



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Společný ošetrovatelský lůžkový fond z pohledu sestry a managementu

Vypracoval: Bc. Hana Valešová
Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt – Společný ošetrovatelský lůžkový fond z pohledu sestry a managementu

Současný stav: Společný ošetrovatelský lůžkový fond se v posledních několika málo letech stává trendem menších ale i středně velkých nemocničních zařízení. Díky restrukturalizaci lůžek akutní péče v České republice dochází ke slučování jednotlivých odborností a to jak v rámci chirurgických tak i interních oborů. Společný lůžkový fond znamená spojení různých oborů (odborností) lůžkové péče pod jedním primariátem anebo existuje společný ošetrovatelský lůžkový fond, kde jsou primariáty jednotlivých odborností zachovány, a společná je ošetrovatelská péče. Hlavním důvodem k zavedení společného lůžkového fondu je optimalizace lůžek a s tím související efektivní využití lůžkových kapacit se snahou o zachování dostupnosti zdravotní péče.

Cíle práce: Cílem diplomové práce *Společný ošetrovatelský lůžkový fond z pohledu sestry a managementu* bylo zhodnotit přínos vzniku společného ošetrovatelského lůžkového fondu, poukázat na důvody vzniku projektu a komplikace, které projekt provázely. Výzkumné šetření mělo analyzovat problémy v ošetrovatelské péči v souvislosti se vznikem projektu, zhodnotit náročnost práce sestry na společném lůžkovém fondu a zmapovat pochybení v oblasti ošetrovatelské péče v souvislosti se vznikem projektu. Diplomová práce měla zhodnotit mezioborovou spolupráci a zmapovat výskyt konfliktů v multidisciplinárním týmu.

Metodika: V diplomové práci bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal prostřednictvím metody dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s doplňujícími otázkami. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, doslovně přepsány a následně analyzovány. Při analýze transkripce rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování, technikou „*tužka a papír*“. Texty rozhovorů byly redukovány, segmentovány a seskupeny do kategorií. Výsledky byly interpretovány za použití techniky „*vyložení karet*“.

Výzkumný soubor byl tvořen zaměstnanci Nemocnice Tábor a.s., kteří měli osobní zkušenosti s fungováním společného ošetrovatelského lůžkového fondu. Osloveno bylo dvanáct respondentů, kteří se lišili vzděláním a pracovní pozicí, kterou v nemocnici zastávali. Provedené rozhovory byly dobrovolné a anonymní.

Výsledky: Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že hlavními důvody vzniku projektu byly finanční úspory spojené s restrukturalizací lůžek akutní péče v České republice. Vznik společného ošetrovatelského lůžkového fondu pomohl v nemocnici zachovat některé odbornosti a sjednotil ošetrovatelskou péči na jednotlivých odděleních. V souvislosti se vznikem společné ošetrovatelské péče byly analyzovány některé komplikace a nevýhody, které projekt zpočátku provázely. Výzkumné šetření ukázalo, jak citlivě zaměstnanci reagovali na větší změnu v organizaci a jakým způsobem fungovala spolupráce mezi nadřízenými a podřízenými. Studie analyzovala, jakou formou probíhal výběr zaměstnanců do společného lůžkového fondu a zda si mohli vedoucí pracovníci vybrat podřízené na jednotlivá oddělení. Součástí výzkumného šetření bylo hodnocení kvality ošetrovatelské péče na odděleních společného lůžkového fondu, které prokázalo, že vznik projektu neměl negativní vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. Naopak byla ošetrovatelská péče sjednocena a došlo také ke sjednocení organizace práce sester na jednotlivých odděleních. Výzkum vyhodnotil zpětnou vazbu o fungování projektu top manažerům směrem od podřízených, která fungovala prostřednictvím schůzek a porad. Výzkumné šetření poukazuje na větší zátěž sestry v pracovním procesu na odděleních sloučené péče. Vznik projektu měl vliv na vytvoření nových multidisciplinárních týmu a mezioborovou spolupráci.

Závěr: Projekt společného ošetrovatelského lůžkového fondu byl realizován, aby nemocnice mohla nadále poskytovat kvalitní zdravotní služby všem pacientům. Výzkum prokázal, že i když měl projekt jisté nevýhody a komplikace, určitě byl pro organizaci přínosný. Závěry diplomové práce mohou být prezentovány na seminářích, konferencích a mohou být nabídnuté k publikaci odborným časopisům. Výsledky výzkumného šetření mohou pomoci organizacím, které se projekt sloučení lůžkového ošetrovatelského fondu chystají zrealizovat.

Klíčová slova: společný ošetrovatelský lůžkový fond, projekt, mezioborová spolupráce, multidisciplinární tým.

Abstract – Merged Nursing Inpatient Ward from the Perspective of Nurses and Management

Current Status: Merged nursing inpatient ward is in the last few years becoming a trend of smaller, but also medium-sized hospitals. Due to the restructuring of beds of acute inpatient care in the Czech Republic, separate inpatient wards are merged to one joint ward, in the context of surgical as well as internal medicine. Merged inpatient ward is a combination of various disciplines (specialisms) of inpatient care under one senior consultant, or there is a common nursing ward, where senior consultants of individual disciplines are retained, while nursing care is merged. The main reason for the establishment of a merged inpatient ward is the optimization of beds and the related effective use of bed capacity in connection with an effort to preserve access to health care.

Objectives: The aim of the thesis Merged Nursing Inpatient Ward from the Perspective of Nurses and Management was to evaluate the contribution of a merged nursing inpatient ward, to identify the reasons for the project and the complications that accompanied the project. This research should analyze the problems in nursing care in connection with the origination of the project, to assess the demands of nursing on the ward and map errors in the field of nursing care in the context of the realization of the project. The thesis should evaluate interdisciplinary collaboration and map the occurrence of conflicts in a multidisciplinary team.

Methods: The qualitative research was used in this thesis. Data were collected through interviewing methods, using the technique of non-standardized interview with additional questions. The interviews were recorded on a tape recorder, transcribed verbatim and analyzed. When analyzing the transcription of the interviews, the method of open coding technique "paper and pencil" was used. Texts of the interview were reduced, segmented and grouped into categories. The results were interpreted using the technique of "show card".

The survey sample consisted of employees of the Nemocnice Tábor, a.s., who had personal experience with the functioning of the merged inpatient ward. Twelve

respondents, who differed in education and jobs held in the hospital, were addressed. The interviews were voluntary and anonymous.

Results: During the survey it was found that the main reasons for the project were the financial savings associated with the restructuring of acute care beds in the Czech Republic. The establishment of a merged nursing inpatient ward helped the hospital to keep some expertise and it unified nursing care of the separate wards. In connection with the establishment of a joint nursing care, some complications and disadvantages that accompanied the project initially were analyzed. The survey showed how sensitively employees responded to the major change in the organization and how the cooperation between superiors and subordinates functioned. The study analyzed in what form the selection of employees for a common bed fund was realized and whether managers themselves could choose subordinates for their departments. One part of the research was the evaluation of the quality of nursing care on the merged inpatient ward, which showed that the establishment of the project did not have a negative impact on the quality of nursing care. In contrast, nursing care was united and there was also unified organization of nursing on the ward. The research evaluated the feedback from the subordinates to the top managers which was implemented through meetings and sessions. The survey refers to the greater workload on nurses in the working process on the merged ward. The origin of the project had an impact on the creation of new multidisciplinary teams and interdisciplinary collaboration.

Conclusion: The project of a joint nursing inpatient ward was realized that the hospital can continue to provide quality health services to all patients. Research has shown that although the project had certain disadvantages and complications, it was certainly beneficial for the organization. The conclusions of the thesis may be presented in seminars, conferences and may be offered to professional journals for publication. The results of the research can help organizations that are going to realize the project of merged nursing inpatient ward.

Keywords: merged nursing inpatient ward, joint nursing care, project, interdisciplinary collaboration, multidisciplinary team.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Poděkování bych chtěla věnovat Ing. Ivě Brabcové Ph.D. za cenné rady, odborné vedení a připomínky, které mi s ochotou poskytovala během psaní mé diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Společný ošetrovatelský lůžkový fond (SOLF)	10
1.1.1 Restrukturalizace lůžkové péče	11
1.1.2 Výhody a nevýhody společného lůžkového fondu.....	12
1.2 Kvalita poskytovaných služeb ve zdravotnictví.....	13
1.2.1 Vyhodnocení kvality zdravotní péče	14
1.2.2 Řízení rizik ve zdravotnictví	15
1.2.3 Pochybení při poskytování ošetrovatelské péče	16
1.3 Management v ošetrovatelství.....	18
1.3.1 Organizační a řídicí struktura nemocnice.....	19
1.3.2 Manažerské úrovně.....	20
1.3.3 Funkce manažerů.....	21
1.3.4 Manažer v ošetrovatelství.....	23
1.4 Personální management	25
1.4.1 Minimální personální požadavky	25
1.4.2 Výběr pracovníků	26
1.5 Sestra v multidisciplinárním týmu	27
1.5.1 Týmová spolupráce	27
1.5.2 Kvalita pracovních vztahů v multidisciplinárním týmu	29
1.5.3 Komunikace v týmu	31
1.5.4 Zátěž sestry v pracovním procesu	32
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35

2.1	Cíle práce	35
2.2	Výzkumné otázky.....	35
3	METODIKA.....	36
3.1	Metodika sběru dat.....	36
3.2	Výzkumný soubor	37
4	VÝSLEDKY	38
4.1	Problematika společného ošetrovatelského lůžkového fondu.....	38
4.2	Informovanost o připravovaném projektu.....	50
4.3	Personální politika projektu	58
4.4	Kvalita ošetrovatelské péče na společném lůžkovém fondu.....	63
4.5	Spolupráce v týmu.....	71
5	DISKUZE	74
6	ZÁVĚR.....	83
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	84
8	PŘÍLOHY	89
8.1	Seznam příloh.....	89

ÚVOD

Společný ošetrovatelský lůžkový fond se v posledních několika málo letech stává trendem menších, ale i středně velkých nemocničních zařízení, kde díky restrukturalizaci lůžek dochází ke slučování jednotlivých odborností, a to jak v rámci chirurgických, tak i interních oborů. Společný lůžkový fond znamená spojení různých oborů (odborností) lůžkové péče pod jedním primariátem, anebo existuje společný ošetrovatelský lůžkový fond, kde jsou primariáty jednotlivých odborností zachovány a společná je zde ošetrovatelská péče. To znamená, že na jednom oddělení najdeme například pacienty s odborností chirurgie, urologie i otorinolaringologie (ORL). Společný ošetrovatelský lůžkový fond se objevuje také v interních oborech, kde dochází ke sloučení hlavně kardiologie, gastroenterologie, plicního a nervového oddělení. Hlavním důvodem k zavedení společného lůžkového fondu je optimalizace lůžek a s tím související efektivní využití lůžkových kapacit se snahou o zachování dostupnosti zdravotní péče. Otázkou zůstává, zda má toto sloučení vliv na ošetrovatelskou péči, jak vnímají toto sloučení pacienti a jakým způsobem je veden management ošetrovatelské péče.

Problematiku společného ošetrovatelského lůžkového fondu jsem si vybrala proto, že je to velmi aktuální a poměrně nové téma, které se stává součástí dnešního moderního zdravotnictví. Zkušenosti s tímto typem péče má pouze několik zdravotnických zařízení v České republice a jedním z těchto zařízení je i Nemocnice Tábor, a.s., kde momentálně pracuji. Nemocnice v Táboře byla jednou z prvních organizací, kde se v roce 2011 začal tento projekt realizovat, a od 1. dubna téhož roku došlo ke snížení lůžkové kapacity a sloučení interních a chirurgických oborů do společné ošetrovatelské lůžkové péče. Diplomová práce je zaměřena na důvody vzniku společného lůžkového fondu, personální politiku při realizaci projektu, kvalitu ošetrovatelské péče, multidisciplinární péči a na zátěž sestry v pracovním procesu. Každá změna ve zdravotnictví vždy vede k obavám a výsledky šetření mohou pomoci organizacím, které se projekt sloučení lůžkového ošetrovatelského fondu chystají realizovat.

1 SOUČASNÝ STAV

Téma společného ošetrovatelského lůžkového fondu je aktuální u malých a středně velkých zdravotnických zařízení a je velmi výrazně spojeno s kvalitou ošetrovatelského managementu. Ošetrovatelský management se v posledních několika letech stal velmi významnou součástí kvality péče o pacienty a neustále přináší zlepšování a zvyšování kvality ošetrovatelské péče, včetně vzdělávání sester v tomto nelékařském oboru. Cílem ošetrovatelství je systematické, komplexní a plnohodnotné uspokojování potřeb člověka, s ohledem na individuální potřeby každého jednotlivce. Je založeno na samostatnosti sestry a schopnosti týmové spolupráce jak s lékaři, tak s ostatními odborníky, jako jsou fyzioterapeuti, nutriční terapeuti či sociální pracovníci. Kvalitní ošetrovatelská péče vyžaduje dobrou organizaci práce, neboť i s tím souvisí spokojenost pacientů. Pokud sestra nemá vhodné podmínky pro vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče, neumí si práci zorganizovat, pracuje pod stresem a chybí jí komunikační dovednosti, stává se ošetrovatelská péče nekvalitní. Taková ošetrovatelská péče může mít za následek poškození zdraví pacienta. Na odděleních společného lůžkového fondu, kde se nacházejí pacienti spadající pod různé odbornosti je proto nezbytně nutné poskytnout sestřám podmínky k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a vyhnout se tak negativním následkům spojeným se zdravím a spokojeností pacientů. Pro vedoucího pracovníka to znamená výběr profesionálních a vzdělaných pracovníků, kteří budou seznámeni s náročností práce na jednotlivých odděleních společného ošetrovatelského lůžkového fondu (Plevová a kol., 2012; Lojda, 2011).

Management nemocnice by měl do pozic vedoucích pracovníků dosadit zaměstnance, kteří mají nejen organizační a odborné schopnosti, ale také ty, kteří budou pružně a ochotně reagovat na změny, jež společný ošetrovatelský lůžkový fond přináší. Aby byla ošetrovatelská péče poskytována plnohodnotně, musí management nemocnice řídit organizaci tak, aby byla schopna poskytovat kvalitní služby s kvalifikovaným personálem a zajistit vhodné podmínky pro poskytování veškerých služeb včetně kvalitní ošetrovatelské péče (Lojda, 2011; Harris, 2006).

1.1 Společný ošetrovatelský lůžkový fond (SOLF)

Společný lůžkový fond představuje spojení různých odborností lůžkové péče do jednoho oddělení, kde je jeden primariát. Primariáty v tomto případě rozlišujeme dva. První je primariát chirurgický, kam spadá odbornost chirurgie, ortopedie, urologie, oční a ušní lékařství. Druhý je primariát interní, kde nalezneme vedle interní gastroenterologické a kardiologické odbornosti ještě odbornost neurologie a dále plicního, onkologického či kožního lékařství. Pokud primariáty jednotlivých odborností zůstávají zachovány a společná je ošetrovatelská péče, mluvíme o společném ošetrovatelském lůžkovém fondu. V praxi to znamená, že primariáty jednotlivých oddělení, jako je například chirurgie, ortopedie či urologie, zůstávají zachovány a společná je pouze ošetrovatelská péče. Sloučením ošetrovatelské péče vzniká nový multidisciplinární tým nelékařských pracovníků, který je pod vedením jedné vrchní sestry. Vrchní sestra zajišťuje kvalitu ošetrovatelské péče na všech sloučených odbornostech a zodpovídá za ni (Zdravotnické noviny, 2010).

Společný ošetrovatelský lůžkový fond je určen hlavně pro menší nemocnice okresního typu, kde je poskytována akutní péče pro určitou spádovou oblast. Tento typ ošetrovatelské péče není vhodný pro fakultní nemocnice ani pro velké nemocnice krajského typu. Ve fakultních nemocnicích je péče již specializovaná a spádová oblast je většího rozsahu. Hlavním cílem vzniku společného lůžkového fondu je úspora finančních prostředků. Dalším důvodem vzniku společného lůžkového fondu je potřeba optimalizovat počty lůžek, efektivně využívat lůžkovou kapacitu a zachovat dostupnost zdravotní péče (VZP, 2012).

Lůžkový fond je legislativně vymezen ve vyhlášce MZ ČR č. 92/2012 Sb. ze dne 15. března 2012, o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Vyhláška říká, že pokud je v organizaci poskytována společná lůžková péče, musí dané oddělení s více odbornostmi splňovat požadavky na vybavení každé příslušné odbornosti, anebo musí být toto vybavení k dispozici na jiném oddělení příslušného zdravotnického zařízení. Příkladem může být sonograf, který je uveden jako povinné technické vybavení na oddělení chirurgie, ale také na oddělení urologie. Pokud je tedy péče sloučena, postačí

na oddělení pouze jeden tento přístroj a organizaci se snižují náklady na povinné technické a věcné vybavení jednotlivých odborností. Opakem mohou být například sady otorinolaryngologických nástrojů nebo tympanometr, které slouží jako hlavní vyšetřovací pomůcky na oddělení otorinolaryngologie a nenachází se na jiném oddělení organizace. Zdravotnické zařízení je tak povinno vybavit oddělení příslušným vybavením (VZP, 2012; Vyhláška č. 92/2012 Sb.). Další vyhláškou, která legislativně upravuje lůžkový fond, je vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Vyhláška stanovuje doporučený počet, kolik lékařských a nelékařských pracovníků, by měla zaměstnávat daná odbornost (VZP, 2012; Vyhláška č. 99/2012 Sb.).

Aby organizace vůbec mohla poskytovat tento typ zdravotní péče, musí být nasmlouvána se zdravotní pojišťovnou. Pojišťovna připravila smluvní podmínky na konkrétní počty lůžek daných odborností v jednotlivých zdravotnických zařízeních, které nelze překročit. Všeobecná zdravotní pojišťovna uvádí, že organizační změnu ve smyslu společného lůžkového fondu využilo v roce 2011 dvanáct nemocnic a v roce 2012 ještě čtyři další nemocnice (VZP, 2012). Jednou z prvních nemocnic, která již v roce 2000 realizovala společný lůžkový fond, byla nemocnice v Pelhřimově. Důvodem projektu společné lůžkové péče bylo hledání rezerv v procesu poskytování zdravotní péče, efektivní využití lůžkových kapacit při neustále se měnících podmínkách ve zdravotnictví a také stagnace plateb od zdravotních pojišťoven. Projekt v pelhřimovské nemocnici byl nakonec realizován jen částečně, ale obecné myšlenky projektu jsou využitelné i v ostatních zdravotnických zařízeních (Běhounek a kol., 2000).

1.1.1 Restrukturalizace lůžkové péče

Pojem restrukturalizace představuje určitou změnu, přizpůsobení či zlepšení struktury organizace (Synek a kol., 2011). Restrukturalizace lůžkové péče znamená změnu lůžkového fondu hlavně v oblasti akutní péče s optimálním využitím všech lůžek v organizaci. Hlavním důvodem restrukturalizace je nízká obloženost lůžek a nevyhovující poměr mezi lůžky akutní péče a lůžky péče následné (Ministerstvo

průmyslu a obchodu, 2011). Dne 20. 6. 2012 podepsali zástupci Ministerstva zdravotnictví a zástupci všech zdravotních pojišťoven memorandum o restrukturalizaci společného lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace (příloha 1). Hlavním cílem procesu je zajistit vyšší kvalitu poskytované lůžkové péče, maximální míru bezpečnosti a zefektivnit lékařskou a ošetrovatelskou péči. Jednoznačně tedy cílem projektu není pouhé snížení počtu lůžek, ale hlavně optimalizace lůžkového fondu s přihlédnutím k demografickým a geografickým vlivům (Kůt, 2012). Zdravotní pojišťovny se v memorandu zavazují průběžně informovat veřejnost o strukturálních změnách v jednotlivých nemocnicích a také o tom, jakým způsobem je zajištěna péče v jejich regionu. Ministerstvo zdravotnictví ČR se v tomto memorandu zavazuje podpořit optimalizaci procesu, připravit legislativní normy a zajistit dostupnost zdravotních služeb. V memorandu jsou dále uvedena obecná kritéria restrukturalizace lůžkového fondu, která se týkají určitých oblastí, tak aby bylo dosaženo optimalizace lůžkového fondu. Díky procesu optimalizace lůžek tak dochází ke slučování odborností, aby v daném regionu jednotlivé obory nezanikly a péče zde byla pro pacienty stále dostupná (Reiter, 2010; MZ ČR, 2012).

1.1.2 Výhody a nevýhody společného lůžkového fondu

Restrukturalizace lůžkového fondu a následný vznik společného lůžkového fondu s sebou přináší jak určité výhody, tak nevýhody. Od podepsání memoranda v roce 2012 začalo čelit Ministerstvo zdravotnictví i zdravotní pojišťovny určitému odporu od poskytovatelů zdravotní péče, kteří poukazují na negativní dopad v souvislosti s redukcí lůžek v jednotlivých nemocnicích. Poukazují na to, že pokud dojde k výrazné redukcí lůžkových kapacit, bude to mít vliv na dostupnost péče a na její kvalitu (Kůt, 2012). Marx uvádí, že snížení počtu lůžek akutní péče, centralizování specializované péče a zvýšení počtu lůžek následných je celosvětovým trendem, a doplňuje, že kvalita a bezpečí poskytované péče je v tomto případě více než žádoucí (Marx, 2012). Redukce lůžek může organizaci přinést snížení finančních nákladů, jelikož některé nemocnice jsou v určitých částech předimenzovány. Například nemají využity operační sály, lůžkové kapacity či diagnostické přístroje a hledají potenciální pacienty, aby neměly

ztrátové hospodaření (Šubrt, 2012). Výhodou sloučení odborností může být vznik multidisciplinárních týmů, kde bude spolupráce jednotlivých členů daleko intenzivnější. Multidisciplinární spolupráce může přinášet více pohledů na problematiku léčebné a ošetrovatelské péče, může vést k rychlejší rekonvalescenci pacienta a následně krátit dobu hospitalizace. Rychlejší rekonvalescence pacienta a zkrácení délky hospitalizace vedou ke snížení nákladů pro nemocnici (Osiston, 2013). Odborná chirurgická společnost má na zakládání společného lůžkového fondu opačný názor. Uvádí, že při redukci lůžek a následném vzniku společného lůžkového fondu dochází k míšení septických a aseptických pacientů. Dále společnost poukazuje na skutečnost, že pokud na jednom oddělení leží například pacient s tracheostomií a pacient po stomické operaci, může to mít negativní dopad na celkovou léčbu pacienta a ta se může výrazně prodražit. Pokud na oddělení dojde k míšení septických a aseptických pacientů, je důležité poskytovat skupinovou péči. Skupinová metoda zajišťuje sestře vykonávat ošetrovatelskou péči u vybrané skupiny pacientů, kde může optimálně dodržovat bariérové ošetrovatelství. Pacienti na společném lůžkovém fondu by měli být ukládáni na pokoje podle odborností a měli by zde být dodržovány přísné hygienické podmínky (Bezděková, 2012). S tím souvisí i kvalita poskytovaných služeb ve zdravotnictví, protože pro pacienta, jako příjemce péče, je poskytování zdravotní péče vždy určitým zásahem do života, který výrazně ovlivňuje jeho další způsob života (Vondráček a kol., 2011).

1.2 Kvalita poskytovaných služeb ve zdravotnictví

Kvalitu zdravotní péče můžeme definovat mnoha způsoby, ale je nutno říci, že každý může vnímat kvalitu jinak. Ve zdravotnictví jinak vnímá kvalitu zdravotník a jinak pacient. Kvalitu zdravotní péče bychom mohli rozdělit do dvou dimenzí. Může mít subjektivní charakter, kdy jedinec vnímá, jak je spokojený a jak se cítí. Má ovšem i objektivní charakter, což představuje sledování jasně daných a dohodnutých kritérií. V podstatě bychom mohli říci, že kvalita zdravotních služeb je souhrn určitých znaků, které uspokojují potřeby podle stanovených norem. Kvalita poskytovaných služeb ve zdravotnictví není důležitá jen pro poskytovatele léčebné a ošetrovatelské péče, ale je

sledována i širokou veřejností. Ve zdravotnických zařízeních existuje mnoho způsobů, které vyhodnocují kvalitu zdravotní péče a úroveň zdravotnických činností. Kvalitu zdravotnických služeb bychom mohli sledovat ze tří hledisek. Patří sem kvalita služeb z pohledu klienta, to znamená vše, co vyžadují klienti od služeb. Dále kvalita služeb z profesionálního pohledu, kam patří všechny profesionální úkony, které saturují veškeré potřeby klienta. A v neposlední řadě je to kvalita služeb z pohledu vedení, kde se musí ekonomicky a produktivně využívat zdroje v rámci finančních a materiálních limitů. Zdravotnické služby mají také své specifické znaky. Kromě toho, že nemají materiální podstatu a nedají se tudíž skladovat, jsou variabilní a mají neopakovatelný charakter. Specifickým znakem služeb ve zdravotnictví je jejich nenahraditelnost, jelikož bez těchto služeb je ohroženo zdraví každého jedince (Madar, 2004; Jakušová, 2010).

1.2.1 Vyhodnocení kvality zdravotní péče

Ve zdravotnictví je kvalita zdravotní péče založena na zákonech, nařízeních, vyhláškách, směrnicích a standardech. Zdravotní péče je služba, jejímž příjemcem je pacient, a míra její kvality je dána jeho subjektivním hodnocením. Může být také ovlivněna mnoha faktory, jako jsou faktory sociální, biologické či demografické. Poskytovatel služeb ve zdravotnictví má jistě náročnější roli v tom, že pracuje s nemocnými lidmi a jakékoliv minimální pochybení může znamenat poškození zdraví pacienta. Proto je pro poskytovatele důležité nabízet služby v co nejvyšší kvalitě a tuto kvalitu kontinuálně zvyšovat. Pro zvyšování kvality služeb a spokojenosti pacientů existují různé přístupy, které nám vyhodnocují úroveň kvality poskytované péče. Jsou to dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení, které směřují k získání ceny za kvalitu (Národní cena Malcolma Baldrige), či certifikátu kvality, které odpovídají požadavkům ISO 9001:2000, a také akreditace zdravotnických zařízení odpovídajících požadavkům akreditační komise (Madar, 2004; Jakušová, 2010).

Každý poskytovatel by měl kvalitu zdravotní péče neustále sledovat a vyhodnocovat. Kvalita zdravotní péče musí být tudíž měřitelná. Proto se ve většině zdravotnických zařízení monitoruje kvalita poskytované zdravotní péče na základě

programu kontinuálního zvyšování kvality. Cílem tohoto programu je transformace celého systému zdravotní péče, tak aby docházelo k uspokojování všech potřeb pacientů. Hlavním nástrojem programu je standardizace a auditorská činnost, kde systematicky sledujeme a prověřujeme, zda poskytovaná péče odpovídá daným standardům (Grohar-Murray, DiCroce, 2003; Lighter, Fair, 2004). Standard patří neoddělitelně k systému řízení kvality péče a je považován za základ zdravotnické praxe. Je prostředkem ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a slouží k realizaci auditů. Zajišťuje pacientům bezpečí, chrání zdravotníky před neoprávněným postihem a umožňuje poskytovanou péči objektivně hodnotit. Je měřitelný a hodnotitelný a slouží jako hlavní nástroj měření kvality ošetrovatelské a léčebné péče při akreditačních řízeních (Polícar, 2010; Mášová a Havrdlíková, 2009). Mezi nejčastější způsoby, kterými měříme a vyhodnocujeme kvalitu zdravotní péče, patří audit. Auditorská činnost systematicky a kriticky analyzuje zdravotní péči, včetně veškerých postupů, které zajišťují její kvalitu. Dalším častým ukazatelem v oblasti kvality zdravotní péče jsou indikátory kvality. Indikátory kvality nám ukazují, do jaké míry je dosažena kvalita zdravotní péče dle daných standardů, směrnic či požadavků. Indikátory mohou mít různé rozlišení, a to v oblasti léčebné či ošetrovatelské péče, ale také v oblasti manažerských činností. Dále můžeme kvalitu zdravotní péče vyhodnocovat podle názorů externích odborníků či samotných pacientů (Grohar-Murray, DiCroce, 2003; Somrová a Bártlová, 2012).

1.2.2 Řízení rizik ve zdravotnictví

Řízení rizik ve zdravotnictví se stalo v posledních letech základem moderního managementu. Věnuje se výskytu nežádoucích událostí spojených hlavně s léčebnou a ošetrovatelskou péčí, s cílem odstraňovat rizika a diagnostikovat rizika potenciální. Riziko vždy představuje určitou míru pravděpodobnosti výskytu nebezpečí, nezdaru či ztráty. Prevence a strategický management rizik chrání nemocnici, majetek, ale hlavně pacienty, návštěvy i zaměstnance před poškozením zdraví či případnými jinými škodami. Řízení rizik se stává důležitou součástí kvalitní péče, která se tímto stává bezpečnější. Identifikace, monitoring a eliminace rizik má nezastupitelnou roli, právě

v situaci, kdy dochází ke sloučení několika odborností do společného lůžkového fondu (Grohar-Murray a DiCroce, 2003).

S realizací změn v organizaci mohou být veškerá rizika zvýšená, a proto, než k uskutečnění vážnější změny v organizaci dojde, je důležitá dlouhodobá příprava s analýzou potenciálních rizik. Změny se mohou týkat například organizace práce zdravotního personálu, snížení lůžkové kapacity oddělení, změn v dokumentaci, sloučení oddělení či získání akreditace. Pro management nemocnice je důležité před samotnou realizací změny znát její náročnost i složitost a měl by znát intenzitu, s jakou zaměstnanci vnímají možný dopad změn. Dále by měl znát schopnosti zdravotníků, zejména, zda jsou vůbec schopni se této změně přizpůsobit (Škrála a Škrlová, 2008; Kuzníková a kol., 2011). Pokud v organizaci nastává jakákoliv změna, je důležitá příprava samotného projektu. Projekt bychom mohli definovat jako určitý řízený proces s jasně danými pravidly, který má definovaný začátek a také konec uskutečnění. Klíčovou součástí projektu je jeho cíl, který má být jeho realizací splněn. Při plánování projektu je podstatný časový prostor pro jeho přípravu a analýzu, aby byl pro organizaci uskutečnitelný. Při přípravě projektu je důležité podrobné plánování, posouzení finančních dopadů, odhadnutí rizik projektu a určitě posouzení správně stanoveného cíle (Svozilová, 2006).

1.2.3 Pochybení při poskytování ošetrovatelské péče

Každá změna v nemocničním zařízení s sebou přináší rizika nejen z oblasti léčebné, ale také ošetrovatelské péče. Důvody různých pochybení ze strany ošetrovatelského personálu mohou být jak systémové, tak osobní. Mezi nejčastější důvody pochybení patří určitě nedostatečná nebo nevhodná komunikace, nedostatečné předávání informací, nepozornost, nedostatečný dohled a špatné zapracování zdravotního personálu. Jako další důvody pochybení můžeme uvést neposkytnutí včasné péče nebo provádění úkonů bez dostatečných znalostí. Zde proto mají velmi důležitou roli sestry manažerky, které jsou zodpovědné za kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči na svém oddělení či úseku. Sestra manažerka je zodpovědná za výběr spolehlivého a kompetentního personálu a za jeho dostatečné zapracování. Musí koordinovat

ošetřovatelský personál, řídit provoz a kontinuálně monitorovat a hodnotit výkon svých podřízených, aby byla poskytována kvalitní a bezpečná ošetřovatelská péče (Škrla a Škrlová, 2008; Vondráček a Vondráček, 2006).

Změny spojené s ošetřovatelskou péčí mohou mít negativní dopad na pacienta. Aby rizika byla minimalizována, musí být na oddělení dostatek zdravotního personálu, který by neměl být pracovním přetížen. Sestry by měly být dostatečně vzdělané a kompetentní k daným úkonům, což u společného lůžkového fondu platí dvojnásob. Nedostatek vnímavosti, morální odpovědnosti a neefektivní komunikace zvyšují riziko nekvalitně odvedené práce. Stejně tak zátěžový mix pacientů u společného lůžkového fondu, stres a nepozornost může vést ke zvýšenému riziku pochybení v oblasti ošetřovatelské péče. K prevenci pochybení je jistě důležité správné rozhodování, klinická kompetence a ochota požádat o radu při sporných situacích. S ošetřováním širšího spektra pacientů s odlišnými diagnózami souvisí zvýšené množství ordinací ze strany lékařů a multidisciplinárního týmu a tím může dojít k pochybení díky opomenuté či chybně interpretované ordinaci (Škrla a Škrlová, 2008; Vondráček a Vondráček, 2006).

Součástí programu řízení rizik je hlášení nežádoucích událostí. Nežádoucí je jakákoliv událost, která poškozuje či by mohla poškodit zdraví pacienta v souvislosti s poskytováním ošetřovatelské péče. Zahrnuje i poškození zdravotního personálu, selhání techniky, poškození či ztrátu majetku a také situaci, kdy dojde k ohrožení provozu zdravotnického zařízení. Hlášení nežádoucích událostí je důležité hlavně pro jejich monitoring a následnou identifikaci opakujících se problémů. Čím rychlejší je podání hlášení, tím snazší je vyhodnocení dané situace. Nenahlášení nežádoucí události může vést k častějšímu opakování pochybení ze strany personálu, což může mít za následek poškození zdraví pacienta. Důvody nehlášení událostí jsou často strach z potrestání, soudní spory, hrdost, nepochopení, ale také s tím spojená administrativa. Praxe ukazuje, že většina zdravotníků má negativní postoj k hlášení nežádoucích událostí. Cílem procesu hlášení nežádoucích událostí by nemělo být hledání viníka s následným potrestáním, ale napravování nežádoucích procesů a předcházení jim. Důležitou součástí prevence nežádoucích událostí je dobře vedený management (Škrla a Škrlová, 2008; Vondráček a Vondráček, 2006).

1.3 Management v ošetrovatelství

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřující se na uspokojování biologických, psychických i sociálních potřeb u zdravého i nemocného člověka. Cílem ošetrovatelství je systematické a komplexní uspokojování potřeb s důrazem na individuální osobnost každého jedince. Zaměřuje se na podporu a navrácení zdraví, zmírňuje utrpení nemocného člověka, zajišťuje klidné umírání s důstojnou smrtí. Hlavním rysem ošetrovatelství je aktivní poskytování ošetrovatelské péče, která přistupuje ke každému jedinci holisticky a je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu na základě vědy a výzkumu. Ošetrovatelská péče má také preventivní charakter a je poskytována multidisciplinárním týmem s různě kvalifikovanými pracovníky (Plevová a kol., 2011; Plevová a kol., 2012). Multidisciplinární tým je v mezioborové spolupráci důležitou součástí a má pozitivní vliv na pacienta. V mezioborové spolupráci je pacient multidisciplinárním týmem posuzován, diagnostikován a je mu stanoven ošetrovatelský plán interdisciplinární péče. Ošetrovatelský management chápeme jako soubor určitých postupů, kdy sestry systematicky plánují a poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči dle ošetrovatelského procesu (Plevová a kol., 2012; Weiss et. al., 2014).

Ošetrovatelský management vychází z obecného managementu, kde sestry manažerky plánují, organizují, řídí a kontrolují ošetrovatelskou péči, která se od klasického managementu liší hlavně filozofií služeb. Management ošetrovatelství vychází z ověřených postupů, zkušeností a metod na základě výsledků z výzkumu. Kvalitní ošetrovatelská péče je poskytována určitou skupinou zdravotnických pracovníků, je poskytována v určitém čase a za určitých podmínek. V mezioborové spolupráci je důležité sestavení profesionálního multidisciplinárního týmu a udržení spolupráce mezi obory (Kilíková a Jakušová, 2008; Weiss et. al., 2014). Aby byla ošetrovatelská péče poskytována plnohodnotně, musí management nemocnice řídit organizaci tak, aby byla schopna poskytovat kvalitní služby s kvalifikovaným personálem a zajistit vhodné podmínky pro poskytování veškerých služeb včetně kvalitní ošetrovatelské péče. V každé nemocnici existuje organizační struktura, která od

náměstka pro kvalitu péče, až po zdravotníky u lůžka, ovlivňuje kvalitu zdravotní péče (Plevová a kol., 2012; Kilíková a Jakušová, 2008).

1.3.1 Organizační a řídicí struktura nemocnice

Organizační struktura je oficiální hierarchické uspořádání vztahů mezi pracovními místy v rámci organizace, které určuje vztahy podřízenosti a nadřízenosti. Bez oficiální organizační struktury se neobejde žádná organizace, která zaměstnává větší počet lidí. Organizační struktura ovlivňuje chování organizace i chování jednotlivých členů v ní. Hlavním úkolem je dosažení společných cílů organizace, sjednocení jejích procesů a činností. Každá organizace, v našem případě nemocnice, je originální a tomu odpovídá i organizační struktura. Rozlišujeme tři typy organizačních struktur. Prvním typem organizační struktury je struktura tzv. shora dolů. Jedná se o klasickou pyramidovou organizační strukturu, kdy vrcholoví manažeři vytvářejí základní koncepce, představy a cíle. Předávají je svým podřízeným, kteří je realizují. Druhým typem organizační struktury je uspořádání zdola nahoru. Jedná se o flexibilní organizační strukturu, kde rozhodují především znalosti, které konkrétní pracovník má. V organizačních strukturách tohoto typu nebývají pravomoci vázány na hierarchickou úroveň. Třetím typem organizačních struktur je kombinace dvou předchozích. V nemocnici se nejčastěji setkáváme s organizační strukturou shora dolů. Vrcholoví manažeři nemocnic předávají své vize a plány svým podřízeným a jsou zodpovědní za přípravu projektů a organizačních změn v nemocnici (Mládková, 2005; Truneček, 2004).

Hierarchicky nejvyšším orgánem nemocnice je valná hromada. V čele vedení nemocnice je představenstvo jako statutární orgán. Druhým statutárním orgánem je dozorčí rada, která kontroluje a dozoruje činnost představenstva. Předsedou představenstva je zpravidla ředitel nemocnice. Jinak tomu není ani v nemocnici v Táboře, kde v roce 2011 vznikl společný ošetrovatelský lůžkový fond. Představenstvu nemocnice jsou hierarchicky podřízeni náměstek pro kvalitu péče, náměstek pro intenzivní péči a hlavní sestra. Dále je představenstvu nemocnice podřízeno právní oddělení a sekretariát. Další hierarchicky podřízené úrovně rozdělujeme na dva úseky.

Prvním je úsek zdravotnických oborů a druhým je úsek obslužných činností (příloha 3). V úseku zdravotnických oborů jsou všechna oddělení, kde je poskytována lékařská a ošetrovatelská péče. Každé oddělení má svého primáře a tomu jsou hierarchicky podřízeni všichni pracovníci daného oddělení. Na nejvyšší úrovni hierarchie v ošetrovatelské péči na oddělení je vrchní sestra, která je přímo podřízena primáři oddělení a zodpovídá za veškerý nelékařský personál, který jí přímo podléhá. Výjimku v hierarchii přímé podřízenosti primáře ve společném ošetrovatelském lůžkovém fondu tvoří postavení vrchní sestry, která je v tomto případě přímou podřízenou hlavní sestry (příloha 4). V úseku obslužných činností se nacházejí oddělení provozně-technického charakteru, finanční a personální oddělení (Nemocnice Tábor, 2011).

1.3.2 Manažerské úrovně

Kdo je vlastně manažer a co dělá? Manažera můžeme definovat jako člověka, který zastává funkci vedoucího řídicího pracovníka, který je zodpovědný za dosahování určitých cílů. Přebírá odpovědnost za výsledky práce jiných lidí a svými jasně danými kompetencemi ovlivňuje a usměrňuje chod organizace. Manažerem se stává člověk, který má v dané oblasti příslušné dovednosti a znalosti a má přirozený um vést lidi. Manažer by měl mít nejen přirozenou autoritu, ale hlavně také být důvěryhodný, komunikativní, tvořivý, vynalézavý, spolehlivý, přesvědčivý, kritický a pružný se přizpůsobit. Měl by umět motivovat pracovníky, dobře organizovat a kontrolovat jejich práci a rozdávat pokyny. Manažer jedná s lidmi různých úrovní, rozhoduje složité situace, umí tolerovat pracovníky a dovede reagovat zpětnou vazbou. Velmi důležité jsou pro vedoucího pracovníka také interpersonální dovednosti. Tvoří morálku a od toho se odvíjející interpersonální vztahy, důležité při řešení konfliktů. Správný manažer umí svým podřízeným otevřít prostor pro samostatnou práci a rozhodování a musí umět vést spolupracovníky tak, aby tento prostor dokázali ochotně a prakticky využít. Pro manažera je pracovní role velmi časově náročná, vyžaduje jeho dobré znalosti, schopnosti a dovednosti a souvisí s uměním motivovat a koučovat spolupracovníky (Jakušová, 2010; Plevová a kol., 2012). Role manažera v multidisciplinárním týmu je o to důležitější, že musí organizovat a koordinovat chod týmu a musí organizovat

spolupráci mezi jednotlivými profesemi, aby činnost týmu směřovala k vytyčeným cílům (Kuzníková a kol., 2011).

V praxi rozdělujeme manažery zpravidla do tří úrovní. Jednotlivé úrovně se od sebe liší nejen danou pozicí, ale také odlišností v náplni práce. Top manažeři představují vrcholový management organizace, tedy i nemocnice. Ve zdravotnictví jsou top manažery hlavně ředitelé, náměstci a hlavní sestra. Tito manažeři odpovídají za celkovou úroveň, chod a výkonnost nemocnice. Jejich plány jsou dlouhodobé, strategické, a to až na několik let dopředu. Jsou zodpovědní za dosazování nejvyšších míst v organizaci a řídí celou její strukturu. Střední řídicí pracovníky představují v nemocnici primáři, vrchní sestry, vedoucí laboranti či rentgenologové. Řeší spíše koncepční plány střednědobého či krátkodobého charakteru, zodpovídají za chod daného úseku a řídí manažery nižších úrovní. Koordinují dané úkoly tak, aby bylo dosaženo vytyčených cílů. Jejich úkolem v mezioborové spolupráci je účelná komunikace mezi obory a motivace podřízených. Motivace rozvíjí týmovou spolupráci, která je v péči o pacienta nezbytná. Řídicí pracovníci středního managementu jsou zodpovědní za vedení, budování a udržení spolupráce mezi obory (Blažek, 2011; Weiss et al., 2014). Nejnižší úroveň manažerů představují tzv. liniovní řídicí pracovníci, kteří v ošetrovatelské péči zastávají pozice staničních sester. Liniovní manažeři zodpovídají za kvalitní ošetrovatelskou péči u pacientů na svých úsecích. Přímou koordinují činnost týmu v mezioborové spolupráci. Jejich plány jsou krátkodobé, řeší každodenní činnosti, odpovídají za plnění úkolů, řídí své podřízené a řeší běžné provozní problémy (Jakušová, 2010; Weiss et al., 2014).

1.3.3 Funkce manažerů

Funkcí má vedoucí pracovník několik. Patří sem plánování, organizování, vedení, rozhodování a kontrola. Plánování patří mezi základní a nejdůležitější části řízení a je součástí všech úrovní manažerů. Klíčovou úlohou pro plánovací proces je vyhledávání a stanovování cílů. Stanovují se zde způsoby a varianty, jak cíle dosáhnout a v jakém časovém horizontu. Podle toho také rozlišujeme plánování strategické, taktické

a operativní. Výsledkem této plánovací funkce je plán, který specifikuje realizaci daného problému (Dědina a Cejthamr, 2005; Hekelová, 2012).

Další důležitou funkcí v managementu je organizování. Organizování můžeme charakterizovat jako proces vytváření a uspořádávání prvků pomocí cílů, které jsme si vytvořili. Součástí organizování je rozhodování, které manažer vykonává v každodenní praxi, aniž by si to uvědomoval. Řeší zde běžné pracovní situace, zavádí změny, přijímá rizika a řeší konfliktní a krizové situace. Další oblastí organizování je delegování, kdy manažer přenáší pravomoc a zodpovědnost na své podřízené. Zajištění optimální struktury pracoviště představuje další oblast organizování. Zde manažer musí optimálně využít pracovní síly, které má v týmu k dispozici. Posledním článkem organizování je koordinace činnosti týmu. Manažer svůj tým neustále sleduje a koordinuje ho tak, aby optimálně pracoval (Dědina a Cejthamr, 2005; Hekelová, 2012).

Vedení tvoří společně s ostatními funkcemi základ manažerského povolání. Charakterizujeme ho jako schopnost či cílevědomý proces ovlivňování lidí, abychom docílili vytyčeného cíle. Manažer využívá svých možností a ovlivňuje tak své podřízené k tomu, co udělat, a co ne. Ovlivňováním by měl své podřízené motivovat k dobrovolnému dosažení cílů a k uspokojování jejich vlastních potřeb. Vedení manažera může být orientováno na osobu, kdy buduje tým, vytváří týmovou spolupráci a dobré vztahy, nebo může orientováno na činnost, kdy určuje konkrétní pracovní aktivity. U manažera můžeme sledovat několik stylů vedení. Jsou to způsoby, jak využívá svých pravomocí. Jako první můžeme uvést styl autokratický. Zde manažer sám rozhoduje, co a jak se bude dělat. Provádí všechna rozhodnutí sám, uděluje příkazy a využívá svoji pozici a moc vedoucího pracovníka. Manažer zde očekává plnění veškerých příkazů bez jakékoliv diskuze. Méně direktivní je u vedoucího pracovníka styl demokratický, který již respektuje názory a postoje podřízených. Rozhodnutí pak manažer většinou přijímá až po diskuzi s podřízenými a respektuje jejich schopnosti a kvality. Tento styl je založen na přesvědčování a manažer zde využívá svoji pozici k realizaci změn. Mnohem volnějším stylem vedení je styl liberální. Manažer zde své podřízené seznámí s danými úkoly a nechává personál bez řízení a dohledu. Tento styl vedení se může projevovat nízkou autoritou k nadřízenému a vzbuzuje nedůvěru

a zklamání u podřízených. Mezi další styly vedení patří participační styl, který bychom mohli definovat jako kompromis mezi autokratickým a demokratickým stylem. Manažer konzultuje se svými podřízenými danou problematiku, předkládá jim návrhy na řešení a počítá s jejich návrhy při rozhodování. Jedná se o málo metodický styl vedení, ale u podřízených často zvyšuje motivaci k práci (Hekelová, 2012; Jakušová, 2010).

Kontrolování jako manažerská funkce je úzce spjata s plánováním a rozhodováním. Kontrolní proces je průběžný, aby manažer mohl korigovat odchylky, které vznikají při plnění úkolů. Podstatou kontroly je objektivní hodnocení, zda byla práce vykonána kvalitně, či nikoliv. Kontrolní činnost využívají manažeři na všech úrovních, má preventivní charakter, kriticky hodnotí realitu a má vliv na zpětnou vazbu. Pravidelná kontrolní činnost pomáhá organizaci dosáhnout vytyčených cílů (Hekelová, 2012; Kilíková a Jakušová, 2008).

Komunikace patří mezi nejdůležitější dovednosti a je klíčová pro každého vedoucího pracovníka. Slouží jako prostředek dorozumívání pro sjednocení činností a manažer tím ovlivňuje jak jednotlivce, tak skupinu. Komunikace je považována za jádro manažerské činnosti, jelikož plní řadu funkcí. Tyto funkce mají charakter informační, motivační a kontrolní. Umožňuje interakci s vnějším prostředím a také upevňuje interpersonální vztahy. Aby byla komunikace efektivní, musí být srozumitelná, pochopitelná, věrohodná, účelná a potřebná. Komunikační dovednosti využívají zpětnou vazbu, zda došlo ze strany podřízených k pochopení dané problematiky. Komunikaci vyjadřujeme verbálně, tzn. mluveným slovem, či neverbálně, a to mimikou, gesty, postojem, pohledem a dotykem. V mezioborové spolupráci hraje komunikace velmi významnou roli, protože podporuje dobrou spolupráci mezi obory a přispívá tak k uspokojování všech potřeb pacienta (Weiss et. al., 2014; Kilíková a Jakušová, 2008).

1.3.4 Manažer v ošetrovatelství

Obor zdravotnictví je specifický tím, že všichni zaměstnanci pracují v atmosféře lidského utrpení, nemoci a smrti. Z toho vyplývá zvýšená míra stresu a manažer v ošetrovatelství musí zvládat stresové a kritické situace nejen u svých podřízených, ale

především musí umět také zvládat sám sebe. Pokud neumí řídit sám sebe, nebude umět řídit ani ostatní. Sestra manažerka má svoji roli vedoucího pracovníka obvykle náročnější než většina ostatních manažerů, protože společně s řízením vykonává běžné denní povinnosti sestry, což na ni klade zvýšené nároky. Jsou to hlavně sestry středního a nižšího managementu, které se potýkají s touto problematikou a jsou zodpovědné nejen za kvalitní ošetrovatelskou péči, ale také za chod oddělení. Vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů různých odborností vyžaduje od sestry manažerky odpovídající znalosti jednotlivých oborů v oblasti ošetřování nemocných. Své znalosti a dovednosti předává svým podřízeným, kteří ošetrovatelskou péči vykonávají a uspokojují individuální potřeby pacientů různých oborů (Venglářová a kol., 2011; Hekelová, 2012).

Převážnou většinu sester tvoří ženy a to má pro vedoucího pracovníka mimo pozitiv také svá negativa. K pozitivním stránkám patří jistě empatie, intuice a nadprůměrná citlivost, což je v profesi ošetrovatelství určitě přínosné. Na druhou stranu mohou zmíněné přednosti přinášet komplikace, jelikož více emotivity a zvýšená míra citlivosti může u sester přinášet dramatické prožívání konfliktů a špatné snášení kritiky. To může mít negativní vliv na pacienta a odrazit se v nekvalitní ošetrovatelské péči. Zde je proto velmi důležitá role sestry manažerky, která by měla situaci v týmu uklidňovat a řešit případné konflikty. Problém může nastat v situaci, kdy je sama sestra manažerka příliš emotivní a přecitlivělá, a situaci v týmu tím pádem neumí vyřešit (Venglářová a kol., 2011; Hekelová, 2012). Interpersonální role jsou pro manažerku důležité i tehdy, když reprezentuje své oddělení, úsek či odbornost, působí jako vůdce, který koordinuje činnost svých podřízených, a také účinkuje jako spojka, kdy získává informace a komunikuje s ostatními manažery různých úrovní. V multioborové péči řídí sestra manažerka provoz oddělení tak, aby byla ošetrovatelská péče pacientům poskytována kontinuálně a minimalizovalo se pochybení ze strany ošetrovatelského personálu. Další důležitou rolí je role informační. Manažerka neustále sleduje nové vědecké poznatky a získává informace, které předává svým podřízeným. Působí také jako mluvčí, když prezentuje názory svých podřízených (Hekelová, 2012; Weiss et. al., 2014).

1.4 Personální management

Personální management, který můžeme také nazvat řízení lidských zdrojů, je pro organizaci jedním z nejdůležitějších prostředků k dosahování společných cílů. Správný výběr pracovníků do týmu nám zajišťuje efektivní spolupráci, zvyšování a zlepšování kvality zdravotní péče s cílem dosahování co nejlepších výsledků a konkurenceschopnosti. Časté reformy zdravotnictví nabízejí otázku adekvátního množství zdravotnického personálu na jednotlivých úsecích. Úlohou vrcholového managementu je poskytování obecných zásad pro výběr personálního plánu. Linioví manažeři poté plán uskutečňují a podávají informace o jeho efektivitě. Počet nelékařského personálu na jednotlivých odděleních se odvíjí podle typu a množství pacientů a náročnosti požadované péče. Velkou roli při určování počtu personálu hrají také bezpečnostní opatření a opatření pro kontrolu kvality. Ovšem v každé organizaci existují jistá rozpočtová omezení, a proto často finance diktují, kolik personálu je nakonec možné přijmout. Nedostatek ošetrovatelského personálu má vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, a proto je pro sestru manažerku důležité znát, co přesně personál dělá a jak tráví svůj čas. Na základě toho také zajišťuje, aby byl sesterský i ostatní ošetrovatelský personál vhodně využit. Účelné využívání pracovních sil souvisí s vědomostmi a schopnostmi zaměstnanců. Proto musí management při personálním plánování znát přesný počet kvalifikovaného personálu, který bude potřebovat k vykonávání kvalitní ošetrovatelské i léčebné péče (Armstrong, 2007).

1.4.1 Minimální personální požadavky

Ministerstvo zdravotnictví vydalo 22. března 2012 vyhlášku č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tato vyhláška určuje poskytovateli zdravotní péče minimální personální obsazenost na jednotlivých pracovištích. Vyhláška se týká ambulantní, jednodenní a lůžkové péče, zdravotnické dopravní a záchranné služby a také lékárenské a domácí péče (Vyhláška č. 99/2012 Sb.).

Na odděleních lůžkové péče vyhláška rozděluje minimální personální obsazení podle druhu a oboru poskytované péče, které je vymezeno úvazkem, a dále určuje

odbornost jednotlivých zdravotnických pracovníků na jednotlivých odděleních. Vyhláška zohledňuje objem poskytované zdravotní péče a spektrum prováděných výkonů, tak aby byla poskytována kvalitní zdravotní péče a aby byla bezpečná a dostupná. Požadavky na minimální personální obsazení jsou stanoveny na 30 lůžek, a pokud oddělení disponuje jiným počtem lůžek, počítá se minimální personální obsazenost podle vzorce daného vyhláškou. Pokud je na jednom oddělení více odborností, musí daná odbornost splňovat minimální personální obsazení na počet lůžek nacházejících se na oddělení. Minimální personální obsazení se týká hlavně lékařů daných oborů, protože ti musí splňovat určité specializace. U nelékařského personálu se komplexní obsazení personálu rozděluje na chirurgické a interní obory a dále pak na intenzivní péči. Pro chirurgické obory to znamená, že minimální obsazení na třiceti lůžkové stanici je 9,5 úvazku všeobecných sester, přičemž jeden úvazek musí splňovat specializovanou způsobilost dané odbornosti. Minimální obsazení ostatního ošetrovatelského personálu, jako jsou sanitáři a ošetrovatelé, tvoří celkem čtyři úvazky na třicetilůžkové stanici. Pro interní obory je minimální obsazení personálu odlišné. Vyhláška stanovuje na třicetilůžkovou stanici 9 úvazků všeobecných sester, z toho opět jeden úvazek se specializovanou způsobilostí. Sanitáři a ošetrovatelé musí být v interních oborech na třicetilůžkové stanici k dispozici v počtu 3,5 úvazku. Výrazně odlišné je personální obsazení na intenzivní péči. Intenzivní péče se rozděluje do tří stupňů podle obtížnosti dané péče. Počet nelékařského personálu se zde určuje podle počtu úvazků na jedno lůžko (Vyhláška č. 99/2012 Sb.).

1.4.2 Výběr pracovníků

Vyhledávání vhodných zaměstnanců pro jednotlivé pozice je pro organizaci velmi důležité, protože náklady na jednotlivá pracovní místa jsou jedny z nejvyšších. Správnému výběru zaměstnance by měla předcházet kvalitní příprava. U manažerských pozic je klíčová příprava k výběrovému řízení, kde přesně definujeme konkrétní požadavky na obsazované místo. Příprava na samotný přijímací pohovor zahrnuje přesnou formulaci požadavků, včetně místa a času konání pohovoru. Důležitou podmínkou výběrového řízení a pohovoru je, aby byl vždy přítomen konkrétní přímý

potenciální nadřazený nového zaměstnance. Zvyšuje se tak pravděpodobnost vzniku správného pracovního vztahu mezi nadřazeným a podřazeným. Další důležitou fází procesu výběru nového zaměstnance je zapracování ve zkušebním období. Adaptační proces může být v každé organizaci různě dlouhý. Podstatou zůstává, aby byl nový zaměstnanec ve zkušebním období vystaven veškerým situacím, ve kterých se ukáže, zda jde o kvalitního pracovníka. S novým zaměstnancem se tak musí pracovat plánovitě a systematicky, aby k dostatečnému zapracování došlo (Hekelová, 2012; Kilíková a Jakušová, 2008).

Při výběru ideálního pracovníka sledujeme u uchazeče nejen odborné znalosti, ale také osobní předpoklady. U odbornosti posuzujeme vzdělání, různé speciální vzdělávací kurzy a také technickou a profesionální kvalifikaci. Z osobní charakteristiky pak posuzujeme jeho fyzické předpoklady pro danou práci a samotnou osobnost, u které sledujeme, zda je kandidát vhodný do týmové spolupráce. Dále, zda se dokáže samostatně rozhodovat, jestli dokáže pracovat sám a také, jaké má komunikační dovednosti. U uchazeče rovněž posuzujeme jeho dosavadní pracovní zkušenosti a speciální schopnosti, jako jsou například jazykové znalosti. Zjišťujeme také zvláštní okolnosti, které se mohou týkat například dojíždění do zaměstnání mimo bydliště (Vajner, 2007; Khelerová, 2010).

1.5 Sestra v multidisciplinárním týmu

Multidisciplinární péče je nedílnou součástí jak ošetrovatelské, tak i léčebné péče a je založena na spolupráci odborníků z různých oborů. Týmová spolupráce je nezbytná pro vykonávání kvalitní zdravotní péče. Pokud týmová spolupráce vážne a pracovníci pracují spíše vedle sebe než společně, není péče účelná a funkční. Tam, kde multidisciplinární tým funguje, se organizaci snižují náklady, protože se krátí doba hospitalizace a snižuje mortalita pacientů (Vévoda a kol., 2013). Multioborová týmová spolupráce může být definována jako interakce mezi dvěma různými profesemi. Pro pacienta má spolupráce zásadní význam, protože je využito více nezávislých odborných poznatků, což může usnadnit lékařskou i ošetrovatelskou péči o něho. Sestra je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. V mezioborové spolupráci tvoří tým sestry a lékaři

různých oborů, dále fyzioterapeuti, anesteziologové, sociální pracovníci či nutriční terapeuti. Práce v týmu by měla mít partnerský charakter mezi všemi členy (Weiss et al., 2014). Ošetrovatelský tým je poměrně specifický a má jisté zákonitosti. Týmová spolupráce sester je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče, protože péče o pacienta je nepřetržitá. Základem týmového ošetrovatelství je plánování ošetrovatelské péče a pravidelné týmové porady. Cílem týmové spolupráce je dobře ošetřený a spokojený pacient (Plevová a kol., 2012).

1.5.1 Týmová spolupráce

Týmová spolupráce má velký vliv na zachování pozitivních vztahů a dobré atmosféry na pracovišti. Spolupráce spočívá v tom, že se určitá skupina lidí snaží dosáhnout vytyčeného cíle, aktivně si pomáhají a společně plní úkoly. Základem je pro členy v týmu účinná komunikace. Všichni členové musí mít dostatek informací, aby nedocházelo k omylům a přehmatům. Každý člen týmu má své odborné dovednosti a vědomosti a podle toho vykonává určitou pracovní činnost a má svoji jasně danou úlohu. Aby tým pracoval efektivně, musí mít každý pracovník svoji roli s ohledem na svoje přednosti a musí dodržovat specifická pravidla. Týmová spolupráce sester, lékařů a ostatních členů týmu je nezbytnou součástí výkonu zdravotnického povolání. Interdisciplinární spolupráce, kde se využívají týmy různých podob, je nedílnou součástí ošetrovatelské a léčebné péče (Vévoda a kol., 2013; Kolajová, 2006). Mezioborová spolupráce lékařů a sester by měla být založena na profesionální a partnerské úrovni. Lékař diagnostikuje a léčí choroby, sestra plní roli ošetrovatelskou, kdy stanovuje ošetrovatelskou diagnózu a určuje priority ošetrovatelské péče. Jak lékař, tak sestra pečují o pacienta svým vlastním způsobem, ale zároveň dosahují společných cílů a zajišťují kvalitu poskytované péče (Vévoda a kol., 2013; Weiss et. al., 2014). Práce v týmu má mnoho pozitiv, ale také negativ. Mezi pozitivní stránky týmové spolupráce určitě patří zvyšování výkonnosti, flexibility, budování vztahů, učení respektu a úctě k druhým. Práce v týmu podněcuje, rozvíjí spolupráci, eliminuje obavy z neúspěchu, zvyšuje sebevědomí jednotlivců a poskytuje uznání. Na druhou stranu může práce v týmu přinášet potenciální negativa, kdy tým může potlačovat individualitu

jednotlivce. Spolupráce v týmu může být časově náročnější, je zde zvýšené nebezpečí výskytu konfliktů, hlavně u jedinců, kteří nejsou schopni vycházet s ostatními kolegy. Tyto poznatky nás opět vrací k tomu, jak nezbytně důležitá je dobrá komunikace mezi všemi členy týmu, aby vztahy na pracovišti byly nekonfliktní a vládla dobrá pracovní atmosféra. Pokud nastanou problémové situace, musí se při řešení problémů mezi členy týmu uplatnit tolerance a respektování všech zdravotníků (Kolajová, 2006; Vévoda a kol., 2013).

1.5.2 Kvalita pracovních vztahů v multidisciplinárním týmu

Vztahy v multidisciplinárním týmu patří mezi důležité aspekty atmosféry na pracovišti. Aby tato atmosféra byla vždy pozitivní, je členům týmu zapotřebí mezi sebou dobře komunikovat, zvládat stresové situace, řešit konflikty a navzájem respektovat své pracovní postavení. Pokud je atmosféra na pracovišti napjatá, vznikají konfliktní situace a narůstá nespokojenost v zaměstnání. Pracovní nespokojenost má vliv na kvalitu odvedené práce, která může ovlivnit zdraví pacienta. Nerespektování pracovního postavení ze strany lékaře budí u sester pocity méněcennosti a sestra je vnímána pouze jako pomocník lékaře, který plní jeho příkazy a ordinace. Sestry mohou být ze strany lékaře přehlíženy a to nijak neupevňuje pozitivní atmosféru na pracovišti. Lékaři často nerespektují ani vysokoškolské postavení sester a nedokážou rozlišit lékařství od moderního pojetí ošetrovatelské péče, za kterou je zodpovědná právě sestra. Sestra a lékař by měli být v pracovním prostředí hlavně partnery. Ve vyspělých státech již dochází ke změně společenského postavení sester a lékařů, kdy sestry své postavení neustále posilují (Bártlová, 2005; Plevová a kol., 2012).

S pozitivní pracovní atmosférou souvisí i zvládnutí stresových situací. Stres můžeme také chápat jako silnou frustraci, kdy dochází k chronickému neuspokojování potřeb. Stres může být vyvolán řadou příčin. Ve zdravotnictví je to často nepřiměřená zátěž, které je pracovník vystaven (Křivohlavý, 2010). Stres má mnoho podob a značí, že něco není v pořádku. U člověka dochází k narušení vnitřní rovnováhy, když je organismus dlouhodobě vystaven psychické a fyzické zátěži. Při ošetřování širšího spektra pacientů se sestra může dostat do stresové situace díky pracovnímu přetížení. Pracovní přetížení

se odráží na kvalitě ošetrovatelské péče a nejsou pak uspokojovány základní potřeby pacienta. Pro sestru je důležité si uvědomit, jakým způsobem, a zda vůbec, stresovou situaci zvládne. Při dlouhodobém stresu dochází k celkovému vyčerpání a únavě. Vyčerpání a únava mohou vést k chybám v ošetrovatelské péči, což může mít za následek poškození zdraví pacienta. Pokud stresová situace nastane, je pro sestru důležité vědět, co ji vyvolává. Podle příčiny snižuje pracovní zátěž. Umění zvládat stresové situace je pro všechny zdravotníky velmi důležitá vlastnost, která ovlivňuje celkovou atmosféru v zaměstnání (Venglářová a kol., 2011; Mahrová a Venglářová, 2006). Pro dobré vztahy na pracovišti, zvláště také ve vztahu sestra - lékař je proto dobré řešit a odstraňovat problémy společně. To znamená, že společně řešíme daný problém, který stresovou situaci vyvolává, určujeme priority, navrhujeme řešení, hledáme pozitivní stránky toho, co se děje a co nám to přinese. Správně také organizujeme čas, abychom nenechávali důležité úkoly na poslední chvíli. To vše vyžaduje dobré zvládnutí emocí a udržení pozitivní vnitřní rovnováhy. Pokud tyto negativní emoce přetrvávají dlouhodobě, může začít docházet k profesionálnímu selhávání na základě vyčerpání a to hlavně díky zvyšujícím se požadavkům. Když se u jedince začne projevovat ztráta zájmu, potěšení, energie, smyslu a má negativní postoj k povolání, mluvíme již o syndromu vyhoření. Zdravotníci patří v tomto směru k nejohroženější skupině. Syndrom vyhoření se vyskytuje hlavně v profesích, kde je neustálý, náročný a intenzivní kontakt s lidmi. Stres a syndrom vyhoření mají vliv na celkovou kvalitu práce, na přístup k pacientům a na interpersonální vztahy (Ptáček a kol., 2011; Křivohlavý, 2010).

Konflikty a jejich následné řešení také výrazně ovlivňují spolupráci v multidisciplinárním týmu a mohou zvyšovat napětí na pracovišti. Konfliktem rozumíme určitý rozpor, neshodu nebo střet zájmů. Konflikty mohou vznikat i v soudržném týmu, kde se může střídát období klidu a bouře. Konflikt může být mobilizující, to znamená, že vede k aktivnímu řešení problému, nebo destruktivní, to je konflikt, který trvá příliš dlouho a často vede k rozvrácení vztahů. Interpersonální konflikty tvoří značnou část problémů, k nimž na pracovišti dochází. Mohou vznikat mezi jednotlivci, více osobami či mezi skupinami (Bednář a kol., 2013; Vévoda a kol., 2013). Konflikt skupin je mezi

zdravotníky obzvláště závažný, protože se převážně jedná o konflikt lékařů a sester. Hlavními důvody mohou být rozdílné představy, postoje, odlišné motivace a cíle, pracovní nedocenení či mnoho stresorů na pracovišti (Venglářová a kol., 2011). Pokud konflikt nastane, neměli bychom se mu v žádném případě vyhýbat. To znamená, konfliktu se nebát a nemít dopředu z konfliktu hrůzu. Konflikty na pracovišti nejsou příjemnou událostí, ale samy se většinou nevyřeší a je třeba si zde uvědomit jejich skutečnou příčinu. Příčinami konfliktů mohou být věcné problémy, narušený vztah mezi účastníky nebo nevhodná komunikace. Často jsou tyto příčiny kombinovány, s tím, že jedna převažuje. Pokud je důvodem konfliktu narušený vztah mezi sestrou a lékařem, je důležité, aby si aktéři uvědomili, že musí být v týmu profesionálové. Osobní pocity a antipatie by měly jít stranou. I zde je důležité, zda se do řešení problému zapojí sestra manažerka či vedoucí lékař. Ti musí být k oběma stranám neutrální a řešit konflikt bez emocí a osobních sympatií. Vedoucí pracovník zjišťuje všechny potřebné informace, vyjasní si stanoviska a konflikt vyřeší. Problémem na pracovišti, který může narušovat vztahy, bývají opakované konflikty na stejné téma. Tyto konflikty jsou pro aktéry velmi vyčerpávající a narušují dobré pracovní vztahy. V tomto případě je to impuls pro vedoucího pracovníka, který by měl zakročit a zaujmout stanovisko, aby byla na pracovišti pozitivní atmosféra a dobré vztahy (Vévoda a kol., 2013; Venglářová a kol. 2011).

1.5.3 Komunikace v týmu

Základy pozitivního pracovního prostředí tvoří komunikace a komunikační dovednosti. Pokud zaměstnanci v týmu nedovedou nebo ani nechtějí mezi sebou komunikovat, má to vliv na atmosféru na pracovišti. Komunikace je v podstatě základní prostředek dorozumívání, kdy dochází k výměně informací a zároveň se upevňují interpersonální vztahy. Při nedostatečné komunikaci mezi členy týmu může docházet ke špatnému předávání informací a následně k chybám, které mohou mít vliv na zdraví pacienta. To souvisí s celkovou spokojeností pacientů. Pacienti jsou díky svému onemocnění vnímavější ke svému okolí a jakékoliv negativní změny, a to i v oblasti chování zaměstnanců, je mohou negativně ovlivnit. Aby byla komunikace efektivní,

musí zde být ze strany zaměstnanců vůle a ochota komunikovat a měla by být hlavně obousměrná. Komunikace by měla taktéž využívat i zpětnou vazbu, která je důležitá pro pochopení a předcházení případným konfliktům (Venglářová a Mahrová, 2006; Kilíková a Jakušová, 2008). Při komunikaci nezáleží jen na verbálním projevu, ale v první řadě na projevu neverbálním. Členové týmu se při setkání pozorují a veškerý neverbální projev může poté ovlivnit následující verbální projev. Patří sem určitě postoj těla, mimika obličeje, různá gesta, pohledy a v neposlední řadě i úprava zevnějšku. Při verbální komunikaci je důležitá nejen volba vhodných slov, ale také rychlost mluveného slova, srozumitelnost, hlasitost a intonace. Podle prostoru, který má každý k dispozici, se také pozná rovnocennost partnerů. Významnou součástí komunikace je asertivní chování. Pro sestru je důležité, aby uměla dát najevo své stanovisko, popřípadě oponovat. Sestra má na oddělení společného lůžkového fondu o to těžší pozici, že zvládat takové komunikační dovednosti musí i ve vztahu k několika lékařům různých odborností najednou. V tomto případě je tedy na sestře, aby lékařům poskytla optimální informace o zdravotním stavu jejich pacientů, podala dostatek pravdivých informací, jednala profesionálně a soustředila se pouze na fakta bez jakýchkoliv emocí. Podle situace lékaři jednotlivých odborností posoudí závažnost stavu pacientů a rozhodnou, který pacient dostane v ošetření přednost (Venglářová a Mahrová, 2006; Kilíková a Jakušová, 2008). Pokud komunikace s lékaři jednotlivých odborností není optimální, měla by převzít odpovědnost za sestru její přímá nadřízená. Sestra manažerka, bez emocí a na profesionální úrovni zajišťuje efektivní spolupráci mezi všemi účastníky. Předchází vzniku konfliktní situace, která může ovlivnit celkovou atmosféru na pracovišti a mít negativní vliv na interpersonální vztahy (Hekelová, 2012; Křivohlavý, 2010).

1.5.4 Zátěž sestry v pracovním procesu

Pracovní zatížení sestry je velmi aktuálním tématem, protože sestra musí ve své profesi zvládat hned několik rolí najednou. Patří sem role nejen ošetrovatelská, ale také edukační, výchovná, technická, organizační a v neposlední řadě i role administrativní.

Pro sestru je velmi důležité správné osvojení si role, aby svou práci odváděla co nejlépe (Bártlová, 2005).

Zdravotnické povolání patří mezi nejnáročnější. Přímá pracovní zátěž není jen fyzická, ale hlavně psychická. Sestra je každým dnem vystavena mnoha stresorům, jako jsou nemoc, umírání, utrpení a nevléčitelně nemocní pacienti. S tím souvisí i každodenní péče o pacienty, kteří různým způsobem reagují na svoji nemoc a mohou tak vyvolávat i konfliktní situace. Pro sestru je důležité zvládnutí vlastních emocí. Pacientovy negativní emoce, které jsou spojené s nemocí, by měla sestra umět akceptovat a brát je jako něco, s čím musí počítat. Negativní emoce by se neměly potlačovat, ale naopak je vhodné je vědomě přijímat (Venglářová a kol., 2011; Křivohlavý, 2010). Dalšími stresory mohou být špatné vztahy na pracovišti, což může vést, nejen v multioborovém týmu, k poškození zdraví pacienta. Sestra, která pracuje v nadměrném stresu, nemusí zvládnout svoji pracovní zátěž. Může se stát nerozhodnou, nepozornou, snažit se práci vyhýbat a její pracovní výkon není kvalitně odveden. Sestra může mít ve stresových situacích změny nálad, pocity únavy, ztrátu empatie, což může opět vyvolávat konfliktní situace nebo vést k pochybení v ošetrovatelské péči (Venglářová a kol., 2011; Křivohlavý, 2010).

S minimalizací stresových situací jistě souvisí dobrá organizace práce na směně. Sestra si musí umět zorganizovat práci tak, aby zajistila hladký průběh ošetřování pacientů a uspokojila veškeré jejich potřeby s přihlédnutím k jejich individualitě. Sestra musí znát jednotlivé kompetence v multidisciplinárním týmu, protože každý pečuje o pacienta svým způsobem a podle toho se i odvíjí organizace její práce. Sestra by měla v pracovním procesu umět skloubit diagnosticko-terapeutickou činnost s činností administrativní. Organizace práce je úzce spjata s organizačními systémy ošetrovatelské péče. Organizačních systémů ošetrovatelské péče rozlišujeme několik. Patří sem systém skupinové péče, kdy se sestra stará o určitou skupinu pacientů, bez ohledu na to, na jakém pokoji leží. V systému skupinové péče vzniká mezi pacientem a sestrou pevnější vazba. Dalším organizačním systémem je pokojový systém péče. Zde má sestra na starosti určité množství pokojů, kde vykonává ošetrovatelskou činnost. Pokud je pacient přestěhován na pokoj jiný, mění se i sestra, která přebírá ošetrovatelskou péči. Systém

primární sestry spočívá v tom, že při příjmu je pacientovi přidělena primární sestra, která u pacienta zhotovuje kompletní plán ošetrovatelské péče, který s ostatními členy týmu realizuje. Pacient zná svoji konkrétní sestru a na tu se může vždy obrátit. Posledním, méně využívaným systémem ošetrovatelské péče je systém funkční. Zde sestry nemají rozděleny konkrétní pacienty, ale činnosti, které u nich provádějí (Vytečková a kol., 2011; Marková a kol., 2006).

Na pracovní zatížení sestry má vliv i rozdělení úkolů od vedoucího pracovníka. Ten by měl jednotlivé úkoly rozdělit tak, aby nedocházelo k nerovnoměrnému zatížení jednotlivých členů týmu a aby byli zaměstnanci spokojeni. Pokud jsou zaměstnanci spokojeni, odvádějí kvalitně svoji práci a ta je baví. Pracovní spokojenost má blízký vztah k pracovní motivaci a zaměstnanci pak úspěšně realizují vytyčené cíle (Vévoda a kol., 2013; Hekelová, 2012).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zhodnotit přínos vzniku společného ošetrovatelského lůžkového fondu.
2. Analyzovat problémy v ošetrovatelské péči související se vznikem společného ošetrovatelského lůžkového fondu.
3. Zmapovat práci sestry v multidisciplinárním týmu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké důvody vedly k realizaci vzniku společného lůžkového fondu?
2. Jakým přínosem byl vznik společného lůžkového fondu pro organizaci?
3. Jakým způsobem je zajišťována kvalitní ošetrovatelská péče na oddělení s více odbornostmi?
4. Je personální obsazení dostatečné k vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče na oddělení společného lůžkového fondu?
5. Jak funguje spolupráce v multidisciplinárním týmu?
6. Jakým způsobem vzniká výběr pracovníků do multidisciplinárního týmu?

3 METODIKA

3.1 Metodika sběru dat

V diplomové práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat probíhal prostřednictvím metody dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s doplňujícími otázkami (příloha 5). Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, doslovně přepsány a následně analyzovány. Při analýze transkripce rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování, technikou „tužka a papír“. Text rozhovorů byl redukován a segmentován na jednotlivé kódy. Kódy byly seskupeny podle podobnosti do analytických jednotek (kategorií). Kategorie odpovědí byly prostřednictvím programu SmartArt uspořádány do přehledných schémat (sítí). Výsledky byly interpretovány za použití techniky „vyložení karet“.

Do první ze základních kategorií byla zařazena **problematika společného ošetrovatelského lůžkového fondu**, která zahrnovala důvody vzniku projektu, zkušenosti o fungování podobného projektu, možnost vyjádření se k projektu, délku přípravy projektu, přínosy projektu pro organizaci a oddělení, nevýhody projektu, komplikace spojené se vznikem projektu a zpětnou vazbu o fungování projektu. Druhá kategorie vyjadřovala **informovanost o připravovaném projektu**, která zahrnovala formu komunikace s nadřízenými a podřízenými o připravovaném projektu, reakci zaměstnanců na změnu, informovanost pacientů o změně a vnímání pacientů na změnu. Do třetí kategorie byla zařazena **personální politika projektu**, která se zabývá výběrem pracovníků do společného lůžkového fondu, procesem zapracování ošetrovatelského personálu, možnostmi výběru pracovníků do společného lůžkového fondu a počtem ošetrovatelského personálu na oddělení. Čtvrtá kategorie rozebírala **kvalitu ošetrovatelské péče na společném lůžkovém fondu**, která zahrnovala vliv společného lůžkového fondu na kvalitu ošetrovatelské péče, pochybení v oblasti ošetrovatelské péče v souvislosti se vznikem projektu, náročnost práce sestry na společném lůžkovém fondu, způsob sledování kvality ošetrovatelské péče a typ ošetrovatelské péče. Poslední pátá kategorie se zabývala **spoluprací v týmu**, obsahující spolupráci v multidisciplinárním týmu, komunikaci s lékaři ostatních odborností a výskyt konfliktů

v multidisciplinárním týmu. Provedené rozhovory byly dobrovolné a anonymní. Rozhovory probíhaly v termínu od 3. 3. 2014 do 24. 3. 2014.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen zaměstnanci Nemocnice Tábor, a.s., kteří měli osobní zkušenosti s fungováním společného ošetrovatelského lůžkového fondu. Oslovení respondenti se lišili vzděláním a pracovní pozicí, kterou v nemocnici zastávali. Šlo o záměrný výběr. Výběr respondentů byl závislý na ochotě participantů se výzkumu účastnit a byl ukončen v okamžiku teoretického nasycení. Výzkumný soubor byl tvořen 12 respondenty. Tři respondenti byli na pozici top manažerů, tři respondenti na pozici středního managementu, tři respondenti na pozici liniových manažerů a poslední skupinu tří respondentů tvořily směnné sestry. Oslovení byli tři muži a devět žen ve věku od 35 do 59 let. Délka praxe respondentů v Nemocnici Tábor, a.s. se pohybovala v rozmezí od 6 do 38 let. Vzdělání respondentů bylo vysokoškolské a středoškolské (tabulka 1).

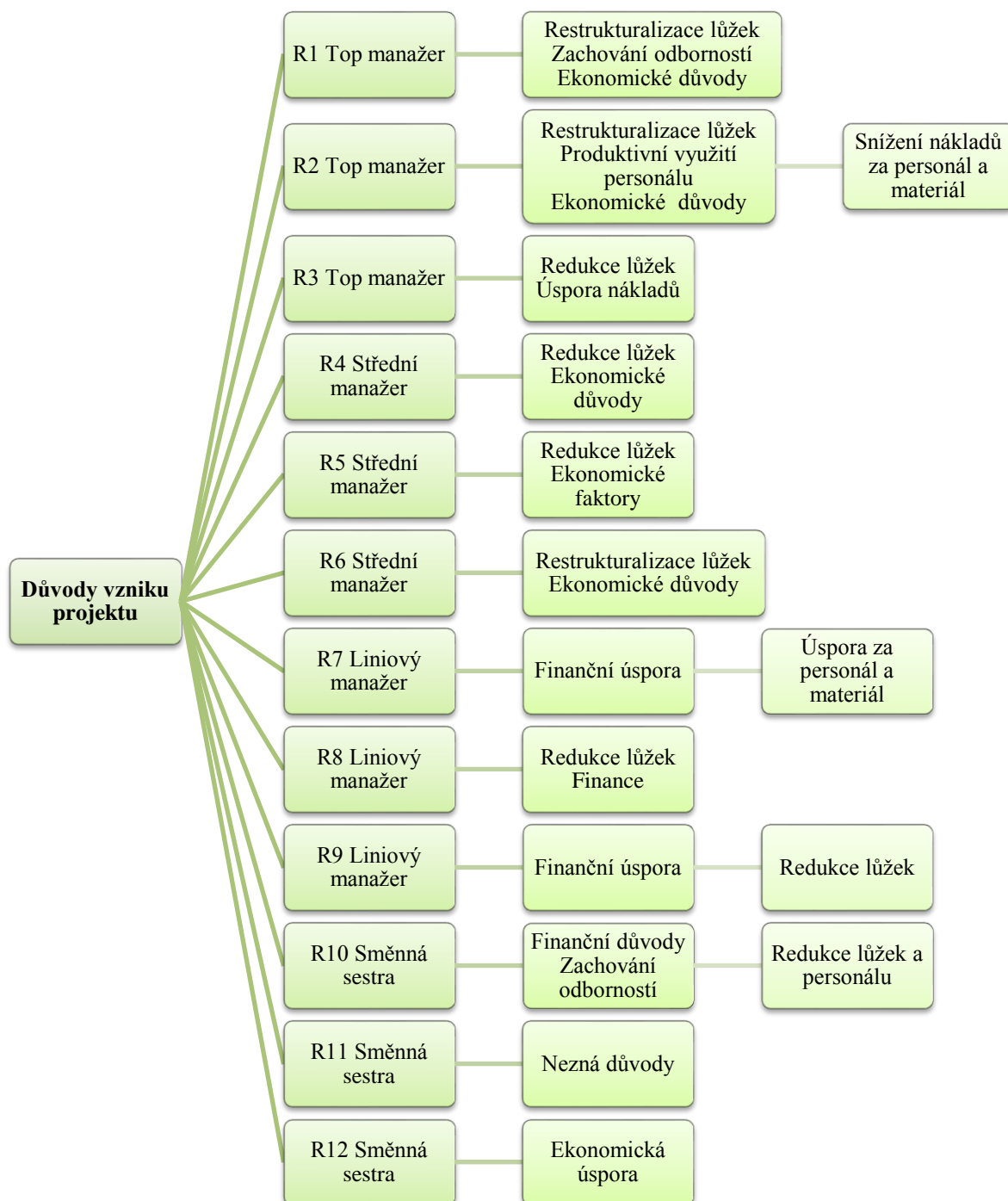
Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

Respondenti	Pracovní pozice	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe
Respondent 1	Top manažer	Vysokoškolské	8 let
Respondent 2	Top manažer	Vysokoškolské	38 let
Respondent 3	Top manažer	Vysokoškolské	7 let
Respondent 4	Střední manažer	Vysokoškolské	26 let
Respondent 5	Střední manažer	Vysokoškolské	14 let
Respondent 6	Střední manažer	Vysokoškolské	6 let
Respondent 7	Liniový manažer	Středoškolské	21 let
Respondent 8	Liniový manažer	Středoškolské	30 let
Respondent 9	Liniový manažer	Středoškolské	36 let
Respondent 10	Směnná sestra	Středoškolské	25 let
Respondent 11	Směnná sestra	Vysokoškolské	8 let
Respondent 12	Směnná sestra	Středoškolské	15 let

4 VÝSLEDKY

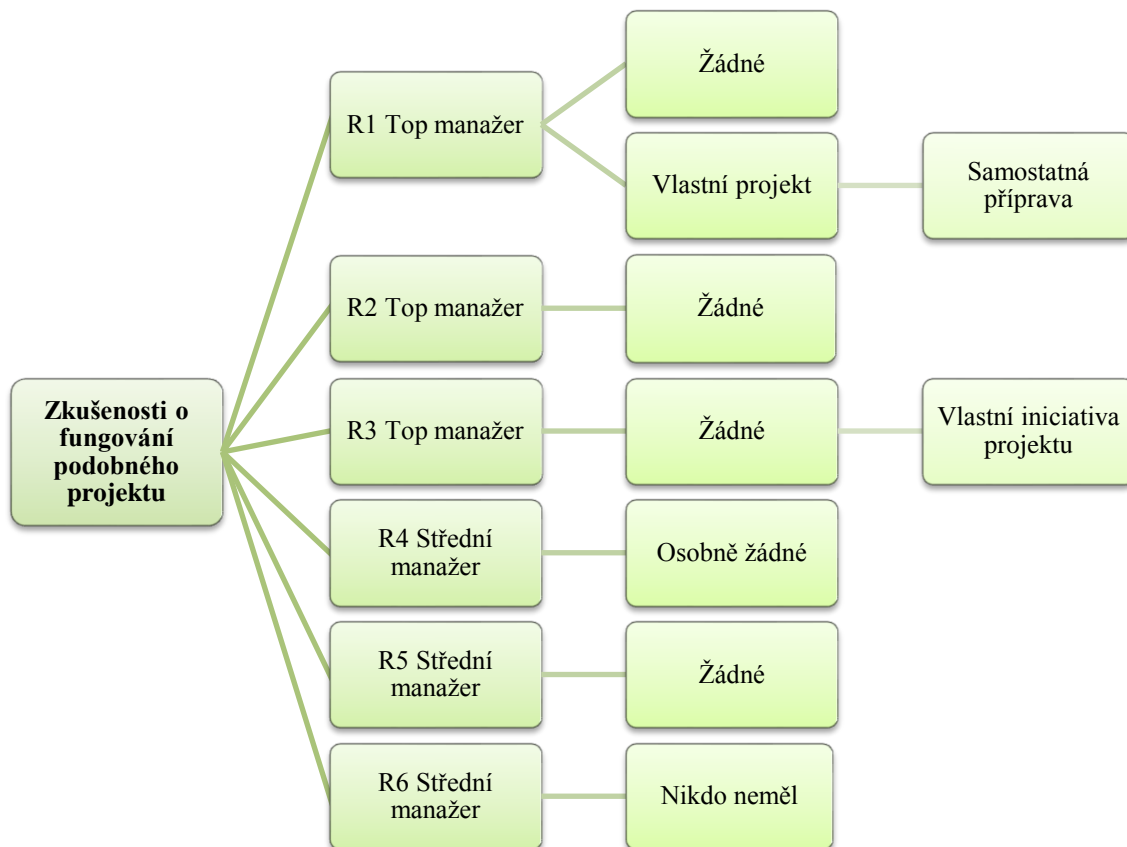
4.1 Problematika společného ošetrovatelského lůžkového fondu

Schéma 1 Důvody vzniku projektu



První vyhodnocenou analýzou z problematiky SOLFu byly důvody vzniku projektu. Hlavním důvodem vzniku projektu byla **finanční úspora** pro organizaci. Finanční úspora je spojena s **redukcí lůžek, personálu a snížením materiálních nákladů**. Dalším důvodem k realizaci projektu byla **restrukturalizace lůžek** v České republice s následným snížením počtu lůžek akutní péče. Projekt pro organizaci znamenal zachování některých odborností s produktivním využitím personálu. Respondent 1 v rozhovoru zmínil: *„Moje představa o projektu spočívala v tom, že chci zachovat v nemocnici všechny odbornosti, jelikož spádová oblast na Tábořsku je poměrně rozsáhlá a chtěl jsem zachovat dostupnost péče. Hrozilo totiž, že pokud dojde k redukcí lůžek, mohli bychom jako nemocnice o některá menší oddělení úplně přijít. Jediná možnost tedy byla některá oddělení sloučit do lůžkového fondu.“* K finanční úspoře odpověděl respondent 3: *„Jednoznačně úsporu mzdových nákladů ve výši 6,2 mil. Kč (duben – prosinec 2011). Bylo ukončeno 21,75 úvazků sester a 5 úvazků sanitářek. Byli vybráni pracovníci, kteří měli pracovní úvazek na dobu určitou, tím jsme eliminovali náklady na odstupné. Dále se snížily náklady na praní prádla a spotřebu dezinfekčních prostředků (cca – 240 tis za stejné období).*

Schéma 2 Zkušenosti o fungování podobného projektu



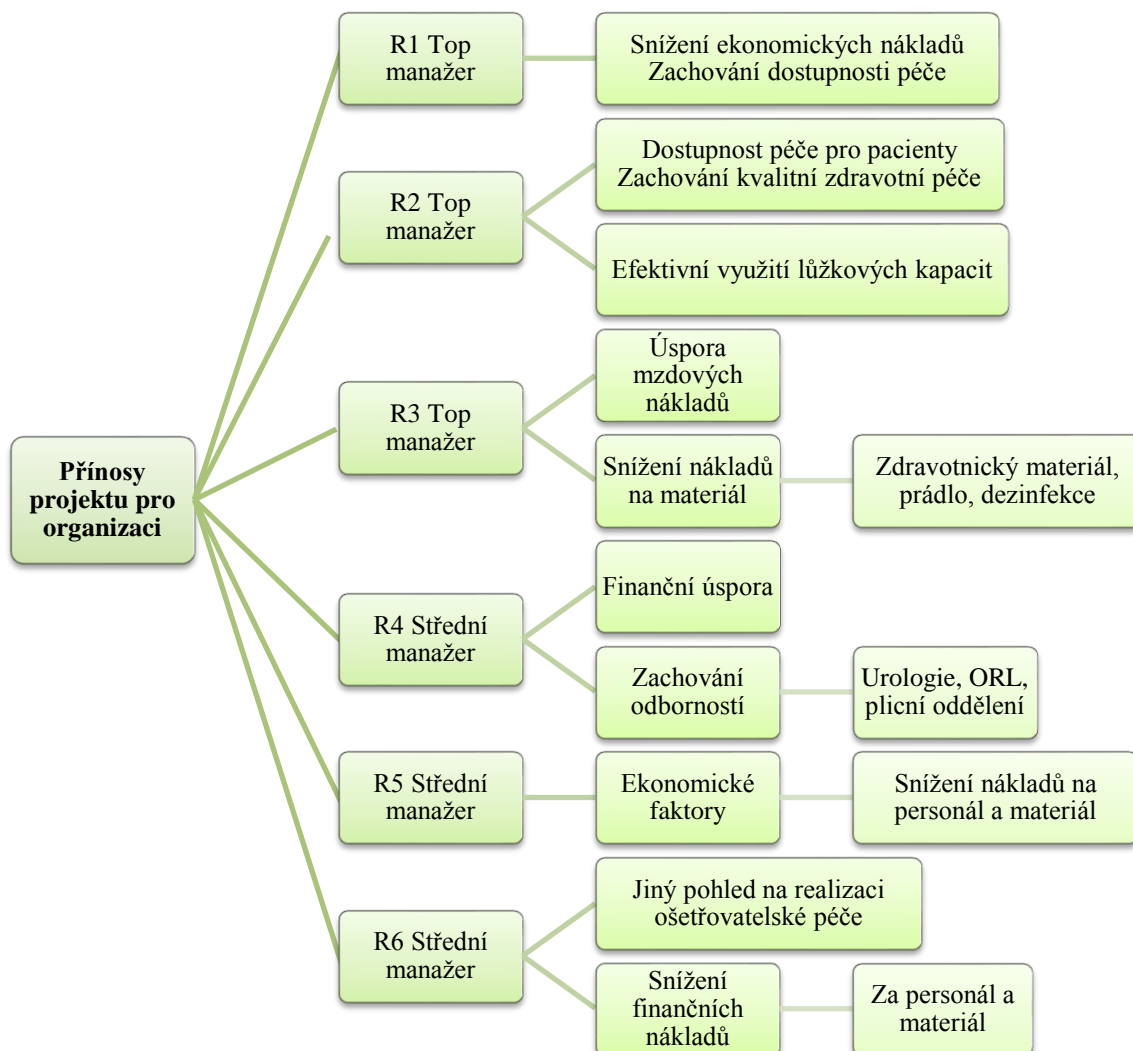
K problematice zkušenosti z fungování podobného projektu bylo osloveno šest respondentů. Dotazováni byli tři respondenti na pozici top manažerů, kteří se přímo podíleli na vytvoření projektu. Další tři oslovení respondenti z pozic středního managementu se přímo podíleli na samotné realizaci projektu. Z analýzy o zkušenosti z fungování podobného projektu vyplývá, že žádný oslovený respondent ze středních a top manažerů neměl **žádné zkušenosti** z podobného či stejného projektu. Projekt byl realizován na základě **vlastní iniciativy** a **samostatné přípravy**. Respondent 3 uvedl: „Před zavedením SOLFu jsme se snažili využít praktickou zkušenost z jiného zdravotnického zařízení, ale po osobních návštěvách jsme zjistili, že naše myšlenka je daleko více rozpracovaná s konkrétními dopady než u navštíveného zařízení.“

Schéma 3 Délka přípravy projektu a spolupracující subjekty



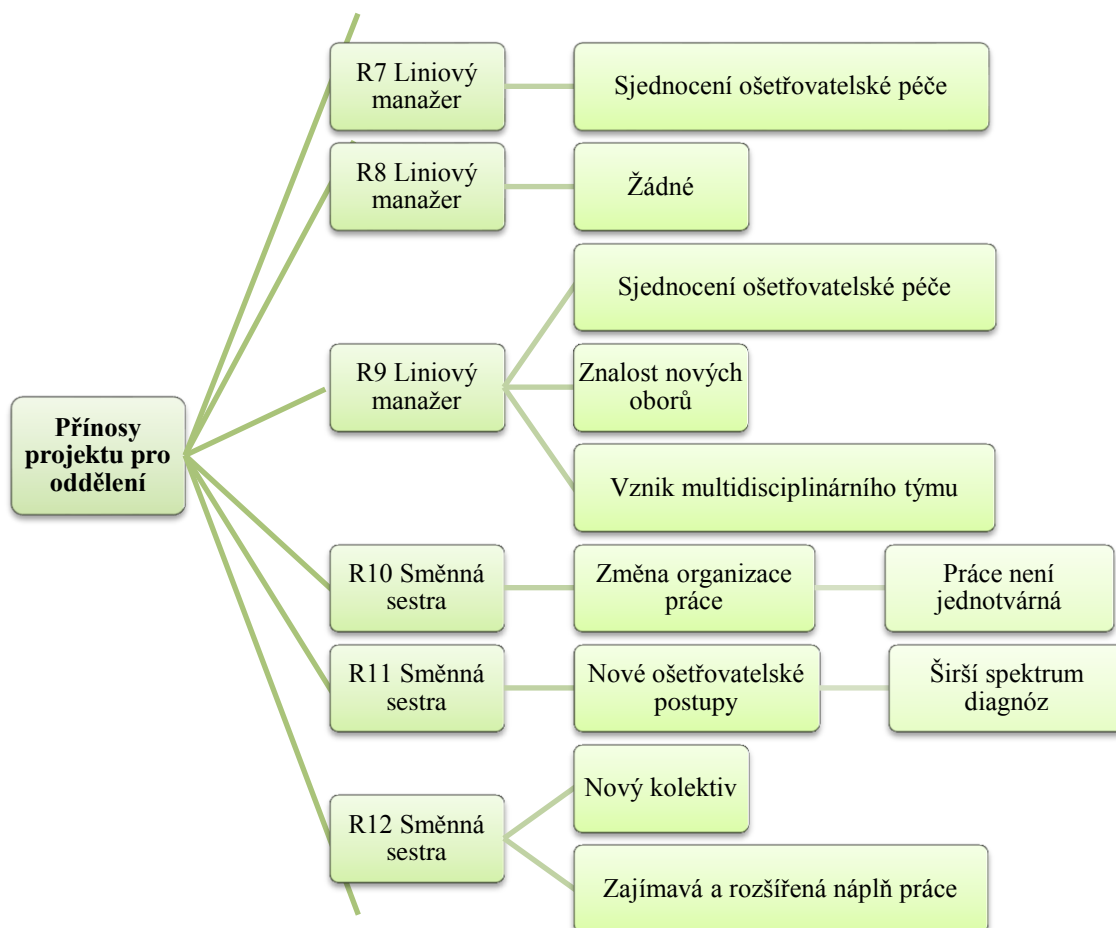
Součástí analýzy problematiky společného ošetrovatelského lůžkového fondu byla analýza délky přípravy projektu. K této problematice bylo osloveno šest respondentů. Společně s celým **vedením nemocnice** na projektu dále **spolupracovalo personální oddělení, obchodní oddělení, ekonomické oddělení a náměstek pro kvalitu péče**. Vedení nemocnice nespolupracovalo při přípravě projektu se středním managementem. Délka přípravy samotného projektu trvala přibližně **tři měsíce**. Pro manažery střední linie byla příprava a samotná realizace projektu **příliš krátká**. Respondent 4 v rozhovoru doplňuje: „Podle mého názoru měl být tento projekt lépe připraven a měl zde být větší časový prostor pro přípravu i samotnou realizaci.“

Schéma 4 Přínosy projektu pro organizaci z pohledu vrcholových a středních manažerů



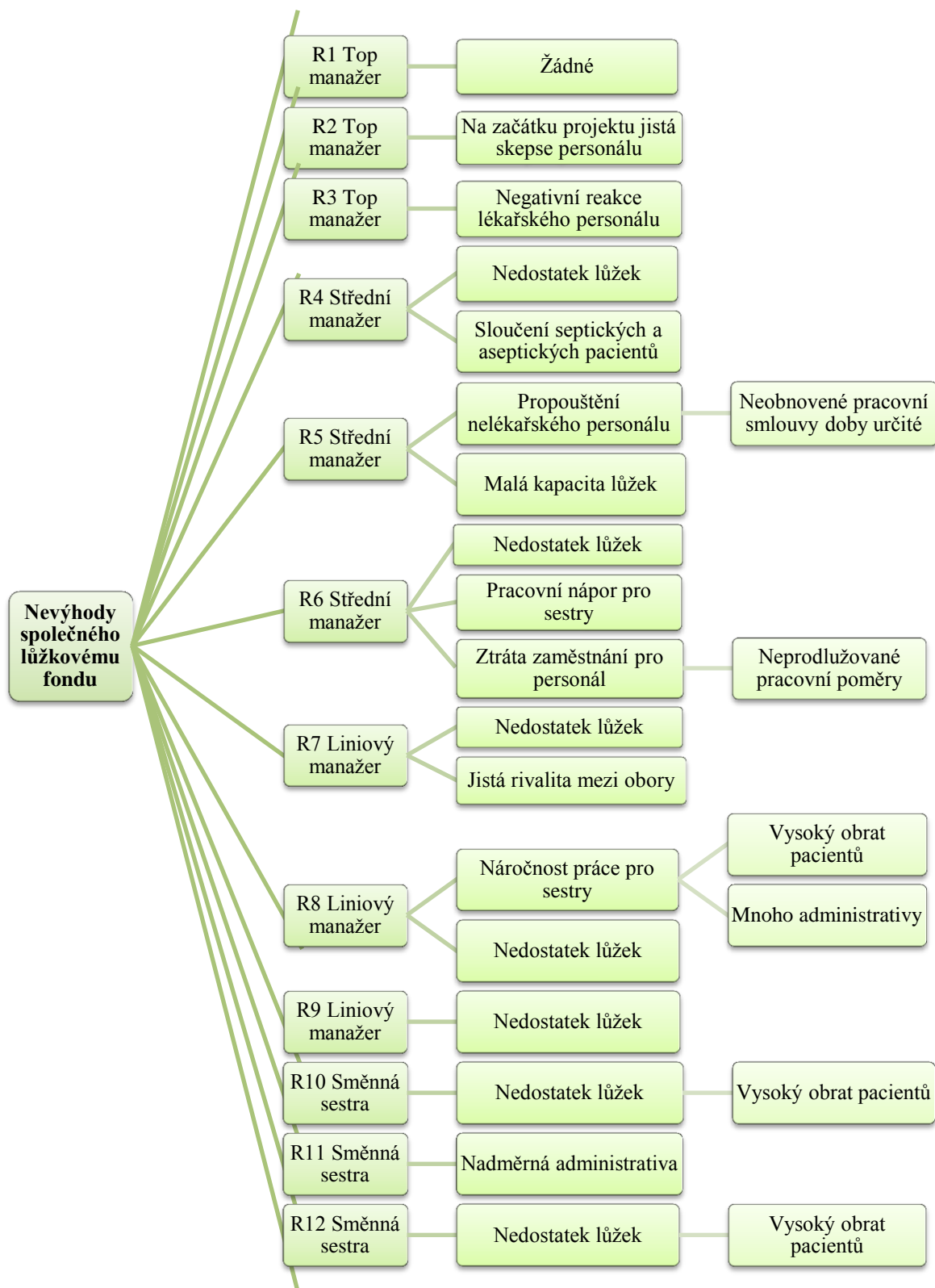
Hlavním přínosem pro nemocnici byla jednoznačně **finanční úspora**. Finanční úspora se týkala hlavně **snížení nákladů za personál, za zdravotnický materiál, prádlo a dezinfekci**. Projekt přinesl organizaci jiný pohled na realizaci ošetrovatelské péče a zachování kvalitní zdravotní péče. Byly **zachovány některé ohrožené odbornosti**, jako bylo oddělení urologie, ORL a plicní odbornosti a tím byla **zachována dostupnost péče** pro všechny pacienty. Díky projektu došlo k **efektivnímu využití lůžkových kapacit**.

Schéma 5 Přínosy projektu pro oddělení z pohledu liniových manažerů a směnných sester



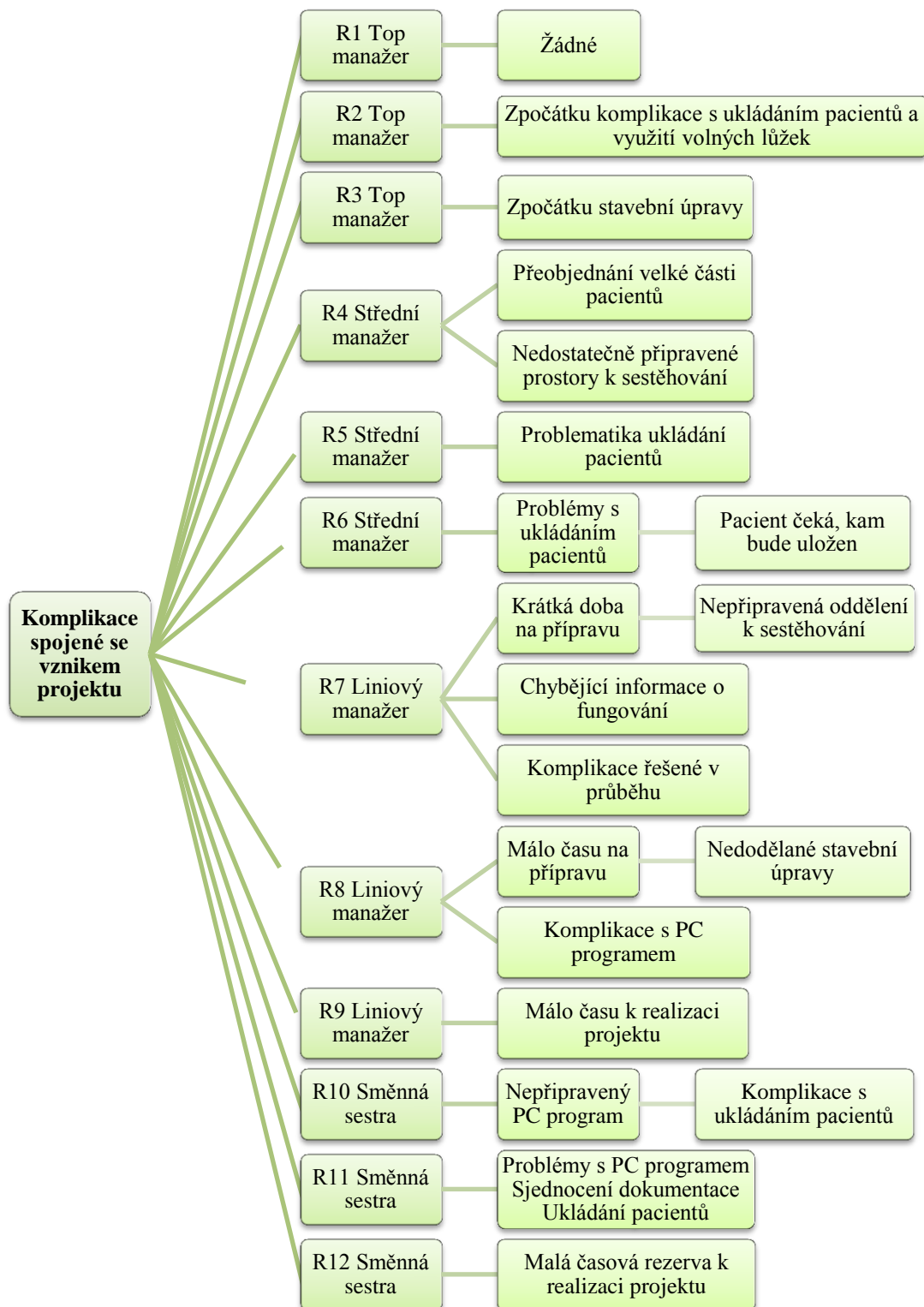
Dle názoru oslovených liniových manažerů a směnných sester přínosem projektu pro oddělení bylo **sjednocení ošetrovatelské péče** a **nové ošetrovatelské postupy** díky většímu spektru diagnóz. Nejednotvárnost v zaměstnání je spojená se **změnou organizace práce** a se zajímavou a **rozšířenou náplní práce**. Přínosem bylo pro zaměstnance poznání nových oborů, **vznik multidisciplinárního týmu** a **nový kolektiv**. Respondentka 10 uvedla: „Když budu mluvit z pohledu sesterského, tak naše práce je rozhodně zajímavější. Díky třem odbornostem na oddělení není práce stereotypní a musím říct, že jsem si hodně rozšířila vědomosti. Jsem kmenově chirurgická sestra septické stanice a úplnou novinkou pro mě byla práce s pacienty z odbornosti ORL. I když je to operační obor, tak se zde ošetrovatelská péče poměrně liší a to hlavně v před a v pooperační péči.“

Schéma 6 Nevýhody společného lůžkového fondu



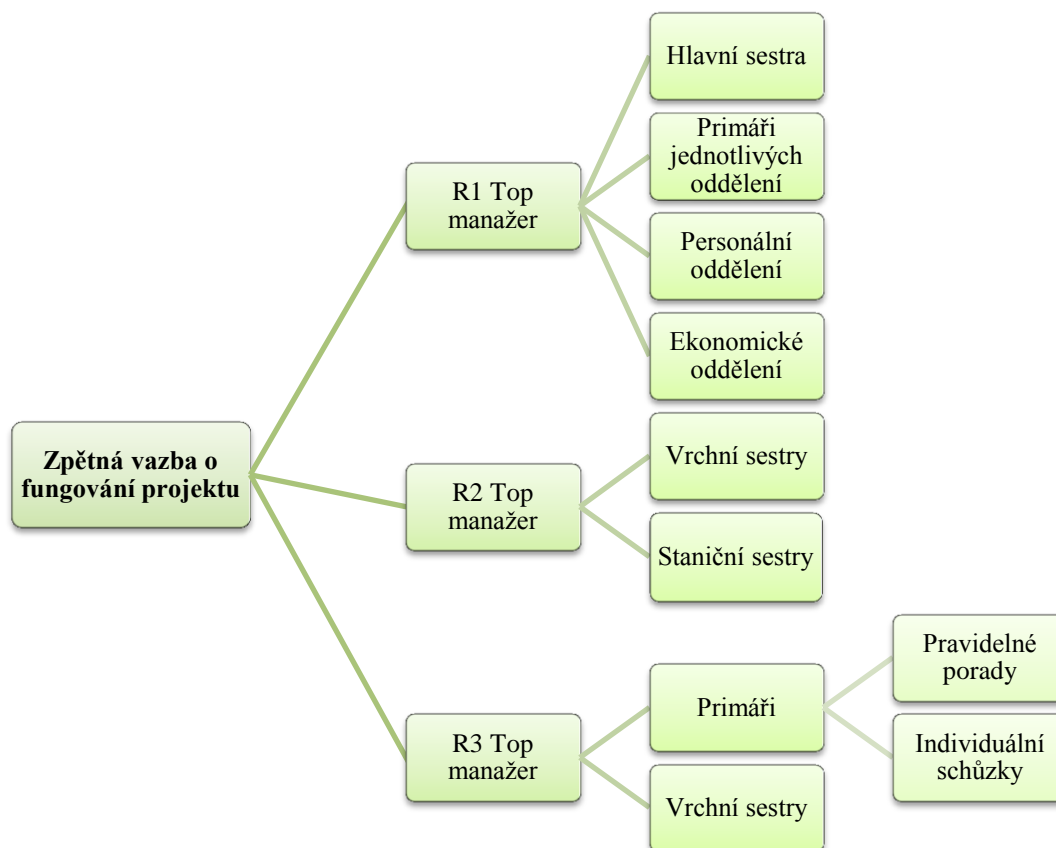
Projekt společného lůžkového fondu má i svoje nevýhody. Jako největší nevýhodu projektu respondenti uváděli **nedostatek lůžek**. Ten je spojený s restrukturalizací lůžek v České republice a následnou **redukcí lůžek** akutní péče. Díky nedostatku lůžek dochází k **většímu obratu pacientů** a to je spojeno s **větší pracovní zátěží pro sestry**. Respondentka 11 k tomu dodává: „*Máme obtíže s dokumentací, s vizitami. Lékař z jiného oddělení se občas nedostaví, je třeba na kmenové oddělení volat. Někdy dlouho není jasné, bude-li pacient patřit na chirurgii či na ortopedii. Někdy po založení veškeré dokumentace lékaři rozhodnou o přesunu pacienta na jiné (kmenové) oddělení, takže se dokumentace vypisuje zbytečně. Nutností je psaní ošetřovatelských překládových zpráv a podobně.*“ Větší obrat pacientů přináší větší **administrativní zátěž**. Nevýhodou projektu byla také **ztráta pracovních míst** pro personál, kdy nebyly obnovovány pracovní smlouvy na dobu určitou. K tomu respondent 2 doplňuje: „*Organizační změna představovala snížení zaměstnanců Nemocnice Tábor, a.s. v kategorii sester o 21,75 úvazků, v kategorii ostatního nelékařského personálu o 5 úvazků. Snížení stavu personálu vzniklo ukončením pracovních poměrů uplynutím sjednané doby. Nedošlo ke snížení stavu a ukončení pracovních poměrů z důvodu organizační změny – nadbytečnosti. Vedoucí pozice vrchních, staničních a vedoucích sester byly organizační změnou zrušeny.*“ **Míšení septických a aseptických pacientů** je také vnímáno jako nevýhoda projektu. Celkově byl projekt společného ošetřovatelského lůžkového fondu **negativně vnímán** spíše zaměstnanci nemocnice, z řad lékařského personálu.

Schéma 7 Komplikace spojené se vznikem projektu



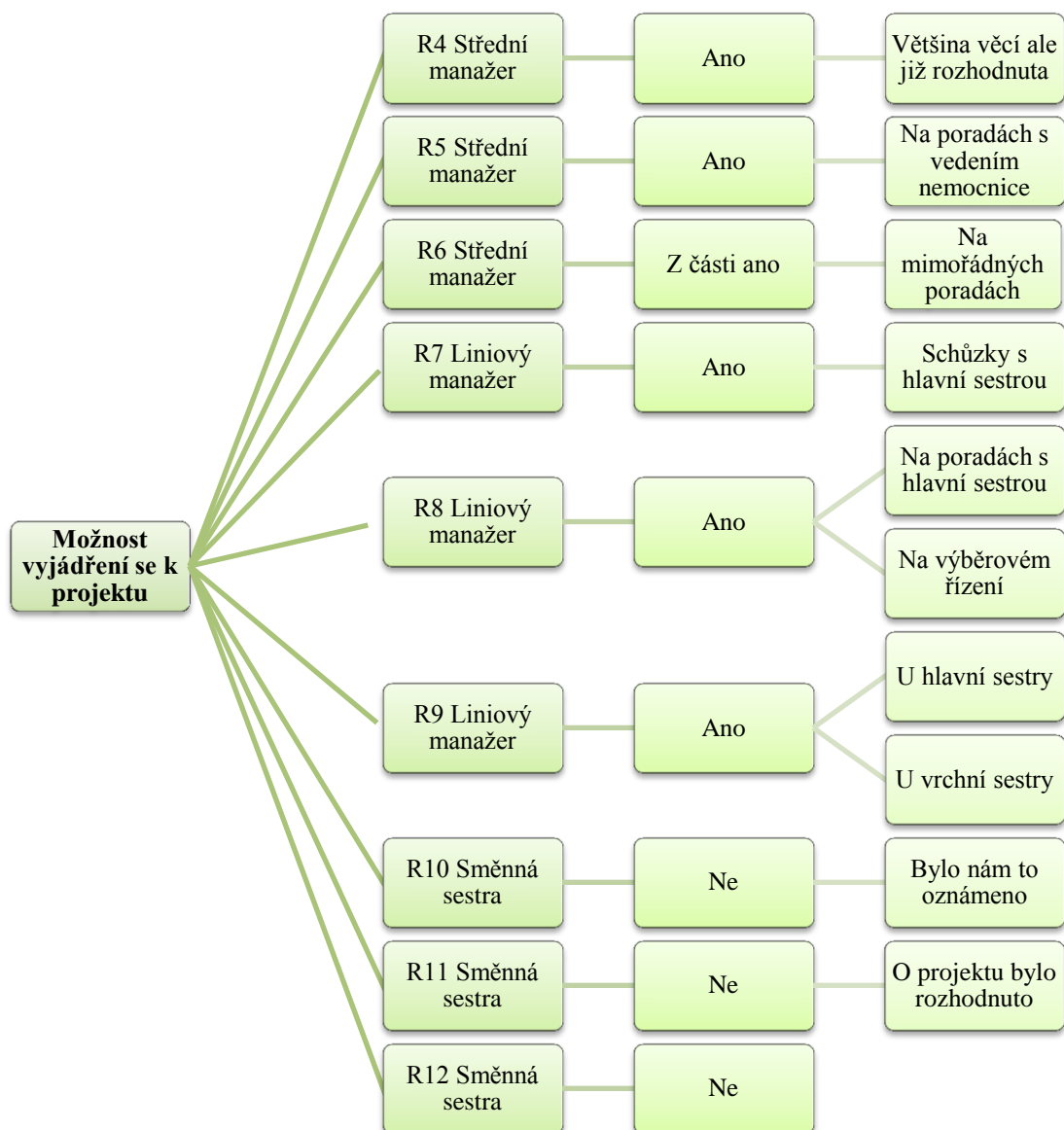
Největší komplikací při realizaci vzniku projektu bylo **málo časového prostoru** k samotné realizaci. Komplikací byly **nedostatečně stavebně připravené prostory** k sestěhování oddělení, což souviselo s redukcí lůžek jednotlivých odborností. Respondent 5 v rozhovoru uvedl: „*Při sloučení oborů na jedno oddělení nebyly připravené všechny prostory k nastěhování, chybělo materiální a technické vybavení, protože většina vybavení nešla z původních prostorů vůbec přestěhovat.*“ S redukcí lůžek souvisely i **komplikace s ukládáním pacientů a využívání volných lůžkových kapacit** na společném ošetrovatelském lůžkovém fondu. K tomu respondent 2 udává: „*Lékařský i nelékařský personál se musel naučit využívat volné lůžkové kapacity ve společném lůžkovém fondu, což jim zpočátku činilo potíže. Důležitá zde byla dobrá spolupráce a komunikace mezi obory.*“ Redukce lůžek s sebou přinesla i **přeoobjednání větší části pacientů** k výkonům. To v rozhovoru potvrdil i respondent 4: „*Malá časová rezerva projektu byla pro nás velmi důležitá, protože my jsme měli objednané pacienty k výkonu půl roku dopředu a díky této poměrně rychlé změně jsme museli většinu z nich přeoobjednat.*“ **Nedostatečná příprava počítačových programů** se ukázala také jako komplikace při vzniku společného lůžkového fondu. Problémem bylo **sjednocení ošetrovatelské dokumentace** při sloučení několika oborů na jednu stanici.

Schéma 8 Zpětná vazba o fungování projektu



Top manažeři nebyli přímými účastníky realizace projektu, proto byla analyzována zpětná vazba o fungování společného lůžkového fondu. Zpětná vazba byla získávána **prostřednictvím informací od hlavní sestry, středních a liniových manažerů. Primáři** podávali informace o fungování projektu na **pravidelných poradách** a na **individuálních schůzkách**. Zpětná vazba probíhala také prostřednictvím **personálního a ekonomického oddělení**. Respondent 1 dodává: „*Měl jsem a neustále mám, o fungování společného ošetrovatelského lůžkového fondu, zpětnou vazbu od primářů jednotlivých odborností. Co se týká nelékařského personálu, zde mám zpětnou vazbu od hlavní sestry.*“

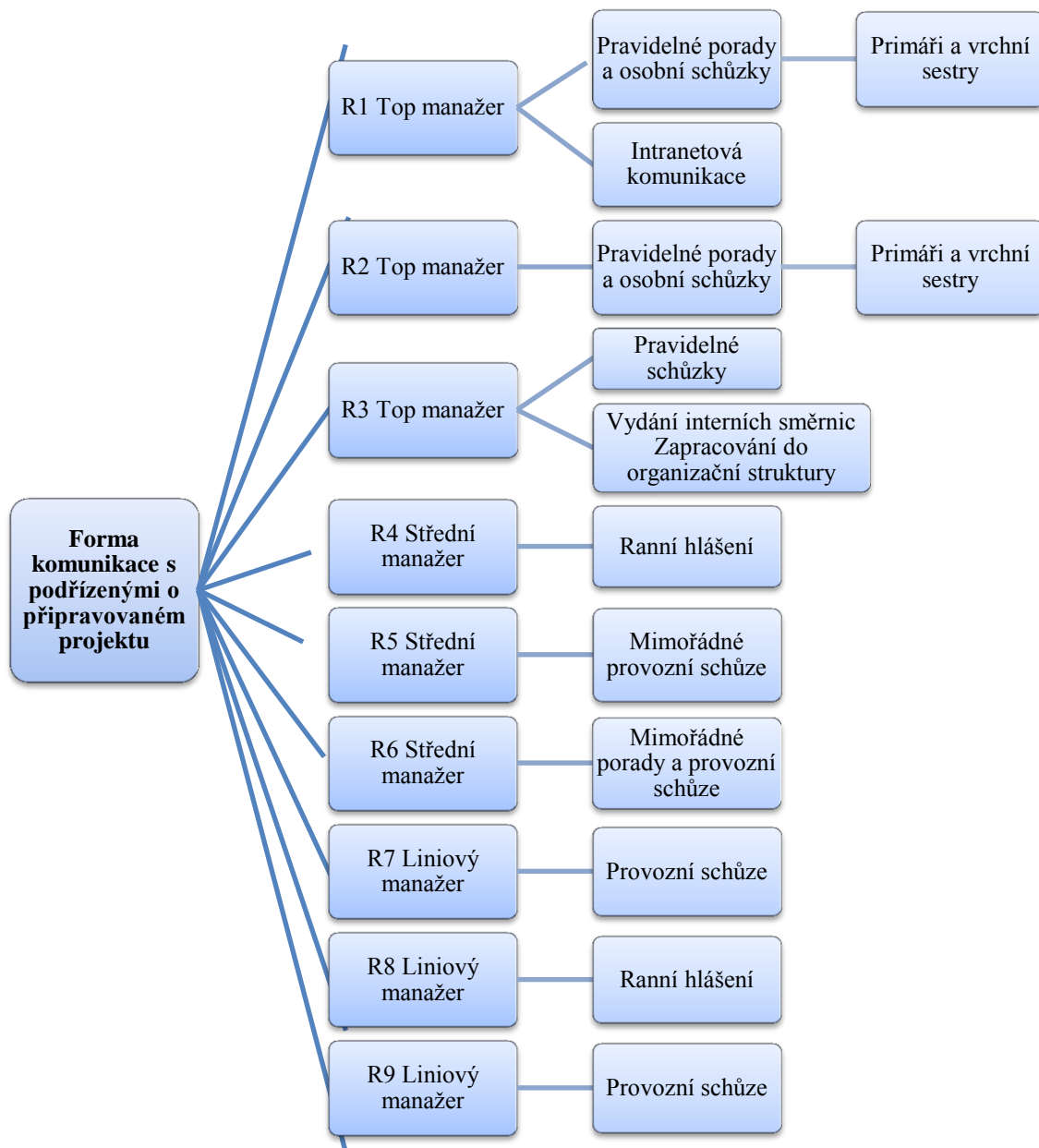
Schéma 9 Možnost vyjádření se k projektu



Z analýzy otázky, zda se mohli zaměstnanci vyjádřit k projektu, vyplývá, že střední a linioví manažeři **měli možnost se vyjádřit**. Dotazy kladli na poradách s vedením nemocnice a také na hlavní a vrchní sestru. Směnné sestry **neměly možnost** se k projektu vyjádřit. Již rozhodnutý projekt jim byl oznámen. To potvrzuje respondentka 11: „*Už bylo rozhodnuto, museli jsme se přizpůsobit.*“

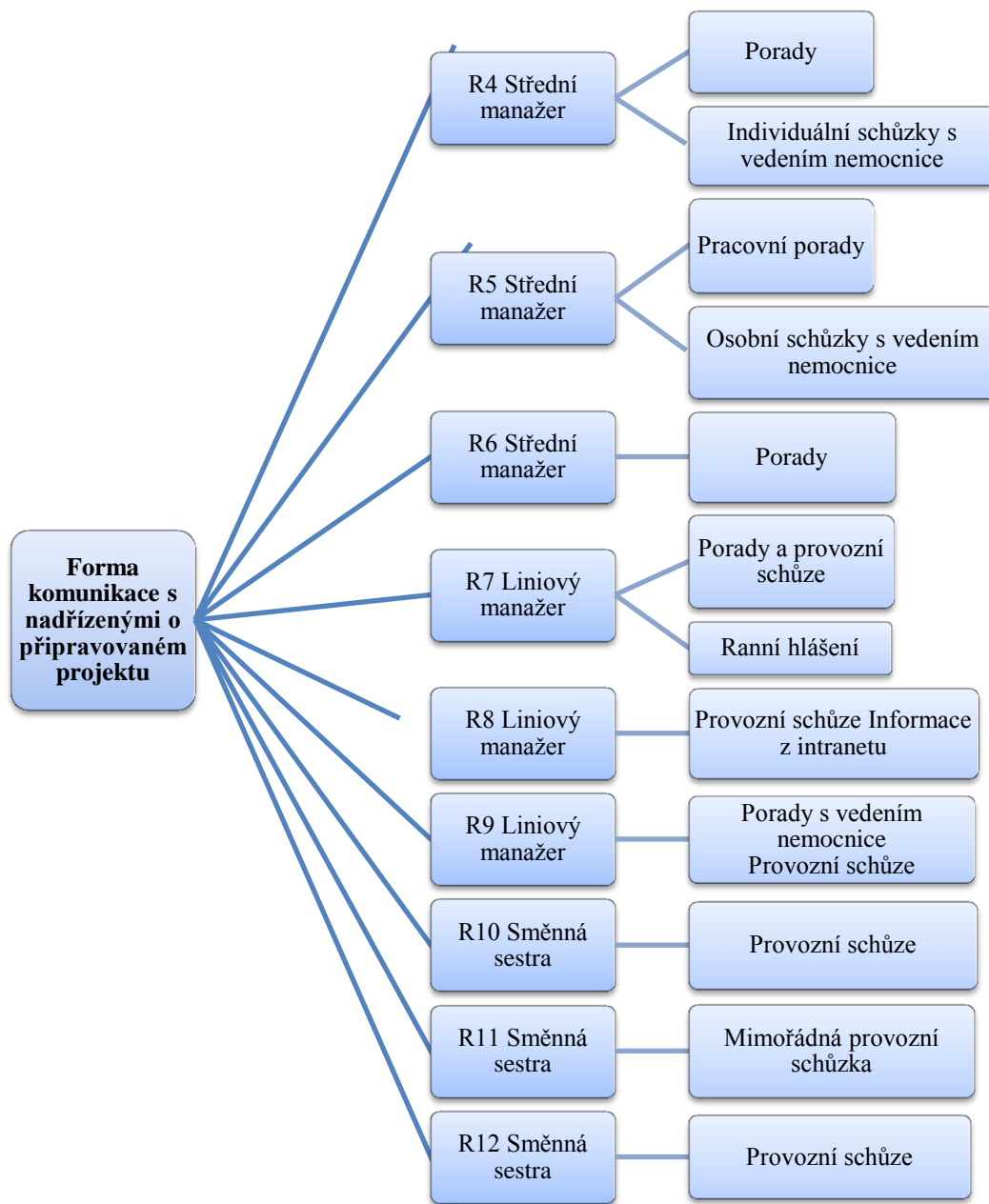
4.2 Informovanost o připravovaném projektu

Schéma 10 Forma komunikace s podřízenými o připravovaném projektu



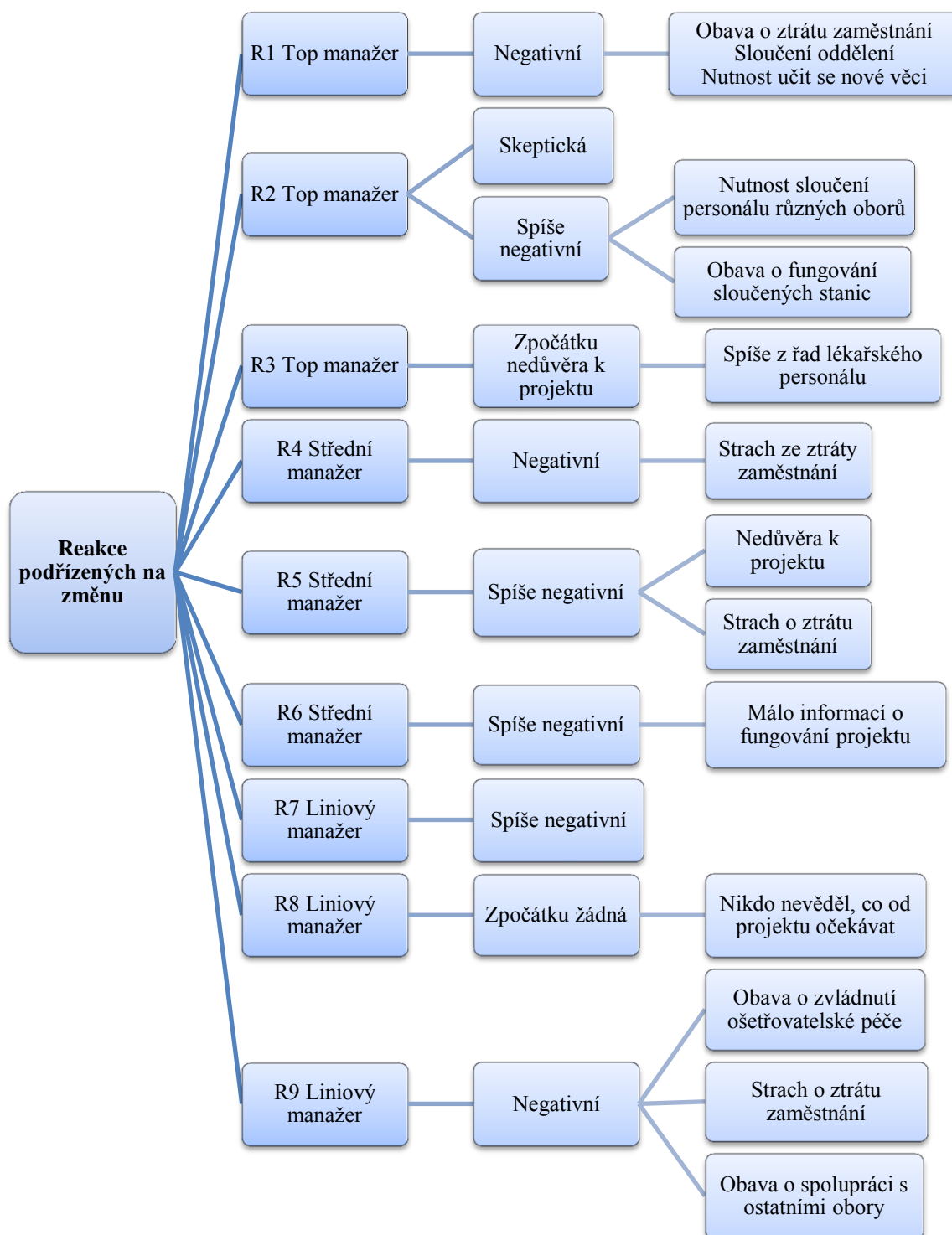
Z analýzy vyplývá, že komunikace o připravovaném projektu probíhala hlavně prostřednictvím **pravidelných porad a osobních schůzek** s podřízenými. Informace podřízeným byly podávány **intranetovou formou**, zapracovány do **organizační struktury nemocnice** a byly **vydány interní směrnice** k připravovanému projektu.

Schéma 11 Forma komunikace s nadřízenými o připravovaném projektu



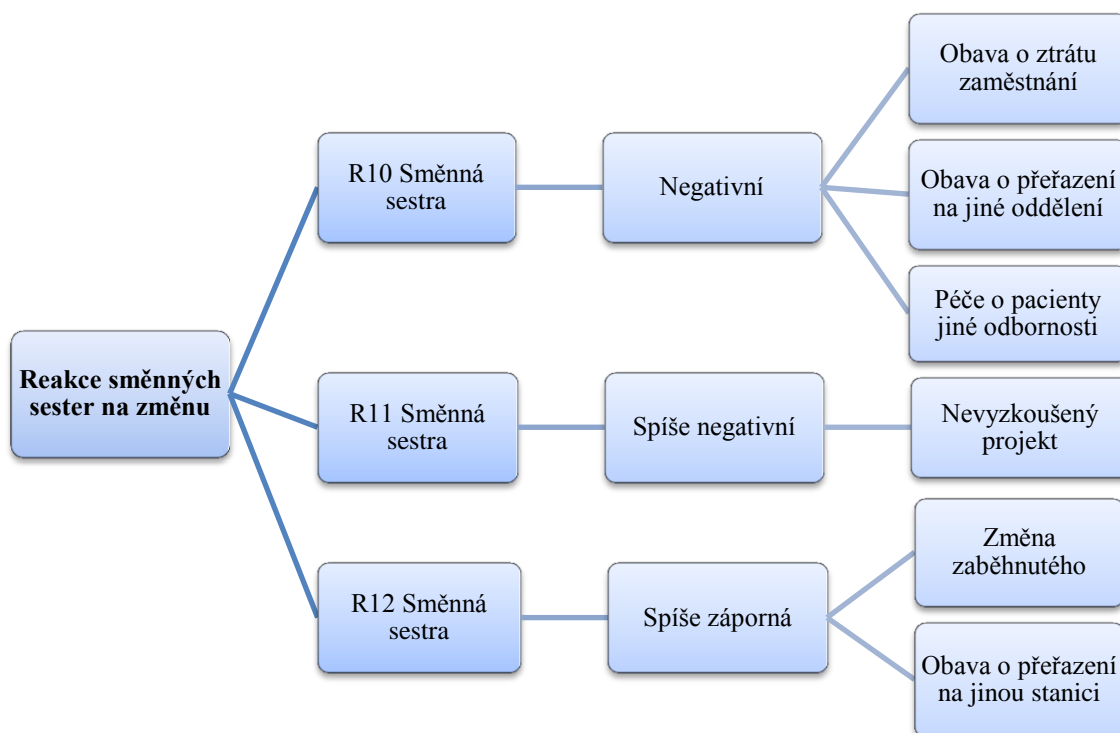
V rámci otázky po informovanosti o připravovaném projektu byli zaměstnanci dotazováni, jakou formou probíhala komunikace s nadřízenými o připravovaném projektu. Podřízení dostávali pravidelně informace o projektu **na poradách** s vedením nemocnice, při **individuálních setkáních**, na **provozních schůzích** a při **ranním hlášení**. Informace byly dostupné také na **intranetu**.

Schéma 12 Reakce podřízených na změnu



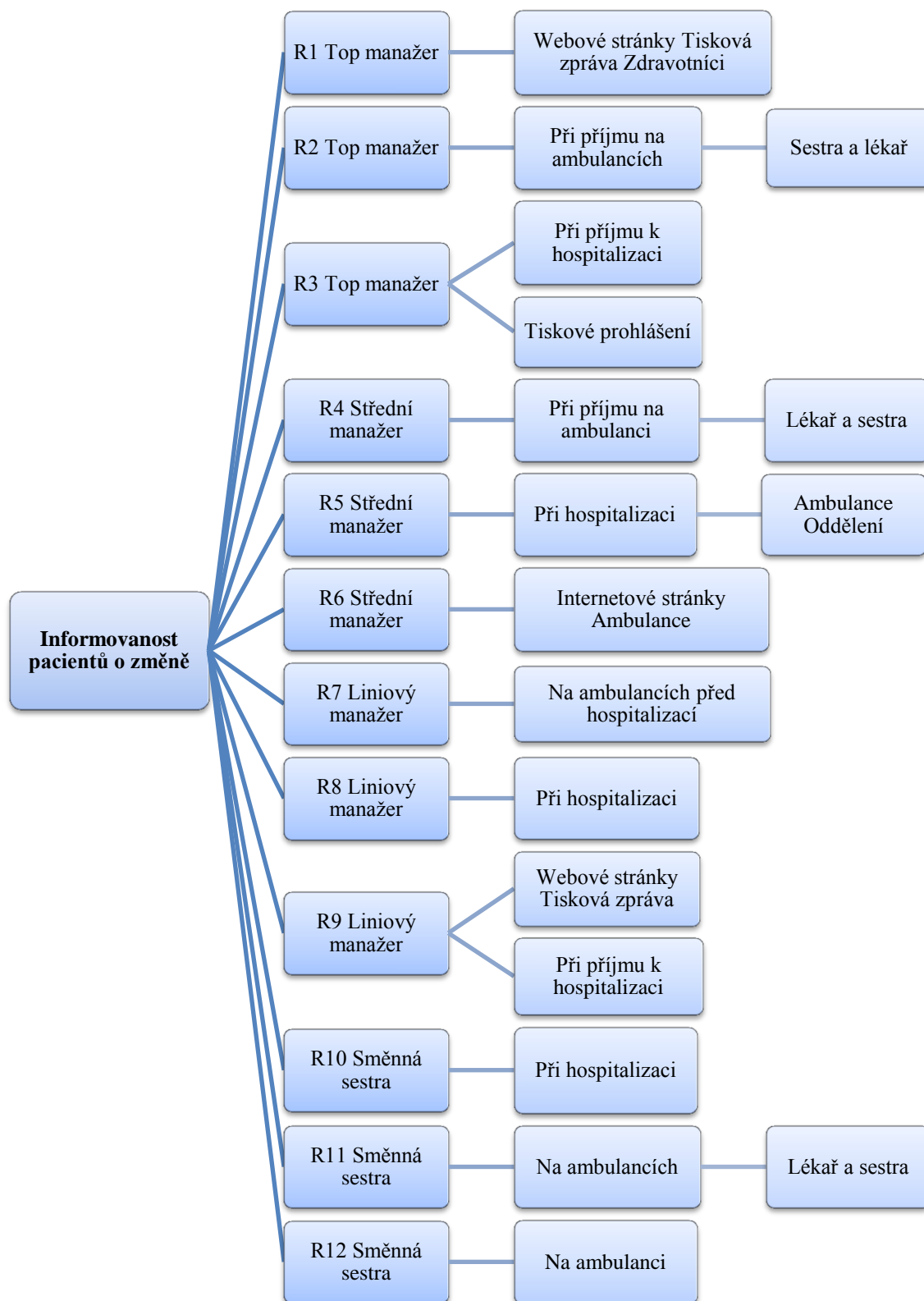
V rámci otázky po informovanosti o připravovaném projektu byli respondenti dotazováni na reakci podřízených v návaznosti na projekt. Reakce byly **negativní a skeptické**, spojené s **nedůvěrou** k projektu. To v rozhovoru potvrdil respondent 3: *„Jako na začátku každého projektu se zaměstnanci, kteří jsou zvyklí stereotypně pracovat v určitém režimu, neměli důvěru ve funkčnost tohoto projektu. Zvláště lékaři se snažili najít nefunkční místa spíše z pohledu pohodlnosti, ale naopak nelékařský personál velmi aktivně vyvíjel snahu o zavedení do praxe.“* Převládala **obava o ztrátu zaměstnání, o zvládnutí ošetrovatelské péče a obava o spolupráci s ostatními obory**. Negativní reakce byla dále spojená se **sloučením oddělení, personálu** a s obavou o jeho fungování. Respondent 9 doplňuje: *„Na tuto změnu reagovaly sestry negativně. Obávaly se péče o pacienty na oddělení jiné odbornosti. Každá sestra je sice flexibilní, ale zde byly sloučeny tři odbornosti, které mají svá specifika. Sestry se musely naučit odbornou práci na těchto odděleních. Měly strach z nové pracovní náplně a v neposlední řadě nového kolektivu jak sester, tak i lékařů.“*

Schéma 13 Reakce směnných sester na změnu



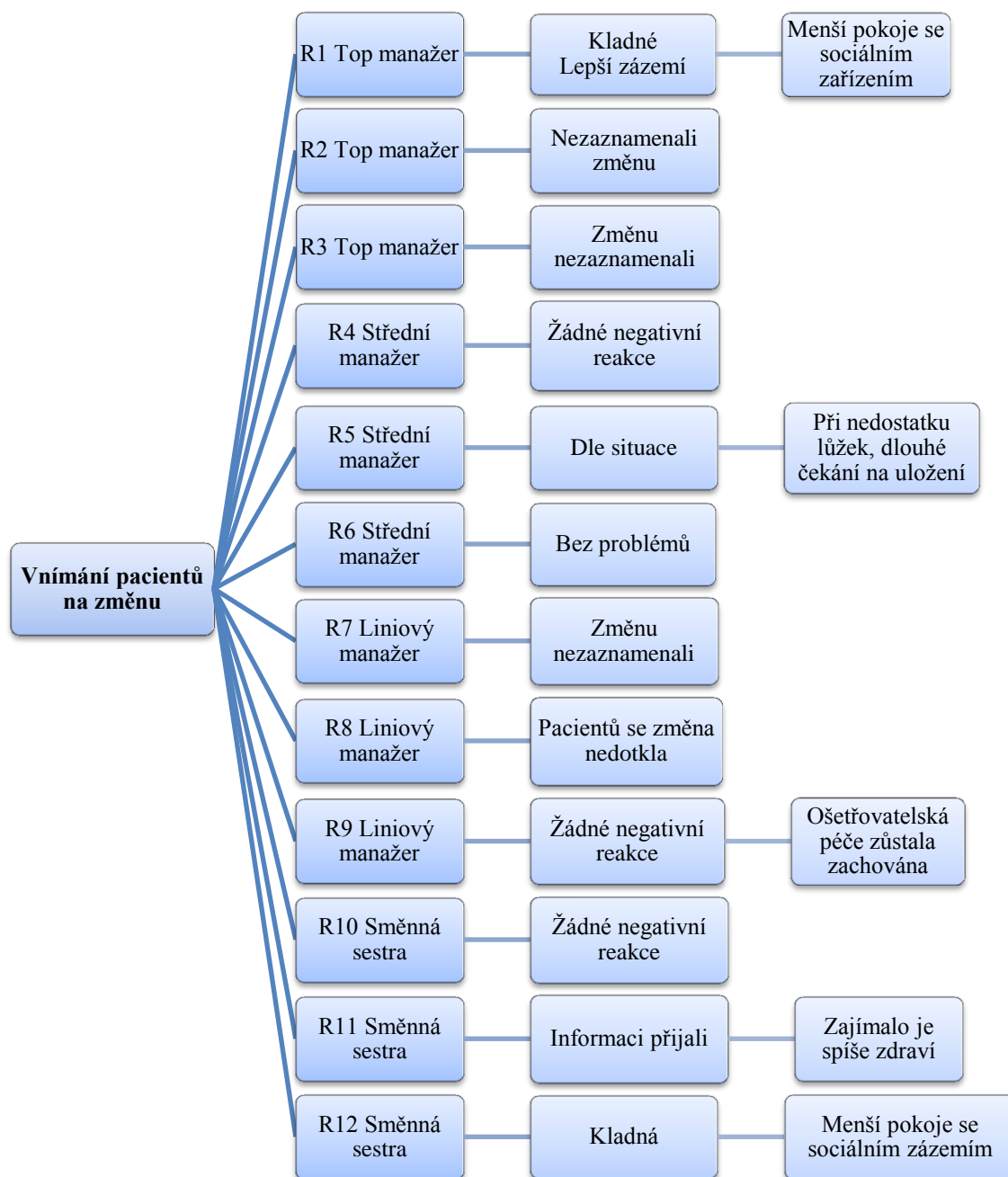
Reakce směnných sester v návaznosti na projekt byla **spíše negativní** a **záporná**. Negativní reakce byla spojena s **obavou o ztrátu zaměstnání**, **obavou o přeřazení** na jinou stanici a **se strachem o péči o pacienty jiné odbornosti**. Respondentka 10 se k této problematice uvedla: „Bylo nám jasné, že s redukcí lůžek musí přijít i redukce personálu. Spousta děvčat neměla trvalý pracovní poměr a tudíž se oprávněně bály o své pozice. A nakonec opravdu s některými již nová smlouva podepsána nebyla a v nemocnici tak skončily.“ **Nevyzkoušený projekt** a **změna zaběhnutého** byla také příčinou záporné reakce sester v souvislosti s projektem.

Schéma 14 Informovanost pacientů o změně



Součástí informovanosti o připravovaném projektu byla i informovanost pacientů. Pacienti dostávali informace **od zdravotníků** na ambulancích před hospitalizací a na jednotlivých odděleních. Respondent 6 zmiňuje: *„Pacientům to bylo a stále je sdělováno při příjmu k hospitalizaci. Někdy se totiž stává, že pacienti různých odborností leží na stejném pokoji. Je to dáno například momentálním nedostatkem lůžek pro určitou odbornost či nemožnost jiného uložení pacientů díky pohlaví.“* K tomu respondent 2 ještě doplňuje: *„Pacienti dostávají informace k hospitalizaci na jednotlivých ambulancích, kde jim buď lékař, nebo sestra sdělí, na jakém oddělení budou ležet a z jakého důvodu.“* Informace byly podávány **prostřednictvím internetu a tisku**. *„Pacienti, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení, byli informováni na oddělení. Poté byli přestěhováni na nové společné oddělení. Ostatní pacienti byli informováni až při příjmu. Veřejnost byla informována prostřednictvím novin a na webových stránkách nemocnice,“* jak uvádí respondent 9.

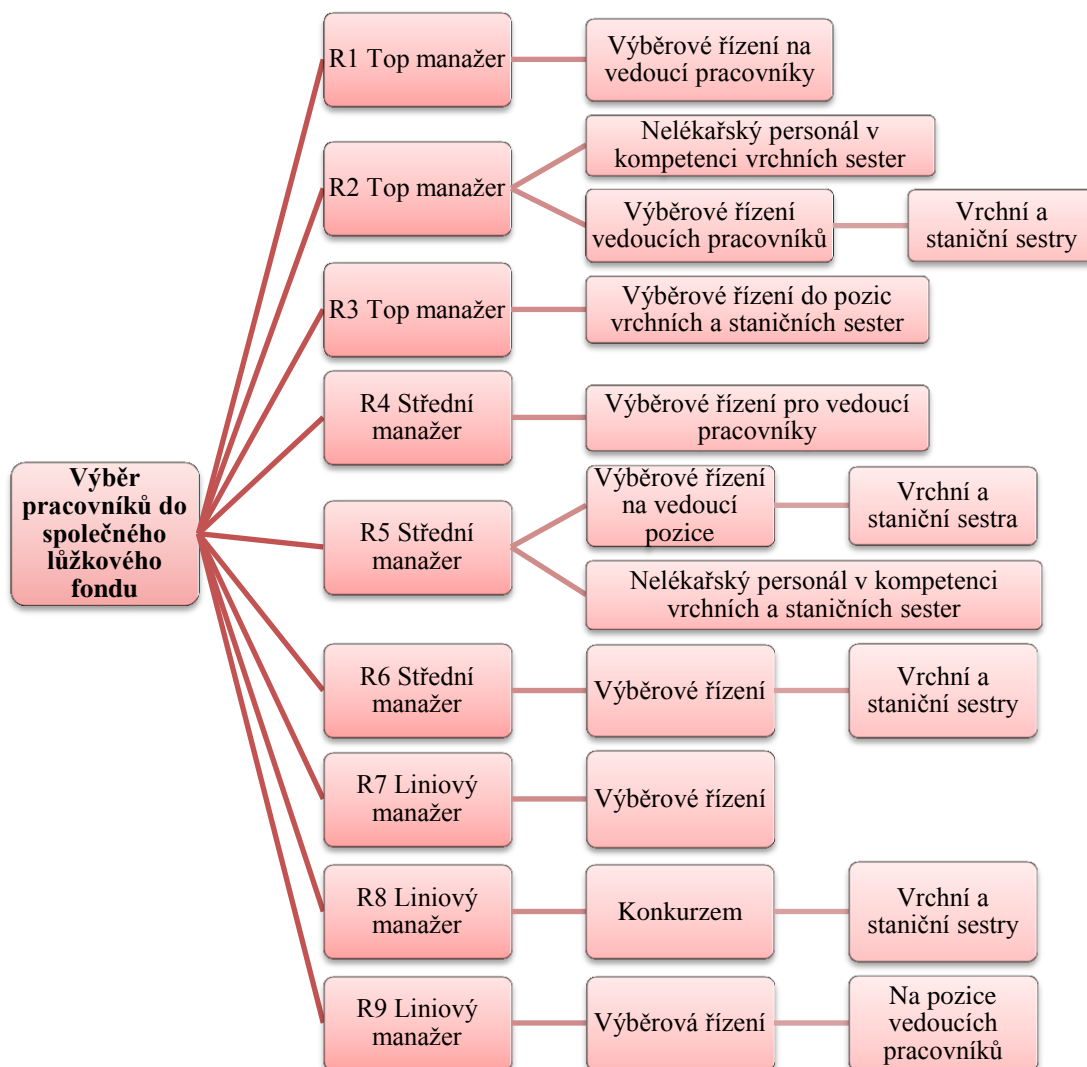
Schéma 15 Reakce pacientů na změnu



Dle respondentů pacienti na změnu organizace péče reagovali **kladně** a **bezproblémově**. Někteří pacienti **změnu nezaznamenali** a zajímalo je spíše jejich zdraví. Pacienti měli po sloučení oddělení k dispozici menší pokoje se sociálním zázemím. Někteří pacienti **reagovali dle situace** při příjmu. Při nedostatku lůžkové kapacity čekali delší dobu na uložení na oddělení.

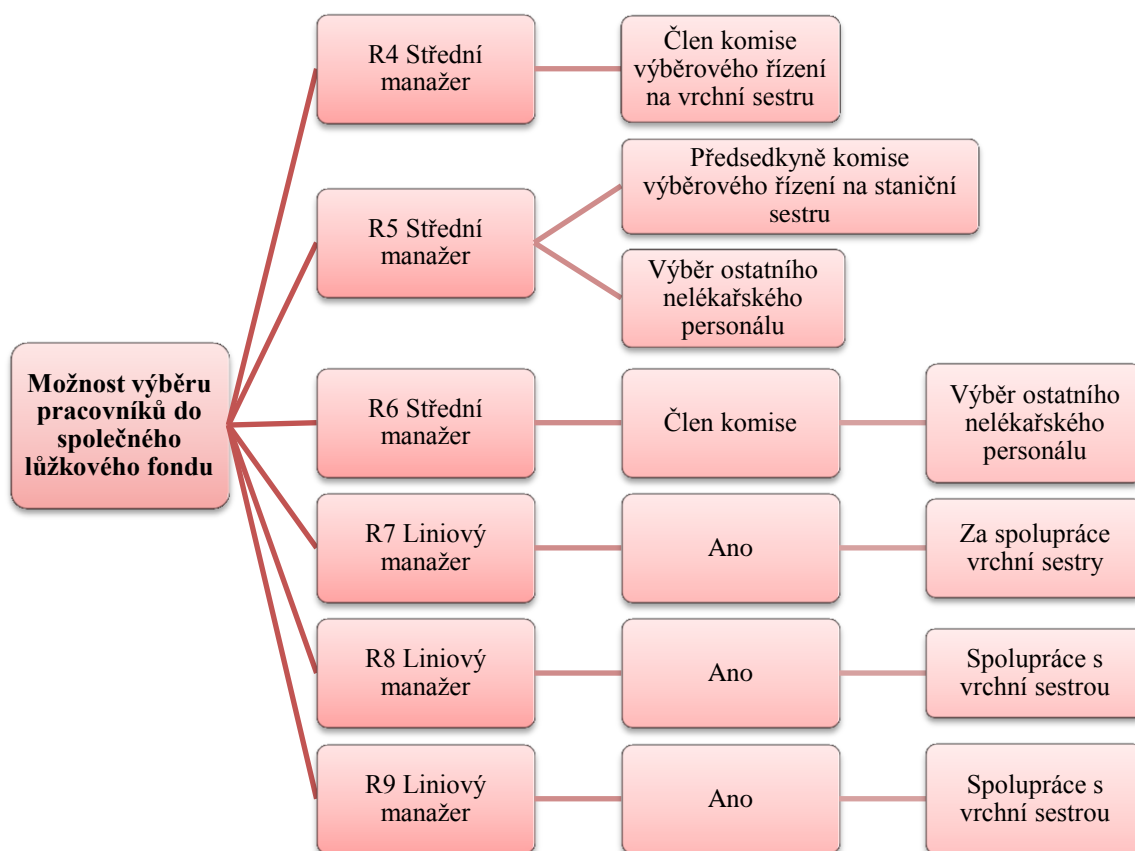
4.3 Personální politika projektu

Schéma 16 Výběr pracovníků do společného lůžkového fondu



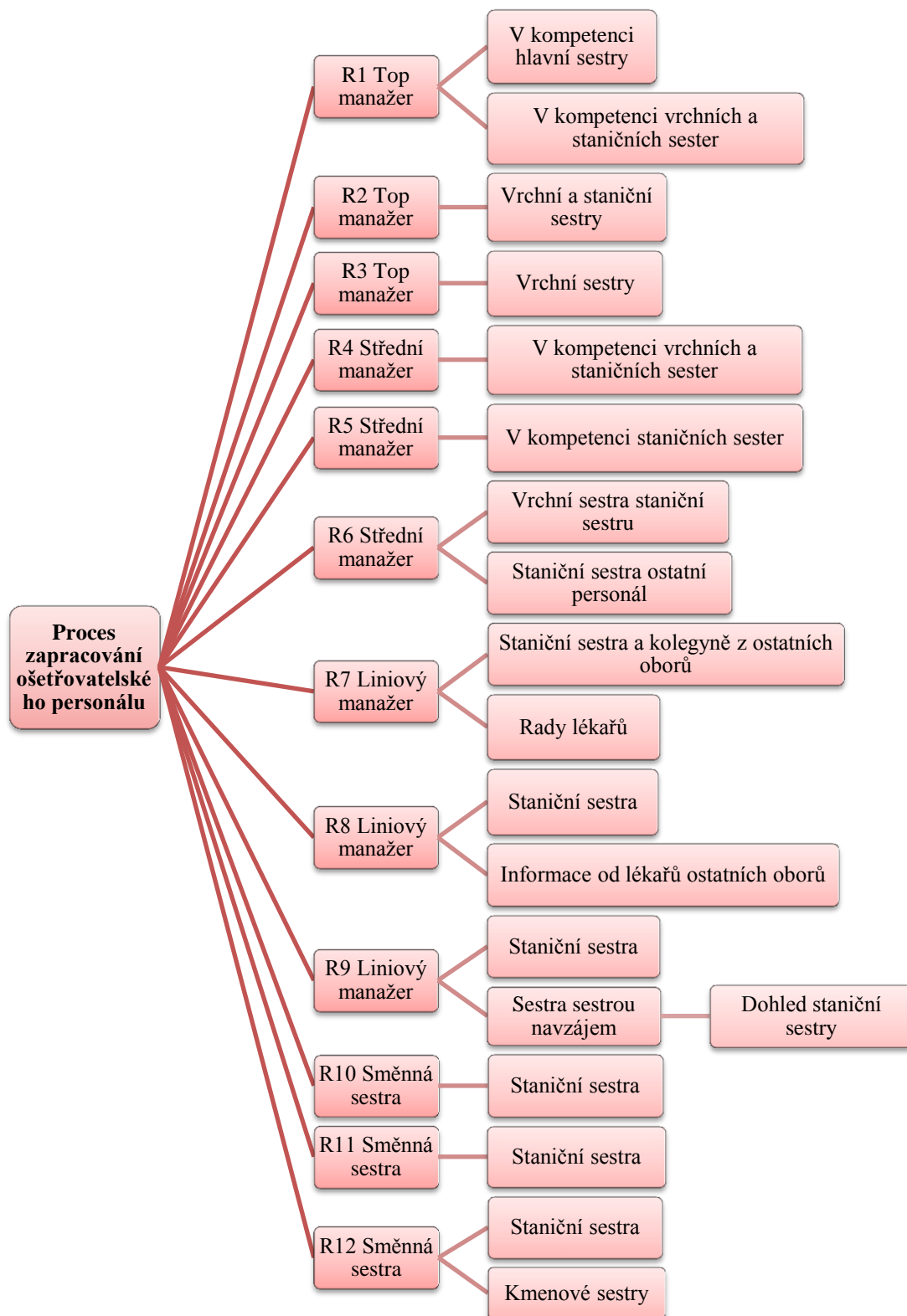
Další rozpracovanou kategorií je personální politika projektu. V této kategorii byl analyzován výběr pracovníků do společného lůžkového fondu. Analýza ukázala, že na pozice vedoucích pracovníků byla vypsána **výběrová řízení**. Jednalo se o **pozice vrchních a staničních sester**. Výběr ostatního ošetrovatelského personálu na jednotlivá oddělení byl v kompetenci vrchních a staničních sester. Respondent 6 udává: „*Stávající pozice vrchních, staničních a vedoucích sester byly organizační změnou zrušeny. Zároveň vznikly nové vedoucí pozice, které byly obsazeny na základě výběrového řízení.*“

Schéma 17 Možnost výběru pracovníků do společného lůžkového fondu



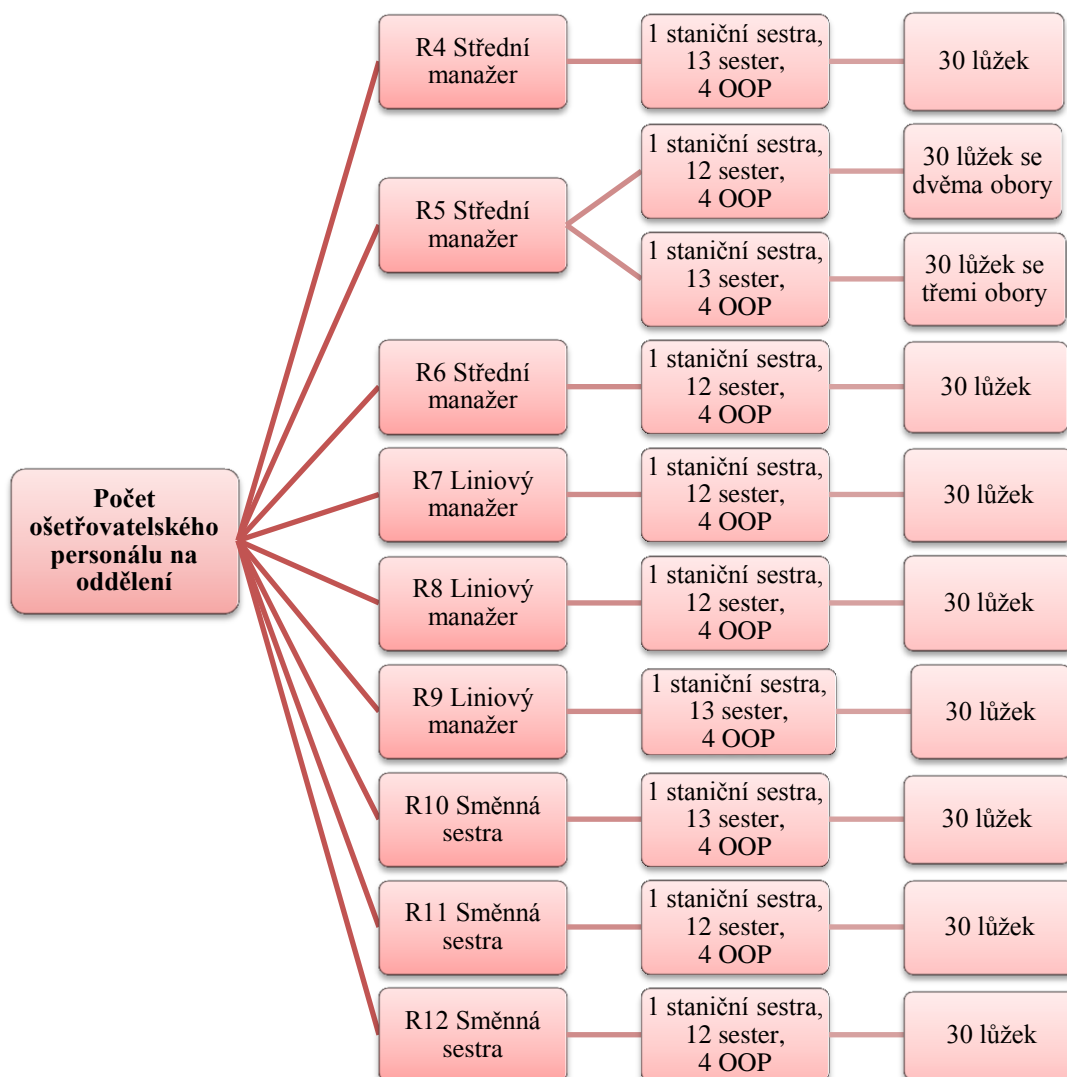
V otázce personální politiky byli osloveni střední a linioví manažeři, zda mohli ovlivnit výběr personálu na svá oddělení. Z analýzy vyplývá, že všichni manažeři **mohli ovlivnit** výběr ošetřovatelského personálu na svá oddělení. Střední manažeři byli **součástí výběrových řízení** a linioví manažeři vybírali své podřízené **za spolupráce s vrchní sestrou**. Respondentka 7 upřesňuje: „*My, jako staniční sestry, jsme musely projít výběrovým řízením a poté jsme si společně s vrchní sestrou vybíraly pracovníky na oddělení. Konkrétně na našem oddělení zůstali všichni zaměstnanci beze změny.*“

Schéma 18 Proces zapracování ošetrovatelského personálu



Analýza oblasti procesu zapracování ukázala, že **hlavní sestra** byla kompetentní zapracovat **vrchní sestry**, které pak zapracovávaly **sestry staniční**. Proces zapracování nelékařského personálu byl hlavně v **kompetenci staničních sester** jednotlivých oddělení. Respondent 2 v rozhovoru uvedl: „*Vrchní sestra společného ošetrovatelského lůžkového fondu, která vzešla z výběrového řízení, se musela seznámit s problematikou všech odborností a převzala si jednotlivá oddělení od původních vrchních sester. Nová vrchní sestra pak byla přítomna u výběrového řízení staničních sester a ty poté zapracovávala na jednotlivých odděleních společného lůžkového fondu. Jednotlivý ošetrovatelský personál byl pak vybírán vrchní a staniční sestrou na základě zkušeností, dovedností, pružností a ochotou zapojit se do spolupráce na lůžkovém fondu. Samotné zapracování nelékařského personálu bylo již v kompetenci staničních sester.*“ Zapracování bylo dále uskutečňováno **kmenovými sestrami**, kdy se sestry pod dohledem staniční sestry zapracovávaly navzájem. To potvrzuje respondentka 12: „*Dělaly jsme takové kolečko po oddělení, kde nás kmenové sestry učily zvyklosti a práci na jejich oddělení. Seznámily nás s lékaři, vysvětlily harmonogram práce pro denní a noční směnu a naopak.*“ Pomocí byly i **rady lékařů**, jak uvádí respondentka 7: „*Zapracování proběhlo také za pomoci lékařů jiné odbornosti, kteří nám radili.*“

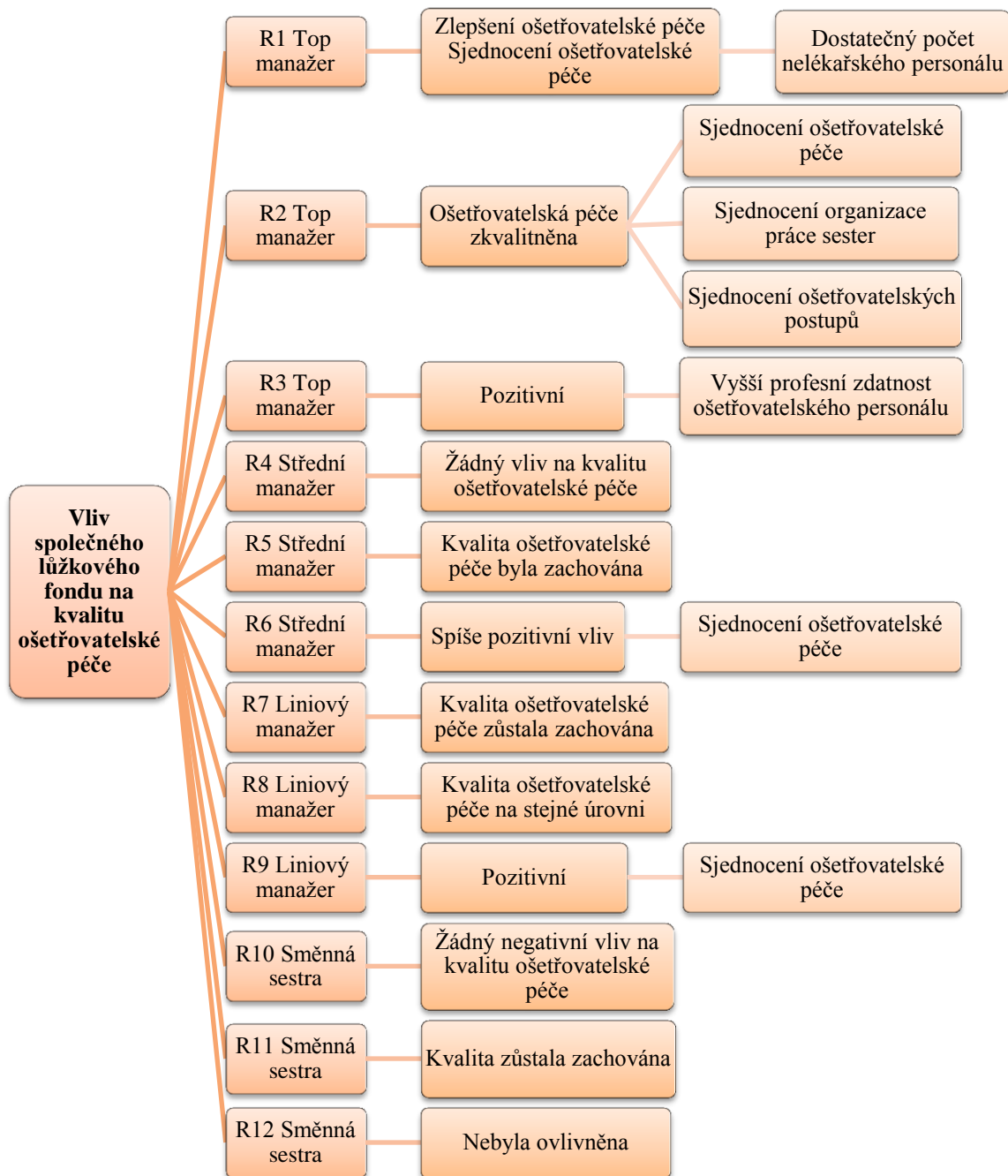
Schéma 19 Počet ošetrovateľského personálu na oddelení



Další analyzovanou oblastí byl počet personálu na oddělení společného lůžkového fondu. Personál je rozdělen vždy na **třiceti lůžkové stanice**. Každá stanice **má jednu staniční sestru**. Na jednotlivých odděleních je k dispozici **12 nebo 13 sester**, které mají k dispozici **4 pracovníky z řad ostatního ošetrovateľského personálu (OOP)**. Počty sester se odvíjí podle počtu oborů na stanici. Na oddělení s dvěma odbornostmi pracuje 12 směnných sester a na oddělení se třemi odbornostmi pracuje 13 směnných sester. To vyplývá i z odpovědi respondenta 5: „*Na oddělení se třemi odbornostmi je k dispozici více sester, protože je zde práce náročnější.*“

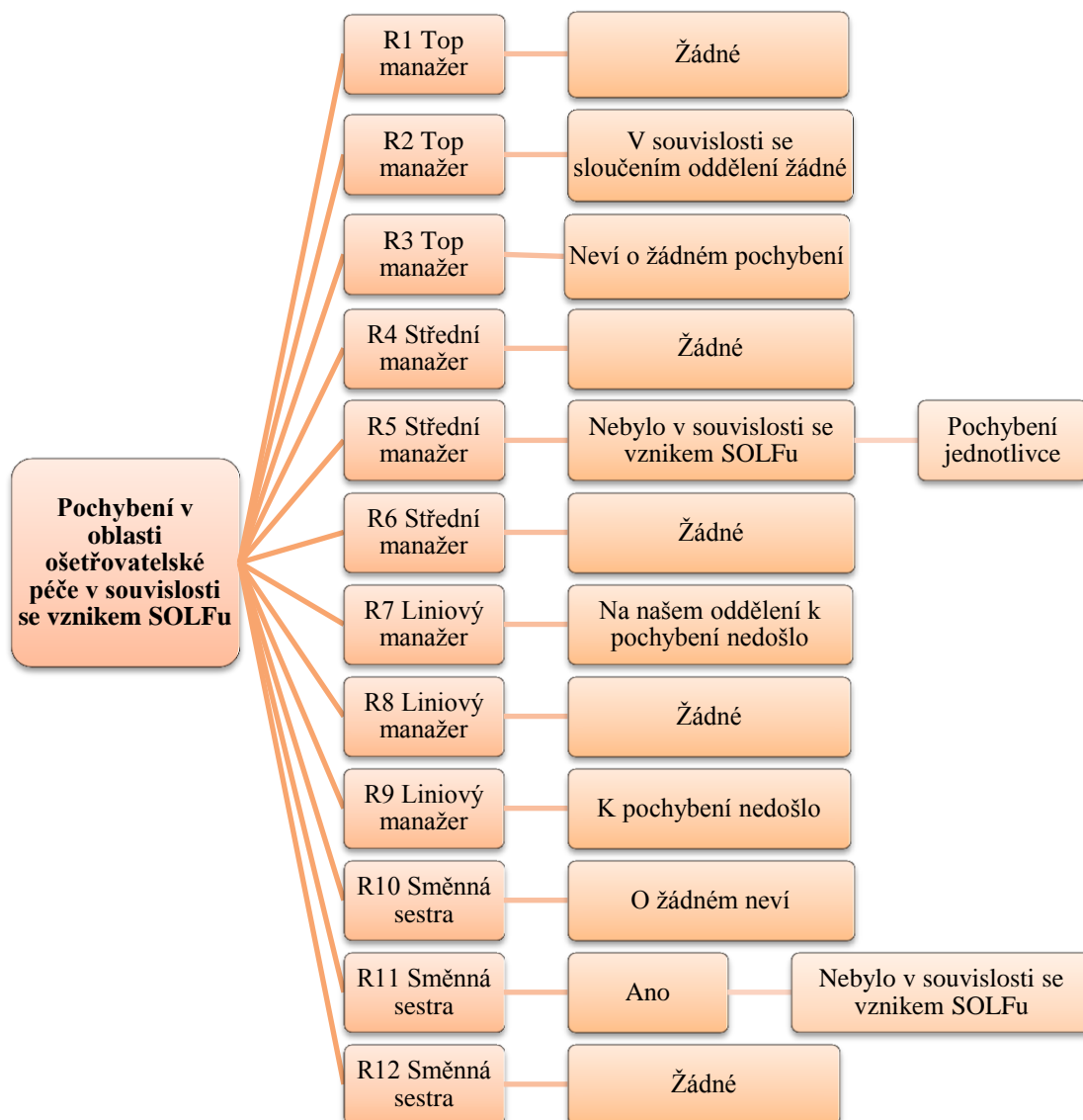
4.4 Kvalita ošetrovateľskej péče na spoločnom lôžkovom fonde

Schéma 20 Vliv spoločného lôžkového fondu na kvalitu ošetrovateľskej péče



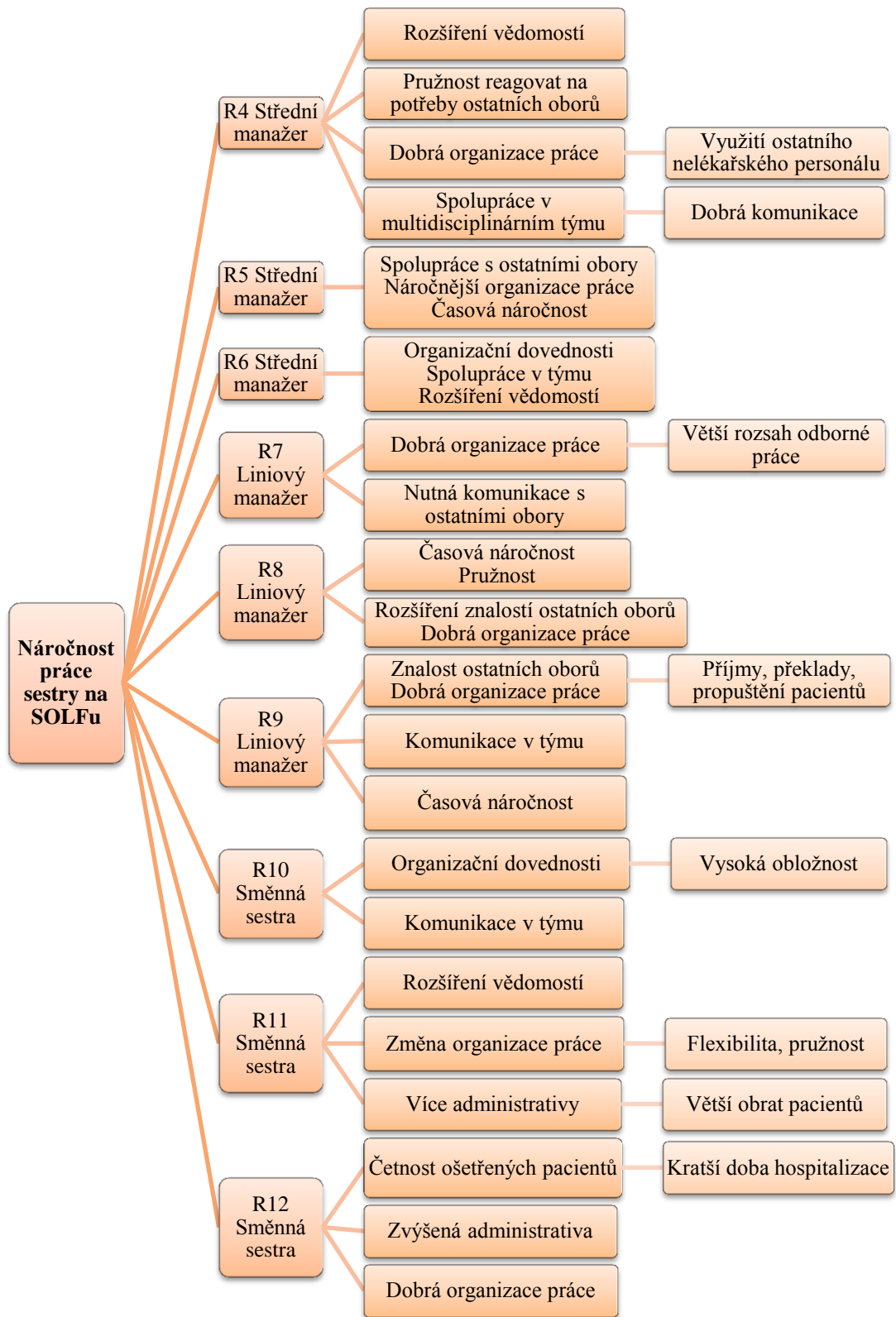
Čtvrtou hodnocenou kategorií byla kvalita ošetrovatelské péče na SOLFu. Prvním hodnoceným tématem této oblasti byl vliv SOLFu na kvalitu ošetrovatelské péče. Analýza potvrdila, že vznik SOLFu **neměl negativní dopad** na kvalitu ošetrovatelské péče. Respondent 1 v rozhovoru řekl: *„Věřím, že se kvalita ošetrovatelské péče se vznikem společného lůžkového fondu nezměnila, ba naopak zlepšila. Jsem přesvědčený o tom, že sestry mají velmi dobré podmínky pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a i jejich zásluhou jsme na podzim loňského roku úspěšně absolvovali proces reakreditace. I počet sester na jednotlivých odděleních společného lůžkového fondu je oproti vyhlášce nadhodnocen, tak předpokládám, že i to jim umožňuje poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.“* Kvalita ošetrovatelské péče byla **zkvalitněna** vlivem **sjednocení ošetrovatelské péče, sjednocením organizace práce sester a sjednocením ošetrovatelských postupů**. To zmínil i respondent 9: *„Myslím, že ošetrovatelská péče se sjednotila na všech odděleních a to hodnotím jako pozitivní.“* Respondent 2 hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podobně: *„Na kvalitu ošetrovatelské péče neměla změna žádný negativní dopad. Naopak. Díky tomu, že je na společném lůžkovém fondu jedna vrchní sestra, došlo ke sjednocení organizace práce sester na jednotlivých odděleních a také ke sloučení některých ošetrovatelských postupů. Pro pacienta to znamená, že by při hospitalizaci neměl poznat rozdíl mezi jednotlivými stanicemi. To vidím jako velký přínos pro pacienta.“*

Schéma 21 Pochybení v oblasti ošetrovatelské péče v souvislosti se vznikem SOLFu



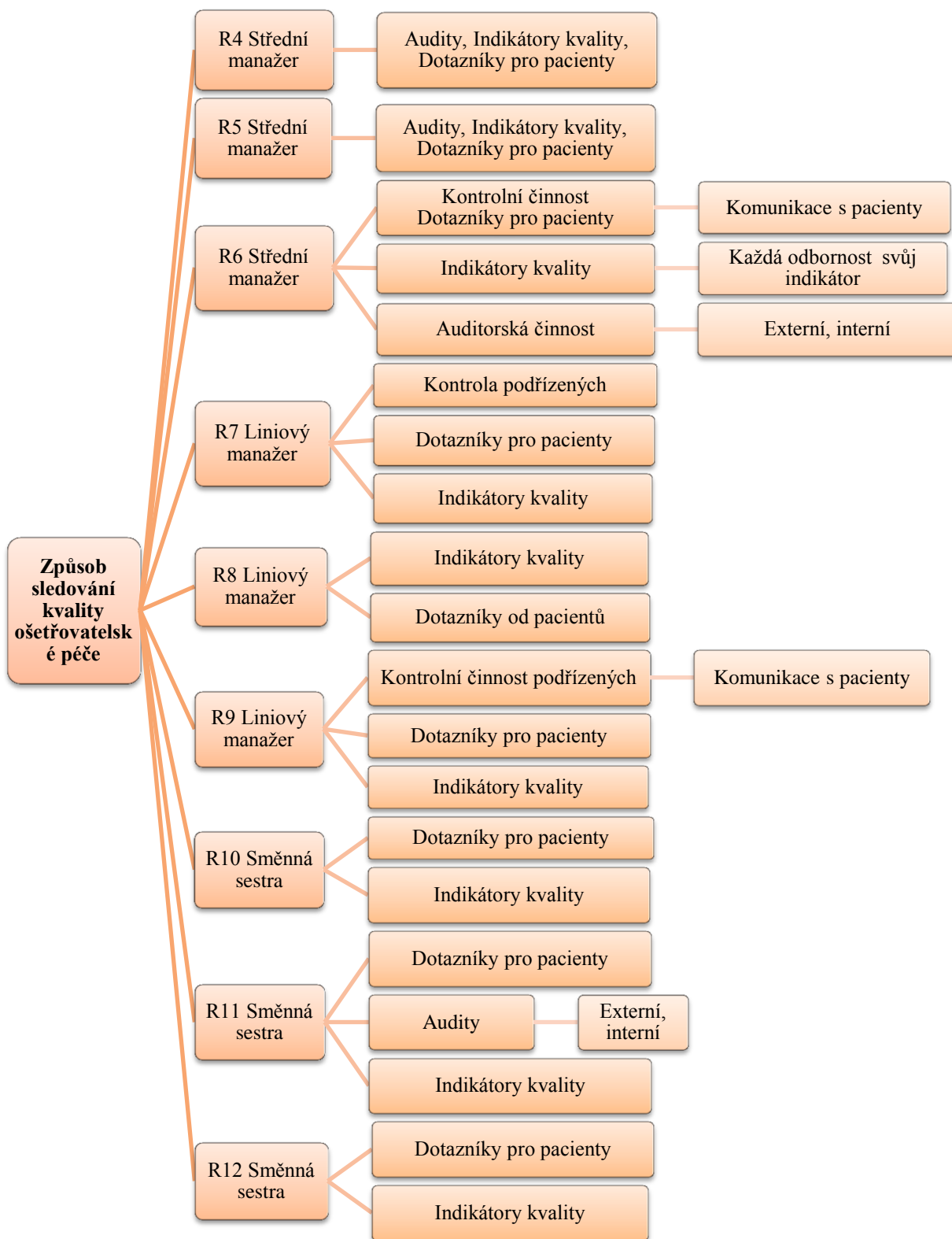
Další analýza se týkala pochybení v oblasti ošetrovatelské péče v souvislosti se vznikem projektu. V souvislosti s projektem společného lůžkového fondu **nedošlo k žádným pochybením** v oblasti ošetrovatelské péče. Vzniklá pochybení byla způsobena **chybou jednotlivců** a nebyly zde souvislosti se vznikem SOLFu což potvrzuje respondentka 11: „Pochybení ze strany sestry u nás na oddělení bylo, ale nemělo to souvislost se vznikem SOLFu.“

Schéma 22 Náročnost práce sestry na společném lůžkovém fondu



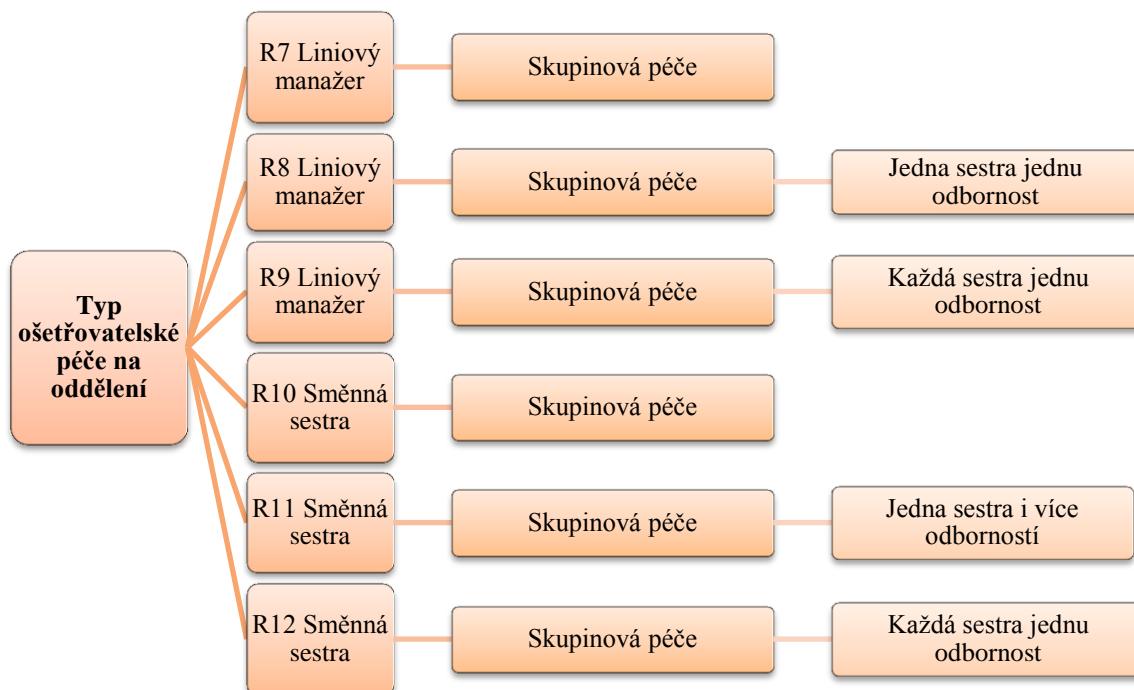
Kvalita ošetrovatelské péče je úzce spjata s náročností práce sestry. Náročnost práce sestry byla dalším hodnoceným tématem. Analýza ukázala, že práce sestry na společném lůžkovém fondu **je náročnější**. Náročnost práce se týká hlavně dobře **zorganizované práce**, která souvisí s **vysokým obratem pacientů** na lůžkách, což je spojeno s **četností ošetřených pacientů** a s **větší administrativní zátěží**. Od toho se odvíjí i **časová náročnost**, kdy sestra musí být **pružná a flexibilní**. Respondent 4 k tomu uvedl: „*Sestra musí být více pohotová a pružně reagovat na potřeby jednotlivých odborností. Práci si musí podle priorit zorganizovat tak, aby uspokojila potřeby všech pacientů různých odborností. To je pro sestru poměrně dost náročné, jelikož musí neustále spolupracovat s lékaři různých odborností, naučit se rozdílnou přípravu pacientů k operačnímu výkonu a poté následnou péči po operaci.*“ Dobrá organizace práce souvisí i s **využíváním ostatního nelékařského personálu**. Sestry na SOLFu musejí mít díky sloučení oborů rozšířené vědomosti o ostatních odbornostech a musí **pružně reagovat na potřeby** jednotlivých oborů. Respondent 8 zmínil: „*Sestry si musely rozšířit vědomosti o ostatních oborech, aby mohly pružně reagovat na potřeby všech pacientů na oddělení.*“ **Komunikace a spolupráce** je v multidisciplinárním týmu náročnější.

Schéma 23 Způsob sledování kvality ošetrovatelské péče



Kvalita ošetrovatelské péče se na jednotlivých odděleních vyhodnocuje pomocí **indikátorů kvality, dotazníků** pro pacienty a **auditorskou činností**, která je externí a interní. Respondent 11 v rozhovoru dodává: *„Na odděleních máme pro pacienty anonymní dotazníky, které aktivně nabízíme. Dotazníky jsou vyhodnocovány jednou za měsíc. Potom zpracováváme indikátory kvality, které se vyhodnocují kvartálně. V nemocnici také probíhá auditorská činnost, která je buď interní, nebo externí.“* Manažeři sledují práci svých podřízených na základě **kontrolní činnosti a komunikace s pacienty**. Respondent 9 doplňuje: *„Komunikuji s pacienty a kontroluji práci svých podřízených při plnění úkolů a provádění ošetrovatelské péče. Dále zde máme dotazníky, které jsou pacientům k dispozici na oddělení a na ambulanci.“* Indikátory kvality jsou sledovány na každé odbornosti zvlášť. Respondent 6 udává: *„Na oddělení se třemi odbornostmi musíme sledovat indikátory kvality pro každý obor zvlášť. Sledování indikátorů je specifické pro každý obor, a nelze tak indikátory sloučit. Pro sestry je to poměrně dost náročné na čas.“*

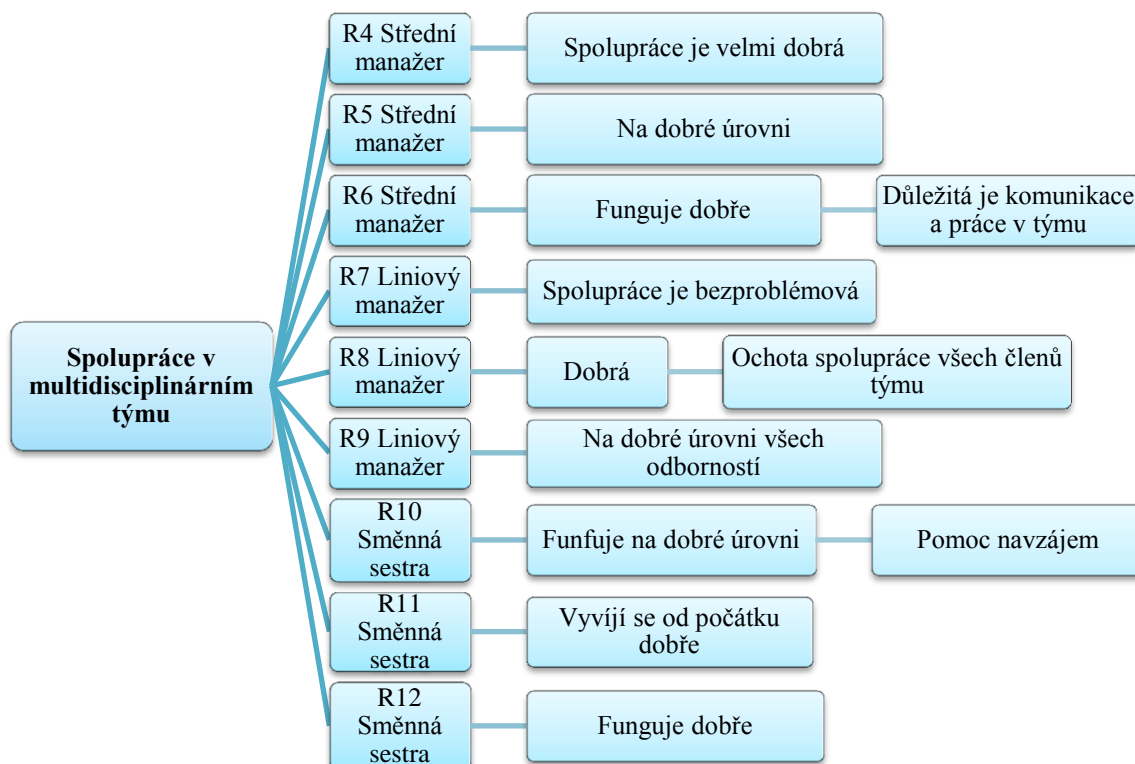
Schéma 24 Typ ošetrovateľskej péče na oddělení



Poslední analýzou v oblasti kvality ošetrovateľskej péče bylo zhodnocení typu ošetrovateľskej péče na oddělení. Typ ošetrovateľskej péče na společném ošetrovateľském lůžkovém fondu je **skupinový**. Převážně mají sestry na starost skupinu pacientů **jedné odbornosti**. Směnná sestra 11 v rozhovoru uvedla: „Na oddělení máme skupinovou péči a staniční sestra se snaží, abychom vždy pečovaly o pacienty jedné odbornosti. Pokud je ale pacientů jiné odbornosti na našem oddělení málo nebo je méně personálu ve službě, musíme pečovat o pacienty i dvou odborností najednou.“

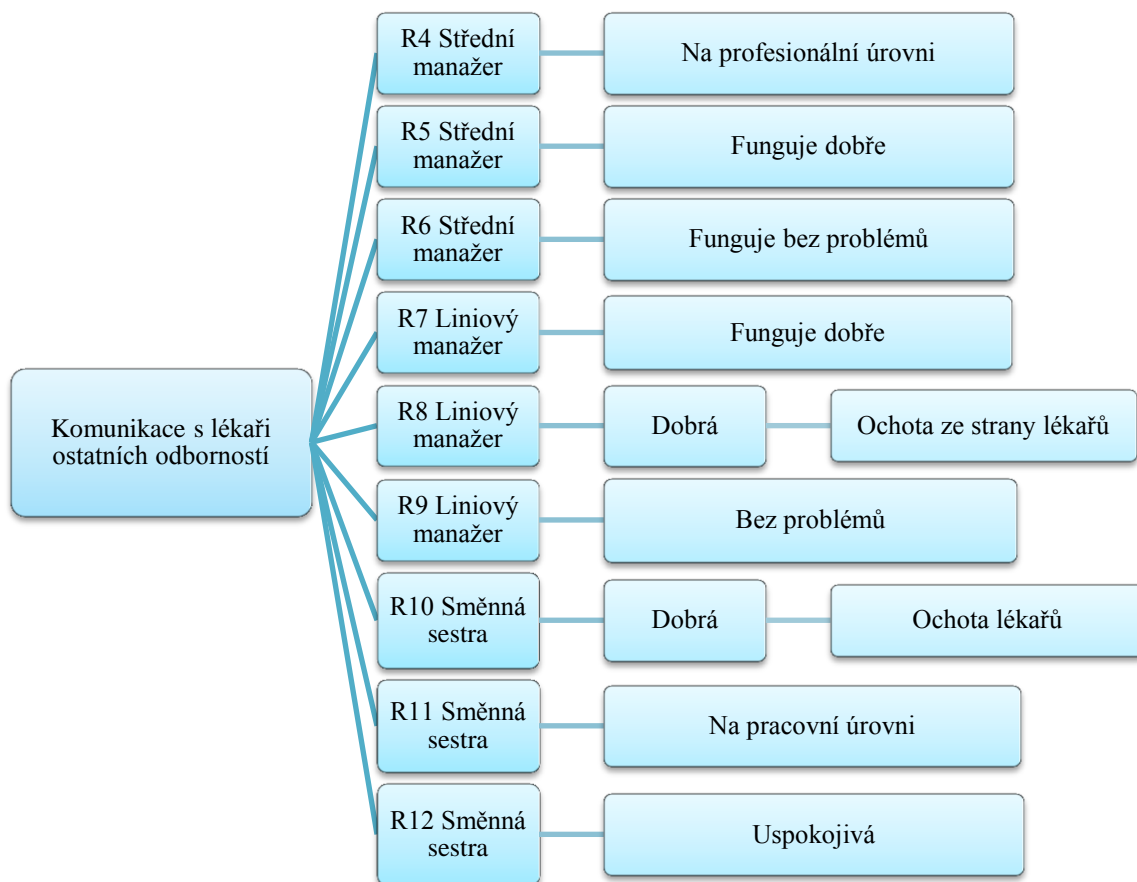
4.5 Spolupráce v týmu

Schéma 25 Spolupráce v multidisciplinárním týmu



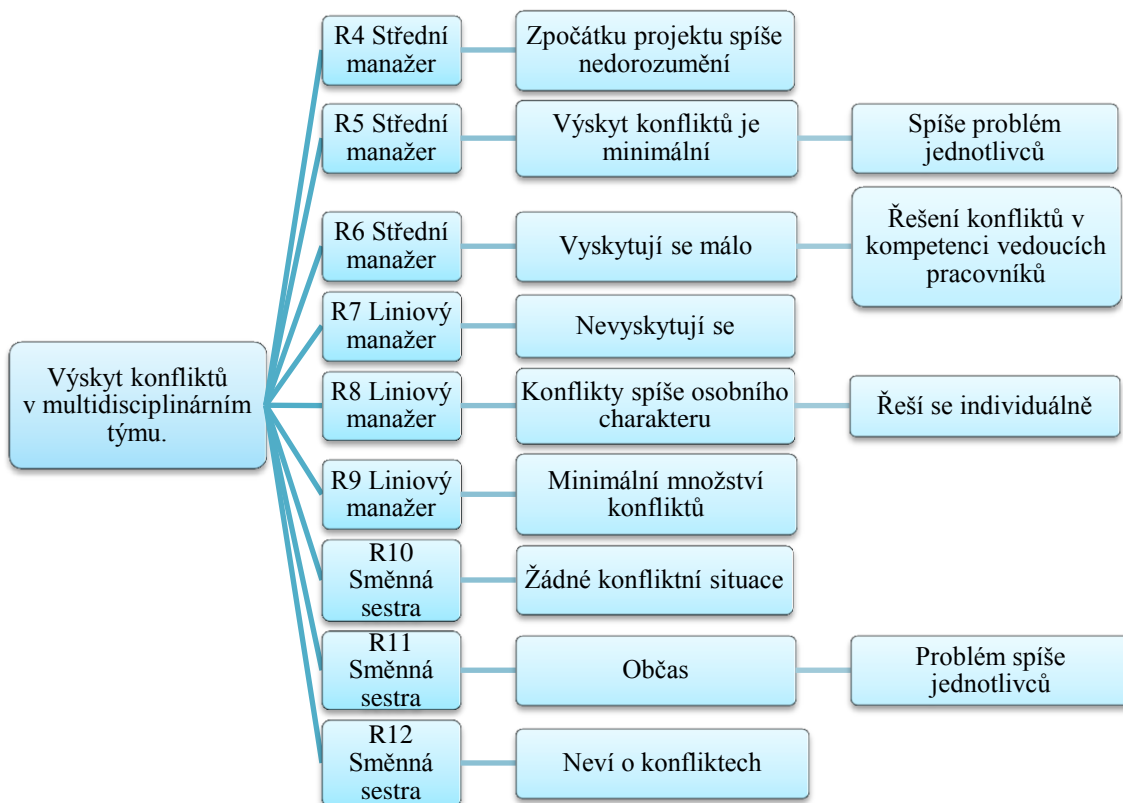
Poslední kategorie se zabývala spoluprací v týmu. První hodnocenou položkou byla spolupráce v multidisciplinárním týmu. V této kategorii již nebyli oslovení respondenti z pozic top manažerů, protože nebyli součástí multidisciplinárních týmů. Z analýzy vyplývá, že všichni oslovení respondenti hodnotí spolupráci v multidisciplinárním týmu tak, že je na **dobré úrovni a bez problémů**. Respondent 8 udává: *“Spolupráce v týmu funguje dobře a rychle jsme si zvykli na větší kolektiv. Všichni členové týmu ochotně spolupracují a navzájem si pomáhají.”* Analýza poukazuje na **důležitost v komunikaci** mezi obory, **ochotu naučit se něco nového, vzájemnou pomoc a ochotu spolupracovat**.

Schéma 26 Komunikace s lékaři ostatních odborností



Komunikace v týmu s lékaři ostatních odborností **funguje dobře** a je **bezproblémová**. Respondent 8 udává: „*Spolupráce s lékaři funguje dobře. Vždy, když něco potřebujeme, jsou ochotní a domluva je s nimi dobrá.*“ Komunikace s lékaři probíhá na **profesionální** a **pracovní úrovni**, jak také zmínil respondent 4: „*Komunikaci s lékaři bych hodnotil celkem dobře, ale vše probíhá na profesionální úrovni.*“

Schéma 27 Výskyt konfliktů v multidisciplinárním týmu



Poslední analyzovanou oblastí byl výskyt konfliktů v multidisciplinárním týmu. Z analýzy vyplynulo, že případné konflikty se **vyskytují ojediněle** a jsou **problémem jednotlivců**. Respondentka 5 uvádí: „Pár konfliktů jsem na oddělení již řešila, ale byly spíše osobního charakteru, než pracovního. V každém případě šlo o problém jednotlivců.“ Zpočátku projektu se vyskytlo **spíše nedorozumění**, což uvedl respondent 4: „Na začátku projektu se při spolupráci vyskytla spíše různá nedorozumění než konflikty. Bylo důležité, určit si kompetence a předejít některým nedorozuměním, která realizaci projektu provázela.“ Řešení konfliktů bylo **v kompetenci vedoucích pracovníků**.

5 DISKUZE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zhodnotit přínos vzniku společného ošetrovatelského lůžkového fondu, analyzovat problémy v ošetrovatelské péči v souvislosti se vznikem projektu a zmapovat práci sestry v multidisciplinárním týmu. Diplomová práce se skládá z teoretické a empirické části. V empirické části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Výzkumné šetření proběhlo formou hloubkových rozhovorů s doplňujícími otázkami s dvanácti zaměstnanci Nemocnice Tábor, a.s. Všichni oslovení respondenti měli osobní zkušenosti s projektem společného ošetrovatelského lůžkového fondu. Osloveni byli tři muži a devět žen. Respondenti se lišili vzděláním a pracovní pozicí, kterou v nemocnici zastávali. Empirická část výzkumného šetření je rozdělena do pěti kategorií. V každé kategorii jsou rozpracována další témata vztahující se ke společnému ošetrovatelskému lůžkovému fondu.

První analyzovanou kategorií byla problematika společného lůžkového fondu, která zahrnovala také důvody vzniku projektu. Fotr a Souček (2011) uvádějí, že hlavně finanční důvody nutí organizace připravovat a realizovat projekty, které zabezpečí jejich prosperitu. Doplnují, že samotná realizace projektů pomáhá dosahovat vytyčených cílů organizace a v mnoha případech zajišťuje její úspěšný rozvoj. To ukázala i první vyhodnocená analýza, která potvrdila, že hlavním důvodem vzniku projektu byly finanční úspory. Ekonomická úspora byla spojená s redukcí lůžek akutní péče, s redukcí personálu a se snížením materiálních nákladů. S tím se shoduje i Všeobecná zdravotní pojišťovna (2012), která vedle ekonomických důvodů uvádí nutnost optimalizovat počty lůžek akutní péče, efektivně využívat lůžkovou kapacitu a zachovat dostupnost zdravotní péče. Stejnou odpověď uvedli i dva oslovení respondenti. Další respondent vidí jako důvod vzniku společného ošetrovatelského lůžkového fondu produktivní využití personálu a sjednocení ošetrovatelských postupů (schéma 1). S produktivním využíváním personálu souhlasí i Armstrong (2007). Dle Armstronga (2007) finance často určují počty personálu na jednotlivých pozicích. Jsem přesvědčená o tom, že vedení nemocnice by nemělo připustit, aby hospodaření v organizaci bylo ztrátové. Proto musí hledat úspory a sledovat celospolečenský vývoj ve zdravotnictví. Pokud projekt zachoval pacientům dostupnost péče a přinesl finanční úspory, hodnotím

důvody vzniku projektu jako oprávněné. Druhá analýza se věnovala zkušenostem s podobným projektem. Výzkumné šetření potvrdilo, že zkušenosti s podobným projektem nikdo z vrcholových a středních manažerů neměl. Skupina top manažerů sama navrhla a připravovala daný projekt. Podle uvedených respondentů trvala příprava projektu 2-3 měsíce. Na projektu spolupracovalo vedle náměstka pro kvalitu péče také personální, obchodní a ekonomické oddělení. Pro oslovené střední manažery byla délka přípravy projektu krátká (schéma 3). Svozilová (2006) uvádí, že pokud v organizaci nastává jakákoliv změna, je důležitá příprava samotného projektu s dostatečným časovým prostorem pro jeho přípravu a realizaci. Projekt by měl být pro organizaci uskutečnitelný a měl by splnit očekávané cíle (Svozilová, 2006). Myslím si, že pokud projekt společného ošetrovatelského lůžkového fondu nebyl v té době realizován v žádné nemocnici, bylo pro vrcholové manažery velmi náročné vytvořit ideální projekt, aby byl stoprocentní. Navrhovala bych intenzivnější spolupráci a zapojení do přípravy projektu také vrchní sestry a primáře, kteří by mohli do projektu aplikovat poznatky z praxe. Stanovené cíle, které vrcholoví manažeři od projektu očekávali, byly naplněny. Díky realizaci projektu byly sníženy ekonomické náklady, na čemž se shodla většina dotazovaných respondentů. Jedním z dalších přínosů pro organizaci bylo zachování dostupnosti péče pro pacienty a zachování některých oborů v nemocnici (schéma 5). Zachování dostupnosti zdravotní péče bylo hlavním cílem i pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (2012). Ministerstvo zdravotnictví (2012) podporuje proces optimalizace lůžek akutní péče, kdy dochází ke slučování odborností. Dle Reitra (2010) je důležité, aby péče pro pacienty byla stále dostupná. Podle mého názoru splnil projekt cíle, které si stanovili top manažeři nemocnice před jeho samotnou realizací. Realizace projektů s sebou přináší i jisté nevýhody. Vedle určité skepse zdravotního personálu k realizaci projektu, kterou uváděli někteří respondenti, vyplynulo z výzkumného šetření, že nevýhodou bylo snížení lůžek akutní péče. Tento názor sdílí většina respondentů (schéma 6). Marx (2012) oponuje, že snížení počtu akutních lůžek je celosvětovým trendem a důležité je v tomto směru zvýšení počtu lůžek péče následné. Dle Šubrt (2012) je hlavním důvodem finanční úspory redukce lůžek akutní péče. Redukce lůžek s sebou přináší i redukci personálu a materiálního vybavení (Šubrt, 2012). Další

nevýhodou společného lůžkového fondu je ztráta pracovních míst pro nelékařský personál (schéma 6). Respondenti uvedli, že zaměstnanci nebyli přímo propouštěni, pouze jim nebyly obnovovány pracovní smlouvy, které měly dočasný charakter. Tím došlo k přirozenému úbytku zaměstnanců. Myslím si, že od vedení nemocnice to byl vstřícný krok, že nepropouštělo zaměstnance s trvalými pracovními poměry a úbytek zaměstnanců proběhl přirozenou cestou. Dle Hekelové (2012) personální náklady tvoří nejvyšší podíl z celkových nákladů. Proto je zcela logické, že organizace sloučením lůžkového fondu ušetřila značné finanční prostředky. Jeden respondent na pozici středního manažera viděl nevýhodu společného ošetrovatelského lůžkového fondu ve sloučení septických a aseptických pacientů. K tomuto názoru se přiklání i Odborná chirurgická společnost, která nedoporučuje míšení septických a aseptických pacientů (Bezděková, 2012). Bezděková (2012) dále poukazuje na skutečnost, že na jednom oddělení leží pacient s tracheostomií a pacient po stomické operaci, což může mít negativní dopad na celkovou léčbu, která se může naopak prodražit. Česká chirurgická společnost obecně nedoporučuje slučování oddělení u fakultních nemocnic, kde je specializovaná péče s přísně aseptickými výkony. Nicméně oddělování pacientů s různě infikovanými ranami je běžnou součástí medicínské praxe bez ohledu na to, zda jsou odbornosti sloučené. Podle mého názoru mají pravdu obě strany. Pokud se na jednom oddělení nacházejí pacienti například různých operačních oborů, může docházet k míšení gram pozitivních a gram negativních bakterií, což by při nedodržování bariérového ošetrovatelství mohlo komplikovat léčbu pacienta a v konečném důsledku léčbu prodražit. Z praxe vím, že již například existuje mnoho multioborových jednotek intenzivní péče, kde také dochází k míšení pacientů různých oborů. V případě, že je dodržováno bariérové ošetrovatelství, může však tento systém péče bez problémů fungovat. Téma míšení septických a aseptických pacientů v multioborové péči by mohlo být dobrým námětem pro další výzkumné šetření. Jakýkoliv nevyzkoušený projekt s sebou může přinášet i určité komplikace. Z analýzy vyplývá, že největší komplikací projektu byla nedostatečná časová rezerva pro jeho přípravu a samotnou realizaci (schéma 7). Svozilová (2006) uvádí, že při plánování projektu je důležitý časový prostor pro jeho přípravu a analýzu. Dále je důležité podrobné plánování a

odhadnutí rizik projektu. Projekt provázely i komplikace týkající se stavebních úprav. Sestěhovaná oddělení neměla dostatečně připravené prostory k nastěhování, protože většina věcí z původních prostorů nešla přestěhovat. Myslím si, že tato skutečnost se dala dopředu naplánovat. Zde se potvrzuje můj názor, že top manažeři měli více spolupracovat při přípravě projektu se středním managementem. Střední manažeři znají chod svých oddělení nejlépe a jistě by svými názory a poznatky mohli napomoci tomu, aby se komplikacím předešlo. Respondenti potvrdili, že díky redukci lůžek bylo nutno přeobjednat větší část pacientů k operačním výkonům (schéma 7). Vím, že například pacienti z ortopedie jsou objednáni na operační výkon i několik měsíců dopředu a díky projektu, jehož příprava trvala přibližně tři měsíce, museli být přeobjednáni. Myslím si, že i s touto komplikací mohlo vedení nemocnice počítat, protože veškeré informace o objednávání pacientů může mít k dispozici. S fungováním projektu souvisí i zpětná vazba. Oslovení respondenti uvedli, že měli zpětnou vazbu o fungování projektu od svých podřízených, kteří je pravidelně informovali. Kubeš a Šebestová (2008) popisují, proč je zpětná vazba tak důležitá. Přijímání zpětné vazby autoři hodnotí jako jednu z interpersonálních dovedností manažera, kdy manažer přijímá informace o tom, jak vše funguje. Otázkou pro mě zůstává, jak fungovala zpětná vazba u respondenta 1, který v rozhovoru uvedl, že projekt nemá žádné nevýhody a neprovázely ho žádné komplikace. Respondent 1 měl buď neefektivní zpětnou vazbu od svých podřízených, nebo vzniklým komplikacím nepřičítal vážnější význam. Dalším a posledním analyzovaným tématem v oblasti problematiky společného lůžkového fondu byla možnost vyjádření se k projektu. Analýza prokázala, že všichni manažeři měli možnost vyjádřit se k projektu. Své připomínky předávali nadřízeným pracovníkům na poradách či schůzích. Směnným sestřám byl projekt pouze představen a nemohly se k této problematice vyjádřit (schéma 9).

Druhou analyzovanou oblastí byla informovanost o společném lůžkovém fondu. První dvě témata se zabývala formou komunikace mezi podřízenými a nadřízenými. Výzkumné šetření ukázalo, že nadřízení a podřízení zaměstnanci nemocnice dostávali informace o připravovaném projektu na pravidelných či mimořádných poradách a také prostřednictvím osobních schůzek. Jak uvádí Kilíková a Jakušová (2008), komunikace

slouží jako prostředek dorozumívání pro sjednocení činností a jednou z jejích hlavních funkcí je podávání a předávání informací. Výzkumné šetření sice potvrdilo, že zaměstnanci nemocnice dostávali informace o připravovaném projektu, ale ukázalo se, že jejich reakce na změnu byla převážně negativní. Mezi zaměstnanci panoval strach o ztrátu zaměstnání, báli se sloučení oborů a vzniku nových pracovních týmů. Obava byla také spojena se strachem z vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů jiných oborů (schéma 12). Dle Kubičkové a Raise (2012) hlavními důvody je strach z neznámého, přerušení pracovních stereotypů, obava z osobního selhání, nejasný účel změny a také to, že s nimi někdo manipuluje. Tvzení autorů se shoduje s respondentem 1, který uvádí, že se zaměstnanci musí v souvislosti s projektem učit nové věci. Respondent 5 v rozhovoru zmínil, že měl nedůvěru k projektu. Kubičková s Raisem (2012) popisují, že zaměstnanci, kteří mají strach z neznámého, preferují radši určitou jistotu v zaměstnání, než změnu, spojenou s lepší budoucností. Myslím si, že pokud mají zaměstnanci o připravované změně dostatek objektivních informací, nemusela by z jejich strany být reakce tak negativní. Další analyzovaná oblast se týkala informovanosti pacientů v souvislosti s projektem a jejich reakce. Respondenti uváděli, že pacienti dostávali informace převážně od zaměstnanců nemocnice při příjmu k hospitalizaci a na jednotlivých ambulancích. Pacienti se mohli o zrealizovaném projektu dovědět z tiskové zprávy a z webových stránek nemocnice (schéma 14). Někteří pacienti organizační změnu v nemocnici vůbec nezaznamenali a ostatní pacienti přijali změnu kladně a bez problémů (schéma 15).

Třetí analyzovanou oblastí byla personální politika projektu. Výzkumné šetření se zabývalo tématem výběru pracovníků do společného lůžkového fondu. Analýza ukázala, že na pozice vedoucích pracovníků byla vypsána výběrová řízení. Jednalo se o pozice vrchních a staničních sester. Hekelová (2012) klade důraz na výběr vedoucích pracovníků na jednotlivé pozice, protože náklady na jednotlivá pracovní místa jsou jedny z nejvyšších. Autorka také zmiňuje, jak klíčová je příprava k samotnému výběrovému řízení, aby byl vybrán správný zaměstnanec. Důležitost přikládá přesnému definování konkrétních požadavků na obsazované místo a schopnosti uchazečů (Hekelová, 2012). Jsem přesvědčená o tom, že organizace učinila správný krok, když

vypsala na vedoucí pozice sester výběrová řízení (schéma 16). V dnešní době se stále ještě setkáváme s tím, že obsazovaná vedoucí místa v nemocnici jsou udělována za jisté zásluhy zaměstnance, nikoliv za jeho schopnosti. Myslím si, že u velkých organizací jakou je nemocnice, není vhodné vybírat kandidáty bez výběrového řízení. To potvrzuje i Kilíková s Jakušovou které uvádějí, že výběr zaměstnanců by měl probíhat výlučně formou výběrových řízení s důrazem na odbornou a morální bezúhonnost (Kilíková a Jakušová, 2008). Důležitou podmínkou výběrového řízení a pohovoru je, aby byl vždy přítomný konkrétní přímý nadřízený nového zaměstnance (Hekelová, 2012). Z výzkumného šetření vyplývá, že všichni manažeři mohli ovlivnit výběr ošetrovatelského personálu na svá oddělení. Střední manažeři byli součástí výběrových řízení na liniové manažery a linioví manažeři vybírali své podřízené za spolupráce s vrchní sestrou (schéma 17). Proces zapracování byl dalším tématem zpracovaným v analýze oblasti personální politiky. Analýza ukázala, že zapracování jednotlivých zaměstnanců prováděli vždy jeho přímí nadřízení (schéma 18). To považuji za správné, protože pouze přímý nadřízený může objektivně hodnotit proces zapracování svých podřízených. Hekelová (2012) doplňuje, že zaměstnanec ve zkušebním období, by měl být vystaven všem situacím, aby se potvrdilo, že k dostatečnému zapracování došlo. Součástí personální politiky byla také analýza počtu personálu na jednotlivých stanicích společného lůžkového fondu. Výzkumné šetření ukázalo, že na oddělení se třemi odbornostmi je k dispozici 13 směnných sester a na oddělení se dvěma odbornostmi je k dispozici 12 směnných sester. Na každém oddělení jsou dále k dispozici 4 pomocní zdravotní zaměstnanci (schéma 19). Oddělení disponují třiceti lůžky. Vyhláška, která určuje minimální personální obsazenost, říká, že na třiceti lůžkové stanici musí být v chirurgických oborech minimálně 9,5 úvazku všeobecných sester a v interních oborech 9 úvazků všeobecných sester (Vyhláška č. 99/2012 Sb.). Počet personálu na společném lůžkovém fondu by se mohl oproti vyhlášce zdát předimenzovaný. Skutečnost je ovšem taková, že zátěž sestry v pracovním procesu na společném lůžkovém fondu je mnohem náročnější. Proto jsou počty personálu na jednotlivých oddělení odpovídající pracovnímu zatížení nelékařských pracovníků.

Čtvrtou zpracovanou kategorií ve výzkumném šetření byla kvalita ošetrovatelské péče na společném lůžkovém fondu. Prvním tématem byl vliv projektu na kvalitu ošetrovatelské péče. Analýza potvrdila, že vznik projektu neměl negativní dopad na kvalitu ošetrovatelské péče, ba naopak. Respondenti uvádějí, že se kvalita ošetrovatelské péče zlepšila, protože došlo ke sjednocení ošetrovatelských postupů, ošetrovatelské péče a také ke sjednocení organizace práce sester (schéma 20). Madar (2004) uvádí, že kvalitu poskytovaných služeb jinak vnímá pacient a jinak pracovník. Proto ve zdravotnictví sledujeme a vyhodnocujeme kvalitu poskytované péče. Autor ve své knize zmiňuje způsoby vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče, kam patří dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení, získání certifikátu kvality a také akreditace zdravotnických zařízení (Madar, 2004). Výzkumným šetřením bylo potvrzeno, že i ve zdravotnickém zařízení našich respondentů se sleduje kvalita zdravotní péče. Kvalita ošetrovatelské péče se na jednotlivých odděleních vyhodnocuje pomocí indikátorů kvality, dotazníků pro pacienty a auditorskou činností, která je externí a interní. Manažeři dále uvedli, že kvalitu ošetrovatelské péče sledují kontrolní činností svých podřízených a přímou komunikací s pacienty o spokojenosti poskytovaných služeb (schéma 23). Kvalitu poskytované péče je jistě důležité sledovat ve všech zdravotnických zařízeních a myslím si, že je to již neoddělitelná součást dnešního moderního zdravotnictví. Jsem zastáncem pravidelného kontrolování práce podřízených, protože pokud pacient není se službami spokojen, může manažer řešit situaci okamžitě a nemusí čekat na vyhodnocování například indikátorů kvality, nebo dotazníků. Kvalita poskytovaných služeb úzce souvisí i s pochybením v oblasti ošetrovatelské péče. Škrļa a Škrlová (2008) uvádějí, že při každé změně v organizaci je zvýšeno riziko pochybení jak v léčebné, tak i v ošetrovatelské péči (Škrļa a Škrlová, 2008). Téma pochybení v oblasti ošetrovatelské péče v souvislosti se vznikem projektu bylo dalším zpracovaným tématem. Výzkumné šetření potvrdilo, že v souvislosti s projektem společného lůžkového fondu nedošlo k žádným pochybením v oblasti ošetrovatelské péče. Vzniklá pochybení byla způsobena chybou jednotlivců a neměla souvislost s projektem (schéma 21). Myslím si, že to svědčí o kvalitních profesionálních schopnostech zaměstnanců, když při tak rozsáhlé organizační změně nedošlo

k pochybení v souvislosti se vznikem projektu. Kvalita ošetrovatelské péče je také spojena s náročností práce sestry. Náročnost práce sestry byla dalším zpracovaným tématem. Analýza ukázala, že práce sestry na společném lůžkovém fondu je náročnější. Sestry si musely rozšířit vědomosti o ostatních oborech, aby byly schopny poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Důležitost je přikládána dobré organizaci práce sestry. Díky redukci lůžek došlo k většímu obratu pacientů na lůžkách a to s sebou přináší i větší administrativní zatížení (schéma 22). Vytejčková a kol. (2011) zdůrazňují, že sestra si musí umět zorganizovat práci tak, aby uspokojila všechny individuální potřeby pacientů. Z vlastní zkušenosti vím, že sestry na společném lůžkovém fondu skutečně musí mít dobré organizační schopnosti, aby uspokojily potřeby pacientů všech odborností. Jako příklad mohu uvést jedno operační oddělení, kde se nacházejí tři odbornosti. Sestra musí mít přehled o všech operačních programech na daný den, i když ošetřuje pacienty jedné odbornosti. Musí si totiž zorganizovat navázení pacientů na operační sál a podle toho využívat ostatní nelékařský personál, který je společný pro celé oddělení. Musí pružně reagovat na příjmy, překlady a propouštění pacientů a být flexibilní při využívání volných lůžkových kapacit, což vyplývá i z analýzy. Vévoda a kol. (2013) uvádí, že na pracovní zatížení sestry má vliv i rozdělení úkolů od vedoucího pracovníka. Vedoucí pracovník rozděluje úkoly, aby byly rozvrhnuty mezi jednotlivé podřízené rovnoměrně (Vévoda a kol., 2013). Poslední analýzou v oblasti kvality ošetrovatelské péče bylo zhodnocení typu ošetrovatelské péče na oddělení. Výzkumné šetření potvrdilo, že na odděleních společného lůžkového fondu je realizován pouze skupinový typ péče (schéma 24). Dle Markové a kol. (2006) v systému skupinové péče se sestra stará o určitou skupinu pacientů, bez ohledu na to, na jakém pokoji pacient leží. V systému skupinové péče vzniká mezi pacientem a sestrou pevnější vazba (Marková a kol., 2006). Bezděková (2012) zdůrazňuje, že skupinová metoda zajišťuje sestře vykonávat ošetrovatelskou péči u vybrané skupiny pacientů, kde může optimálně dodržovat bariérové ošetrovatelství. Popisuje, že pacienti na společném lůžkovém fondu by měli být ukládáni na pokoje podle odborností a měli by zde být dodržovány přísné hygienické podmínky (Bezděková, 2012). Řekla bych, že zavedený systém péče je

velmi vhodný pro ošetřování pacientů širšího spektra oborů, protože to sestře umožňuje dodržovat vhodné hygienické podmínky.

Poslední výzkumná otázka se věnovala týmové spolupráci. Prvním vyhodnoceným tématem byla spolupráce v multidisciplinárním týmu. Dle Weisse et al. (2014) je sestra nedílnou a důležitou součástí multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví. V mezioborové spolupráci tvoří tým členové různých oborů a práce by zde měla mít partnerský charakter (Weiss et. al., 2014). Z výzkumného šetření vyplývá, že mezioborová spolupráce je na dobré úrovni a je bezproblémová. Respondenti poukazují na důležitost komunikace mezi členy týmu, ochoty naučit se něco nového a vzájemně si pomáhat (schéma 25). V mezioborové spolupráci je velmi důležitá zejména také komunikace mezi sestrou a lékařem. Venglářová s Mahrovou (2006) upozorňují na skutečnost, že mezi lékařem a sestrou musí být ochota a vůle komunikovat a že komunikace musí být obousměrná. Výsledek výzkumného šetření v této problematice ukázal, že komunikace mezi členy týmu je dobrá. Analýza ukazuje, že ze strany lékařů je zde ochota spolupracovat. Někteří respondenti zmiňují, že komunikace členů týmu je na pracovní úrovni (schéma 26). Myslím si, že efektivní komunikace je důležitou součástí spolupráce všech členů týmu, podporuje vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče a upevňuje vztahy na pracovišti. Špatná komunikace může způsobovat konfliktní situace. Venglářová a kol., (2011) poukazují na fakt, že obzvláště závažný je konflikt skupin, protože se většinou jedná o konflikt mezi lékaři a sestrami. Důvodem jsou hlavně rozdílné představy, postoje, odlišné motivace a cíle, pracovní nedocenení či mnoho stresorů na pracovišti. Poslední analyzovaná oblast se věnovala výskytu konfliktů v multidisciplinárním týmu. Z analýzy vyplynulo, že případné konflikty se vyskytují ojediněle a jsou problémem jednotlivce. Výzkum ukázal, že problematiku vzniklých konfliktů řeší nadřízený pracovník (schéma 27). Myslím si, že konflikty na pracovišti jsou vždy nepříjemnou událostí, protože v práci člověk tráví velkou část svého života. Člověk by se měl do pracovního procesu těšit, měl by být v práci spokojen a tím i uspokojovat svoje vlastní potřeby.

6 ZÁVĚR

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na projekt společného ošetrovatelského lůžkového fondu v Nemocnici Tábor a.s. Diplomová práce identifikovala důvody, které vedly management nemocnice k organizačním změnám. Cílem výzkumu bylo popsat personální management, způsob fungování spolupráce při organizačních změnách a určit nakolik projekt ovlivnil ošetrovatelskou péči. Prvním cílem bylo zhodnotit přínos vzniku společného ošetrovatelského lůžkového fondu pro nemocnici. Z výzkumného šetření vyplývá, že vlivem celospolečenského vývoje ve zdravotnictví muselo vedení nemocnice učinit jisté kroky, aby zachovalo dostupnost zdravotní péče pro všechny pacienty, zachovalo kvalitu zdravotní péče a aby zároveň zajistilo kladné hospodaření nemocnice. Analýza ukázala, že i přes určité komplikace a nevýhody projektu, byl vznik společného ošetrovatelského lůžkového fondu pro nemocnici přínosný. Komplikace a nevýhody, které projekt provázely, by mohly být poučením pro ostatní nemocnice, které plánují podobnou změnu v organizaci. Druhým cílem výzkumného šetření bylo analyzovat problémy v ošetrovatelské péči související se vznikem společného ošetrovatelského lůžkového fondu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že i přes větší zatížení sester na odděleních společného lůžkového fondu nenastaly problémy v ošetrovatelské péči v souvislosti se vznikem projektu. Kvalita ošetrovatelské péče je zajištěna dostatečným počtem nelékařského personálu na jednotlivých odděleních, efektivní organizací práce sester a systémem ošetrovatelské péče, který zabezpečuje bariérové ošetrovatelství. Posledním cílem bylo zmapovat práci sestry v multidisciplinárním týmu. Analýza ukázala, že sestra je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, kde je důležitá zejména komunikace a ochota spolupráce se všemi členy týmu. Výběr pracovníků do multidisciplinárního týmu byl realizován vhodným způsobem, objektivně a nezaujatě. Výzkum odhalil nedostatečnou informovanost o připravovaném společném ošetrovatelském lůžkovém fondu. Užší spolupráce vedení nemocnice se středním managementem by odhalilo komplikace provázející vznik projektu.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ARMSTRONG, Michael, 2007. *Řízení lidských zdrojů*. 10.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1407-3.
- BÁRTLOVÁ, Sylvia, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-6289-0.
- BEDNÁŘ, Vojtěch a kol., 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4211-3.
- BEZDĚKOVÁ, Iva, 2012. *Neslučujte septická a aseptická oddělení, říkají chirurgové*. Medical Tribune. [online]. 2012 [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/27291-neslucujte-septicka-a-asepticka-oddeleni-rikaji-chirurgove>.
- BĚHOUNEK, Jiří, Svatava ŠLAJCHRTOVÁ a Eva VANIŠOVÁ, 2000. Konkrétní kroky k realizaci týmové práce u otevřeného lůžkového fondu a jeho využití. *Medicína v praxi*, roč. 10/2000, str. 19-20. ISSN 1212-8759.
- BLAŽEK, Ladislav, 2011. *Management - Organizování, rozhodování, ovlivňování*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3275-6.
- DĚDINA, Jiří a Václav CEJTHAMR, 2005. *Management a organizační chování*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1300-0.
- FOTR, Jiří a Ivan SOUČEK, 2011. *Investiční rozhodování a řízení projektů*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3293-0.
- GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a Helen R. DICROCE, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0267-4.
- HARRIS, G. Mary, 2006. *Managing Health Services: Concepts and Practice*. 2th ed. Elsevier Australia. ISBN 978-0-7295-3759-9.
- HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4032-4.
- JAKUŠOVÁ, Viera, 2010. *Základy zdravotníckeho manažmentu*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-347-9.
- KHELEROVÁ, Vladimíra, 2010. *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*. 3.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3566-5.

- KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ, 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-290-8.
- KOLAJOVÁ, Lenka, 2006. *Týmová spolupráce*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1764-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUBEŠ, Marián a Ľubica ŠEBESTOVÁ, 2008. *360Stupňová zpětná vazba*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2314-3.
- KUBÍČKOVÁ, Lea a Karel RAIS, 2012. *Řízení změn ve firmách a jiných organizacích*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4564-0.
- KUZNÍKOVÁ Iva a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- KŮT, Filip, 2012. Zdravotní pojišťovny sepsaly další memorandum. *Zdravotnické noviny*. č. 13/2012, s. 1 – 2. ISSN 1805-2355.
- LIGHTER, Donald a Douglas C. FAIR, 2004. *Quality Management in Health Care: Principles and Methods*. 2th ed. Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-3218-9.
- LOJDA, Jan, 2011. *Manažerské dovednosti*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3902-1.
- MADAR, Jiří, 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0585-9.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- MARX, David, 2012. *Co udělá redukce lůžek s kvalitou*. Spojená akreditační komise. [online]. 2012 [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/co-udela-redukce-luzek-s-kvalitou-.551/>.

- MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ, 2009. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*. roč. 19, č. 9/2009, s. 19 – 20. ISSN 1210-0404.
- MINISTERSTVO PRŮMYSLU A OBCHODU, 2011. *Projekt 17 Restrukturalizace lůžkové péče v ČR*. BusinessInfo.cz. [online]. 2011 [cit. 2013-12-20]. Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/smk-restrukturalizace-luzkove-pece-v-cr-7299.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. *Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace*. [online]. 2012 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/memorandum-zdravotnich-pojistoven-a-restrukturalizaci-luzkoveho-fondu-za-ucelem-_6414_2501_1.html.
- MLÁDKOVÁ, Ludmila, 2005. *Moderní přístupy k managementu*. 1.vyd. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-310-8.
- NEMOCNICE TÁBOR a.s., 2011. *Výroční zpráva 2011*. [online]. 2011 [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <http://www.nemta.cz/vyrocnizpravy>.
- OSBISTON, Mark, 2013. Interprofessional collaborative teamwork facilitates patient centred care: a student practitioners perspective. *Clinical Feature*. May 2013, Volume 23, Issue 5, page number 110 – 113. ISSN 1750-4589.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2012. *Management v ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- POLICAR, Radek, 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RAITER, Tomáš, 2010. Jak zlepšit kvalitu zdravotní péče. *Zdravotnické noviny*. [online]. 2010 [cit. 2013-11-21]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/jak-zlepsit-kvalitu-zdravotni-pece-454190>.

- SOMROVÁ, Jana a Sylva BÁRTLOVÁ, 2013. Význam indikátorů kvality v ošetrovatelské péči. *Ošetrovatel'ský obzor*. [online]. 2013 [cit. 2013-11-22]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/osetrovatelsky-obzor-3-4-2012/vyznam-indikatoru-kvality-v-osetrovatelske-peci>.
- SVOZILOVÁ, Alena, 2006. *Projektový management*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1501-5.
- SYNEK, Miloslav a kol., 2011. *Manažerská ekonomika*. 5.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7528-9.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
- ŠUBRT, Oldřich, 2012. *Co udělá redukce lůžek s kvalitou*. Spojená akreditační komise. [online]. 2012 [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/co-udela-redukce-luzek-s-kvalitou-.551/>.
- TRUNEČEK, Jan, 2004. *Management znalostí*. 1.vyd. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-884-3.
- VAJNER, Luděk, 2007. *Výběr pracovníků do týmu*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1739-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv, 2011. *Sestry v nouzi*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela Mahrová, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- VÉVODA, Jiří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
- VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK, 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1919-1.
- VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ, 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3697-6.
- VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, 2012. Spojený lůžkový fond pro vyšší efektivitu. *Zdravotnické noviny*, Infoservis VZP. 2012. Roč. 3, č. 18, s. 2.

- VYHLÁŠKA č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, v platném znění, 2012. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 36, s. 1522.
- VYHLÁŠKA č.99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v platném znění, 2012. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 109, s. 3064.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ, 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I.* 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- WEISS, F. Donna, Felice J. TILIN and Marlene J. MORGAN, 2014. *The Interprofessional Health Care Team: Leadership and Development.* Jones & Bartlett Publishers. ISBN 978-1-4496-2657-0.
- ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, 2010. *V některých malých nemocnicích vznikne spojený lůžkový fond.* [online]. 2010 [cit. 2013-11-19]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/kongresovy-list/archiv/v-nekterych-malych-nemocnicich-vznikne-spojeny-luzkovy-fond>.

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace

Příloha 2 Otevřené kódování metodou „*papír a tužka*“

Příloha 3 Organizační struktura společnosti Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 4 Podřízenost Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 5 Doplnující otázky k rozhovoru s respondenty

Příloha 1 Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace

**MEMORANDUM
ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN O RESTRUKTURALIZACI LŮŽKOVÉHO
FONDU ZA ÚČELEM JEHO OPTIMALIZACE**

Níže uvedeného dne, měsíce a roku podepsali zástupci:

České republiky - Ministerstva zdravotnictví

se sídlem: Palackého nám. 375/4, 128 01 Praha 2
IČ: 00024341
jejímž jménem jedná: MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D., náměstek ministra
Ing. Petr Nosek, náměstek ministra

(dále jen „*Ministerstvo zdravotnictví ČR*“)

a

Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

se sídlem: Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3
IČ: 41197518
jejímž jménem jedná: MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA, ředitel

Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky

se sídlem: Drahobejllova 1404/4, 190 03 Praha 9
IČ: 47114975
jejímž jménem jedná: MUDr. Karel Štein, generální ředitel

České průmyslové zdravotní pojišťovny

se sídlem: Jeremenkova 11/161, 703 00 Ostrava – Vítkovice
IČ: 47672234
jejímž jménem jedná: JUDr. Petr Vaněk, Ph.D., generální ředitel

Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

se sídlem: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4
IČ: 47114321
jejímž jménem jedná: Ing. Ladislav Friedrich, CSc., generální ředitel

Zaměstnanecké pojišťovny Škoda

se sídlem: Husova 302, 293 01 Mladá Boleslav
IČ: 46354182
jejímž jménem jedná: Ing. Darina Ulmanová, MBA, ředitel ZPŠ

Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky

se sídlem: Kodaňská 1441/46, 101 00 Praha 10

IČ: 47114304

jejímž jménem jedná: Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA, generální ředitel

Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny

se sídlem: Michálkoviclá 108/967, 710 15 Slezská Ostrava

IČ: 47673036

jejímž jménem jedná: Ing. Lubomír Káňa, ředitel

Zdravotní pojišťovny METAL - ALIANCE

se sídlem: Čermákova 1951, 272 01 Kladno

IČ: 48703893

jejímž jménem jedná: Bc. Vladimír Kothera, MBA, generální ředitel

(dále jen „**zdravotní pojišťovny**“)

toto Memorandum:

Čl. I

PREAMBULE

1. Účelem tohoto Memoranda je deklarace společných zájmů Ministerstva zdravotnictví ČR a zdravotních pojišťoven v oblasti restrukturalizace lůžkového fondu poskytovatelů zdravotních služeb v České republice.
2. Zdravotní pojišťovny se zavazují k jednotnému postupu v oblasti restrukturalizace lůžkového fondu v rámci níže uvedených bodů.
3. Cílem procesu restrukturalizace je zajištění vyšší kvality poskytované lůžkové péče pojištěncům a maximální míry bezpečí při současném zefektivnění poskytování této zdravotní péče.
4. Cílem jednoznačně není prosté matematické snížení počtu lůžek, ale optimalizace lůžkového fondu na úrovni stanic, oddělení, případně celých nemocnic koncentrací péče za účelem zvýšení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče při zohlednění demografických a geografických vlivů.
5. Toto memorandum navazuje na Memorandum ve stejné věci ze dne 31. 10. 2011, rozvádí a upřesňuje ho, avšak neruší jeho obsah.

Či. II.
NAPLNĚNÍ CÍLE V OBLASTI RESTRUKTURALIZACE LŮŽKOVÉHO FONDU
ZA ÚČELEM JEHO OPTIMALIZACE

1. Zdravotní pojišťovny zveřejní obecná kritéria (viz níže) a odborná kritéria (viz příloha) používaná při restrukturalizaci lůžkového fondu, jejichž uplatnění je realizováno v komplexním pohledu na posuzovaný region, nikoli v absolutním pojetí jednoho kritéria.
2. U těch poskytovatelů zdravotních služeb, kde prozatím nedošlo k dohodě, zdravotní pojišťovny deklarují, že vzájemná jednání budou nadále pokračovat.
3. Jednání zdravotních pojišťoven je vedeno zejména se zřizovateli poskytovatelů zdravotních služeb a s krajskými úřady jako garanty územní dostupnosti zdravotních služeb.
4. Zdravotní pojišťovny se tímto zavazují zveřejnit do 30. 6. 2012 seznam poskytovatelů zdravotních služeb a jejich zřizovatelů, s nimiž došlo k dohodě v oblasti restrukturalizace lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace, a kterým bude nabídnuto uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb s účinností od 1. 1. 2013 (*pro rok 2013 a roky následující*).
5. Zdravotní pojišťovny budou průběžně informovat veřejnost, jak proces jednání postupuje, kde došlo k dohodě a hlavně jakým způsobem je zajištěna péče o pojištěnce v regionu, kde dochází k žádoucím strukturálním změnám.
6. Ministerstvo zdravotnictví ČR se zavazuje poskytnout podporu procesu optimalizace především v připravovaných legislativních normách, upravujících oblasti smluv a úhrad za poskytnuté zdravotní služby, včetně parametrů dostupnosti zdravotních služeb, stejně jako v oblasti postgraduálního vzdělávání.

Či. III
OBECNÁ KRITÉRIA RESTRUKTURALIZACE LŮŽKOVÉHO FONDU
ZA ÚČELEM JEHO OPTIMALIZACE

1. Níže podepsaní signatáři deklarují, že pro hodnocení poskytovatelů zdravotních služeb v souvislosti s restrukturalizací jejich lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace jsou rozhodná kritéria založená na posouzení následujících klíčových oblastí:
 - data mapující migraci pacientů za zdravotní péčí,
 - plnění věcného, technického vybavení a personálního zabezpečení dle platné legislativy,
 - souběh úvazků lékařů,
 - využití lůžkového fondu,
 - geografická dostupnost péče,
 - zhodnocení produkce ve vybraných oborech,
 - minimální počet tzv. klíčových výkonů,
 - kvalita a efektivita poskytované zdravotní péče,
 - akreditace poskytovatele zdravotních služeb,
 - klinicko-ekonomické parametry,
 - stanovení poměru mezi vybranými DRG skupinami a ostatními důvody pro hospitalizaci (poměr terapeutických a diagnostických hospitalizací),
 - úroveň hotelových služeb;
2. Odborná kritéria jsou stanovena v **Příloze** tohoto Memoranda.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky – dostupné z:
http://www.mzcr.cz/dokumenty/memorandum-zdravotnich-pojistoven-a-restrukturalizaci-luzkoveho-fondu-za-ucelem-_6414_2501_1.html.

Příloha 2 Otevřené kódování metodou „papír a tužka“

TOP MANAGEMENT *PEROVEN (3)*

ROVNĚŽ

1/ Co Vás, jako vrcholového manažera, vedlo k realizaci společného ošetrovatelského lůžkového fondu?

Snaha o **redukci dvou nadbytečných stanic** – jedné na operačních a druhé na interních oborech. **Možnost úspory osobních a ostatních nákladů.**

2/ Měl/a jste nějaké zkušenosti o fungování či osobní zkušenost z jiné nemocnice o fungování společného lůžkového fondu?

Žádné. Před zavedením společného ošetrovatelského lůžkového fondu jsme se snažili využít praktickou zkušenost z jiného zdravotnického zařízení, ale po osobních návštěvách jsme zjistili, že naše **vlastní myšlenka** je daleko více rozpracovaná s konkrétními dopady než u navštíveného zařízení.

ROVNĚŽ

3/ Co bylo hlavním cílem zřízení lůžkového fondu?

Hlavním cílem byla **úspora finančních prostředků** – zejména osobních (mzdových) nákladů, spotřebního materiálu, lůžkovin a lepší organizace práce středně zdravotnického personálu.

4/ Jak dlouhá příprava předcházela samotnému spuštění společného lůžkového fondu a poté jeho samotná realizace?

Na projektu pracovalo **několik manažerů**, včetně **personálního a obchodního oddělení**, a byl sepsán poměrně obsáhlý dokument, ke kterému se jednotliví manažeři vyjádřili a navrhli nejvhodnější řešení připravované realizace. Zároveň zhodnotili přínos tohoto řešení. Časově jsme pro zpracování jednotlivých kapitol potřebovali **zhruba 3 měsíce**, ale interní komunikace s jednotlivými odděleními a primariáty probíhala více než půl roku, zvláště negativně spuštění projektu zbrzdila akce „Děkujeme, odcházíme“

ROVNĚŽ V (1) + (2)

5/ Co z Vašeho pohledu přinesla realizace společného lůžkového fondu pro organizaci?

Jednoznačně **úsporu mzdových nákladů ve výši 6,2 mil. Kč** (duben – prosinec 2011). Bylo ukončeno **21,25 úvazků sester a 5 úvazků sanitářek**. Byli vybráni pracovníci, kteří měli pracovní úvazek na dobu určitou, tím jsme eliminovali náklady na odstupné. Dále se snížily **náklady na praní prádla a spotřebu dezinfekčních prostředků** (cca – 240 tis za stejné období)

PERSONÁLNÍ MANAŽERENT?

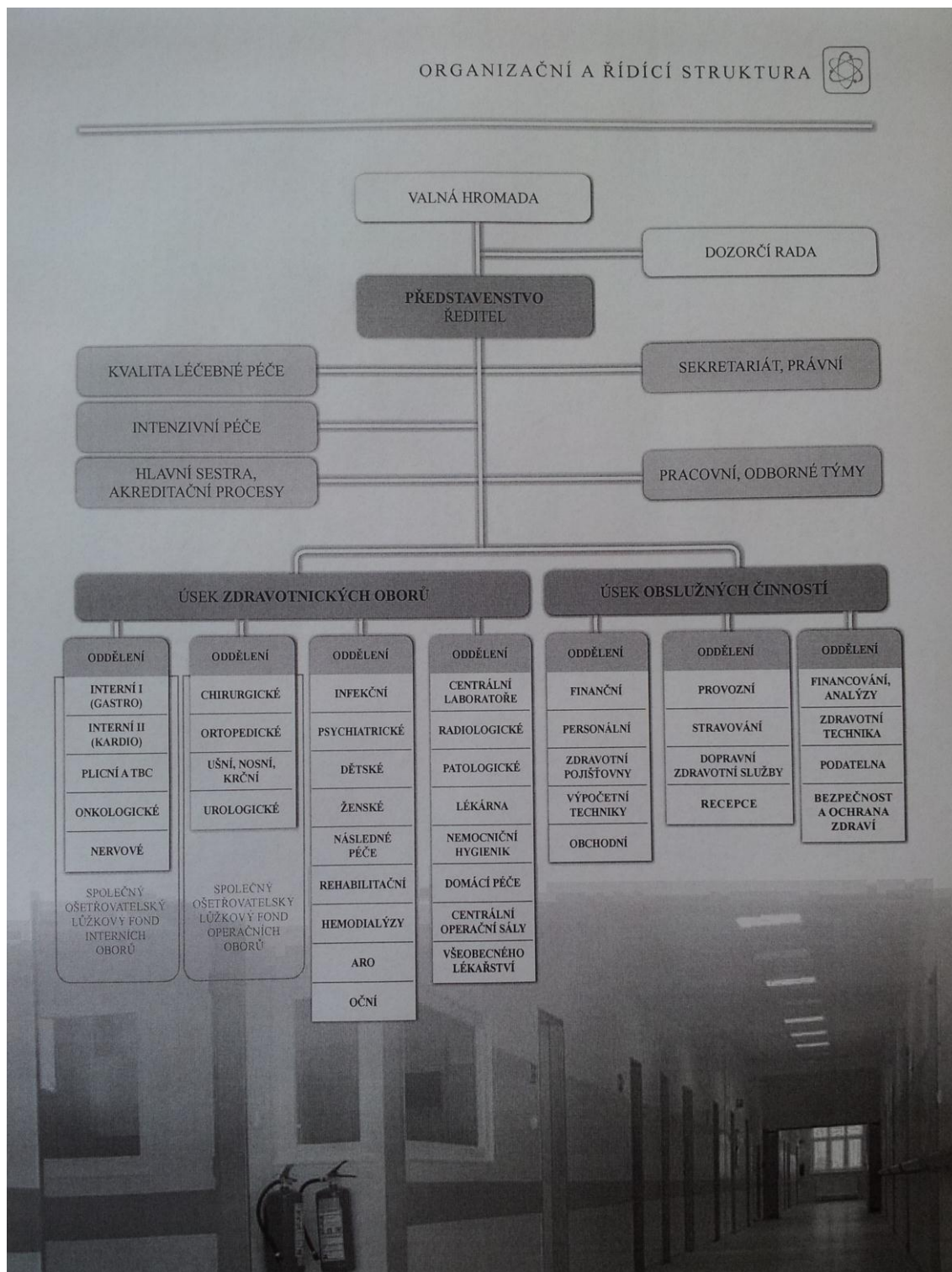
6/ Jakým způsobem probíhal výběr pracovníků na jednotlivá pracoviště společného lůžkového fondu, včetně řídicích pracovníků na jednotlivá oddělení?

Na všechna **vedoucí místa** byla vypsána **výběrová řízení** a do tohoto řízení se mohl přihlásit uchazeč jak z interních zdrojů, tak i z vnějších. Komise dle hlasování doporučila nejvhodnější

→ VYCHÁZÍ Z MANAŽERŮ

Zdroj: Vlastní

Příloha 3 Organizační struktura společnosti Nemocnice Tábor a.s.



Zdroj: Interní zdroj Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 4 Podřízenost Nemocnice Tábor a.s.

NT+
NT_RAD_02 Organizační řád

schválenou strategií. Zabezpečuje hospodářskou činnost s cílem získání nejlepšího hospodářského výsledku.

- v oblasti výkonné kontrolu právních a vnitřních předpisů společnosti a další kontrolní činnost. Zabezpečení právní agendy společnosti včetně evidence a archivace všech smluvních vztahů. Zastupování společnosti v právních sporech. Zabezpečení personální a mzdové agendy. Plán a dodržování osobních nákladů. Organizaci dalšího vzdělávání, doškolování a kvalifikačního růstu pracovníků. Zpracovává pro předsedu představenstva vybrané analýzy. Zabezpečuje agendu společnosti pro případ mimořádných situací (obrana státu, havarijní a úrazové plány). Zabezpečuje agendu bezpečnosti a ochrany zdraví pracovníků a požární ochrany společnosti.
- v oblasti řídicí plánuje, kontroluje a usměrňuje na základě vymezených pravomocí činnost společnosti a ostatních organizačních jednotek a útvarů. Plánuje a kontroluje hospodářskou činnost společnosti. Přípravuje požadované podklady pro rozhodování. Spolupracuje koncepci a strategii rozvoje společnosti v oblastech zajišťovaných činností. Ve vymezeném rozsahu, na základě delegovaných pravomocí navazuje vztahy ke státním orgánům a obchodním partnerům společnosti.

3.3 Organizační útvary (oddělení)

3.3.1 Organizační útvary jsou částmi organizačních jednotek (úseků), které zabezpečují v organizačních jednotkách obsahově určené výkonné a řídicí činnosti.

3.3.2 Organizační útvary se dělí na:

- **oddělení**
- **referáty** (útvary o jednom pracovním místě)

3.3.3 Oddělení je řízeno:

A) v oblasti zdravotní péče:

- oddělení vyjma SOLF:
 - **primářem**, v ústavní lékárně **vedoucím farmaceutem** a na COS **manažerem**.
 - metodické vedení v paralelní struktuře řízení je vykonáváno ze strany hlavní sestry zabezpečující metodické řízení kvality ošetrovatelské péče přes vedoucí SZP a dále určeného lékaře zajišťujícího metodické řízení kvality léčebné péče přes vedoucí zdravotních oddělení (primáři, vedoucí farmaceut)
- SOLF:
 - do působnosti hlavní sestry NT,a.s. patří v řízení zdravotnických pracovníků nelékařů odpovědnost přímá personální a přímá v odborných otázkách ošetrovatelství (vrchní sestra → staniční,vedoucí sestra → zdravotnický nelékařský personál)
 - do působnosti primářů patří odpovědnost v oblasti zdravotní péče poskytované zdravotnickými pracovníky (primář → lékař; primář → vrchní sestra → staniční,vedoucí sestra → zdravotnický nelékařský personál) na základě:
 - indikace lékaře
 - pod odborným dohledem lékaře
 - pod přímým vedením lékaře

Není-li výtisk tohoto dokumentu na první straně opatřen originálem razítka a podpisem správce úložiště dokumentů, není řízeným dokumentem.

Strana 8 (celkem 14)

Zdroj: Interní zdroj Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 5 Doplnující otázky k rozhovoru s respondenty

- 1/ Co Vás, jako vrcholového manažera, vedlo k realizaci společného ošetrovatelského lůžkového fondu?
- 2/ Měl/a jste nějaké zkušenosti o fungování či osobní zkušenost z jiné nemocnice o fungování společného lůžkového fondu?
- 3/ Co bylo hlavním cílem zřízení lůžkového fondu?
- 4/ Jak dlouhá příprava předcházela samotnému spuštění společného lůžkového fondu a poté jeho samotná realizace?
- 5/ Co z Vašeho pohledu přinesla realizace společného lůžkového fondu pro organizaci?
- 6/ Co přinesl vznik společného lůžkového fondu vašemu oddělení?
- 7/ Jaké nevýhody přinesl projekt společného lůžkového fondu?
- 8/ S jakými komplikacemi jste se setkal/a při realizaci projektu?
- 9/ Jakou jste měl/a zpětnou vazbu o fungování společného lůžkového fondu?
- 10/ Jakou jste měl/a možnost vyjádřit se k problematice vzniku společného lůžkového fondu?
- 11/ Jako formou probíhala komunikace mezi Vámi a Vašimi podřízenými o samotné realizaci vzniku společného lůžkového fondu (jakým způsobem jste informoval/a o této organizační změně)?
- 12/ Jako formou probíhala komunikace mezi Vámi a Vašimi nadřízenými o samotné realizaci vzniku společného lůžkového fondu?
- 13/ Jak na tuto změnu reagovali Vaši podřízení?
- 14/ Jaká byla Vaše reakce na připravovanou změnu?
- 15/ Jakým způsobem probíhala informovanost pacientů o vzniku lůžkového fondu?
- 16/ Jak na tuto změnu reagovali pacienti?
- 17/ Jakým způsobem probíhal výběr pracovníků na jednotlivá pracoviště společného lůžkového fondu, včetně řídicích pracovníků na jednotlivá oddělení?
- 18/ Jakou možnost jste měl/a podílet se na výběru pracovníků na jednotlivá oddělení?
- 19/ Jakou formou probíhalo zapracování zaměstnanců na jednotlivá pracoviště lůžkového fondu?

- 20/ Kolik směnných sester a ostatního nelékařského personálu zajišťuje ošetrovatelskou péči na vašem oddělení?
- 21/ Jaký měl z Vašeho pohledu vznik společného lůžkového fondu vliv na kvalitu ošetrovatelské péče?
- 22/ S jakým pochybením v ošetrovatelské péči ze strany ošetrovatelského personálu jste se setkal/a po vzniku společného lůžkového fondu či jiných nežádoucích událostí souvisejících se vznikem společného lůžkového fondu?
- 23/ Popište náročnost práce sestry na společném lůžkovém fondu.
- 24/ Jakou formou sledujete kvalitu ošetrovatelské péče?
- 25/ Jaký typ ošetrovatelské péče na vašem oddělení upřednostňujete?
- 26/ Popište, jak funguje spolupráce v multidisciplinárním týmu.
- 27/ Jak probíhala komunikace s lékaři pacientů jiných odborností na vašem oddělení?
- 28/ Popište výskyt konfliktů v multidisciplinárním týmu, které se vyskytují na vašem oddělení.

Zdroj: Vlastní