vším spokojeni. Měli možnost označovat jednotlivé oblasti uvedené v dotazníku známkami jako ve škole a nejhorší ohodnocení získalo právě platové ohodnocení, známku 2, 8. Všechny ostatní oblasti tedy dopadly lépe. Mluvíme například o interpersonálních vztazích. Vztahy nadřízený podřízený. Psychická zátěž během pracovního výkonu, náročnost prováděné práce, prestiž profese. S tím vším jsou sestry spokojeny. Můžeme-li tuto situaci posoudit z vlastní zkušenosti, zdají se nám tyto výsledky kolidující s reálným stavem věci. Čím je to způsobeno? Proč se sestry i v anonymním dotazování bojí uvést svůj názor? Nesouvisí to tedy s politikou řízení lidských zdrojů? Mají zaměstnanci pocit bezpečí na pracovišti? Necítí se ohroženi? Jak uvádí ve své knize Škrta (44), je potřeba na oddělení vytvořit atmosféru důvěry, nechat vyslovit podřízené jejich názor, bez toho, aby za něj byli popotahováni. Teprve potom má zjišťování spokojenosti zaměstnanců nějaký význam. Z výsledků vzešlých z dotazníků pro sestry vyplynulo (tabulka 38), že některé mají pocit, jako by zaměstnavatel nepodnikal kroky ke zlepšení pracovních podmínek. Ale jaké kroky očekávají, pokud výsledky sledování spokojenosti hovoří pouze o pozitivěch? Na základě získaných údajů považujeme hypotézu H8: *Zaměstnanci mají možnost vyjádřit svůj názor na spokojenost se zaměstnáním minimálně jednou ročně*, za potvrzenou. Otázkou ovšem zůstává, nakolik této možnosti využívají.

Domníváme se, že všechny dílčí cíle naší práce byly splněny. Z toho usuzujeme, že i hlavní cíl naší práce došel naplnění. Zmapovali jsme jednotlivé oblasti řízení lidských zdrojů v souvislosti se standardy SAK ČR. S potěšením můžeme konstatovat, že i v nemocnici, která akreditaci SAK ČR doposud nezískala, mohou zaměstnanci očekávat stejné „zacházení“ jako zaměstnanci akreditovaných nemocnic. Dokonce v některých oblastech mají, dle našeho názoru, podmínky pro práci příznivější.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na oblast řízení lidských zdrojů ve vybraných nemocnicích ČR. Pro naše šetření byly stěžejními body standardy Spojené akreditační komise České republiky. Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat dodržování standardů SAK ČR v oblasti řízení lidských zdrojů ošetrovatelské péče ve vybraných nemocnicích. Na základě hlavního záměru jsme stanovili sedm dílčích cílů. Dílčí cíl 1: Zjistit, zda nemocnice stanovují počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající ošetrovatelské péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace ošetrovatelského personálu. Dílčí cíl 2: Zjistit, zda nemocnice vedou pro každého ošetrovatelského pracovníka osobní spis. Dílčí cíl 3: Zmapovat, zda nemocnice mají pro každého pracovníka v ošetrovatelské péči stanovenou náplň práce, která odpovídá dosažené kvalifikaci. Dílčí cíl 4: Zjistit, zda jsou pracovníci v ošetrovatelské péči při nástupu zapracováni s ohledem na jejich pracovní zařazení. Dílčí cíl 5: Zmapovat, zda nemocnice jasně stanovují kompetence všeobecným sestram. Dílčí cíl 6: Zjistit, zda nemocnice provádějí školení ošetrovatelského personálu týkající se BOZP. Dílčí cíl 7: Zmapovat, zda nemocnice sledují vhodnou formou spokojenost ošetrovatelského personálu. Všechny cíle práce byly splněny.

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou fázích. V první, kvalitativní, fázi jsme uskutečnili rozhovory s náměstkou pro ošetrovatelskou péči vybraných nemocnic, kde jsme zjišťovali pohled vedení na jednotlivé oblasti. Po zpracování tohoto úseku jsme si stanovili 8 hypotéz, které byly základem pro kvantitativní část našeho snažení. Hypotézy jsme si chtěli potvrdit dotazníkovým šetřením mezi sestrami. Hypotéza H1: „Nemocnice plánují dostatečný počet kvalifikovaného ošetrovatelského personálu.“ spolu s hypotézou H2: „Ošetrovatelskému personálu je umožněno kontinuální vzdělávání pro zvyšování kvalifikace.“ byly potvrzeny. Hypotéza H3: „Každý člen ošetrovatelského týmu má znalosti o obsahu a uložení svého osobního spisu.“ se nám nepotvrdila. Hypotéza H4: „Každý ošetrovatelský pracovník zná stanovenou náplň práce, která odpovídá jeho dosažené kvalifikaci.“ se potvrdila. Hypotéza H5: „Všeobecné sestry znají problematiku adaptačního procesu nových zaměstnanců.“ byla také potvrzena. Hypotéza H6: „Ošetrovatelský personál zná stanovený rozsah

svých kompetencí.“ byla potvrzena. Hypotéza H7: „Nemocnice provádí školení ošetrovatelského personálu v oblasti BOZP.“ se nám potvrdila. Hypotéza H8: „Zaměstnanci mají možnost vyjádřit svůj názor na spokojenost se zaměstnáním minimálně jednou ročně.“ byla také potvrzena. Hypotéza Ho: „Preferovaný typ celoživotního vzdělávání není závislý na věku respondenta.“ byla zamítnuta ve prospěch hypotézy HA: „Preferovaný typ celoživotního vzdělávání je závislý na věku respondenta.“

Závěrem můžeme konstatovat, že management jednotlivých námi oslovených nemocnic postupuje v souladu se standardy SAK ČR, dokonce i v nemocnici, která doposud akreditaci nezískala. Objevili jsme drobné nedostatky v informovanosti personálu o některých oblastech řízení lidských zdrojů, které předkládáme managementu k zamyšlení a k jejich případnému odstranění. Tato práce může být užitečná sestřám, které by se chtěly o problematice řízení lidských zdrojů z pohledu standardů SAK ČR dozvědět něco více. Během našich rozhovorů projeví o výsledky našeho šetření zájem i manažeři vybraných nemocnic, kterým po obhájení bude práce dána k dispozici.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Akreditace nemocnic je běh na dlouhou trať. *Linet* [online] 2005. roč. 2, č. 2, [cit 2010-02-11]. Dostupné z <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-2-2005/27052/download/3154-Komfort-2-2005.pdf>>.
2. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. 10. vyd. Praha: Grada, 2007. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
3. ARMSTRONG, M. *Odměňování pracovníků*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 448 s. ISBN 978-80-247-2890-2.
4. ARMSTRONG, M. *Management a leadership*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 272 s. ISBN 978-80-247-2177-4.
5. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. *Sestra*. Praha: 2005. 15, 10, s. 13. ISSN 1210-0404.
6. BÁRTLOVÁ, S, MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 242 s. ISBN 978-80-8063-306.
7. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd.. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
8. BARTÁK, M. et al. Lidské zdroje ve zdravotnictví. *Zdravotnictví v ČR*. Praha: 2007. 10, 4, s. 146-148. ISSN 1213-6050.
9. Bedrnová, E., Nový, I., et al. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vyd. Praha: Management, 2008. 798s. ISBN: 978-80-7261-169-0.
10. BÍLEK, E. *Požadavky právních předpisů týkající se školení BOZP v podniku*. [online] ©2002-2009. [cit 24. 4. 2010]. Dostupné z <http://www.bozpinfo.cz/rady/nejcastejsi_dotazy/faq_skoleni_bozp060202070101.html>.
11. BRAUN, V. Cesta od TQM k Modelu excelence EFQM. *Průmyslové spektrum*. Praha: 2004. 7, 6, s. 40 ISSN 1212-2572.
12. BUREŠ, V. *Znalostní management a proces jeho zavádění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 212 s. ISBN 978-80-247-1978-8.
13. *České ošetřovatelství 2*, 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 47s. ISBN 80-7013-263-9.

14. DOBROVODSKÁ, L., TESÁČKOVÁ, M. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003, 57 s. ISBN 80–7013-392–9.
15. DICROCE, H. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 317 s. ISBN 80–247-0267–3.
16. EXNER, L., et al. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional, 2005. 178 s. ISBN 80–8641 9-73–8.
17. FARAGHER, E. B. CASS, M. COOPER, C. L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*. London: 2005. 62, 2, page 105–112. ISSN 1351-0711.
18. GLADKIJ, I., et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer, 2002. 380 s. ISBN 80–7226-996–8.
19. HALÍK, J. *Vedení a řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978–80-247–2475-1.
20. HOSKOVEC, J., et al. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 461s. ISBN 80–246-0448–5.
21. HRONÍK, *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 233 s. ISBN 978–80-247–1457-8.
22. CHARVÁT, J. *Firemní strategie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1389–6.
23. CHLÁDKOVĚ A, BUKOVJAN, P. *Personalistika*, 1. vyd. Praha: Aspi, ISBN: 978-80-7357-238-9.
24. *Informace o realizaci stabilizačních opatření všeobecných sester*. [online] © 2010. [cit 24. 4. 2010]. Dostupné z<http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-o-realizaci-stabilizacnich-opatreni-vseobecnych-sester_2308_949_3.html>.
25. JAKUBKA, J. *Zákoník práce 2010 v praxi*, 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 240 s. ISBN 978–80-247–2113-2.
26. JOINT COMMISION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada, 2009. 312 s. ISBN 978–80-247–2436-2.

27. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
28. KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů*. 3. vyd. Praha: Management, 2002. 367 s. ISBN 80-7261-033-3.
29. KOUBEK, J. *Personální práce v malých a středních firmách*. 3. vyd. Praha: Grada, 2007. 264 s. ISBN 978-80-247-2202-3.
30. MADAR, J., et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
31. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
32. MERHAUTOVÁ, I. Máme nedostatek zdravotnických pracovníků...!? *Sestra*. 2008. 18, 12, s. 10. ISSN 1210-0404.
33. MERHAUTOVÁ, I. Bez celoživotního vzdělávání se neobejdeme. *Sestra*. Praha: 2006. roč. 16, č. 5. s. 12. ISSN 1210-0404.
34. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. [online] ©2008. [cit 2010-02-11]. Dostupné z < <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/1139-metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky.html>>.
35. MIKULÁŠTÍK, M. *Manažerská psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 384 s. ISBN 978-80-247-1349.
36. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2008. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
37. POCHYLÁ, K. POCHYLÝ, O. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště*. [online] ©2008. [cit 2010-02-11]. Dostupné z < http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf>.

38. PLAMÍNEK, J., FIŠER, R. *Řízení podle kompetencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 180 s. ISBN 80–247-1074–9.
39. PLOCKOVÁ, H. *Role ošetrovatelského managementu v problematice řízení lidských zdrojů*. Diplomová práce. České Budějovice: ZSF JU. 2007.
40. *Quality management principles* [online] ©2010 [cit 2010-02-11]. Dostupné z http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_standards/iso_9000_iso_14000/qmp.htm.
41. *Registr* [online] ©2008-2010. [cit2010-02-11]. Dostupné z <<http://www.nconzo.cz/web/registr>>.
42. SELIKOWITZ, R. The real cost of staff. *HR forum* [online] 2009. roč. 4, č. 10, [cit 2010-02-11]. Dostupné z <<http://hronline.lidske-zdroje.org/cs/at-hrforum-archiv/2009/>>.
43. *Systém akreditací zdravotnických zařízení v ČR*. [online] © 2008 [cit 2010-02-11]. URL<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html/>>.
44. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1
45. ŠTIKAR, J. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 462 s. ISBN 80-246-0448-5 462.
46. ŠUBRT, B., et al. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci*. Olomouc: ANAG, 2003, 636 s. ISBN 80-7263-172-1.
47. *Model Excellence EFQM*. [online] [cit 2010-02-11]. Dostupné z <<http://www.efqm.org/>>.
48. TURECKIOVÁ, M. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 168 s. ISBN 80–247-0405–6.
49. ULRICH, D. *Mistrovské řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-3058-5.
50. VEBER, J. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 978-80-247-1782-1.
51. *Věstník MZČR č. 9/2004, Koncepce ošetrovatelství*.

52. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní a staniční sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. s. 100. ISBN 80-247-1198-2.
53. *Vyhláška MZČR 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 401/2006 Sb., zdroj ASPI.*
54. *Vyhláška MZČR 427/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, zdroj ASPI.*
55. WALKER, A. *Moderní personální management*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 256 s. ISBN 80-247-0449-8.
56. *Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, zdroj ASPI.*
57. *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zák. č. 125/2005 Sb. a zák. č. 111/2007 Sb., zdroj ASPI.*

8 KLÍČOVÁ SLOVA

akreditace

lidské zdroje

management

standard

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Okruhy otázek pro nestandardizované rozhovory s náměstký pro ošetrovatelskou péči

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Příloha 3 Manažerská pyramida

Příloha 1

Okruhy otázek pro nestandardizované rozhovory s náměstkou ošetrovatelské péče

1. Jak probíhá ve vaší nemocnici personální plánování?
2. Z jakých norem při plánování, především ošetrovatelského personálu, vycházíte?
3. Jakým způsobem plánujete celoživotního vzdělávání zaměstnanců?
4. Mohou zaměstnanci očekávat příspěvek na celoživotní vzdělávání? Čím se tento řídí?
5. Jaké dokumenty obsahuje osobní spis zaměstnanců, kde je uložen a jak často aktualizován?
6. Podle kterých zákonných norem je stanovena náplň práce ošetrovatelského personálu?
7. Jak často je aktualizována náplň práce? Je náplň práce aktuální a odpovídá realitě?
8. Jakým způsobem probíhá zapracování nového pracovníka ve vaší nemocnici?
9. Jak dlouho trvá adaptační proces?
10. Jakým způsobem je adaptační proces zakončen?
11. Jakým způsobem postupujete při stanovování spektra kompetencí ošetrovatelského personálu? Je toto spektrum aktuální? Odpovídá realitě?
12. Jak často kompetence zaměstnanců přehodnocujete?
13. Jakým způsobem máte ve vnitřních směrnících ošetřenu problematiku BOZP?
14. Jsou shromažďovány doklady o provedených školeních, testech?
15. Jakým způsobem je sledována spokojenost zaměstnanců?
16. Jak často sledujete spokojenost zaměstnanců?
17. Jakých oblastí spokojenosti se sledování týká?

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Martina Lhotská, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění dotazníku, který použiji pro sepsání diplomové práce na téma „Řízení lidských zdrojů ve vybraných nemocnicích ČR.“ Cílem našeho šetření je zmapovat problematiku řízení lidských zdrojů ve Vašem zdravotnickém zařízení. Vaše zkušenosti a názory nám budou důležitým a cenným zdrojem informací. Následující dotazník je zcela anonymní. Prosím o zaškrtnutí vždy jedné z variant, pokud není uvedeno jinak. V případě potřeby doplňte odpověď vlastními slovy hůlkovým písmem.

Za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku předem děkuji. Bc. Martina Lhotská

1. Pohlaví

žena muž

2. Váš věk

do 24 let 25 – 34 let 35 – 44 let 45 – 54 let 55 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

SŠ SŠ+PSS Vyšší odborné VŠ Bc. VŠ Mgr. jiné.....

4. Na jaké pozici pracujete na oddělení?

vrchní sestra staniční sestra směnná sestra

5. Získala již Vaše nemocnice akreditaci?

ano ne, ale připravujeme se na akreditační šetření ne, a ani se nepřipravujeme na akreditační šetření jiné

6. Počet sester na oddělení, kde pracujete, je dle Vašeho názoru:

nadbytečný dostatečný spíše dostatečný těžko rozhodnout spíše nedostatečný nedostatečný

7. Z toho počet sester s vysokoškolským vzděláním na oddělení, kde pracujete, je dle Vašeho názoru:

nadbytečný dostatečný spíše dostatečný těžko rozhodnout spíše nedostatečný nedostatečný na oddělení nepracuje vysokoškolsky vzdělaná sestra

8. Počet zdravotnických asistentů na oddělení, kde pracujete, je dle Vašeho názoru:

nadbytečný dostatečný spíše dostatečný těžko rozhodnout spíše nedostatečný nedostatečný na oddělení nepracuje žádný zdravotnický asistent

9. Počet ostatního ošetrovatelského personálu (ošetřovatelek, sanitářek) na oddělení, kde pracujete, je dle Vašeho názoru:

nadbytečný dostatečný spíše dostatečný těžko rozhodnout spíše nedostatečný nedostatečný

10. V případě, že jste u otázky 5. – 8. uvedl/a, že je počet personálu NEDOSTATEČNÝ, můžete, prosím, popsat, čím je, dle Vašeho názoru, tento stav zapříčiněn?.....

11. Jaký je Váš názor na celoživotní vzdělávání sester?

- nutnost, nemám problém hradit si výlohy sám/a, rozvíjím sám/a sebe
- nutnost, ale výlohy s ním spojené má hradit zaměstnavatel, dělám to pro nemocnici
- zbytečná ztráta času a peněz
- jiný.....

12. Jak probíhá celoživotní vzdělávání na Vašem oddělení?

- zaměstnavatel bez problémů uvolní kohokoli a hradí náklady
- volno dostaneme, ale náklady musíme nést sami
- výhody mají jen někteří, na všechny se nedostane
- jiné.....

13. Jaké formě celoživotního vzdělávání dáváte přednost?

- kurzy školicí akce odborné stáže odborné konference specializační vzdělávání vysokoškolské vzdělávání

14. Má postoj zaměstnavatele k Vašemu celoživotnímu vzdělávání vliv na Vaši spokojenost se zaměstnáním?

- ano spíše ano těžko rozhodnout spíše ne ne

15. Víte, jaké dokumenty obsahuje Váš osobní spis? Pokud ano, můžete je vyjmenovat?

ano

ne

16. Víte, kde je Váš osobní spis uložen? Pokud ano, můžete specifikovat?

ano.....

ne

17. Máte stanovenou Vaši náplň práce?

někdy jsem ji podepsal/a, ale ani nevím, co obsahuje

nikdy jsem ji neviděl/a

znám a řídím se dle jejího obsahu

18. Pokud svou náplň práce znáte, koresponduje s Vaší dosaženou kvalifikací?

ano

ne, mám vyšší kvalifikaci, přesto má náplň práce odpovídá nižšímu vzdělání

ne, mám nižší kvalifikaci, přesto vykonávám činnosti, které bych správně neměla

19. Probíhá u Vás na oddělení tzv. „adaptační proces“ u nových pracovníků podle předem daných pravidel?

ano

ne (pokračujte otázkou č. 23)

nevím (pokračujte otázkou č. 23)

20. Kdo vede nového pracovníka na Vašem oddělení během adaptačního procesu?

má přiděleného mentora, který ho po celý adaptační cyklus vede

věnuje se mu někdo za zkušených kolegů, pověřený staniční, vrchní sestrou

mentora nemáme a záleží na každém, jak se s prací na oddělení sžije

jiné.....

21. Jak dlouho trvá obvykle adaptační proces?

méně než šest měsíců šest měsíců devět měsíců jeden rok

jiné.....

22. Jakým způsobem je adaptační proces ukončen?

sepsáním závěrečné práce na zadané téma + pohovor s vedoucími pracovníky

pohovorem s vedoucími pracovníky

jiné.....

23. Znáte rozsah svých kompetencí?

ano spíše ano těžko rozhodnout spíše ne ne

24. Vykonáváte práce, které jsou v rozporu s vašimi kompetencemi?

ano spíše ano těžko rozhodnout spíše ne ne

Pokud ano, můžete uvést příklad?

25. Jaká školení jste absolvoval/a při nástupu do zaměstnání? (prosím doplňte)

.....

nevím

26. Jaká školení jste absolvoval/a v minulém roce? (prosím doplňte)

.....

nevím

27. Školení BOZP probíhá

formou přednášky, která není ukončena testem

formou přednášky, po které následuje test, kdy každý odpovídá sám za sebe

formou přednášky, po které následuje test, kdy odpovídáme společně

dostanu formulář – potvrzení o absolvování školení, ten pouze podepíšu

jinak.....

28. Platí v areálu Vaší nemocnice zákaz kouření?

ano ne nevím

29. Jsou ve Vaší nemocnici vyhrazeny prostory pro kuřáky (zaměstnance)?

ano ne (pokračujte otázkou č. 31) nevím (pokračujte otázkou č. 31)

30. Dodržují kuřáci (zaměstnanci) zákaz kouření mimo vyhrazená místa?

ano spíše ano těžko rozhodnout spíše ne ne

31. Nastala někdy u Vás na oddělení situace, že by zaměstnanec přišel na směnu pod vlivem alkoholu?(pokud je Vaše odpověď NE, pokračujte otázkou č. 35)

ano, jednou ano, opakovaně ne

32. Byla tato situace nahlášena nadřízenému?

ano ne (pokračujte otázkou č. 35) nevím (pokračujte otázkou č. 35)

33. Řešil tuto situaci Váš nadřízený?

- neřešil (pokračujte otázkou č. 35)
- odeslal dotyčného domů bez vyšetření (pokračujte otázkou č. 35)
- ano, provedl dechovou zkoušku na stanovení hladiny alkoholu
- ano, provedl dechovou zkoušku a krevní testy na stanovení hladiny alkoholu

34. Při pozitivním výsledku vyšetření následovalo:

- nic
- napomenutí
- finanční sankce
- ukončení pracovního poměru
- jiné

35. Vaši spokojenost s pracovními podmínkami sleduje zaměstnavatel

- jednou ročně
- několikrát do roka (dva a vícekrát)
- nepamatuji si, že by se někdo ptal
- jinak.....

36. Pokud zaměstnavatel sleduje Vaši spokojenost s pracovními podmínkami, jakou formou od Vás informace získává?

- dotazník
- osobní pohovor
- dotazník + osobní pohovor
- ptá se vybraných jedinců zvolených za celý kolektiv
- jiné.....

37. Máte možnost nahlédnout do vyhodnocení šetření spokojenosti?

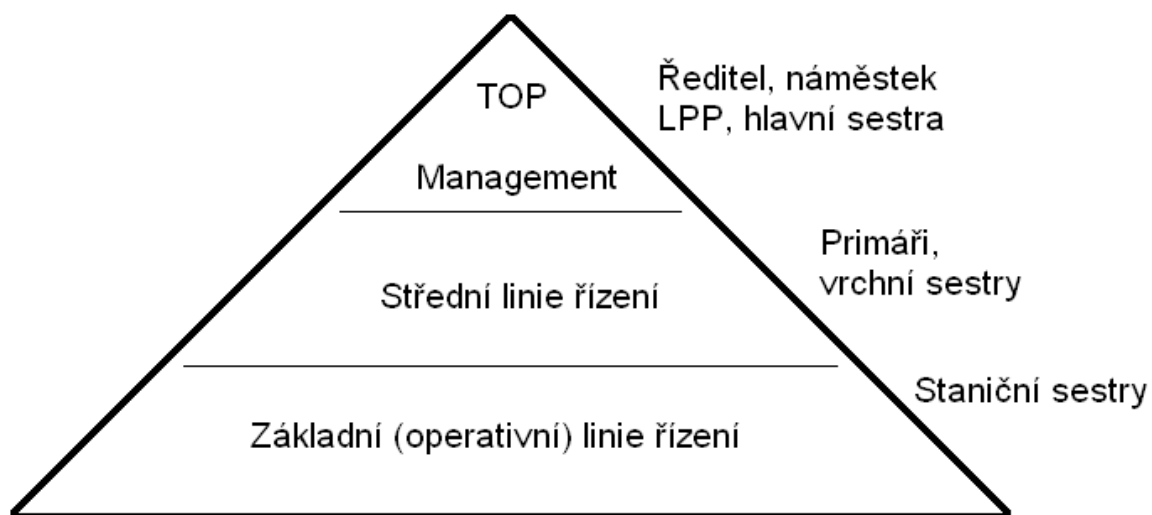
- ano spíše ano těžko rozhodnout spíše ne ne

38. Jsou realizována nějaká nápravná opatření vedoucí ke zlepšení pracovních podmínek?

- ano spíše ano těžko rozhodnout spíše ne ne

Příloha 3

Manažerská pyramida



Zdroj: KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.