

**Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií**

Magisterská práce

Krizový management ve zdravotnickém zařízení

Vedoucí práce Mgr. Petr Vrzáček

Bc. Vendula Pírková
Osobní číslo: 9529
Imatrikulační ročník: 2004

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně za přispění odborné literatury uvedené v závěru práce.

V Benešově dne 7. 5. 2007

Vendula Pírková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petru Vrzáčkovi za metodické vedení a cenné připomínky při zpracování mé magisterské práce. Dále děkuji své rodině za podporu při studiu a psaní této práce.

Obsah

1. Úvod	8
2. Teoretická část	11
2.1. Ošetřovatelství	11
2.1.1. Moderní ošetřovatelství	11
2.1.2. Cíle ošetřovatelství	12
2.1.3. Pracovníci v ošetřovatelství	13
2.1.4. Kvalita v ošetřovatelství	15
2. 1. 4. 1. Sledování kvality	16
2. 1. 4. 2. Měření kvality	16
2.2. Lidské zdroje	20
2. 2. 1. Cíle řízení lidských zdrojů	22
2. 2. 2. Motivace	23
2.3. Proces změny	27
2. 3. 1. Řízení změny v organizaci	27
2.4. Krize a krizové řízení	31
2. 4. 1. Projev krize	38
2.5. Závěr teoretické části	39
3. Praktická část	41
3. 1. Charakteristika organizace	41
3. 1. 1. Struktura organizace	42
3. 1. 2. Neurologické oddělení	42
3. 1. 3. Cíl a strategie ošetřovatelské péče	43
3.2. Popis průběhu změny a přijatá opatření	43
3. 2. 1. Krize v personální oblasti v organizaci	43
3. 2. 1. 1. Výzkumné metody	44
3. 2. 1. 2. Zjištění	45
3. 2. 1. 3. Popis přijatých opatření	49
3. 2. 1. 4. Vyhodnocení dopadu přijatých opatření	51
3. 2. 2. Diagnostika stavu neurologického oddělení	55
3. 2. 2. 1. Metodologie diagnostiky	55
3. 2. 2. 2. Zjištění	57

3. 2. 2. 3. Optimalizace poskytované péče	72
4. Závěr	78

Zkratky

Seznam použité literatury

Seznam příloh

Příloha č. 1. Program workshopu (leden 2006)	83
Příloha č. 2. Pravidla pro vzdělávání nelékařů	84
Příloha č. 3. Vzdělávací plán nelékařů pro rok 2006	88
Příloha č. 4. Motivační plán zaměstnanců	90
Příloha č. 5. Korespondence se SZŠ	91
Příloha č. 6. Náborový příspěvek	93
Příloha č. 7. Časová osa diagnostiky situace na neurologickém oddělení.	94
Příloha č. 8. Popis ideálního stavu	95
Příloha č. 9. Dotazník spokojenosti ošetrovatelského personálu	96
Příloha č. 10 Postup při workshopu (říjen 2006)	97

Abstrakt

Tato magisterská práce se zabývá řízením personální krize ve zdravotnické organizaci způsobené vlivem vnějších příčin. První část teoretická se zabývá představením oboru ošetřovatelství a sledováním kvality poskytované ošetřovatelské péče. Dále se věnuji popisu systému péče o zaměstnance. Představuji řízení změny. Podrobněji se zabývám řízením organizace v krizi, identifikováním příčin krize a následným řešením a snižováním negativních dopadů krize na organizaci.

Druhá část je praktická a popisuje vývoj krize a způsobu řešení zvládnutí dopadů krize na poskytování zdravotních služeb v Nemocnici Benešov v průběhu 1 roku. Představuji indikátory upozorňující na vznik krize a způsob zvládnutí krize managementem organizace. Součástí této magisterské práce je vypracování doporučení ostatním managementům, jejichž organizace se dostala do krize podobného charakteru.

Klíčová slova: ošetřovatelství – řízení – krize - změna – lidské zdroje

Abstract

This project deals with handling of a personal crisis in a health organisation, caused by influence of independent, foreign causation. The first theoretical part of my project presents the nursery and qualifies the quality of the nursing service.

The system of employee's care is also a process of a change. I present here among other things also a process of a change. In detail I describe an entity management in the stage of crisis, the identification of the crisis cause and reason and consequently the following solution and remedy actions to decrease the negative impacts of such a crisis for the respective entity and environment.

The second part of my project is the practical one and describes the crisis development and the way how to dodge the impact of this event on the health service level in the Benešov – Hospital during a time space aof one year.

I decided to present here also the indicators announcing the origin of a crisis and consequently the way, how to handle and master such a situation by the management of the entity. One part of this project is also the recommendation for other management, where its or their entity (entities) suffered a similar crisis.

Key words: nursing - management – crisis – change – human resources

1. Úvod

Od roku 2005 pracuji jako náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s. (dále jen Nemocnice Benešov). Na přelomu roku 2005 a 2006 Ministerstvo zdravotnictví České Republiky (dále jen MZ ČR) ohrozilo existenci nemocnice, tím, že nezabezpečilo konání výběrového řízení na ústavní lůžkovou péči, na jejímž podkladě měly být uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Z tohoto důvodu došlo k vyvolání nejistoty v řadách nelékařského personálu, která se projevila především odchodem několika nelékařských zaměstnanců.

Cílem magisterské práce je popsat zvládání krize vyvolané vnějšími vlivy. Práce mapuje začátek krize, popisuje kroky managementu ve zvládání krize až po její vyústění, které pro organizaci znamenalo odchod klíčových zaměstnanců zařazených do systému poskytování zdravotní péče. V návaznosti na nedostatek personálu představuji opatření směřující k udržení stávajících a získání nových zaměstnanců. Dále uvádím následný průběh změny v poskytování péče na neurologickém oddělení s limitovaným počtem personálu.

Situace, která nastala na přelomu let 2005 a 2006 byla způsobena rozdílnými názory na řešení rozvržení sítě poskytovatelů zdravotní péče a na jejich následné financování. Již několik let se diskutuje mj. i o způsobu organizace zdravotní péče, efektivitě poskytovaných služeb, způsobu úhrad za poskytovanou ambulantní i ústavní péči. Na konci roku 2005 došlo k patové situaci v podobě opakovaného vyhlášení a opakovaného rušení výběrových řízení na ústavní-lůžkovou péči ze strany MZ ČR.

Nemocnice Benešov se stala v červenci roku 2005 akciovou společností. Zároveň se změnil i management společnosti, který ihned při svém nástupu zahájil činnost na přípravě nemocnice k výběrovému řízení na ambulantní a ústavní-lůžkovou péči (dále jen ústavní péče). Důvodem k tomuto kroku byla skutečnost, že všechny smlouvy na poskytování jak ústavní tak ambulantní péče končily k 31. 12. 2005. Nutno podotknout, že vrcholový management ve spolupráci se středním managementem nemocnice několik měsíců důsledně připravoval podklady k výběrovým řízením vyhlášeným Ministerstvem zdravotnictví ČR a Krajským úřadem Středočeského kraje. Na podzim roku 2005 bylo vyhlášeno a uskutečněno

výběrové řízení na ambulantní péči v gesci Krajského úřadu Středočeského kraje. V tomto výběrovém řízení nemocnice uspěla a od 1. 1. 2006 má na dobu neurčitou uzavřeny smlouvy na poskytování ambulantní péče se všemi zdravotními pojišťovnami.

Jiná situace nastala v ústavní péči. Na podzim roku 2005 vyhlásilo MZ ČR výběrové řízení na poskytování ústavní péče do něhož se nemocnice přihlásila a doložila všechny potřebné dokumenty. Výběrové řízení však bez řádného odůvodnění ze strany MZ ČR neproběhlo, důsledkem čehož nemocnice neměla od 1. 1. 2006 uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami na poskytování lůžkové péče. Přesto Nemocnice Benešov od 1. 1. 2006 po dobu 2 měsíců poskytovala ústavní péči klientům zdravotních pojišťoven bez jakékoli vidiny na návratnost vynaložených nákladů. Vlastník společnosti, kterým je Středočeský kraj nabídl půjčku nemocnici ve výši 15 milionů korun, čímž uklidnil pojištěnce Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen VZP) (jedná se celkem o 65% klientů VZP jen v oblasti Benešovska) potažmo své občany. Na přelomu ledna a února 2006 byly uzavřeny smlouvy na ústavní péči s osmi zdravotními pojišťovnami mimo VZP. (16)

Situace se obrátila v březnu 2006, kdy pod tlakem vedení a majoritního vlastníka nemocnice byla uzavřena smlouva mezi VZP a nemocnicí na poskytování ústavní péče, která zajistila úhradu poskytnuté péče v období od 1. 1. 2006 do 30. 6. 2006.

Vývoj událostí týkajících se uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami sledovala také média, která denně zaplavovala občany informacemi o neutěšené situaci nejen ve středočeském zdravotnictví. Tato nervozita se přenesla i do řad zaměstnanců nemocnice. Zpočátku se jednalo o fámy, které management vyvracel, ale postupem doby se začaly hromadit výpovědi, především ze strany nelékařského personálu. Nemocnice se tak mj. začala potýkat s problémem personálního zajištění provozu některých oddělení s následným nárůstem přesčasových hodin. Nedostatkem personálu (všeobecných sester) byly ohroženy stávající smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami a zároveň hrozilo i snížení kvality a bezpečnosti poskytované péče. Snížení úrovně poskytované péče může mít fatální následky nejen pro pacienty, ale může ohrozit i samotnou existenci nemocnice.

Protože vzniklá krize zasahovala do poskytování zdravotnické resp. ošetrovatelské péče představuji v teoretické části ošetrovatelství jako obor, jeho nelékařské pracovníky včetně jejich kompetencí a povinností. Pro management zdravotnického zařízení musí být směrodatné zabezpečení poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Ta, aby mohla být kvalitní musí být nejen sledována, ale také pravidelně vyhodnocována a zlepšována. Stálým zvyšováním kvality v poskytované zdravotní péči dochází i ke zvyšování bezpečí pro pacienty a zároveň dochází ke snížení nákladů na poskytovanou péči. (15) Dále se věnuji řízení lidských zdrojů, které je zaměřeno jak na nábor nových zaměstnanců, tak i na udržení stávajících zkušených zaměstnanců. Součástí udržení zaměstnanců je vytvoření motivačních prvků, které jsou důležité v personálním managementu. Součástí teoretické části je i teorie zavádění změny v poskytování zdravotní péče, ke které byla organizace vlivem vyhrocení situace, odchodu zaměstnanců, nucena přistoupit.

Druhá část magisterské práce je praktická. Představuji jednotlivé kroky, které management provedl k zachování fungování organizace a plnění hlavního účelu, kterým je poskytování zdravotní péče. Od počátku procesu, kdy management komunikoval se zaměstnanci o způsobu jejich udržení, až po následnou změnu poskytované péče. Součástí praktické části je i představení a vyhodnocení indikátorů kvality, které byly sledovány v průběhu krizové situace.

V závěru práce jsou představena doporučení, které by mohla ostatním vedoucím pracovníkům pomoci zvládat krizi obdobného charakteru, projevující se především v oblasti personálního řízení organizace.

2. Teoretická část

2. 1. Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je jedním z pilířů zdravotní péče. Vedle medicínské složky vystupuje právě ošetřovatelská péče jako partner v prevenci, léčbě popř. zmírňuje utrpení nevy léčitelně nemocným a zajišťuje důstojné umírání a smrt. Posláním ošetřovatelství je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat jejich fyzické, psychické a sociální možnosti v kontextu prostředí, ve kterém žijí a pracují. (32)

2. 1. 1. Moderní ošetřovatelství

Slovo moderní neznamená, že by se jednalo o trendy v ošetřovatelství v posledních deseti či dvaceti letech. Jedná se o moderní přístupy, které jsou spojovány s obdobím Krymské války (1853 – 1856) a od té doby se neustále vyvíjejí a přizpůsobují medicínským trendům. Krymská válka nebyla o nic víc zničující než ostatní, mladí lidé, vojáci neumírali na bitevním poli jen na následky válečných zranění, ale i na nedostatečnou lékařskou péči, na cholera a hlad. Odlišnost Krymské války od předchozích válek byla v péči o raněné vojáky. Nevhodnost podmínek pro uzdravování raněných vedla ruského chirurga N. I. Pigorova k prosazení myšlenky uplatnit na bojištích ženy, které by vykonávaly funkci ošetřovatelek. Pro tyto účely vyškolil třicet dobrovolnic, při jejich školení kladl velký důraz na dodržování hygieny a předcházení epidemií. (17)

Na druhém konci Evropy působila anglická sestra Florence Nightingalová (1820 – 1910), jenž pocházela z bohaté rodiny, ale její humánní povaha a otřesné zprávy, které přicházely z krymského válčiště o stavu úrovně péče o raněné vojáky, ji přivedly k myšlence založit v blízkosti Konstantinopole nemocnici. Byla to právě Nightingalová, která položila základy moderního ošetřovatelství. (32) Základními principy moderního ošetřovatelství bylo vyhledávání potřeb nemocných, raněných vojáků spojené s psychologickou intervencí.

Ošetřovatelství v českých zemích má bohatou historii. Od Anežky České až po 1. polovinu 20. století. Právě české sestry na konci 19. a na začátku 20. století byly

natolik ovlivněny podněty F. Nightingalové, že v Praze v tehdejší Rakousku-Uhersku došlo k založení první ošetřovatelské školy (1874). (32)

Ústřední postava českého ošetřovatelství v polovině 20. století, doktor Pacovský, definuje ošetřovatelství jako samostatnou vědeckou disciplínu, zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Světová zdravotnická organizace jde v definici ošetřovatelství ještě dál a specifikuje ji jako systém typicky ošetřovatelských intervencí týkajících se zdraví jednotlivce, rodiny a skupiny, které jim pomáhají, aby byly schopny pečovat o své zdraví a pohodu. Tato organizace identifikovala ošetřovatelství jako profesi, která svojí činností výrazně humanizuje, zlevňuje a zefektivňuje péči o zdraví obyvatel. Ošetřovatelství je vědou a uměním zároveň. Ošetřovatelství se velmi významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci čímž pacientům usnadňuje návrat do běžného života. (32)

Charakteristické rysy moderního ošetřovatelství jsou individuální holistický přístup k pacientovi a jeho rodině, aktivní vyhledávání problémů nemocného, včasné předcházení problémům a to na základě vědeckého přístupu a za pomoci ošetřovatelského plánu. To vše však vyžaduje interdisciplinární a týmovou spolupráci. (32)

Zdravotní sestra pracuje samostatně a při péči o pacienty používá metodu ošetřovatelského procesu. Významně se podílí na léčbě, vzdělává se, využívá práce ošetřovatelského personálu. (24)

2. 1. 2. Cíle ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozmeněné onemocněním. Marta Staňková říká: „Jedním z pilířů moderní ošetřovatelské péče je vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocného.“ (32, s. 44). Staňková pokračuje: „Při dosahování tohoto cíle sestra úzce spolupracuje s lékaři a dalšími kategoriemi zdravotnických a jiných odborných pracovníků (fyzioterapeuty, ergoterapeuty, zdravotně-sociálními pracovníky, nutričními terapeuty apod.), kteří mají zpracovány samostatné koncepty svých oborů. S rostoucí specializací medicíny se péče o nemocné stává stále více

záležitostí společně pracující skupiny zdravotníků, kteří jsou ve funkčně závislém postavení.“ (32, s. 37)

Mezi hlavní úkoly sestry patří:

- pomáhat jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich prostředím;
- vytvářet z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví;
- podporovat soběstačnost člověka v péči o sebe sama;
- provádět prevenci onemocnění;
- spolehlivě zajišťovat ordinace lékaře;
- snižovat negativní vliv onemocnění a předcházet komplikacím;
- nacházet a uspokojovat potřeby osob s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených, lidí s nevléčitelným onemocněním. (32)

2. 1. 3. Pracovníci v ošetrovatelství a jejich kompetence

V roce 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR Koncepti ošetrovatelské péče České Republiky (dále jen Konceptce) jenž navazuje na Koncepti ošetrovatelství České republiky z roku 1998. Nová Konceptce ošetrovatelství ČR respektuje nejen evropské, ale i světové normy, které určují vývoj ošetrovatelství v 21. století. „Konceptce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu.“ (20, s. 1). V souladu s konceptí byl přijat Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Dle výše uvedeného zákona zajišťují ošetrovatelskou péči zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném nejen tímto zákonem, ale i zvláštním právním předpisem Vyhláškou č. 424/2004 Sb.:

- 1) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti.
- 2) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. (42)

Příčemž činnosti jednotlivých kategorií nelékařských pracovníků stanovují prováděcí předpisy na než navazuje podrobné rozpracování pomocí pracovní náplně, které je v kompetenci zaměstnavatele. (34)

Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Svou činnost provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře.

Za výkon povolání pod přímým vedením se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník kvalifikován, a vykonává ji při stále přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. (42)

I přes tento pro ošetrovatelství významný krok zůstalo zachováno poslání sester ve společnosti: „Pomáhat jedincům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat, psychické a sociální pohody v kontextu v němž žijí a pracují“ (17, s. 5). Darja Jarošová také hovoří o rolích sestry: „Role sestry se podstatně mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestřích nové dovednosti, které se nepoužívaly v minulosti, např. ve vztahu k sociálním problémům, které provázejí nemoc a zdraví jedince či skupiny“ (17, s. 35)

Marta Staňková, jedna z nejvýznamnějších osobností ošetrovatelství, která se velmi zasloužila o podobu současného ošetrovatelství říká: „Úloha sestry v ošetrovatelství se v druhé polovině 20. století výrazně ve světě změnila. Ošetrovatelství dneška již neznámá pouze zajistit všechny ordinace lékaře a základní ošetrovatelskou péči, neznámá také pečovat o nemocného člověka. S rostoucím rozvojem poznatků v péči o zdraví člověka se postupně sestra stala samostatným pracovníkem, který má v péči o zdraví zcela nezastupitelné místo. Její kompetence se velmi rozšířily. Od sestry dneška se v rozvinuté společnosti očekává podstatně větší odborná fundovanost a s tím spojená také samostatnost a zodpovědnost“. (32, s. 31)

Změny kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků jsou velmi zásadní, protože mají přímý vliv na poskytovanou péči. Tyto změny podporuje i Mezinárodní rada sester (ICN), která říká: „Zdravotnická péče neprobíhá izolovaně od politické, ekonomické, sociální a kulturní reality jednotlivých zemí. Naopak výše

uvedené reality ji velmi ovlivňují. Kompetence sester se díky současnému celosvětovému kontextu při zajišťování zdravotní péče velmi rozšířily proto, aby bylo možné čelit novým složitým zdravotnickým postupům.“ ICN dále poukazuje na nutnost aktivním způsobem reagovat na prudký růst znalostí, rychlou komunikaci, propracovanější technologie v medicínské oblasti, na které se logicky váže ošetrovatelská péče. (1, s. 11)

2. 1. 4. Kvalita v ošetrovatelství

Kvalitní ošetrovatelská péče je základním požadavkem současného ošetrovatelství.

Dle Jarošové je pojetí kvality dáno kulturním a sociálním prostředím v němž převládají individuální hodnoty zdravotníků, politiků a jiných. Jarošová říká: „Kvalitní zdravotní služba je teoretický výsledek dohody mezi zdravotníky, pacienty (širší veřejností) a vládou, která kontroluje zdroje.“ (17, s. 74)

Abychom se mohli zabývat kvalitou ve zdravotnictví, respektive kvalitou v ošetrovatelské péči, musíme si nejprve definovat co to kvalita je, z čeho se skládá a jaká jsou kritéria jejího hodnocení.

V posledních letech se pojem kvalitní zdravotní péče stal tématem diskuzí a to jak odborných, zachycujících pohled profesionálů, tak i laiků nebo uživatelů. Není jednoduché definovat kvalitu a už vůbec ne, co vlastně kvalitní zdravotní péče je. Jedná se totiž o intuitivně vnímaný pojem, jehož definic nalezneme v odborné literatuře celou řadu. Autoři Gladkij, Heger, Strnad ke kvalitě říkají: „Kvalita péče je dynamický proces s mnoha rozměry. Její definice závisí jak na pohledu osoby, která ji definuje, tak na kontextu společenského a organizačního prostředí.“ (12, s. 13). A dále pokračují: „Kvalita se mění při vzniku a přijetí nových poznatků. Proto se při definici kvality musíme ptát: z čí perspektivy je nazírána, na jakých hodnotách je založena a z jakých znalostí a zdrojů pramení.“ (12, s. 13)

Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu již v roce 1966 jako: „Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“ (12, s. 12). Ovšem za uplynulá desetiletí, s rozvojem a změnami ve struktuře, složení, a tím i v nemocnosti obyvatel, došlo k redefinici Světovou zdravotnickou organizací. V posledních letech je platná

definice, která říká: „Kvalita zdravotní péče je definovaná jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.“ (12, s. 13) Dále Gladkij, Heger a Strnad používají definici kvality dle Donabediana, který definuje kvalitu zdravotní péče jako takový stupeň péče, při které se očekává maximální přínos pro pacientovo zdraví, a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu. (12)

Škrla zabývající se kvalitou ve zdravotnictví o kvalitě říká. „Kvalita péče je v moderním modelu zdravotnictví řízena třemi pravidly:

1. Kvalita znamená splnění určitých požadavků.
2. O požadavcích rozhoduje pacient nebo jiný zainteresovaný zákazník.
3. Požadavky/nároky na zdravotní péči se neustále zvyšují.“ (34, s.18)

2. 1. 4. 1. Sledování kvality ošetrovatelské péče

Lze říci, že na kvalitu ošetrovatelské péče můžeme pohlížet ze tří relativně samostatných pohledů. Můžeme zkoumat:

1. Strukturu poskytované péče, tj. organizaci systému péče (administrativní stránku, financování, personální zabezpečení, management, materiální a prostorové vybavení).
2. Proces péče což představuje konkrétní činnost u pacienta.
3. Výsledky péče (pacientův stav a jeho změny). (36)

Jana Lávičková, ke sledování kvality ošetrovatelské péče uvádí: „Kvalitu ošetrovatelské péče jinak posuzuje lékař, který hodnotí práci sester především podle toho, jak přesně plní jeho ordinace. Jiná kritéria používají pracovníci ošetrovatelského managementu na různých stupních řízení (hlavní sestra, vrchní sestra), kteří za kvalitu ošetrovatelské péče nesou osobní odpovědnost. Sestra sama hodnotí kvalitu péče a své vlastní práce zpravidla podle koncepce ošetrovatelství se kterou se sama ztotožnila.“ (23, s. 30-31).

2. 1. 4. 2. Měření kvality

Kvalita péče musí být měřitelná na základě objektivně měřitelných kritérií. Gladkij, Heger a Strnad k měření kvality konstatují: „Měření kvality zpravidla

nemůže být realizováno jen jedním činitelem: ani jen samotnými lékaři, manažery, pojišťovnou či nadřízeným úřadem. Měření musí být velmi pečlivě zabudováno do plánu zlepšování kvality spolu s řadou složek procesu.“ (12, s. 24) Petr Škrla o měření kvality používá názor Deminga a říká: „Jednou z integrovaných dimenzí kvality je její měření a vyhodnocování. Nelze-li vybrané parametry procesu měřit, je velice obtížné rozhodnout, zda se daný proces nebo výstup zlepšuje, nebo zhoršuje, a také jej nelze porovnávat s jiným oddělením nebo zdravotnickým zařízením. „Co nelze měřit, neexistuje,“ říká Deming — otec programu kontinuálního zvyšování kvality. Měření je tedy jedním z důležitých prvků tohoto programu.“ (34, s. 100) Při vyhodnocování kvality existují čtyři různorodé zdroje dat, sledující poskytování péče z různých úhlů a s jejichž pomocí můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu ošetrovatelské péče. Zdroji jsou informace získané z nebo od:

- pacientů a jiných interních nebo externích klientů;
- externích odborníků - auditorů;
- interních auditů;
- indikátorů kvality. (34)

Přičemž dle Christophera Wilsona, kterého zmiňuje Škrla musíme mít na paměti, že z výše uvedených čtyř různých zdrojů jsou audity a indikátory užívány nejčastěji, externí odborníci nebo inspektoři jsou nejvíce autoritativní, zatímco pacienti a jiní klienti jsou nejméně objektivní. (34)

Mezi dominantní indikátory kvality ošetrovatelské péče je sledování pádů pacientů a dekubitů. Dle prezidentky České asociace sester Dany Juráskové jsou pády pacientů jedny z nejčastějších ukazatelů kvality poskytované péče. Jurásková se svým týmem provedla v letech 2002 a 2003 studii zaměřenou na pády pacientů ve vybraných zdravotnických zařízeních v ČR. Její tým spočítal průměrné náklady na ošetření jednoho pacienta, způsobené pádem ve zdravotnickém zařízení. Průměrná částka na ošetření se vyšplhala na 10 000,- Kč. Výsledkem studie bylo zjištění že na odděleních s akutními lůžky upadne cca 1% pacientů. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), který shromažďuje informace i o počtu hospitalizovaných pacientů, se jedná o číslo téměř 22 000 tisíc pacientů ze všech hospitalizovaných pacientů v ČR v roce 2003, kteří upadli ve zdravotnickém

zařízení. Vynásobíme-li počet pádů pacientů s průměrem ceny na ošetření jednoho pádu dojdeme k zvratnému číslu 220 000 000,- Kč. (18)

Pády pacientů vypovídají nejen o kvalitě péče, ale především o její bezpečnosti. Pády pacientů mají za následek zvýšené nepohodlí nemocného a také zvýšení nákladů na následnou léčbu zranění způsobených pádem. David Marx pro časopis *Diagnóza v ošetrovatelství* hovoří o kontinuálním sledování pádu pacientů jako o jednom ze základních indikátorů kvality péče vhodných k soustavnému sledování: „Zdravotnické zařízení, které toto sledování neprovádí, jen obtížně bude prokazovat, že se zaměřuje na kontinuální zvyšování kvality péče a bezpečí pacientů“. (28, s. 139-140)

Proleženina (dekubitus) je místní odemření tkáně a jsou jí ohroženi pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko. Proleženina je závažnou komplikací, a proto ji musíme věnovat v ošetrovatelství náležitou péči. Proleženina vypovídá i o kvalitě ošetrovatelské péče. Dekubit se vyvíjí v několika fázích na stupnici od I. do IV. Přičemž III. a IV. stupeň je nejzávažnější a nejvíce ohrožuje pacientův zdravotní stav. (36) Sledování dekubitů je hned za pády pacientů dalším dominantním ukazatelem adekvátní ošetrovatelské péče.

Sledování dekubitů musí být pravidelné, přičemž je dominantním ukazatelem nově vzniklý dekubit. Dále se sleduje stav dekubitů ke dni evidence, stupeň postižení, lokalizace, velikost rány, a způsob ošetření. Součástí ošetrovatelské péče je i dokumentování průběhu antidekubitních opatření a v případě vzniku i popis průběhu vývoje dekubitů, jenž je součástí ošetrovatelské dokumentace.

Zranění způsobená pádem či vznik dekubitu jsou pro pacienta nepříjemné a mnohdy, dle věku pacienta, jej ohrožuje i na životě. Pro zdravotnické zařízení a potažmo celý pojišťovací systém znamená odčerpání nemalých finančních prostředků. Proto je sledování těchto indikátorů kvality jedním z nezbytných nástrojů manažera, protože nejen, že vede ke zvyšování bezpečí o pacienty, ale vede i k úsporám zdrojů, které se dají využít jiným způsobem.

Ve zdravotnictví využíváme celou řadu nejrůznějších indikátorů vypovídajících o kvalitě poskytované péče. Indikátory mohou být vytvořeny na míru, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo vytýčeného stavu dosaženo. (34) Sledovat indikátory kvality

ošetřovatelské péče nelze bez ošetřovatelské dokumentace, která obsahuje i informace o způsobu předcházení sledovaných případných komplikací a v případě vzniku dokládá i způsob ošetřovatelské péče.

Jak již bylo řečeno pro současné zdravotnictví a poskytování péče je nesmírně důležité, aby u poskytované péče byla sledována její kvalita. V současnou chvíli je však sledování a následné zveřejňování výsledků kvality výhradně na dobrovolnosti a také pokrokovosti managementu, který informace o kvalitě podává. Kvalita poskytované péče může být promítnuta do získání akreditačního certifikátu. Akreditační komise fungují na národní a nadnárodní úrovni. Získání akreditačního certifikátu a jeho opětovné potvrzení je velmi náročné nejen pro management, ale i pro samotné zaměstnance. Úsilí zdravotnického zařízení vedoucí k získání akreditačního certifikátu je prozatím věcí dobrovolnosti. Zdravotnickému zařízení z úspěšné certifikace neplyne žádná výhoda v podobě lépe ohodnocené smlouvy se zdravotními pojišťovnami apod.

Kvalita je v dnešní době v České Republice velmi skloňované slovo nejen u laické, ale i u odborné veřejnosti, avšak toto samo o sobě nestačí. Hlavním problémem českého zdravotního systému je absence legislativních norem. „Pokud chtějí naši politikové změnit české zdravotnictví, je potřeba, aby vycházeli z objektivních parametrů kvality a efektivity poskytované péče. Musíme si položit otázku, zda existuje systematická kontrola poskytované péče a jak můžeme efektivitu a kvalitu měřit a porovnávat?“. (31, s. 179)

V lednu 2007 se na Ministerstvu zdravotnictví ČR uskutečnil seminář s názvem *Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních*. Náměstkyně ministra zdravotnictví Markéta Hellerová uvedla, že ministerstvo připravuje legislativní podklady pro to, aby zdravotnická zařízení, která poskytují péči a jsou uznána ať už národní či mezinárodní akreditační komisí, byla upřednostňována při uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami. Pokud vyřčená slova budou promítnuta do české legislativy můžeme hovořit o velkém pokroku v transformovaném českém zdravotnictví.

Na tomto semináři vystoupil i předseda Spojené akreditační komise Ivan Staněk, který hovořil o současném stavu v přípravě zdravotnických zařízení k akreditaci. V ČR je 13 zdravotnických zařízení akreditováno národní akreditační

komisí. 40-50 organizací zdravotnického charakteru je připravováno na národní akreditační šetření. Dvě zdravotnická zařízení jsou akreditována mezinárodní akreditační komisí. Staněk při hledání odpovědi na otázku – proč požadovat kvalitní zdravotní péči uvádí: „Chceme kvalitní nové přístroje, budovy, vzdělání, tak proč také nechtít i kvalitní poskytování zdravotní péče.“ (15)

Ošetřovatelství jde ruku v ruce s kvalitní péčí o pacienta, kterou poskytuje velké množství zdravotnických pracovníků. Proto se v následující kapitole zabývám lidskými zdroji a motivačními faktory k získání nových či udržení stávajících zaměstnanců.

2. 2. Lidské zdroje

Armstrong definuje řízení lidských zdrojů jako: „Strategický a logicky promyšlený přístup k řízení nejcennějšího statku organizace, tj. v ní pracujících lidí, kteří jako jednotlivci i jako kolektiv přispívají k dosažení cílů.“ (2, s. 27).

Vývoj řízení lidských zdrojů se dle Crainera změnil na přelomu osmdesátých a devadesátých let 20. století. V této době došlo nejen ke zpochybnění tradičních kariérních postupů, ale došlo i k jejich převrácení nebo zrušení. Crainer říká: „Se zplošťováním hierarchií a důrazem na štíhlejší a pružnější struktury se těžiště přesunuje k snaze podniku dostat z každého zaměstnance ten nejlepší výkon. V té nejlepší praxi to znamená najímání kvalifikovaných a velmi schopných zaměstnanců a další osobní rozvoj každého člena organizace.“ (6, s. 124) Crainer představuje zprávu britského Roffey Park Management Institut, který ukázal na to, že lidé trpí obavami a nejistotou k tomu co se kolem nich děje v důsledku reorganizací. Lidé trpí obavami a nejistotou co bude ohledně odstraňování hierarchických úrovní jako důsledek snižování nákladů, což vede u většiny lidí k poklesu morálky, tzn. více práce a méně nabídky na povýšení. Podle Crainera tento trend vyžaduje změnu v posílení postavení řízení lidských zdrojů jako samostatné disciplíny.(6)

Jeho slova potvrzuje i Koubek, který uvádí, že v řízení lidských zdrojů se v posledních letech 20. století objevily nové myšlenky a koncepce. Jak sám autor uvádí nové myšlenky pramení jednak z reflektování prostředí, ve kterém organizace fungují a také z nového pohledu na pracovníky: „Především se od základu změnil pohled na pracovníky, zatímco až doposud byli pokládáni za nákladovou položku,

nově se na ně pohlíží jako na aktivum organizace, největší jmění, které organizace má.“ Tento trend nezůstal jen jedinou změnou. Koubek dále uvádí, že se změnily i postoje pracovníků vůči organizaci. Pracovníci jsou vzdělanější, informovanější a díky tomu chtějí být při rozhodování rovnoprávnými partnery. (22, s. 9)

Guru managementu Peter F. Drucker hovoří o lidských zdrojích jako o jednom ze tří základním pilířů potřebných zdrojů, které podnik potřebuje pro zachování konkurenceschopnosti. Mimo lidských zdrojů to jsou produkty přírody, a kapitál: „Podnik musí být schopen přitáhnout všechny tři zdroje a produktivně jich využít. Podnik, který nedokáže přitáhnout potřebné lidi a potřebný kapitál, dlouho neobstojí.“ (8, s. 40). Drucker zároveň představuje termín v označení současné společnosti jako „společnost znalostní“. Tato společnost je složena ze vzdělané osoby. A říká: Vzdělaná osobnost musí být schopná aplikovat své znalosti na současnost nebo s jejím využitím dokonce utvářet budoucnost.“ (8, s. 245)

Madar je zastáncem názoru, že pokud chceme mít kvalitní péči, musíme mít způsobilé pracovníky, kteří mají přiměřené vzdělání, výcvik, dovednosti a znalosti. Proto je v oblasti zdravotnictví nezbytně nutné klást důraz na pravidelná školení a proškolení personálu, evidenci záznamů o školení, certifikátech a kurzech včetně zaškolení na používání zdravotnických prostředků jako jsou přístroje. (27)

Na řízení lidských zdrojů v České republice měly vliv nejen trendy přicházející z vyspělých zemí, ale především změny politického uspořádání od roku 1989. Tyto změny s sebou přinesly i změny řízení zdravotnických zařízení. Gladkij uvádí: „Zatímco ještě před rokem 1989 byla každá zdravotnická instituce personálně vybavena podle jednotného administrativního řízení, mají dnes zdravotnické instituce samy možnost řídit své lidské zdroje. Zdravotnické instituce už nejsou schovávány v anonymitě velkých „ústavů národního zdraví“, ale poskytují své služby pod vlastním jménem a identifikačním číslem. To umožňuje nejen ekonomickou, ale i konkrétní odpovědnost. Každá zdravotnická instituce si musí zvážit své podmínky, intenzitu práce, vybavenost, zkušenosti, možnosti i výhody a podle toho volit strategie řízení lidských zdrojů.“ (11, s. 210) Gladkij sám definuje řízení lidských zdrojů jako nejdůležitější oblast celého řízení, neboť lidské zdroje determinují a uvádějí do pohybu všechny ostatní zdroje. (11)

2. 2. 1. Cíle řízení lidských zdrojů

Dle Armstronga je obecným cílem řízení lidských zdrojů zajistit, aby organizace byla schopná prostřednictvím svých zaměstnanců plnit své vlastní cíle. Armstrong rozděluje řízení lidí do třech činnostních oblastí.

- Zabezpečování a rozvoj pracovníků: Cílem je zajistit, aby organizace získala a udržela kvalifikované a motivované zaměstnance. Předvídat a uspokojovat budoucí potřeby pracovních sil. Zvyšovat a rozvíjet podstatné schopnosti lidí tím, že jim budou poskytovány příležitosti k soustavnému vzdělávání a rozvoji.
- Ocenění pracovníků: Cílem je zvyšovat motivaci a oddanost pracovníků prostřednictvím politiky, která zajišťuje oceňování lidí za všechno, co dělají a čeho dosahují, i za dovednosti a schopnosti, které si v budoucnu osvojí.
- Vytváření vztahů v organizaci: vytvářet ovzduší, které bude udržovat produktivní a harmonické vztahy mezi managementem a pracovníky, za účelem týmové spolupráce. Uplatňovat metody řízení, které budou pro pracovníky motivující a budou navozovat vzájemnou důvěru. (2)

Největší oblastí činností v řízení lidských zdrojů je a bude motivace zaměstnanců. Důvodem je statistický výhled na situaci na trhu práce v příštích několika letech či desetiletích. Branham se zabývá současnou situací na trhu práce v USA.

- Každý měsíc mění zaměstnání více než 13% pracovních sil. To je více než jeden ze 7 zaměstnanců (ve srovnání s jedním z deseti z roku 1995).
- Průměrná veřejná společnost ztrácí každé čtyři roky polovinu svých zaměstnanců.
- 55% zaměstnanců v USA často o odchodu přemýšlí nebo ho plánuje do roka uskutečnit.
- Průměrný čas potřebný ke znovu obsazení uvolněných pracovních míst se zvýšil ze 41 dnů na 51.
- Obvyklé náklady společnosti na získání a zaškolení nového pracovníka po odchodu jiného se pohybují od 10 000 do 50 000 dolarů, jedná se pouze o zvýšení o skutečné náklady.

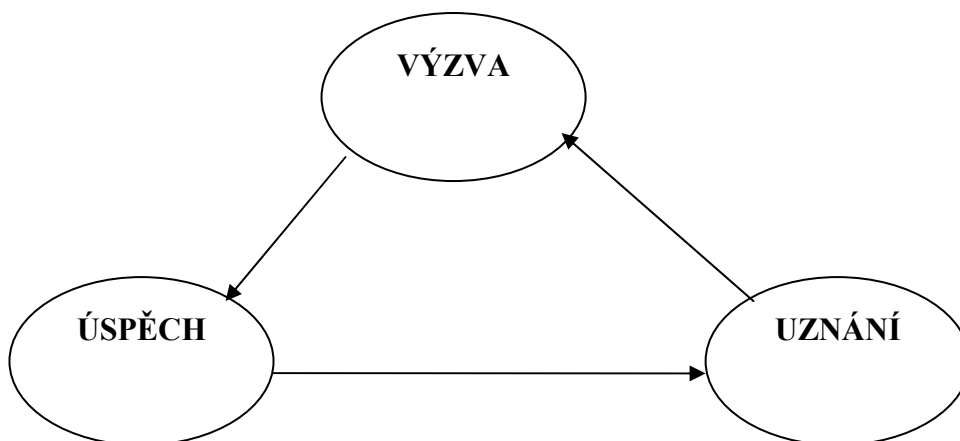
- Více než poloviny organizací vykazuje vzrůstající fluktuaci a jen 9% z nich hodnotí své náklady na udržování jako vysoce úspěšné. (3)

Zároveň uvádí: „V roce 2008 bude k dispozici 161 miliónů pracovních míst, ale jen 154 miliónů pracovníků na jejich obsazení.“ (3, s. 5). Příčinou tohoto jevu je narušení „starého dobrého“ zaměstnaneckého vztahu, který dobrým zaměstnancům nabízel dlouhodobé zaměstnání. Rostoucí nejistota pramenící z vlny snižování stavů, reorganizací a náhlých změn. Managementy se soustředí na krátkodobou ekonomickou návratnost namísto budování trvalých hodnot založených na investicích do lidského faktoru. Tento přístup má za následek, že se managementy snaží s menším počtem personálu vytvořit více produktivity v činnostech, které zaměstnavatel potřebuje ke splnění svých cílů. Uvedený přístup vede ke snižování pracovních pozic na žebříčku profesního postupu uvnitř společnosti. Příčin je velmi mnoho. Branham tvrdí, že zatímco 75% vedoucích pracovníků říká, že udržování zaměstnanců je jejich hlavním problémem, ale jen 15% z nich je považuje mezi priority svých společností. Stávající situaci popisuje slovy výkonného ředitele Agilent Technologies, který situaci přirovnává k chování doktora, který se rozhodne urychlit transfúzi v okamžiku, kdy pacient začíná krváčet rychleji. (3)

2. 2. 2. Motivace

Motivace se v několika dalších letech stane jedním z dominantních prvků řízení lidských zdrojů. Frederick Herzberg, duchovní otec moderní teorie o motivaci pracovníků, jako první prezentoval motivační cyklus V-Ú-U. Základ veškeré motivace zaměstnance a spokojenosti z práce leží, podle Herzberga, v kruhu viz. obr. č. 1 (3)

Obr. č. 1 V-Ú-U – převzato z Branham str. 191



Herzberg provedl studii na 1 685 blíže nespecifikovaných zaměstnancích z které vzešlo 6 činitelů, které ve většině případů přispívají ke spokojenosti zaměstnanců tzv. vnitřní motivátory:

- | | |
|-----------------|-----------------|
| - Úspěch | - Zodpovědnost |
| - Uznání | - Povýšení |
| - Práce samotná | - Profesní růst |

Všechny tyto faktory byly spojeny s náplní práce. Absence Herzbergových činitelů může způsobit ztrátu uspokojení z práce.

Herzberg se nezabýval jen vnitřními motivátory, ale definoval i vnější udržovací faktory působící na motivaci. Mezi vnější faktory zařadil podnikovou kulturu, administrativní i odborné řízení práce, plat, pracovní podmínky, jistotu pracovního místa, vztahy na pracovišti, vztahy s kolegy, vliv práce na osobní život, statut profese. Posledně jmenované vnější faktory nemají dle Herzbergra přímý vliv na pracovní nespokojenost. (38)

Na Herzbergovu motivační teorii vyvinutou v 60. letech 20 století v USA, navázali čeští výzkumníci. Ti se pokusili v českých podmínkách uskutečnit výzkumnou studii zaměřenou na motivaci zdravotních sester. Autoři výzkumu si za

cíl zkoumání dali srovnat pořadí důležitosti motivačních faktorů zdravotních sester s tím, jak jsou tyto faktory prezentovány a uspokojovány zaměstnavatelem tedy vrcholovým managementem nemocnice. Výzkum se uskutečnil v roce 2003 v nemocnici okresního typu v nemocnici Prostějov. Pomocí dotazníků výzkumníci zkoumali názory 281 zdravotních sester poskytujících ošetrovatelskou péči přímo u lůžka. Výchozí hypotéza předpokládala divergenci mezi subjektivně preferovaným pořadím důležitostí jednotlivých motivačních faktorů ze strany zdravotních sester a pořadím faktorů, jež podle sester zastává zaměstnavatel.

Sestry označily nejvyšší významnost – jistota zaměstnání, mzda, péče o pacienta, spolupráce v provozu, uznání osobních výsledků. Nejmenší význam přisoudily prestiži zaměstnání a kariérnímu postupu.

Pro vrcholový management je na základě výzkumu nejdůležitější péče o pacienta a image zařízení. Nejmenší význam přisoudil zaměstnavatel mzdě, jistotě pracovního místa a uznání osobních výsledků. (38)

Popsaný výzkum ukazuje na nutnost zabývat se motivačními faktory. Také poukázal na rozdílnost pořadí důležitosti motivačních faktorů u zaměstnanců a managementu organizace.

Na rozdílnost názorů na motivaci mezi managementem a zaměstnanci Branham poukazuje, který říká: „Zatímco většina vedoucích si myslí, že plat je nejdůležitějším činitelem, který rozhodne, zda zaměstnanci zůstanou nebo půjdou, zaměstnanci stále řadí uznání za jejich práci na první místo.“ (3, s. 192) Branham tento fakt představuje na studii společnosti Wichita State, ve které hodnotí zaměstnanci uznání a poděkování za nejvíce motivující podnět, ale 58% dotázaných přiznalo, že od svých zaměstnavatelů slyší slova díky jen velmi málo. Zároveň představuje motivační modely zaměstnavatelů od cestování, oděvů, kupónů, po plakety a samozřejmostí je i finanční motivace. (3)

Obecně existují dva způsoby uznání:

- Běžné odměny, které se přidělují na základě uvážení vedoucího, a které mají být ve vhodné chvíli pro jedince projevem uznání a také motivací.

- Oficiální odměny, které zavádí organizace, aby motivovala všechny zaměstnance. (3)

Branham představuje knihu Boba Nelsona 1 001 způsobů jak odměnit zaměstnance. Pro účely zdravotnictví jsou zde představeny jen některé.

- Uznání bez peněz - jde o to, že musí být uznání vysloveno osobně.
- Projev uznání – např. u příležitosti nějakého významného milníku, či výročí zaměstnance.
- Komunikace – pomocí otevřeného rozhovoru s vedoucím.
- Pracovní volno – v západních zemích se stává stále oblíbenější.
- Hotovost/Peněžní náhrada/Dárkové poukazy. Hotovost a peněžní náhrada dává zaměstnanci možnost rozhodnout se jak odměnu užije. Dárkové poukazy mohou být zaměstnancům ušity na míru.
- Památeční dárky, plakety a jiné drobnosti. Drobnost jako symbol uznání, které jsou zvlášť vytvořeny pro jednotlivce, společnost nebo událost.
- Zábava/Oslavy jsou velmi často využívaným způsobem jakým lze ocenit práci zaměstnanců.

Výše uvedené odměny jsou neformální, ale i při jejich přidělování musí být určitý postup. Jako např. přizpůsobení odměny důležitosti úspěchu a dle povahy každého zaměstnance. Přidělení odměny by mělo nastat co nejdříve, kdy úspěch u zaměstnance nastal s vysvětlením za jakou činnost odměnu získal.

Z formálních odměn jsou to

- několika stupňové programy odměn a bodový systém
- exkurze
- výuka, osobní růst a sebezdokonalování
- povýšení a zviditelnění, další Branhamovou radou je, zjišťovat vhodnou formou odměny přímým dotazem budoucímu příjemci. (3)

Vzhledem k personálním možnostem našeho zdravotnictví bude nutno v budoucnu klást maximální zájem o pracovníky a jejich motivaci. Situace ve vzdělávání nelékařských pracovníků po vstupu České republiky do EU, finanční

možnosti managementů nestátních zdravotnických zařízení vede k nutnosti zavedení motivačních prvků do řízení lidských zdrojů v organizacích. V případě Nemocnice Benešov jsou dalšími faktory pro urychlenou implementaci motivátorů do praxe i blízkost pražských zdravotnických zařízení a především nedostatek pracovníků na trhu práce. Dle statistických ukazatelů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR v oblasti Benešova je průměrná nezaměstnanost 4% v roce 2006 (14), proto se i management benešovské nemocnice musí zabývat motivací, aby předešel nedostatku zaměstnanců v organizaci. Čímž by mohlo dojít k ohrožení samotné existence organizace. Výše jmenované metody v motivaci jsou vodítkem pro péči o zaměstnance.

2. 3. Proces změny

V předchozích kapitolách jsem představila vhodné formy péče zaměstnavatele o své zaměstnance. Zájmem organizace je vhodnými metodami získat od zaměstnanců maximální dlouhodobý efektivní výkon. K tomu, aby mohl být výkon maximální, dlouhodobý a efektivní, musí mít zaměstnanec vytvořeny podmínky. Od roku 1989 má pacient možnost vybrat si nezdravotnické zařízení, ve kterém chce být léčen. Snahou zdravotnických zařízení musí být schopnost poskytovat kvalitní zdravotní péči. Tu zajistí se vzdělanými tudíž i kompetentními a především vhodně motivovanými zaměstnanci. Avšak nejen motivování zaměstnanci, ale i vhodně zvolená metoda přispívající k soustavnému zvyšování kvality, je pro organizaci přínosem.

Ještě před rokem 1989 zdravotnická zařízení poskytovala „pouze“ zdravotní péči, avšak nyní je snahou poskytovat kvalitní zdravotní péči. Cesta ke kvalitní péči vede prostřednictvím změny v péči o pacienta, proto se v následující kapitole zabývám teoretickými poznatky o procesu řízení změny.

2. 3. 1. Řízení změny v organizaci

Změna je nedílnou součástí našeho života, ale je důležité uvědomit si, že změna je nutná a mnohdy i nevyhnutelná. Analýzou situace či faktorů, které potřebu změny odstartovaly dojdeme ke stanovení směru, v němž je nutné podniknout určité

kroky. Teprve hlubší analýzou identifikujeme a vyhodnotíme možné kroky v řešení, které povedou k nejschůdnější cestě realizace změny, která bude žádoucí. (2).

Autorky DiCroce a Grohar-Murray hovoří o změně jako o dynamickém procesu, který lze analyzovat, zkoumat, pochopit a do jisté míry i kontrolovat. (7).

Drucker uvádí, že změny nelze řídit, před změnami lze pouze udržovat náskok. Dnešní doba je doba revolučních převratů, ve které jsou změny každodenním jevem. Změny jsou bolestivé a riskantní a jejich zvládnutí vyžaduje velké pracovní úsilí. Nejdůležitější výzvou pro management 21. století je zajistit, aby se příslušná organizace stala lídrem změn. Drucker tvrdí: „Pokud však organizace – ať podnik, univerzita, nemocnice či, kterákoli jiná – za svůj úkol nepovažuje stát v čele změn, nemůže přežít. V období rychlých strukturálních změn přežívají lídři změn.“ (9, s. 75) Drucker představuje 3 principiální zásady v řízení změn.

1. Opouštění včerejška, které má za následek opuštění všeho neproduktivního.
2. Organizované zdokonalování. Prvotním úkolem je identifikovat co pro organizaci a konkrétní oblasti představuje výkonnost. Musí docházet k systematickému zdokonalování interních a externích aktivit podniku. V případě nemocnice se jedná o služby, zdravotnické procesy, školení personálu, marketing, aj.
3. Zuzítkování úspěchu, které jsou zaměřeny nejen na nedostatky, ale především na příležitosti. (9, 77)

Autorkami DiCroce a Grohar-Murray je změna popisována jako: „Plánovaná a řízená, nebo k ní dojde náhodou.“ (7 s. 252) Přičemž základem změn jsou vnitřní a vnější faktory. Faktory vnitřní jsou charakterizovány např. narůstající křivkou růstu akutních případů, zaváděním nových lékařských metod, na které samozřejmě navazují nové ošetrovatelské postupy. Mezi vnější faktory lze zařadit společenské a ekonomické, které ovlivňují ošetrovatelskou praxi. Typickým ukazatelem nutnosti přijetí změny je postupná globalizace a růst tzv. multikulturního ošetrovatelství. (7)

Dle autorek DiCroce a Grohar-Murray je výhodou plánované změny to, že je založená na empirickém důkazu potřeby. Taková změna má za cíl zlepšení operačních systémů, zapojuje do rozhodování ostatní a poskytuje čas na přeškolení ostatních osob, které změna ovlivní. Snadněji se změna uplatňuje u lidí, kteří na

změně „vydělají“ a jsou tak daleko lépe motivovatelní. Autorky dále upozorňují na dva hlavní body, které je třeba zvážit při diskuzi o procesu změny. Těmi jsou, předmět změny, tedy to, co se mění a dále pak způsob provedení změny, tedy její realizace. Zároveň doporučují pečlivou analýzu a diagnózu stávajících praktik s ohledem na budoucí potřeby. Neopomenutelnou složkou procesu změny musí být také identifikace problému. Změny v ošetrovatelské péči musí být však zvládnuty do té míry, aby byly zachovány základní profesní standardy, hodnoty a zájmy v poslání ošetrovatelské péče. Sestry přispívají do procesu změn uplatňováním svých znalostí a pochopením fází změny od teoretického východiska, až po její hodnocení. Vzhledem k tomu, že sestry jsou co do počtu ve zdravotnických zařízeních největší profesní skupinou je neméně důležité, aby všechny uskutečněné změny byly zaváděny zkušenými manažerkami. Na manažerky jsou kladeny nejen administrativní požadavky, ale musí se orientovat i v řídicí činnosti. (7)

Jane Salvage definuje 3 základní postupy procesu změny.

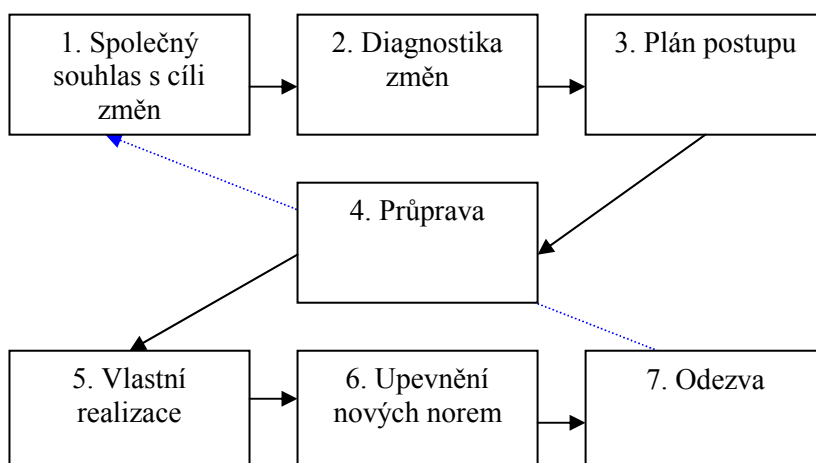
1. Donucovací přístup – změna je vedena „shora-dolů“, vycházející od nadřízených fungujících na předpokladu, že vedoucí pracovník je autorita a podřízení pod „hrozbou“ budou provádět změnu. Tento model však brání iniciativě, tvořivosti lidí, kteří přijímají rozkazy.
2. Racionálně empirický přístup předpokládá, že ke změně dojde na základě vlastního rozumu lidí, kteří přijímají změnu. Jane Salvage uvádí příklad sestry, která edukuje pacienta, aby přestal kouřit. Sestra předpokládá, že ve vlastním zájmu pacienta je, aby kouřit přestal. Praxe je však taková, že ne vždy si je příjemce změny vědom nutnosti změny.
3. Normativně převýchovný přístup, je charakteristický tím, že změna přichází odspodu nahoru. V tomto případě vycházíme z předpokladu, že lidé nejlépe dosáhnou změny pokud jednají společně a každý je zaangažován. Pak je proces změny pro všechny snáze akceptovatelný

Salvage doporučuje pro praxi model „odspodu-nahoru“, který je pro příjemce změny nejlépe akceptovatelný a vytváří u nich pocit, že se na změně mohou podílet.

(29)

Proces realizace změny zespondu-nahoru může probíhat v sedmi dílčích krocích, které jsem pro přehlednost znázornila v obr. č. 2.

Obrázek č. 2 Změna probíhající „odspodu-nahoru“ převzato z Lemon 3



1. Společný souhlas k cíli – klíčovou úlohu sehrává propagátor změny, společně s ostatními zaměstnanci probírá návrhy a rozhodnutí k jaké změně dojde.
2. Diagnostika změn – zaměstnanci si stanoví, co by se mělo změnit a proč.
3. Plán postupu – zahrnuje mapování toho co má být změněno a jak se bude postupovat. Nutností je stanovení kompetencí jednotlivých členů týmu s reálnými termíny.
4. Průprava – v případě potřeby se zaměstnanci musí naučit novým dovednostem, které pak umožní dosáhnout požadavků, které změna přináší.
5. Vlastní realizace – na základě plánů probíhá realizace, jejímž cílem je zjistit, zda změna probíhá požadovaným způsobem. V případě potřeby se plány revidují.
6. Upevnění nových norem – ve vzájemné diskuzi je nutné vyhodnocovat uskutečněnou realizaci změny s popisem nastalé skutečnosti. Za úspěch mají být členové týmu pochváleni popřípadě odměněni.
7. Odezva – v této fázi probíhá kontrola a vyhodnocení změny. Pokud je třeba, původní plány se modifikují a celý cyklus se opakuje znovu. (25, s. 142-143)

Metoda normativně převýchovného přístupu ke změně, tedy přístupu zespona nahoru, je v případě dodržení sedmi výše uvedených kroků nejefektivnější a změny jsou trvalejšího rázu. Zároveň umožňují v průběhu změny identifikovat možné komplikace, kterým můžeme s pomocí zainteresování zaměstnanců předejít. Spoluautoři učebního textu Lemon říkají: „Pracovníci zapojení do procesu změn se cítí daleko více zainteresováni, protože ke změně mají určitý vlastnický vztah“. (25, s.141)

V předchozím textu jsem představila proces řízení změny. Zmínila jsem skutečnost, že změnám nelze zabránit, proto musíme být na změny připraveni. V následujícím textu představím krizové situace vyžadující reakci, která by měla vést ke změně. Pokud však organizace změnu včas nerozpozná, jako vlastní potřebu k zachování fungování organizace, může dojít k ohrožení samotné existence organizace. Stejně tak může dojít k ohrožení existence organizace nevhodně implementovanými kroky, které by vedly k nutné změně.

2. 4. Krize a krizové řízení

Slovník cizích slov vysvětluje slovo krize jako vyvrcholení, rozhodnou chvíli, obrat ve vývoji, nebezpečný stav vývoje. I když je slovo krize velmi frekventované a setkáváme se s ním téměř denně, není odbornou ani laickou veřejností jednotně chápáno a také pojem není jednotně definován. Zuzák (43, s. 10) říká: „Krise může být chápána různě, může se jednat o krizi politickou, osobní, zdravotní, rodinnou, školní. Stejně tak může zasáhnout jakýkoliv subjekt a vůbec nezáleží na jeho velikosti.“ A dále pokračuje: „Právě na velikosti subjektu záleží, protože si dokážeme představit politickou krizi, ale jen velmi těžko si dokážeme představit krizi vesmírnou.“ Stejně tak, jak si dokážeme představit krizi osobní, můžeme mít dle zkušeností vlastní či osobní východisko z krize. Ovšem v případě velkého subjektu potřebujeme mnoho znalostí, abychom se mohli ve složitém systému fungování

subjektu, který byl zasažen krizí orientovat a řídit jej. Krizí může být postihnut jakýkoliv objekt a proto je krize, její příčiny a řešení předmětem zájmu psychologů, sociologů, ekonomů, politologů, odborníků na řízení a dalších oblastí. Chápání krize může být určováno způsobem postihnutí krizí nebo příčin vzniku krize, které Zuzák rozděluje do čtyř základních oblastí, které jsou předmětem zájmu odborníků. Jedná se o krizi:

- Osobní týkající se lidských individuí.
- Sociální a společenská, kdy jsou ohroženy sociální a společenské formy v celosvětovém i místním rámci.
- V důsledku živelných pohrom a havárií, jimž musí lidstvo čelit od pradávna, a jež zasahují svým ničivým vlivem i do fungování organizací.
- Krize ekonomického charakteru rozčleněné na makroekonomickou a mikroekonomickou část.

Výše uvedené krize se mohou prolínat a ovlivňovat jedince, společnost nejen na státním či regionálním území, ale i v kontinentálním a mezikontinentálním měřítku.

(43)

Krizovému řízení se věnují autoři Green a Hanke, kteří manažerům doporučují věnovat se řízení podniku a jejich zaměstnanců ještě ve chvíli, kdy se o krizi nejedná. Autoři Green a Hanke dokazují na příkladu: „Učit se jezdit na kole, když je pěkné počasí, je určitě zábavnější než v lijáku za krupobití, vichru a bouře. Totéž platí pro podnikové řízení. Když jde v podniku do tuhého, prosazuje se analýza založená na datech, faktech.“ (13, s. 8) A dále uvádějí, že je nutné z předložených analýz vyvodit správné závěry a říci co v pravou chvíli dělat. Stejně tak je pro řízení důležité zaměřit se na personální politiku, aby byli manažerovi zaměstnanci nejen motivovaní, ale i výkonní. (13)

Pro krizi vyvolanou jakýmkoliv způsobem je charakteristické, že krize má negativní účinek jak na objekt zasažený krizí, tak i na jeho okolí. Z tohoto faktu vycházejí i subjekty, které jsou krizí postiženy a snaží se o eliminaci jejích následků a vyvedení postihnutého objektu na úroveň, ve které se nacházel před vznikem krize.

Jedná se především o zastavení negativního vývoje a usměrnění sestupné vývojové křivky nejdříve do stabilní polohy a pak do vzestupného směru. (43)

Dle autorů Raise a Smejkal (30, s. 249) jsou základní metody účinného manažerského řízení krizových událostí složeny z mnoha funkčních principů, které musí být uplatňovány před vznikem mimořádné události, v jejím průběhu a po skončení. Pro řízení krizí je ideálním cílem každého manažera, pomocí nástrojů, vzniku krize předcházet.

Krizový management rozděluje na dvě fáze:

- Prevence krizových událostí
- Reakce na krizové události

Velmi důležitým faktorem pro řízení krize je čas. Zuzák upozorňuje, že při krizi bývá rozhodujícím faktorem čas, ve kterém se obvykle krize prohlubuje a způsobuje stále větší škody. Dále pokračuje, že cílem postihnutých je redukce následků a škod způsobených krizí a minimalizace doby trvání krize. (43) Počátkem krize pro organizaci může být i vznik mimořádné události, která je startérem pro počínající krizi. Ale i mimořádná událost dle tvrzení Raise a Smejkal: „Musí být časově, prostorově a jinak ohraničená, aby neovlivňovala další aktiva organizace.“ (30, s. 250)

Krizové řízení je používáno v různých oblastech. I když řada postupů a metod je v něm shodná, existují k němu dva odlišné přístupy. Ty můžeme identifikovat především v oblastech sociálně politické krize, ekonomické krize a krize v důsledku živelních pohrom a havárií. První přístup můžeme nazvat jako krizové řízení v užším smyslu a je založen řešením krize, která už nastala a bude identifikována. viz. obr. č. 3 (43, s. 17)

Obrázek č. 3. Obecné schéma krizového řízení v užším smyslu podle Zuzáka (43)



Výše uvedené schéma se může stát předmětem polemik. Zuzák však tvrdí: „Slovo identifikována je velmi důležité, protože teprve po identifikaci, a to ještě někdy s určitým zpožděním, nastává proces krizového řízení.“ Jedná se o stav, kdy v době, kdy se krize evidentně projevuje a lze ji na základě jejích projevů identifikovat, pak tento proces zpravidla postupuje podle výše uvedeného algoritmu. (43, s. 18)

Druhý přístup krizového řízení, tzv. v širším smyslu začíná podstatně dříve než lze krizi evidentně identifikovat a než se dostane do fáze rozhodujícího zlomu,

dokonce ještě dříve než krize nastane. Jedná se o preventivní charakter, kdy krizové řízení je v tomto smyslu stálým procesem, zahrnujícím preventivní opatření vedoucí k omezení vzniku krize. Stálým procesem se rozumí vytváření preventivních procesů, které mají za cíl včasnou identifikaci krizového vývoje a vytvoření systémů pro zvládnání krize. Zuzák má na mysli stávající krizová legislativní opatření, která stanovují výčet činností, které musí management v oblasti vojenského a civilního - nevojenského charakteru zvládnout ještě dříve než samotná krize nastane a být na příslušnou krizi připraven. (43) Jedná se o preventivní charakter krize, který se velmi dobře uplatňuje v případě plánování mimořádných událostí v továrnách, u kterých by např. selhání bezpečnostních prvků mohlo ohrozit zdraví, životy a majetek obyvatel. Povinnost zpracovat krizové plány vyplývá z tzv. Krizových zákonů České republiky. (41)

Identifikace krize je jednou z nedílných součástí řízení krizové situace. Autoři zabývající se řešením krizí v organizacích chápou identifikaci krize jako důležitý okamžik. Přičemž Zuzák zmiňuje dva možné rozpory. Prvním rozparem je odlišnost okamžiku vzniku krize a její identifikace. A upozorňuje na časovou osu mezi vznikem a identifikací, která může být jen několik minut (např. v případě výbuchu) nebo v řádu několika let. Druhým rozparem je, že identifikace krize neznamená ještě její řešení. Zuzák říká: „Podnikový management nebo vlastníci někdy otálejí s provedením jakéhokoliv opatření vedoucího k řešení vzniklé situace. Domnívají se, že se nějakým „vyšším“ zásahem příznivých okolností vyřeší sama.“ Do praxe převedeno, vedení firmy nechá problém „vyhnít“ s tím, že se to nějak „vyvrbí“. (43, s. 37) Řešení krizové situace nečinností managementu popisuje i Bureš (4, s. 30), který, ale poukazuje na neschopnost managementu orientovat se v množství informací a říká: „Informace na jedné straně výrazně zpřesňují podklady pro proces rozhodování, na druhé straně je však čím dál tím více obtížnější vyznat se v nich a rozhodnout, které informace jsou ty nejpodstatnější.“ Bureš v kapitole Princip podstatné informace doporučuje svolat si všechny vedoucí pracovníky a dát jim hodinu na to, aby napsali, které informace k řízení nezbytně potřebují, jak často, k jakému datu a v jaké formě. Pokud toto za časový úsek nestačí, doporučuje se jich co nejdříve zbavit, protože tento člověk nemá dostatečnou odbornost k tomu, aby byl

členem řídicího týmu. A co teprve až v nastalé krizové situaci. (43) Jeho názor podporuje i Peter F. Drucker: „Chtějí-li manažeři získat informace, které potřebují pro svou práci, musí začít tím, že si položí dvě otázky:

- Jaké informace dlužím lidem, s nimiž spolupracuji a na nichž jsem závislý? V jaké podobě? V jakém časovém horizontu?
- Jaké informace potřebuji já sám? Od koho? V jaké podobě? A v jakém časovém horizontu?“ (9, s. 119)

Drucker jde v oblasti informací dál a zabývá se organizací informací „Nejsou-li informace organizované, zůstávají pouhými daty. Mají-li mít nějaký smysl, je nutno je organizovat. Musí být vytvořen systém pro tzv. klíčové události. Klíčová událost může mít technologický charakter, může např. souviset s pracovníky a jejich rozvojem, se zavedením nového výrobku či služby pro klíčové zákazníky. O tom, co je klíčovou událostí rozhoduje sám vedoucí. Drucker doporučuje konzultovat stanovení klíčové události s lidmi z praxe. Další druh klíčové události pramení z teorie pravděpodobnosti založené na koncepci totálního řízení jakosti. Zde se sledují např. rozdíly mezi běžnými fluktuacemi v rámci normálního rozdělení pravděpodobnosti a výjimečnými událostmi. Klíčová data, která okamžikem, kdy dosáhnou určité intenzity a překročí práh vnímání vycházejí z teorie prahového vnímání. Prahové vnímání je aplikováno jak v osobním, tak pracovním životě. Příkladem může být ekonomická recese, kdy pokles objemu prodeje a zisku se stává recesí tehdy, překročí-li prahovou hodnotu. (9)

Nastane-li krize je nejen důležité informace přijímat a analyzovat, ale podstatné je i informace předávat. Management musí o nastalé skutečnosti informovat nejen zaměstnance, ale v mnoha případech i veřejnost. Dle Zuzáka se krize může stát prostřednictvím krizové komunikace prostředkem k zviditelnění a prezentaci schopností, vedoucích ke zvládnutí situace. „Ovšem za předpokladu,“ jak uvádí Zuzák: „že se vše podá efektivně, přesvědčivě a krizová komunikace není jen zástěnkou nepořádku a neschopnosti, která má vést k manipulaci veřejného mínění a jeho přesvědčení, že je vše v pořádku.“ (43, s. 61) Dalším krokem při řízení krize je, podle Zuzáka, informování zaměstnanců a veřejnosti, protože fámy o vzniku a

příčině krizové situace se šíří velmi rychle a přidávají se k nim i nepravdy. Zuzák používá přirovnání ke hře na tichou poštu. Management by měl mít vypracovanou strategii komunikace v krizové situaci. Účinnou metodou zvládnutí krize je vytvoření Krizového scénáře jejíž součástí je i krizová komunikace. Zuzák tvrdí: „Zastíráním a šířením polopravd nevede ke kýžené důvěře vně ani uvnitř společnosti. Požadavkem na krizovou komunikaci je podávat informace efektivně, přesvědčivě.“ (43, s. 61)

V období krize se řízení přesouvá z decentralizovaného na centralizované. Tedy takové řízení, kdy rozhoduje jedinec či úzký okruh lidí ve vedení společnosti. Ale krize může nastat také tím, že řízení organizace je stále centralizované. Rozhoduje jeden člověk z managementu a ostatní se tzv. dusí. Ivan Bureš (4, s. 11) uvádí „Ukazuje se, že soustředění rozhodovacích pravomocí výlučně do rukou jedince je v rostoucím měřítku hazard, který může vážně ohrozit existenci podniku, zvláště pak v krizových situacích.“ Dále dodává, že jedinec, který na sebe vezme takovou odpovědnost, se dříve nebo později musí zhroutit pod tímto soustředěným tlakem. Tento fakt představuje v praxi tím, že mnoho malých a středních podniků v době svého vzniku byly řízeny svými zakladateli, ale s rostoucím úspěchem a rozšiřováním podniku došlo k zachování stejného stylu řízení jako v době jejího vzniku, což v mnoha případech vedlo k úpadku podniku. Pro krizové řízení je charakteristické to, že krizový manažer a následně i ostatní manažeři musí v „nenormální“ situaci, kterou akutní krize je, sáhnout k centralizaci řízení, k direktivnímu stylu vedení, k přísnému vyžadování disciplíny a k přesnému plnění uložených úkolů. (43, s. 89).

V období, kdy organizace není postižena krizí jsou organizace řízeny různými styly řízení. Ty jsou u mnoha autorů knih o managementu velmi podobné. Nejvýstižněji jsou styly vedení rozčleněny autory Smejkalem a Raisem do následující typologie stylů:

Autoritativní styl řízení vylučuje participaci ostatních pracovníků řízení firmy. Podřízení nemají možnost ovlivnit rozhodnutí – vedoucí rozhoduje sám.

Demokratický styl řízení je spojen s vyšší mírou participace podřízených na řízení firmy. Vedoucí dává podřízeným možnost vyjádřit se, deleguje značnou část svých pravomocí, ponechává si však odpovědnost v konečných rozhodnutích.

Styl řízení laissez-faire (volný průběh) ponechává pracovníkům značnou volnost. Výhodou je, že pracovníci si mohou dělat věci podle svého, nevýhodou může být bezcílné tápání ve chvíli, kdy je nějaké vedení zapotřebí. (30, s. 38)

Posledně uvedený styl vedení označuje Petr Škrla, jeden z českých manažerů ve zdravotnictví, jako styl: „Který zpočátku zaměstnancům vyhovuje, protože na něj neklade žádné nároky, ale nakonec není akceptován, protože nevede k uspokojivým pracovním výsledkům a má na kolektiv negativní dopad.“ (34, s. 265)

2. 4. 1. Projev krize

Bureš uvádí: „Krise se v podniku začne projevovat dlouho před tím, než se začnou zhoršovat jeho pozice na trhu a jeho finanční výsledky.“ (4, s. 7)

Na základě výše uvedeného bychom krizi mohli definovat jako poruchu rovnovážného prostředí organizace. Příčinou této poruchy rovnováhy jsou vnější i vnitřní vlivy, které musí management ihned řešit. Důležité je identifikovat příčinu krize a ujasnit si indikátory, pomocí kterých lze stanovit, kdy se o krizi jedná. Dle Zuzáka je nutné vytvořit v době, kdy ještě není krize, systém včasného varování založený na indikátorech krize na nichž lze dokladovat, že ke krizi došlo. Tyto indikátory mohou být měkké/nekvantifikovatelné indikátory, které mohou lidé jen tušit. Nejsou hmatatelné a specificky určené. Jedná se např. o nervozitu mezi zaměstnanci, nepořádek na pracovišti, autoritativní vystupování. Naproti měkkým nekvantifikovatelným indikátorům to jsou kvantifikovatelné indikátory, které mají argumentační sílu. Např. fluktuace zaměstnanců, počet reklamací apod. Indikátory jsou zde proto, aby usnadnily vedoucím pracovníkům rozeznat, kdy dochází k ohrožení organizace krizí či nikoli. „Vedení, které má nastaveny prvky systému včasného varování pomocí indikátorů před hrozícím nebezpečím, by si mělo uvědomit, že změna je nutná, a že ač se jedná o vyčerpávající období, mnohdy má pro organizaci pozitivní přínos.“ (43, s. 86)

Velmi zjednodušeně lze konstatovat, že pokud dojde ke krizi, musí si každý manažer uvědomit, že nejdůležitější je čas, prostor, komunikace a eliminace

následků. Následky musíme eliminovat specifickými nástroji řízení. Většina autorů zabývajících se managementem či managementem krizových situací doporučuje zavést centralizované řízení. Zuzák doporučuje, dle druhu příčin krize, změnit i management na tzv. krizový nejen v názvu, ale i v jeho obsazení. Opírá se o argument, že člověk, který krizi osobně zavinil např. svou neschopností by neměl organizaci dál řídit. (43)

2. 5. Závěr teoretické části

V teoretické části se zabývám jedním z pilířů zdravotní péče, kterým je ošetřovatelství. Představuji novodobou historii ošetřovatelství, která je založena na individuálním vyhledávání potřeb pacienta. Samotné uspokojování potřeb probíhá v součinnosti s pacientem samotným či s jeho nejbližšími. (32) Ošetřovatelství v dnešní době je směřováno k poskytování služeb, které jsou kvalitní a bezpečné pro pacienta. Aby se tak mohlo stát, byly sestřím rozšířeny kompetence v jejich činnostech. Sestra již není podřízena lékaři, ale je naopak jeho partnerem. Ošetřovatelský pracovník je zároveň partnerem pacienta v cestě za zdravím. (17) V roce 2004 vznikla Koncepce ošetřovatelství MZ ČR, která je metodickým opatřením v novodobé péči o pacienta v ČR. V souladu s Koncepcí ošetřovatelství MZ ČR byl v roce 2004 schválen také zákon o nelékařích, který svými vyhláškami stanovuje kompetence ošetřovatelskému personálu při péči o nemocného člověka. S přijetím výše uvedených norem došlo i ke změně chápání role sestry. S touto změnou se musely sestry ztotožnit a změnit nejen systém péče o pacienty, ale i přístup k vlastnímu vzdělávání. Samotný ošetřovatelský proces s sebou přináší vyšší míru odpovědnost sester za provedené úkony. Proto je nutné, aby sestry měly dostatek znalostí, dovedností a osobních vlastností, které je předurčují ke splnění pracovního výkonu. Zdravotnický resp. nelékařský personál by měl být vhodným způsobem svými zaměstnavateli motivován k podávání maximálních efektivních a kvalitních výkonů, které mají pozitivní vliv nejen pro pacienty. Z tohoto pak těží i zdravotnická zařízení tím, že služby jimi poskytované jsou kvalitní, bezpečné a jsou na vysoké odborné úrovni, která jim zaručuje přísun pacientů.

Žijeme v neklidné době, plné změn a zvrátů, které není v našich silách ovlivnit a na něž musíme být nejen jako jednotlivci, ale i jako skupiny připraveni.(34) Pokud nejsme připraveni na změnu můžeme se dostat do krize z níž cesta ven může být velmi dlouhá a vyčerpávající. (9) Proto musíme být připraveni krizi včas rozpoznat, analyzovat její příčiny, stanovit a zahájit kroky, které nám pomohou nalézt ztracenou rovnováhu.

3. Praktická část

Praktická část je rozdělena na popis dvou procesů. V prvním procesu popisují zvládání krize v oblasti personálního řízení v rámci celé organizace. Příčinou personální krize byl nadměrný úbytek zaměstnanců z důvodu ohrožení existence nemocnice na počátku roku 2006. Ve druhém procesu se paralelně věnují úbytku personálu a následně jeho nedostatku na trhu práce v regionu, které ve spojení s nedostatečně řízeným neurologickým oddělením ohrozilo fungování poskytované péče pro neurologické pacienty. Proto si ve druhém procesu všímám zkvalitnění řízení ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení. Nevyhnutelná změna, kterou jsem řídila, probíhala v období od února do listopadu 2006 a týkala se optimalizace poskytované péče na neurologickém oddělení a byla přirozenou reakcí na vzniklou krizi.

Změna probíhala v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., kde pracuji na pozici náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči. Do funkce jsem nastoupila společně s novým vedením společnosti 1. července 2005. Mým úkolem je řízení Úseku ošetrovatelské péče, na kterém pracuje celkem 440 zaměstnanců. Jedná se o nelékařský personál (všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotní, radiologické a farmaceutické laborantky, pomocný personál – sanitáře, ošetrovatelky) a část technicko-hospodářských zaměstnanců.

3. 1. Charakteristika organizace

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, je od 1. 7. 2005 akciovou společností, jejímž majoritním vlastníkem je Středočeský kraj. Jedná se o jednu z pěti páteřních nemocnic Středočeského kraje. (21) Se změnou statutu organizace došlo i ke změně managementu nemocnice.

Nemocnice poskytuje lůžkovou a ambulantní péči obyvatelům okresu Benešov. Péče je využívána i občany jiných regionů (Praha, Jihočeský kraj) a v některých případech i zahraničními klienty. Dominantní zdroj financování je od zdravotních pojišťoven, s nimiž má nemocnice uzavřeny smlouvy na poskytování péče. Největší zastoupení pacientů (65%) jsou pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Nemocnice má 10 lůžkových oddělení se 444 lůžky, onkologický stacionář a 6 oddělení komplementu. Nemocnice zaměstnávala k 31. 12. 2006 684 zaměstnanců. Přepočtený počet zaměstnanců na pracovní úvazky činí 647,22. (16)

3. 1. 1. Struktura organizace

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., je organizace jejíž základní vnitřní předpis Statut a Organizační řád upravuje vnitřní organizační strukturu a řízení. Stanovuje kompetence a povinnosti jednotlivých zaměstnanců a. s.

Nejvyšším kompetenčním článkem v úseku ošetrovatelské péče je Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči. V organizační struktuře úseku jsou oborové manažerky, vrchní sestry, staniční sestry a řadové sestry na jednotlivých ošetrovatelských jednotkách. (16)

Vztahy mezi organizací a jejími zaměstnanci jsou upraveny zákoníkem práce a Kolektivní smlouvou.

3. 1. 2. Neurologické oddělení

Zajišťuje diagnostiku a léčbu akutních a chronických stavů při onemocnění nervové soustavy. Poskytuje konziliární služby pro ostatní oddělení nemocnice. Je umístěno v budově interního pavilonu vybudovaného v roce 1989. Poskytuje péči obyvatelům Benešova a okolí.

Oddělení má 39 lůžek. Z tohoto počtu jsou dle potřeb pacientů 4 lůžka vyčleněna jako lůžka intenzivní péče. Technické a prostorové vybavení jednotky intenzivní péče (dále jen JIP) odpovídá požadavkům legislativy České republiky (493/2005). Zdravotní pojišťovny i přes opakované žádosti, v průběhu posledních dvou let, nepřiznaly statut JIP. Z tohoto důvodu jsou JIP lůžka, do dnešního dne (duben 2007), financována jako lůžka standardní. Na nastalou situaci finančně doplácí nejen neurologické oddělení, ale potažmo i celá nemocnice, protože management oddělení i nemocnice si je vědom nutnosti zajistit intenzivní péči neurologickým pacientům. Ze strany nemocnice jsou vedena jednání se zdravotními pojišťovnami, které však požadavky nemocnice nerespektují.

Odpovědným za chod oddělení je primář a po stránce ošetrovatelské vrchní sestra. Přímá podřízená vrchní sestry je staniční sestra a řadové sestry oddělení.

3. 1. 3. Cíl a strategie ošetrovatelské péče

Strategie organizace ošetrovatelské péče vychází z Koncepce ošetrovatelské péče Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. platné od roku 2006 a klade důraz na samostatnou práci ošetrovatelského personálu, který poskytuje péči skupinovým systémem.

Strategie obsahuje následující strategické priority

- Podpořit proces standardizace ošetrovatelské péče.
- Zavedení holistického přístupu k pacientovi.
- Poskytování aktivní a individuální ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. (19)

3. 2. Popis průběhu změny a přijatá opatření

V úvodu magisterské práce uvádím vývoj událostí v období přelomu roku 2005 a 2006, které byly pro organizaci klíčové. Samotná situace s financováním poskytované lůžkové péče se vyřešila v průběhu 1. čtvrtletí 2006, avšak nepřímý důsledek, odchody zaměstnanců resp. nelékařů z nemocnice znamenal pro organizaci velkou ztrátu.

3. 2. 1. Krize v personální oblasti v organizaci

Část sester, které z důvodu komplikované situace z přelomu let 2005 a 2006, odešly z nemocnice se po uzavření smlouvy s dominantní VZP vrátily zpět. Přesto byl nedostatek zaměstnanců pro nemocnici citelný. Ztrátou zaměstnanců, převážně nelékařů, byly zasaženy oddělení chirurgické, dětské, interní a neurologické. Posledně jmenované oddělení se vzhledem ke své náročnosti dostalo do problémů, které přetrvávaly téměř celý rok 2006.

Pro úplnost je nutné poznamenat, že nedostatek nelékařského personálu na trhu práce v Benešově byl způsoben i nově otevřeným lůžkovým oddělením ORL v Nemocnici Benešov, na kterém od 1. 1. 2006 nastoupilo 6 sester. V průběhu roku 2006 nastoupily ještě dvě sestry do ambulantního provozu nově otevřeného ORL oddělení nemocnice.

Management diagnostikoval stávající stav v organizaci (leden 2006), pomocí výzkumných metod – obsahová analýza personální dokumentace, ohnisková skupina

se stávajícími zaměstnanci a rozhovory s odcházejícími zaměstnanci. Účelem diagnostiky bylo zjistit přesné důvody rozvázání pracovních poměrů. Na základě diagnostiky situace byla stanovena opatření k udržení a získání nových zaměstnanců.

3. 2. 1. 1. Výzkumné metody

a) **Obsahová analýza personální dokumentace** v úbytku nelékařského resp. ošetrovatelského personálu za období 1. čtvrtletí let 2005 a 2006.

b) **Ohnisková skupina se zaměstnanci** – tvorba SWOT analýzy

SWOT analýza je metoda, která pomáhá odhalit slabá a silná místa v organizaci. Identifikuje příležitosti a možná ohrožení. Analýza je sestavována v týmu. V lednu 2006 se management rozhodl diagnostikovat situaci v ošetrovatelském úseku. K tomuto účelu bylo využito výzkumné metody ohniskové skupiny se zaměstnanci úseku ošetrovatelské péče. Program jednání obsahuje příloha č. 1. Účastníky ohniskové skupiny byli vedoucí pracovníci ÚOP a také řadové sestry z nemocnice.

Účastníci: celkem 12 zaměstnanců - Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, 2 sestry z neurologického oddělení, 1 sestra z lůžek ošetrovatelské péče a interního oddělení, 1 vrchní sestra ARO a ORL, vedoucí laborant RTG, staniční sestry z ortopedického (zástupkyně předsedkyně Unie sester) a porodnického oddělení, staniční sestra z neurologického oddělení, staniční sestra z chirurgického oddělení.

Účelem setkání bylo mj. i definovat řízení ošetrovatelské péče, které v té době vycházelo ze vznikající Koncepce ošetrovatelské péče nemocnice.

Cílem setkání bylo:

- Požádat účastníky o podporu při informování svých spolupracovníků o situaci v nemocnici
- Vypracovat SWOT analýzu pro vytvoření argumentační opory při uklidňování a přesvědčování nerozhodnutých nelékařů nepodat žádost o rozvázání pracovního poměru.

Prvotním úkolem ohniskové skupiny bylo zajistit dostatek argumentů proto, aby nelékařský personál nepodal žádost o rozvázání pracovního poměru. Proto byla vytvořena SWOT analýza, která mapuje silné a slabé stránky organizace. Součástí analýzy je vytvoření popisu příležitostí a ohrožení vyplývající ze situace roku 2006.

c) Strukturované rozhovory s odcházejícími zaměstnanci

Další výzkumnou metodou mapující personální situaci v počátku krize byly rozhovory s odcházejícími zaměstnanci. V počátku krize jsem hovořila s 10 sestrami z interního, dětského, chirurgického oddělení a neurologického oddělení. Z tohoto počtu se jednalo o šest sester z neurologického oddělení. Použila jsem strukturované rozhovory s předem připravenými otázkami, které se týkaly důvodů odchodu z nemocnice:

1. Můžete mi sdělit důvod Vašeho odchodu z nemocnice?
2. Jak se díváte na způsob vedení oddělení?
3. Je něco co by se dalo zlepšit, popřípadě dělat jinak?
4. Můžete mi říci co se Vám na oddělení líbilo?

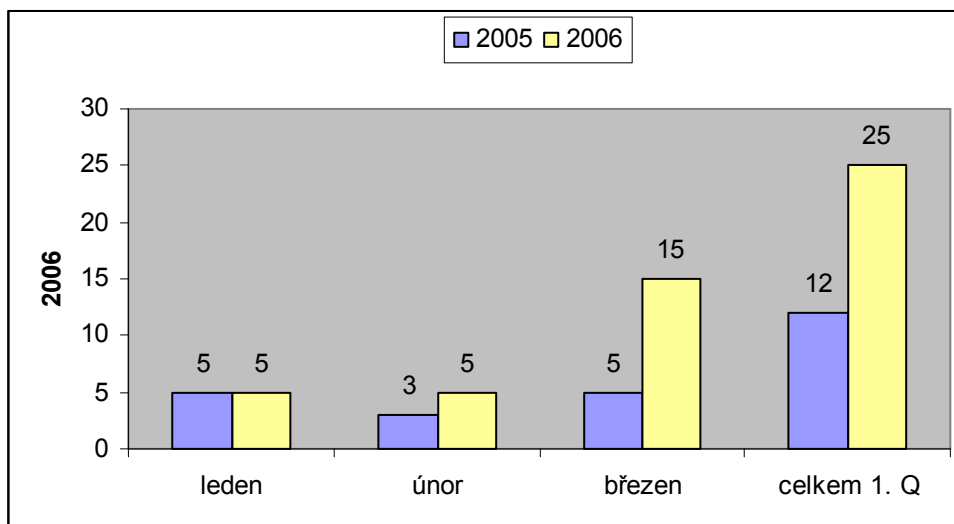
Rozhovory jsem prováděla ve své pracovně nebo na pokoji sester na oddělení, kde jsme měly klid a mohly jsme hovořit o samotě, bez rušení, v období 10. ledna až 27. března 2006.

3. 2. 1. 2. Zjištění

Hlavní zjištění

Z obsahové analýzy personální dokumentace v úbytku nelékařského personálu v období 1. čtvrtletí roku 2005 a 2006 jsem došla k zjištěním, které pro přehlednost uvádím v grafu č. 1

Graf č. 1 Odchody nelékařského personálu – všeobecných sester a porodních asistentek v roce 2005 a 2006



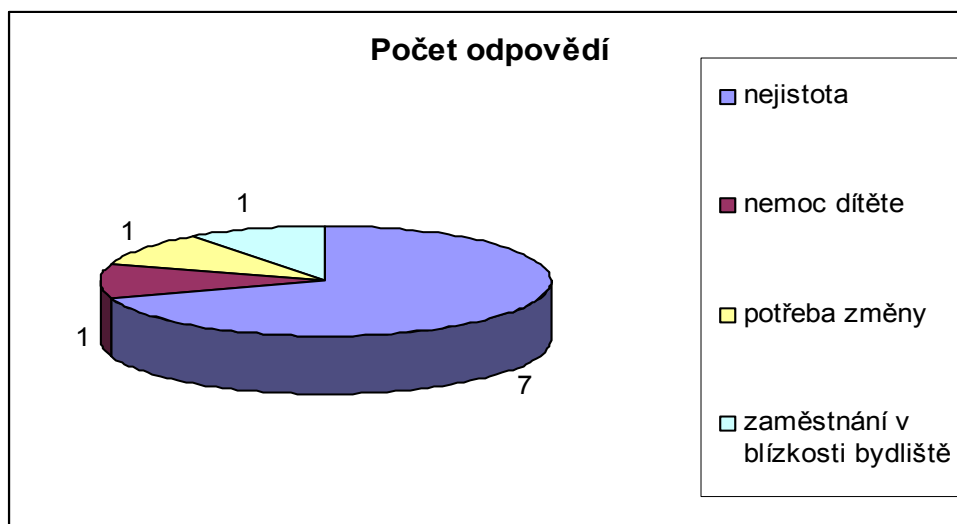
Počty uvedené v grafu č. 1 jsou fyzické počty sester, které se rozhodly ukončit pracovní poměr v 1. Q roku 2006. Na základě tohoto grafu je patrné, že situace, která nastala v 1. čtvrtletí roku 2006 byla nestandardní a znamenala pro organizaci počátek krize v personální oblasti. U dvou sester došlo v měsíci lednu 2006 k rozvázání pracovního poměru dohodou. Všeobecné sestry v hlavním pracovním poměru, které rozvázaly pracovní poměr měly hlavní pracovní úvazek v rozmezí od 0,2 – 0,8. Celkem se jednalo o 6 sester. Nárůst odchodů v březnu byl způsoben odchodem personálu po dvouměsíční výpovědní době. Nejvíce se krize projevila v březnu a dubnu 2006.

Rozhovory s odcházejícími sestrami

Všeobecné sestry a porodní asistentky odcházely plošně z celé nemocnice. Nejvíce zasáhl odchod sester neurologické oddělení. Všeobecné sestry z chirurgických oborů, které v lednu rozvázaly pracovní poměr se ještě v I. čtvrtletí 2006 vrátily zpět do nemocnice.

Z rozhovorů s odcházejícími sestrami jsem došla k následujícím zjištěním. Většina sester odcházela z důvodu nejistoty vyplývající ze stávající situace uvádí graf č. 2.

Graf č. 2 Hlavní důvody odchodu sester z nemocnice



Sestry, které nebyly z neurologického oddělení na otázku způsobu vedení oddělení či na návrh zlepšení negativně nehovořily. Spíše chválily styl vedení oddělení a práce na oddělení se jim líbila. V případě zlepšení doporučovaly drobné návrhy, které nezasahovaly do stávajícího způsobu řízení oddělení.

Odpovědi sester na otázky č. 2 a 3 z neurologického oddělení viz. kapitola 3. 2. 2. 2.

b) Podrobná zjištění

Na workshopu konaném v lednu 2006 byla se zaměstnanci zpracována SWOT analýza, která sloužila jako argumentační opora v uklidnění situace a udržení zaměstnanců v organizaci.

SWOT analýza

Silné stránky

- Zaměstnanci jsou kreativní, pracovití a loajální
- Budovy, zázemí (prostředí) – především chirurgický a gynekologicko-porodnický pavilon
- Vizuální zázemí – především chirurgický. a gynekologicko–porodnický pavilon
- Komunikativnost a vstřícnost zaměstnanců vůči pacientům
- Zájem o pacienty – nehraný zájem o problémy a potřeby
- Vstřícnost a komunikativnost stávajícího managementu
- Propracovaná koncepce vzdělávání sester

Slabé stránky

- Komunikace mezi jednotlivými odděleními
- Hraní si na vlastním písečku (jednotlivých odd.)
- Nízká znalost problému jiných oddělení
- Rivalita mezi odděleními
- Ošetrovatelská dokumentace– překladové zprávy
- Velmi slabé webové stránky nemocnice málo grafiky a fotografií
- Vybavení a vzhled interního pavilonu
- Dodržování hygienicko-epidemiologického řádu ze strany lékařů (např. nízké povědomí a dodržování postupů při ošetřování pacientů s Meticilin–rezistentní Staphylococcus aureus)
- Nízký partnerský přístup lékařů vůči ošetrovatelskému personálu
- Nedostatečná identifikace pacientů
- Ambulantní provoz začleněn do lůžkového oddělení, narušení provozu odd. (neurologie)

Příležitosti

- Zajistit si dominantní postavení v regionu
- Vybudovat kvalitní zdravotnické zařízení s loajálními zaměstnanci
- Zlepšit finanční situaci ošetrovatelského personálu (tím, že se management bude snažit udržet zaměstnance)
- Zlepšit postavení ošetrovatelského personálu

Ohrožení

- Uzavření některých oddělení
- Uzavření celé nemocnice
- Odchod nelékařského personálu
- Odchod lékařů
- Ohrožení kvality poskytované péče

Závěr workshopu:

Do debaty se aktivně zapojovali především zaměstnanci na pozicích vedoucích pracovníků. Ti jsou zvyklí diskutovat z porad středního managementu a z porad na svých pracovištích. Účastníci ohniskové skupiny byla také staniční sestra

z chirurgického oddělení, která byla v nemocnici krátce (návrat po rodičovské dovolené), díky své dlouhodobé nepřítomnosti v nemocnici, byla velkým přínosem, neboť dokázala pojmenovat silné stránky nemocnice. Prostor jsem musela dávat především řadovým sestřím z neurologického, interního oddělení a lůžek ošetrovatelské péče, které se do diskuze zapojovaly jen velmi málo. Členem skupiny byla zástupkyně vedení Unie sester, která nabídla za svoji osobu pomoc a podporu při předávání informací na úrovni odborové organizace. Do té doby s námi odbory odmítaly spolupracovat.

Setkání bylo po 70 minutách ukončeno. V průběhu setkání jsme provedli SWOT analýzu stávající situace, s jejíž obsahem bylo při následně vedených rozhovorech čerpáno.

3. 2. 1. 3. Popis přijatých opatření

Za účelem řešení stávající situace přijal management nemocnice následující opatření:

- A. Udržení stávajících zaměstnanců
- B. Získání nových zaměstnanců.

A. Udržení stávajících zaměstnanců

Vedení nemocnice prostřednictvím, jednotlivých vedoucích pracovníků, interních tiskových sdělení (dle vývoje situace avšak min. 1x týdně) a při společných setkáních zaměstnanců s vedením nemocnice, informovalo zaměstnance o stávající situaci. Zaměstnancům byly předávány aktuální informace o jednáních, která byla vedena se zdravotními pojišťovnami.

Jako jeden z motivačních prvků přijal management Pravidla pro celoživotní vzdělávání nelékařských pracovníků v Nemocnici Benešov (Příloha č. 2). Tímto krokem byla dána pravidla pro poskytování pracovních úlev, financování vzdělávání jednotlivých pracovníků v nemocnici. Zároveň se schválením těchto pravidel poskytl majoritní vlastník, finanční prostředky na vzdělávání sester.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči pořádala pro zaměstnance semináře a regionální konference, které byly zařazeny do systému kreditního vzdělávání České

asociace sester dle požadavku zákona o nelékařích. Na seminářích a konferencích aktivně vystupovali zaměstnanci ÚOP (viz. příloha č. 3). Účast na seminářích a konferencích pořádaných Nemocnicí Benešov, byla pro zaměstnance zdarma.

Díky neustále se vyvíjejícím novým trendům v oblasti medicíny v návaznosti na ošetrovatelství začalo vedení nemocnice podporovat zaměstnance v zavádění nových ošetrovatelských postupů do praxe. Požadavkem je soulad s legislativou, novými trendy v ošetrovatelství a finanční únosnost. Podpora zavádění nových postupů se týká proškolení personálu nutného pro zavádění nových technik.

Vedení nemocnice umožnilo zaměstnancům získat či rozšířit vědomosti s PC technikou. Dále bylo zaměstnancům umožněno studovat cizí jazyk. Obojí vzdělávací aktivity hradil zaměstnavatel.

Pro zaměstnance byly a do dnešního dne jsou připraveny výhody ve stravování, kdy zaměstnavatel přispívá částkou vyjednanou při kolektivním vyjednávání. Zároveň byly zkvalitněny služby kuchyně. Zaměstnanci mají možnost výběru ze tří jídel včetně zeleninových salátů.

25 nelékařských pracovníků je ubytováno v nemocniční ubytovně, kterou v roce 2007 připravuje vedení vybavit novým moderním nábytkem.

Detailně zpracovaný popis motivační složky je v příloze č. 4

Od II. pololetí roku 2006 probíhá v nemocnici šetření spokojenosti ošetrovatelského personálu pomocí dotazníkové metody. Výsledky jsou náměstkyní a příslušným vedoucím pracovníkem analyzovány a v diskuzích jsou se zaměstnanci hledány řešení pro zlepšení podmínek zaměstnanců v ošetrovatelské činnosti.

B. Získání nových zaměstnanců

Nemocnice se aktivně zapojila do výuky žáků čtvrtých ročníků střední zdravotnické školy v Benešově. Vedení nemocnice dochází na výuku studentů zdravotnické školy v Benešově a představuje nemocnici dle kompetencí jednotlivých náměstků ředitele. Studenti se tak dozvídají o systému fungování a organizaci nejen Nemocnice Benešov, ale celého zdravotního systému. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči dochází pravidelně mezi studenty čtvrtých ročníků a hovoří

s nimi o jejich pohledu na výkon praxe v nemocnici, zároveň jsou studenti zváni na semináře a konference pořádané nemocnicí.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči dopisem oslovila studenty čtvrtých ročníků středních i vyšších zdravotnických škol nejen v Benešově, ale i v Havlíčkově Brodě, Kolíně a Praze, aby je informovala o možnosti získání zaměstnání v benešovské nemocnici. (viz. příloha č.5).

Spolupráci s Úřadem práce v Benešově byla rozšířena nabídka o zaměstnání i na Slovensko.

Na poradě vedení v dubnu 2006 byl Náměstkyní pro ošetrovatelskou péči předložen motivační model pro nábor nových zaměstnanců, kterého mohli využít i stávající zaměstnanci. (příloha 6). Vedení akciové společnosti souhlasilo vytvořit motivační model pro stávající a nové zaměstnance nemocnice na odděleních – chirurgie, interna, neurologie a dětské oddělení.

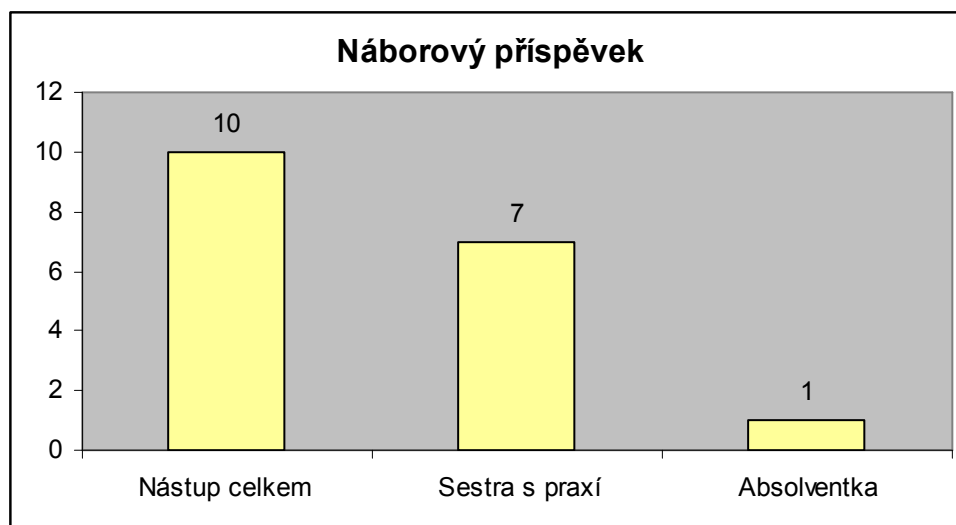
Paralelně byly osloveny sestry na rodičovské dovolené, které v souladu s novým zákonem o nelékařích mají za povinnost i v rámci rodičovské dovolené získávat praxi a kreditní body do celoživotního vzdělávání se žádostí o výpomoc na neurologickém oddělení.

3. 2. 1. 4. Vyhodnocení dopadu přijatých opatření

Na základě přijetí motivačních opatření byla v průběhu II. pololetí 2006 vedením nemocnice vyhodnocena jejich účinnost.

Náborový příspěvek byl vyplácen na základě splnění podmínek viz. Příloha č. 6. Podmínky splnilo celkem 7 všeobecných sester s praxí. Jedna sestra, která nastoupila byla absolventka Střední zdravotnické školy v Benešově. Dvě sestry, které nesplnily podmínky požádaly o rozvázání pracovního poměru ještě před ukončením zkušební doby. Z dotazů zjištěných od nastoupivších zaměstnanců bylo zjištěno, že jejich nástup, až na 4 sestry, nebyl ovlivněn náborovým příspěvkem. Ostatní zaměstnanci uvedli, že náborový příspěvek jim byl příjemný, ale do organizace by nastoupili i přesto, kdyby tato akce nebyla. Nástup zaměstnanců do nemocnice na základě náborového příspěvku je znázorněn v grafu č. 3.

Graf č. 3 Nástup všeobecných sester do nemocnice na základě náborového příspěvku.

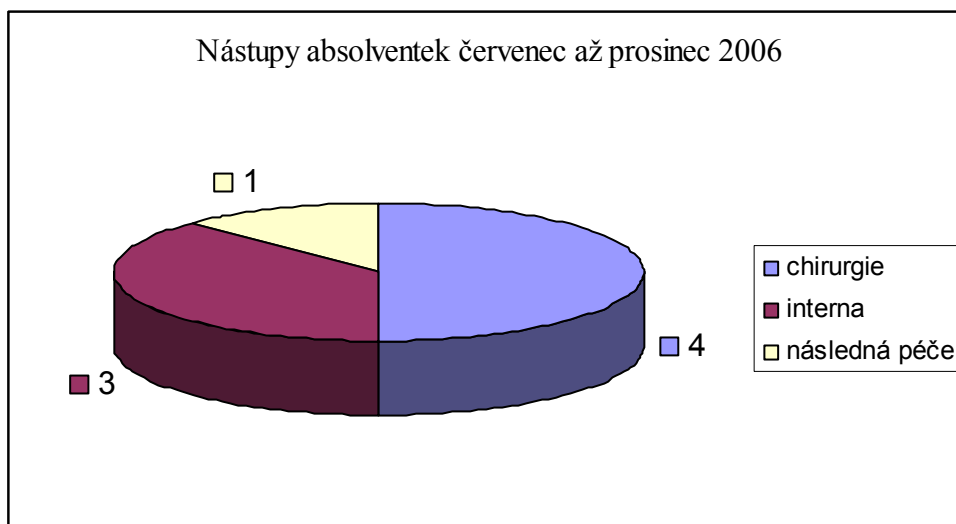


Oslovením sester na rodičovské dovolené jsme za období červenec až říjen 2006 získali celkem 5 sester, z nichž 3 pracují na dohodu o pracovní činnosti a 2 pracují v hlavním pracovním poměru na úvazek 0,5 a 0,6. Z oslovených sester pracují 3 všeobecné sestry na neurologickém oddělení.

Spolupráci se Střední zdravotnickou školou v Havlíčkově Brodě jsme do pracovního poměru přijali jednoho absolventa oboru všeobecná sestra. Ještě ve zkušební tříměsíční době byl pracovní poměr ukončen. Oslovení ostatních středních či vyšších zdravotnických škol nepřineslo kýžený nástup všeobecných sester do nemocnice.

Nástupy absolventek Střední zdravotnické školy v Benešově (dále jen SZŠ Benešov) na jednotlivá oddělení Nemocnice Benešov v měsících červenec až prosinec 2006 jsou uvedeny v grafu č. 4

Graf č. 4 Nástupy absolventek v roce 2006



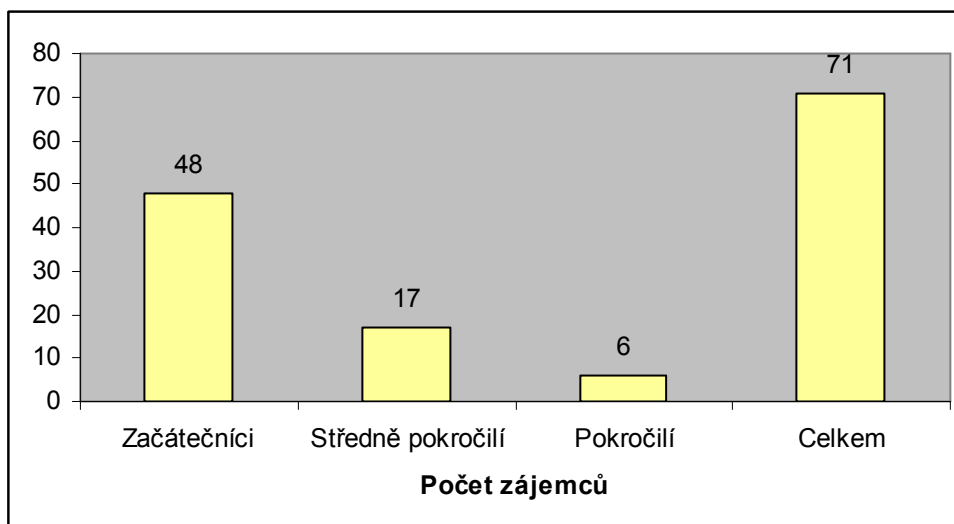
Celkem v II. polovině roku 2006 nastoupilo do nemocnice 8 absolventek. V období těsně po ukončení studia (červenec 2006) nastoupila pouze jedna absolventka. V průběhu podzimu a zimy 2006 nastupovaly absolventky, které po ukončení střední zdravotnické školy zahájily studium na vyšší odborné škole, ale z důvodu nevyhovující náplně studia či z jiných příčin studium na vyšší škole ukončily. Jedna absolventka nastoupila z Úřadu práce Benešov. Jedna absolventka SZŠ v Benešově nastoupila v prosinci po dvou měsíčním pracovním poměru v pražské nemocnici.

Možnost ubytování v nemocniční ubytovně nevyužila žádná z nastoupených absolventek. Z ostatních zaměstnanců, kteří nastupovali na pozici všeobecné sestry využily možnost ubytování 3 všeobecné sestry.

Nemocnice nabídla zaměstnancům možnost výuky cizích jazyků. O německý jazyk mělo zájem 5 zaměstnanců, pro malý zájem nebyla výuka německého jazyka uskutečněna.

Největší zájem celkem 71 zaměstnanců byl o výuku anglického jazyka. O výuku anglického jazyka měli zájem především nelékaři. V grafu č. 5 je představen počet zájemců o výuku anglického jazyka včetně stupně pokročilosti.

Graf č. 5 Počet zájemců o kurz anglického jazyka dle stupně pokročilosti



O kurzy PC organizované zaměstnavatelem byl v minulých letech zájem, který každoročně klesal. V roce 2005 byl otevřen, ale z přihlášených 15 zájemců docházelo pravidelně na kurz 5 zaměstnanců. Průzkumem v I. polovině roku 2006 bylo zjištěno, že o PC kurz mělo zájem 7 zaměstnanců. Vzhledem k vynaloženým nákladům (pronájem PC učebny na jedné střední škole v Benešově) není ekonomické tento kurz v roce 2006 otevřít. Přesto je možnost, v případě zvýšení zájmu o PC kurz, zajistit výuku vlastními silami v budově ředitelství. Avšak minimální počet zájemců je 20.

Přes výše popsané návrhy opatření se nám, až na výjimky, podařilo v nemocnici stávající zaměstnance udržet. Žádosti o rozvázání pracovního poměru byly v průměru jedné až dvou za měsíc. Nové nástupy se týkaly všech oddělení mimo oddělení neurologického.

S postupem doby se situace v personálním obsazení, na všech odděleních, mimo oddělení neurologické, zklidnila. Z rozhovorů se sestrami, které odcházely z neurologického oddělení jsem zjistila skutečnosti, které svědčily o nekvalitním řízení oddělení. Proto jsem se začala neurologickým oddělením dále podrobněji zabývat.

3. 2. 2. Diagnostika stavu neurologického oddělení

Mimo zjištění z rozhovorů s odcházejícími sestrami a vzhledem k náročnosti neurologického oddělení a nedostatečném počtu personálu bylo, v měsících září a říjen 2006, přikročeno k diagnostice situace na neurologickém oddělení. Diagnostiku stavu prováděla náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, která předložila časovou osu diagnostiky situace na neurologickém oddělení s ohledem na délku a náročnost některých kroků. (příloha 7)

3. 2. 2. 1. Metodologie diagnostiky

I přes stávající personální krizi souběžně probíhaly činnosti zjišťující kvalitu poskytované péče mezi nimiž byla i auditní činnost ošetrovatelské dokumentace na neurologickém oddělení. Pomocí indikátoru kvality, jak ošetrovatelské, tak i zdravotní péče byla sledována kvalita poskytované péče neurologického oddělení.

Při diagnostice stavu na neurologickém oddělení byly použity následující výzkumné metody.

a) Rozhovory se šesti odcházejícími sestrami. Rozhovory se sestrami neurologického oddělení byly vedeny v pracovně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. V období od 15. ledna do 29. března 2006. Jako u všech odcházejících se kterými byl proveden rozhovor jsem položila následující otázky

- Můžete mi sdělit důvod odchodu?
- Jak se díváte na způsob vedení oddělení?
- Je něco co by se dalo zlepšit, popřípadě dělat jinak?
- Můžete mi říci co se vám na oddělení líbilo:

b) Analýza personálních dokumentů neurologického oddělení v průběhu roku 2006. Jednalo se o dokumenty „Sledování počtu pracovníků na neurologickém oddělení“, dohody a žádosti o rozvázání pracovního poměru, žádosti o přeložení na jiné oddělení v rámci nemocnice a pracovní výkazy za jednotlivé měsíce v období březen až srpen 2006.

c) Analýza zdravotnických dokumentů. Jednalo se o výkazy poskytované péče určené pro zdravotní pojišťovny a krajský informační systém za období roku 2005 a 2006. Při diagnostice stavu (v říjnu 2006) jsem měla k dispozici údaje o indikátorech zdravotní péče za období celého roku 2005 a 9 měsíců roku 2006. Vzhledem k tomu,

že v době zpracování této práce (březen 2007) již jsou k dispozici ukazatele za celý rok 2006, uvádím srovnání všech čtvrtletí roku 2006. Stejným způsobem postupuji i v případě ošetrovatelské složky. I zde se jednalo o sledování ošetrovatelské dokumentace za období srpen až prosinec 2005 a celý rok 2006.

- Indikátory kvality zdravotní péče jsou počet hospitalizovaných pacientů, využití lůžek, počet výkonů a průměrná ošetrovací doba.
- Indikátory kvality poskytované ošetrovatelské péče. Monitorování indikátoru kvality-dekubitů ošetrovatelské péče bylo zahájeno na podzim roku 2005 v souladu s plánem Kontinuálního zvyšování kvality. V případě indikátoru kvality-pády pacientů bylo sledování zahájeno v lednu 2006. Proto není možné srovnávat s celým rokem 2005 tak jako je tomu u indikátorů kvality zdravotní péče. Domnívám se, že vzhledem ke specifčnosti péče o neurologické pacienty není vhodné srovnání s jiným oddělením. Sledování dekubitů v roce měsících srpen až říjen 2005, vzhledem k nové metodologii, nepovažuji za příliš relevantní. Od listopadu 2005 došlo k nastavení kontrolních mechanismů, které přispěly ke kvalitnímu vykazování dekubitů.

d) Počty stížností na poskytovanou ošetrovatelskou péči za období 2006. Počty stížností na ošetrovatelskou péči poskytované neurologickým oddělením jsou součástí hodnocení oddělení. Nemocnice má vytvořen metodický pokyn na přijímání stížností. S obsahem metodického pokynu jsou seznámeni všichni zaměstnanci nemocnice.

e) Dotazníkové šetření spokojenosti ošetrovatelského personálu, kterého se zúčastnilo 12 respondentů – dotazník viz. příloha 9). Anonymní sledování spokojenosti zaměstnanců se uskutečnilo v říjnu 2006. Dotazníkového šetření se mimo sester mohli zúčastnit i sanitárky a sanitáři pracující na neurologickém oddělení, kteří jsou členy ošetrovatelského týmu. Pro zjištění spokojenosti byl použit upravený dotazník z přednášek „Kreativní ošetrovatelský management“ Petra Škrly. (viz. příloha 9). Dotazníkové šetření bylo anonymní šetření, čímž jsem chtěla dosáhnout maximální otevřenosti sester a pomocného nelékařského personálu. Bylo rozdáno celkem 15 dotazníků. Návratnost dotazníků celkem 12. Sběr dotazníků probíhal, tak, že nelékařský personál jej vyplněné v obálce odevzdával do určené urny umístěné na pracovně sester. Ke zvýšení anonymity respondentů přispěla i

možnost vyplnit dotazník na psacím stroji či hůlkovým písmem. Vyplněné dotazníky byly do 1 týdne vráceny.

Dotazník je členěn na tři části. V první části měli respondenti možnost popsat 8 pozitiv a 8 negativ při práci na oddělení. V další části se vyjadřovali k úrovni jimi poskytované péče a ve třetí části mohli konkrétně rozepsat jednotlivé položky z 1. části. Pro lepší orientaci uvádím vyhodnocení 1. a 2. části dotazníku v koláčovém a sloupcovém grafu. Třetí část je znázorněna v tabulce.

f) Workshop s 12 delegovanými zaměstnanci neurologického oddělení. Zjištění z workshopu předcházelo optimalizaci poskytované péče na neurologickém oddělení, na které se podíleli i samotní zaměstnanci. Workshop se uskutečnil 12. října 2006 a zúčastnilo se ho celkem 12 zaměstnanců neurologického oddělení. Jednalo se o vrchní a staniční sestry, ambulantní sestry, směnové sestry ze standardních lůžek a JIP, jeden sanitář a jedna sanitárka. Přítomnost všech byla dobrovolná. Délka setkání 2 hodiny. Setkání bylo tématicky členěno na dvě části a navázalo na zjištění vzešlé z dotazníkového šetření „Spokojenost zaměstnanců s ošetrovatelskou péčí“. Workshop facilitovala Vendula Pírková.

g) Sledování spokojenosti pacientů nebylo provedeno, protože majoritní vlastník ve II. pololetí 2006 připravoval své vlastní dotazníkové šetření, které se uskutečnilo až po optimalizaci poskytované péče. Dotazníkové šetření majoritního vlastníka mělo za cíl hodnotit poskytovanou péči v nemocnicích, které vlastní.

Pomocí výzkumných metod jsem došla ke zjištěním, která v následující kapitole, pro větší přehlednost člením, na zjištění hlavní a podrobná.

3. 2. 2. 2. Zjištění

Hlavní zjištění

Čtyři sestry uvedly jako důvod svého odchodu nejistotu vyplývající ze zrušení výběrového řízení na lůžkovou péči. Organizaci práce na oddělení označilo za nevyhovující 5 sester. K osobě vrchní sestry se nevyjádřilo 5 sester a k primářce se nevyjádřily 3 sestry.

V průběhu roku 2006 odešlo z oddělení celkem 9 sester. Jedna sestra vážně onemocněla a až do dnešní doby (duben 2007) je stále v pracovní neschopnosti.

Vzhledem k odchodům sester bylo nutné zaměřit se na pečlivé měření jednotlivých indikátorů kvality zdravotní a ošetrovatelské péče. Z jejich sledování vyplývá, že v roce 2006 se oproti roku 2005 mírně snížil počet hospitalizovaných pacientů (jedná se spíše o výkonový ukazatel) a výrazně se od 2. do 4. čtvrtletí 2006 snížil počet speciální neurologických vyšetření, a to v průměru o 11%. Zároveň se o 0,75 zvýšila délka průměrné ošetrovací doby. Výskyt nově vzniklých dekubitů a pádů pacientů za rok 2006 vykazovaly mírně zlepšující se trend.

Dotazníkovým šetřením spokojenosti ošetrovatelského personálu bylo zjištěno, že pro 11 respondentů je na oddělení pozitivem dobrý kolektiv a 10 respondentů kladně ohodnotilo přístup nové vrchní sestry k nim samotným a snahu změnit organizaci práce na oddělení. Z negativ pak 10 respondentů označilo špatně fungující ambulantní provoz. Sedm odpovědí se týkalo nedostatku nelékařského personálu, na které navazovalo 5 odpovědí týkajících se velkého množství pacientů pro skupinovou ošetrovatelskou péči. S podmínkami nutnými pro poskytovanou péči bylo spokojeno 10 dotázaných.

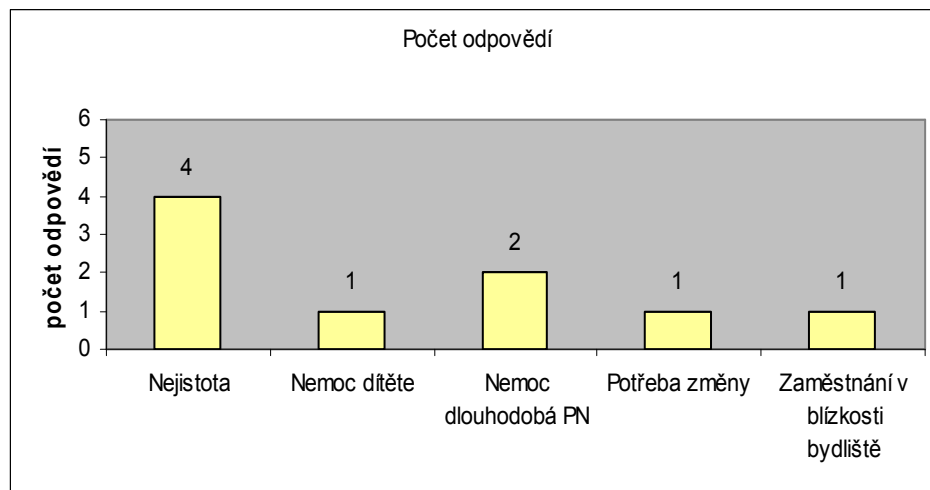
Detailnější popis stavu ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení přináší podrobná zjištění.

Podrobná zjištění

Rozhovory s odcházejícími sestrami

Při rozhovoru s odcházejícími sestrami jsem došla ke zjištěním, která graficky znázorňuji v následujících grafech.

Graf č. 6 Důvod odchodu



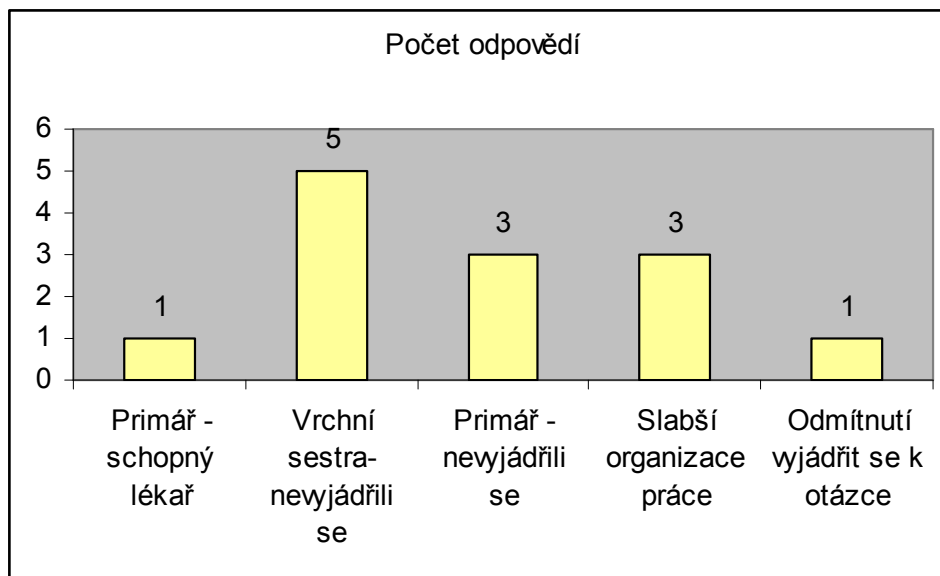
Čtyři sestry odůvodnily odchod z nemocnice tím, že se jedná o nejistotu vyplývající ze zrušení výběrového řízení na lůžkovou péči.

S1 „Raději půjdu dřív, protože pak, až se zavře nemocnice, nebude dostatek pracovních míst ani v Praze“

Jedna sestra uvedla důvod k odchodu nejen ohrožení existence nemocnice, ale dalším důvodem je i snaha o získání zaměstnání v jednosměnném provozu. Jako důvod uvedla nemoc dítěte.

Sestra které bylo diagnostikováno závažné onemocnění a odcházela na pracovní neschopnost vyjádřila velké obavy, aby se měla kam vrátit.

Graf č. 7 Způsob vedení oddělení



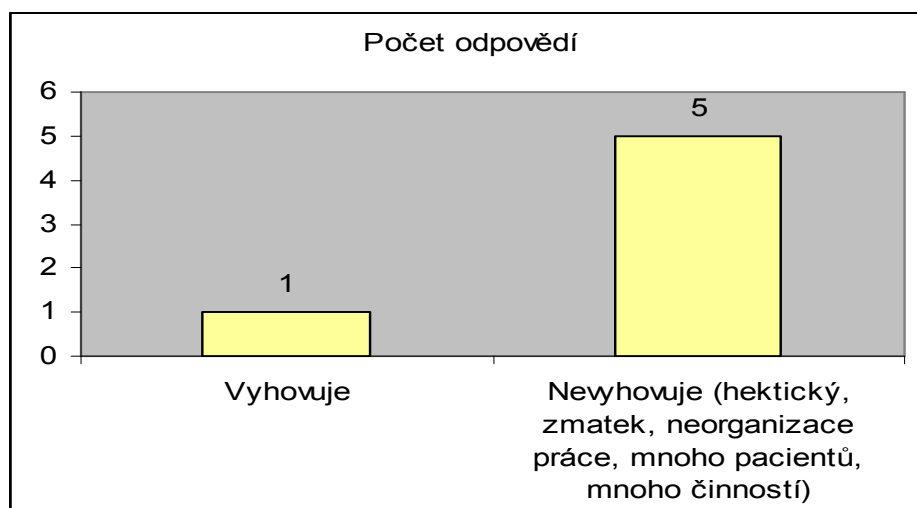
V období krize byli na neurologickém oddělení primář i vrchní sestra pověřeni řízením oddělení na určitou dobu.

Na způsob vedení oddělení nebyly přímé negativní reakce. Z rozhovorů však vyplývala určitá nespokojenost s organizací práce v ambulantním provozu

S1 „Kdyby nebyl takový chaos při příjmech a nezasahoval by příjem pacienta do chodu oddělení pracovalo by se snáz.“

S6 „Máme zde mnoho ležících pacientů, do toho se musím starat o ambulantní pacienty, kteří přijdou a potřebují vypsát průvodku na rentgen nebo potřebují analgetika.“

Graf č. 8 Organizace práce na oddělení

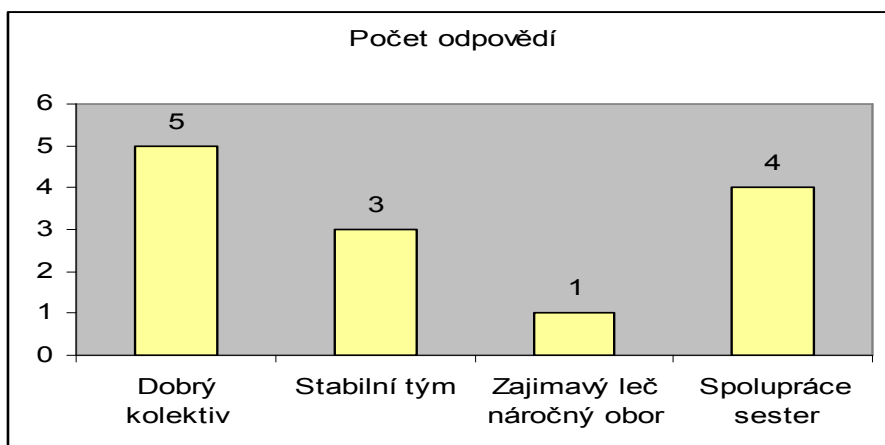


Otázka č. 3. Systém organizace práce sestřám příliš nevyhovuje, protože jej považují za hektický a musí se věnovat velkému počtu pacientů. Návrhy na změnu nedokázaly či nechtěly podat.

S3 „Já si myslím, že z tohoto způsobu organizace práce není cesta. Prostě to tak bylo, je a bude. S tím se asi nic neudělá“.

S1 „V porovnání s ostatními stanicemi, je to u nás chaotické, hektické. Nemyslím si, že na jiných odděleních mají méně pacientů, ale tam se jim nepletou pacienti z intenzivní péče a ze standardu.“ „....., mnohdy se bojím, že na něco zapomenou, zkrátka něco neudělám a bude malér.“

Graf. 9 Pozitiva na oddělení

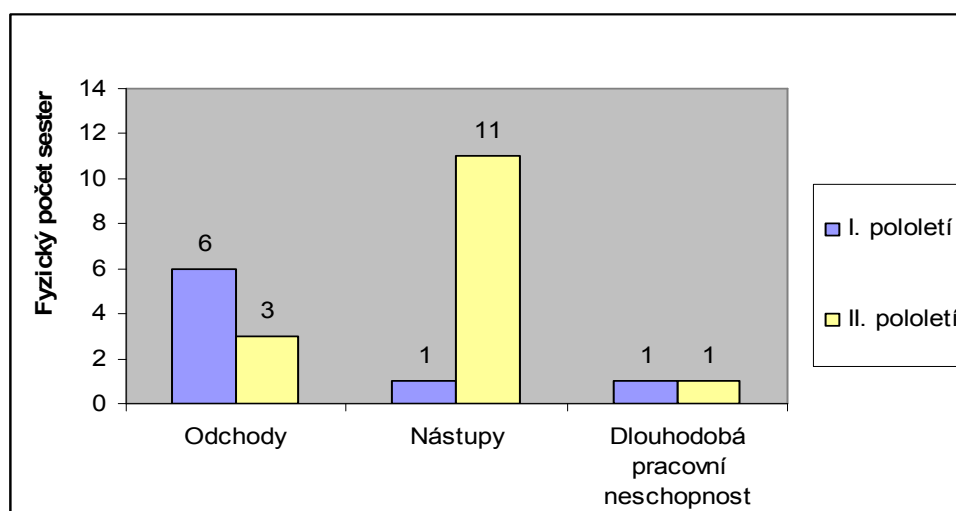


Respondentky ocenily především stabilní tým a dobrý kolektiv lidí, kteří se znali jak po stránce profesní tak po stránce osobní. Samy přiznaly, že se jim velmi těžce z oddělení odchází.

Analýza personálních dokumentů

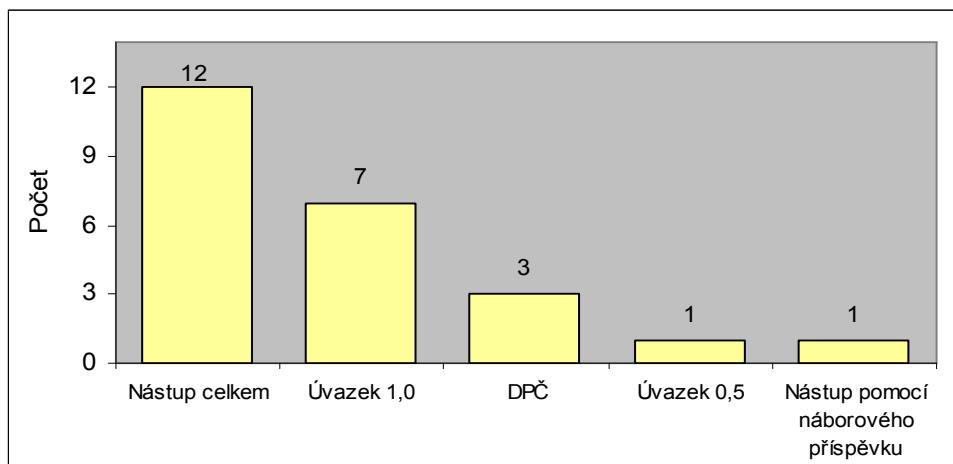
Analýzou personálních dokumentů jsme došla ke zjištění, že sestry odcházely především v první polovině roku 2006. Nové sestry nastupovaly v průběhu měsíců červen až září 2006. Počet úbytku a nástupu sester na neurologickém oddělení v období leden až prosinec 2006 uvádí graf č. 10.

Graf č. 10 Nástupy a odchody sester neurologického oddělení v roce 2006



Graf č. 10 ukazuje pouze fyzický počet nových nástupů na neurologické oddělení. K dokreslení situace v personální oblasti, týkající se nástupů nových sester na neurologické oddělení, slouží graf č. 11.

Graf č. 11 Podrobná analýza nástupů v roce 2006



Graf č. 11 ukazuje nástupy nových sester na neurologické oddělení za rok 2006, přičemž údaje jsou platné k 31. 12. 2006. V grafu nejsou zohledněny nástupy sester, které ještě téhož roku z oddělení odešly. Celkem nastoupilo 12 sester. Z tohoto počtu bylo 7 sester na úvazek 1,0. 3 sestry pracovaly na dohodu o pracovní činnosti při rodičovské dovolené. Na úvazek 0,5 jedna sestra. Pomocí náborové příspěvku nastoupily dvě sestry, jedna z nich však ještě ve zkušební době ukončila pracovní vztah.

Analýza ukazatelů zdravotní péče na neurologickém oddělení

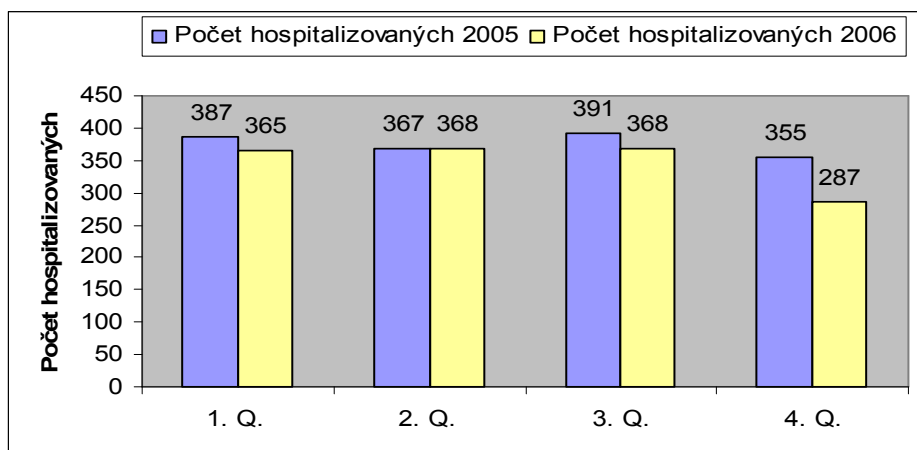
Pro ucelení vytíženosti personálu je nutné sledovat také ukazatele zdravotní péče. V této části porovnávám rok 2006 v porovnání s rokem 2005 a srovnání je zaměřeno na počet hospitalizovaných pacientů, využití lůžek, průměrnou ošetrovací dobu a počet výkonů. Tyto ukazatele jsou evidovány nemocničním informačním systémem (dále jen NIS) a společně s ostatními daty jsou předávány nejen zdravotním pojišťovnám, ale i majoritnímu vlastníkovi, který následně při hodnocení nemocnic

vychází i z počtu ošetřených pacientů. Každý pacient, který je ošetřen či hospitalizován je zanesen pomocí rodného čísla a diagnózy do NIS.

Počet hospitalizovaných pacientů

Graf č. 12 sleduje počet hospitalizovaných pacientů na neurologickém oddělení za období let 2005 a 2006. Počty hospitalizovaných pacientů jsou dány přijetím pacientů k hospitalizaci na neurologickém oddělení. V tomto ukazateli je patrné mírné snížení počtu hospitalizovaných pacientů, které je z důvodů zvýšení průměrné ošetrovací doby v roce 2006. Tento trend je způsoben změnou vedení neurologického oddělení (obměna primáře) a změny postupu v léčebných metodách zavedených novým primářem bez ohledu na krizovou situaci v období roku 2006. Markantní rozdíl v počtu hospitalizovaných pacientů ve 4. čtvrtletí v roce 2006 je způsobeno snížením počtu lůžek na neurologickém oddělení z 39 na 28.

Graf č. 12 Počet hospitalizovaných pacientů neurologického oddělení

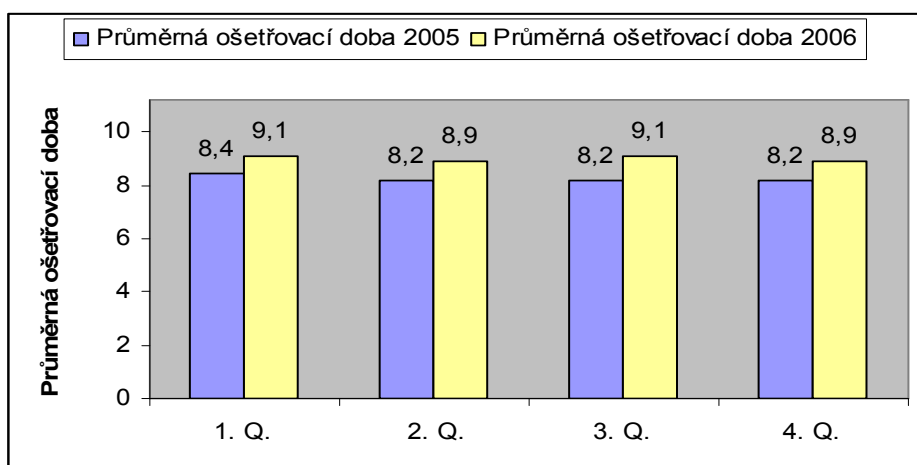


Průměrná ošetrovací doba

Průměrná ošetrovací doba, je významný parametr, který v návaznosti na kapacitu lůžek a průměrnou ošetrovací dobu nejlépe vypovídá o skutečném odvedeném výkonu. Průměrnou ošetrovací dobu také sledují odborné lékařské společnosti, které dle tohoto ukazatele monitorují kvalitu zdravotní péče. Ovšem kvalita péče dle tohoto jednostranného ukazatele může být zkreslena tím, že se počet průměrné ošetrovací doby snižuje o pacienty, kteří musejí být z jiných než neurologických příčin přeloženi na jiné oddělení např. JIP interního či chirurgického oddělení nebo

zvyšuje závažným zdravotním stavem některých pacientů, kteří vyžadují delší hospitalizaci. V našem případě se průměrná délka ošetrovací doby prodloužila. Důvodem je jak jsem již uvedla způsob léčby zavedený novým primářem oddělení a zároveň nutností hospitalizace pacientů se závažným neurologickým onemocněním, které vyžadovalo dlouhodobější zvýšenou lékařskou, ale především ošetrovatelsko-rehabilitační činnost.

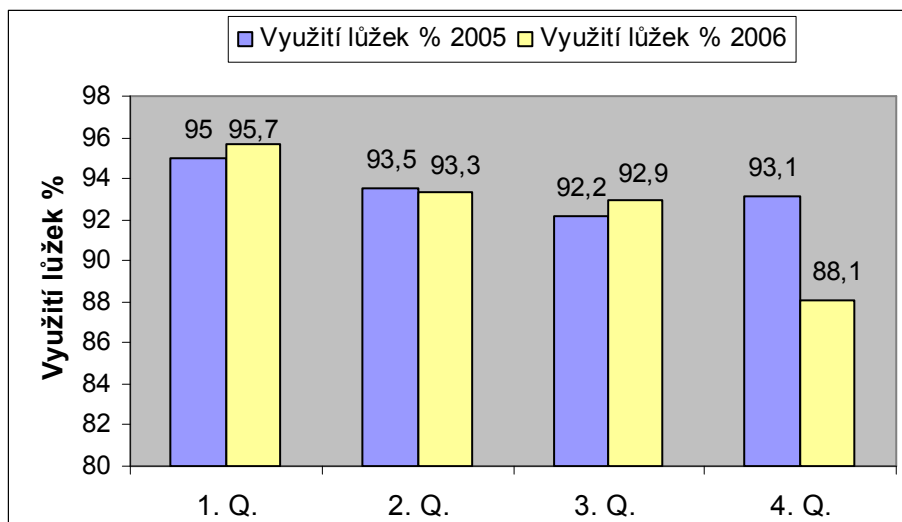
Graf č. 13 Průměrná ošetrovací doba



Využití lůžek neurologického oddělení v procentech

Při hlubší analýze využití lůžek je patrné nerovnoměrné využití lůžek v roce 2006 kdy v 1. čtvrtletí dosáhl maxima a naopak na konci roku dosáhl minima. Příčinou tohoto stavu bylo (dočasné) snížení počtu lůžek neurologického oddělení na konci roku 2006 z 39 na 28 včetně JIP z důvodu změny - optimalizace poskytované péče. Pokles je způsoben tím, že výpočet procentuálního využití lůžek vycházel z celkového počtu lůžek schváleným zdravotními pojišťovkami na 39 lůžek.

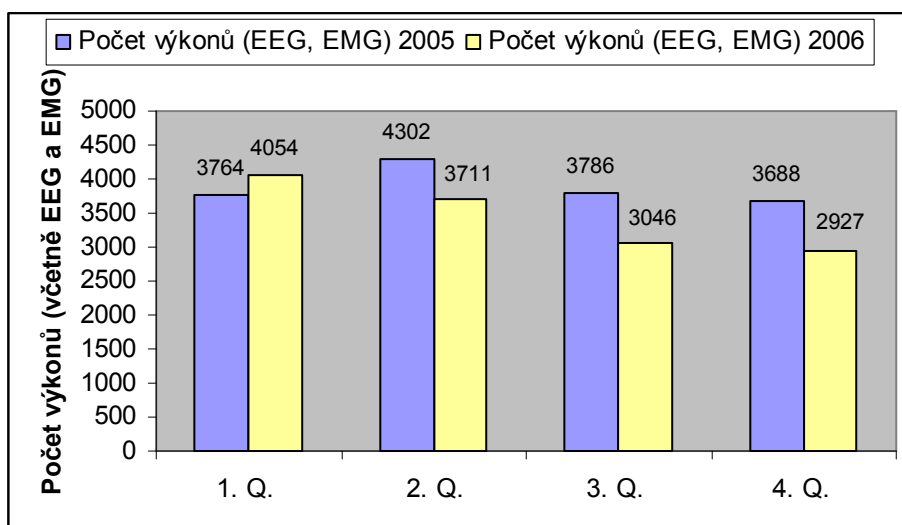
Graf č. 14 Využití lůžek



Počet výkonů

Obsahem počtu výkonů jsou vyšetření provedené lékařem na příjmové ambulanci, v dětské neurologické ambulanci EEG, EMG a součástí jsou i výkony prováděné u hospitalizovaných pacientů. V porovnání počtu výkonů v letech 2005 a 2006 je zjevný pokles, který se projevuje především v 2. polovině roku 2006. Příčinou tohoto stavu je nedostatek sester, ale i lékařů (odchod na rodičovskou dovolenou), kteří neprováděli výkony EEG a EMG jako v předchozích obdobích. Úbytek výkonů cca o 25% měl citelný vliv na ekonomiku neurologického oddělení a potažmo i celé nemocnice viz. graf č. 15.

Graf č. 15 Počet výkonů



Z představených ukazatelů výkonnosti zdravotní péče na neurologickém oddělení vyplývá, že úbytek zaměstnanců a problematické řízení oddělení měly za důsledek snížení počtu hospitalizovaných pacientů v návaznosti na průměrné využití lůžek (především ve 4. čtvrtletí 2006) a snížení počtu výkonů (od 2. čtvrtletí 2006). Naproti tomu ve sledovaných indikátorech kvality ošetrovatelské péče se nedostatek personálu ve spojení s nedostatečným řízením negativně neprojevil.

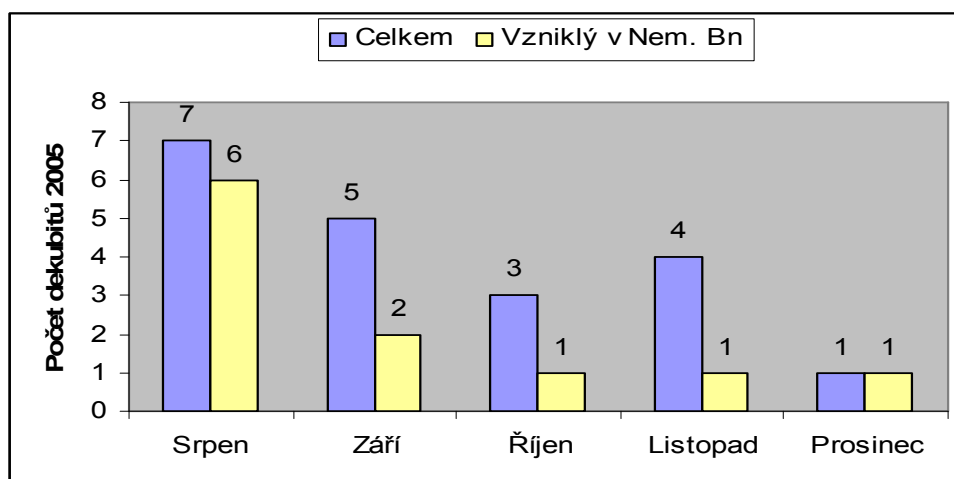
Analýza indikátorů kvality poskytované ošetrovatelské péče

Sledování indikátorů kvality, sledování počtu dekubitů, probíhá od podzimu roku 2005, proto nemáme relevantní srovnání s rokem 2005 tak jak tomu u ukazatelů zdravotní péče. Proto je zde představen pouze vývoj indikátorů kvality na neurologickém oddělení.

Počet dekubitů v roce 2005

Od srpna 2005 dochází ke sledování počtu dekubitů. První tři měsíce (srpen až říjen) se vrchní sestry seznamovaly s metodologií a mohlo dojít k nepřesnostem. Od listopadu 2005 došlo k nastavení kontrolních mechanismů, které přispěly ke kvalitnímu vykazování počtu dekubitů. V celkovém počtu jsou evidovány dekubity u pacientů, kteří byli s již vzniklými dekubity přijati buď z jiných zdravotnických zařízení, z domova nebo z jiných oddělení Nemocnice Benešov.

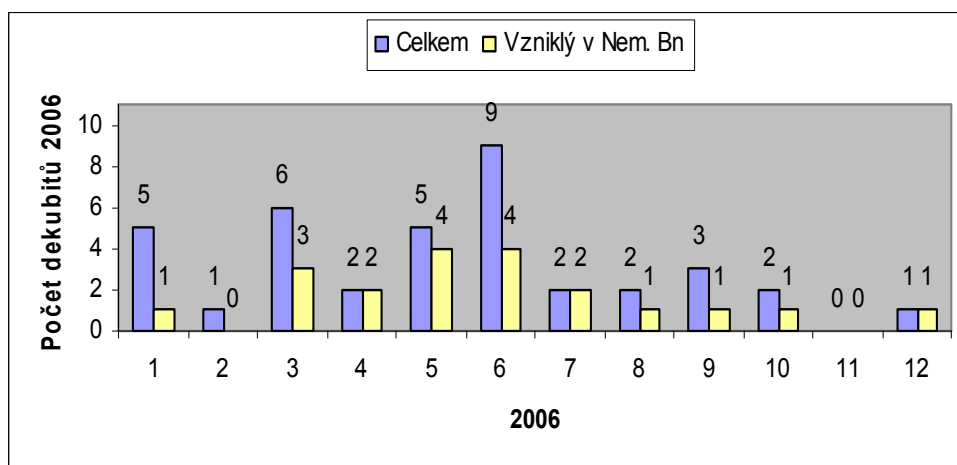
Graf č. 16 Počet dekubitů v roce 2005



Počet dekubitů v roce 2006

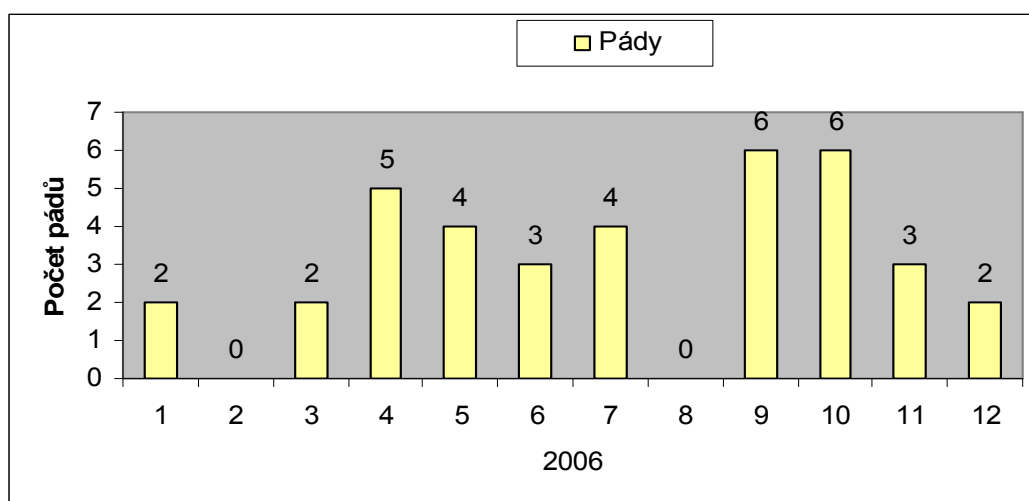
Pro sledování kvality péče jsou dominantním ukazatelem nově vzniklé dekubity, které mají tendenci v posledních měsících mimo měsíce květen a červen klesat. Období s nejvyšším výskytem nově vzniklých dekubitů v měsících květen a červen je období největší krize v oblasti personální situace na oddělení. Analýzou zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že dvou nově vzniklým dekubitům v květnu a třem v červnu 2006 nešlo zabránit, protože zdravotní stav pacientů nezbytně vedl ke vzniku dekubitů. Jednalo se o dekubity I. a II stupně projevující se zarudnutím a tvorbou puchýřů. Ke vzniku dekubitů III. a IV. stupně nedošlo ve sledovaném období vůbec. Data ve spojení s analýzou ošetrovatelské dokumentace vedou k závěru, že péče o dekubity je na vysoké úrovni. Počet dekubitů odpovídá reálnému stavu jelikož nastavené kontrolní mechanismy nedovolují neevidování existujícího dekubitu.

Graf č. 17 Počet dekubitů v roce 2006



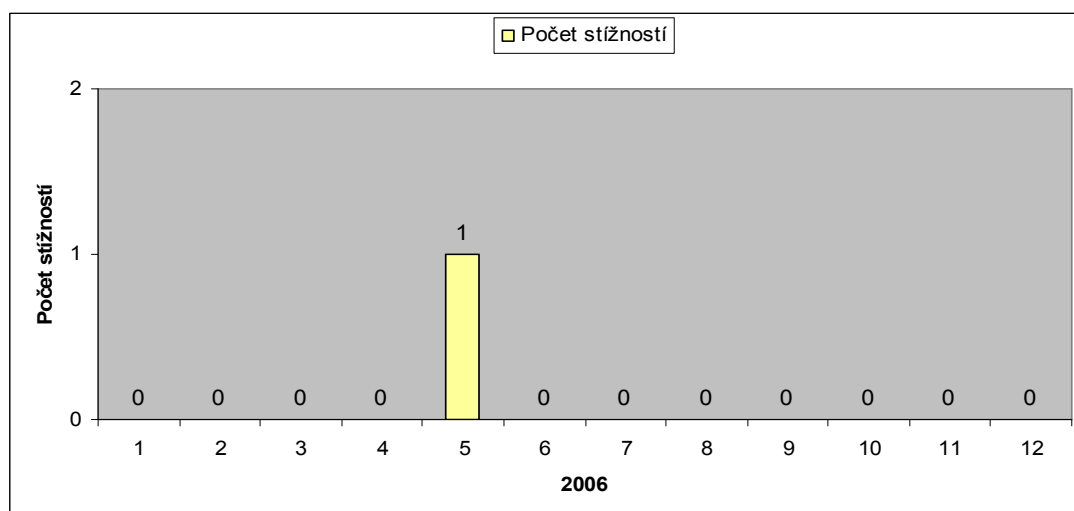
Dalším ukazatelem kvality poskytované ošetrovatelské péče jsou pády pacientů. Pády pacientů vypovídají nejen o kvalitě péče, ale především o její bezpečnosti. V návaznosti na počet hospitalizovaných pacientů na neurologickém oddělení jsou čísla uvedená v grafu č. 12 velmi nízká, většina pacientů upadla na pokoji v době nepřítomnosti sestry. V měsíci dubnu a říjnu 2006 došlo k opakovanému pádu u pacienta s možností pohybu po pokoji. V obou případech pacient upadl ve večerních hodinách v době nepřítomnosti sestry.

Graf č. 18 Pády pacientů v roce 2006



V měsíci květnu 2006 byla přijata jedna ústní stížnost na poskytování ošetrovatelské péče. Po prošetření vedoucím oddělení vnitřního auditu byla tato stížnost shledána jako neoprávněná.

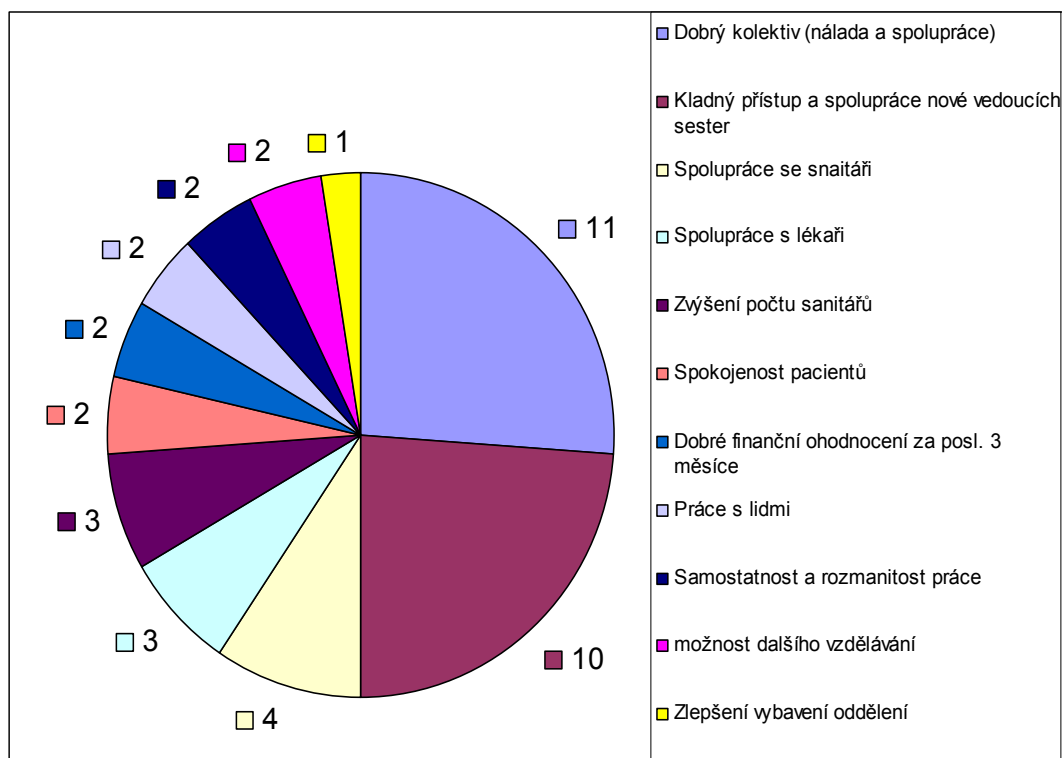
Graf č. 19 Počet stížností



Sledování spokojenosti ošetrovatelského personálu

Vyhodnocení odpovědí první části dotazníku – seznam pozitiv, které nejvíce těší, uspokojují při práci na oddělení:

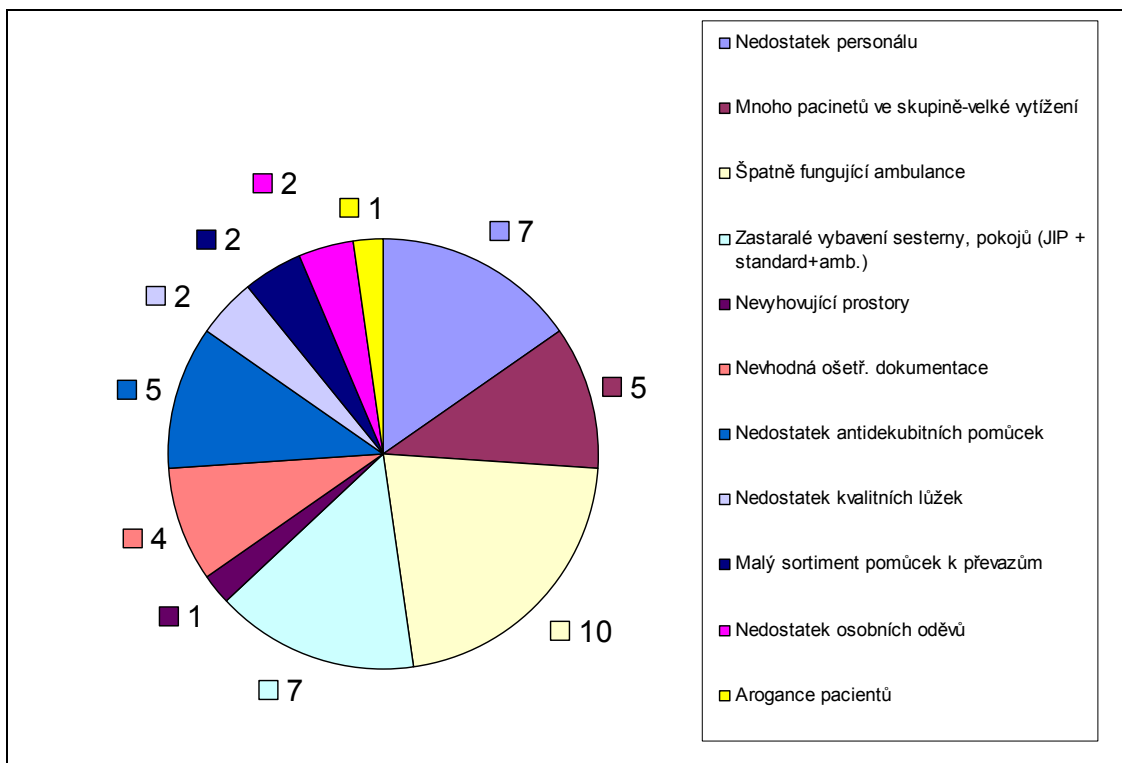
Graf č. 20 Pozitiva při práci na oddělení



Většina uvedených pozitiv uvedených v dotaznících se shodovala v dobrých pracovních vztazích (11 odpovědí) a v kladném hodnocení nové vrchní sestry (10 odpovědí). Čtyři respondenty uvedly spolupráci s pomocným personálem a 3 spolupráci s lékaři na oddělení. ve třech případech je pozitivně vnímáno navýšení počtu sanitářů. Dobré finanční ohodnocení za poslední čtvrtletí uvedli 3 respondenti. Možnost samostatné, různorodé práce ocenili 2 respondenti. Ostatní odpovědi jako práce s lidmi, spokojenost pacientů, možnost dalšího vzdělávání se vyskytovaly max. do 2-3 respondentů.

Vyhodnocení odpovědí první části – seznam negativ, které nejvíce vadí při práci na oddělení:

Graf č. 21 Negativa při práci na oddělení

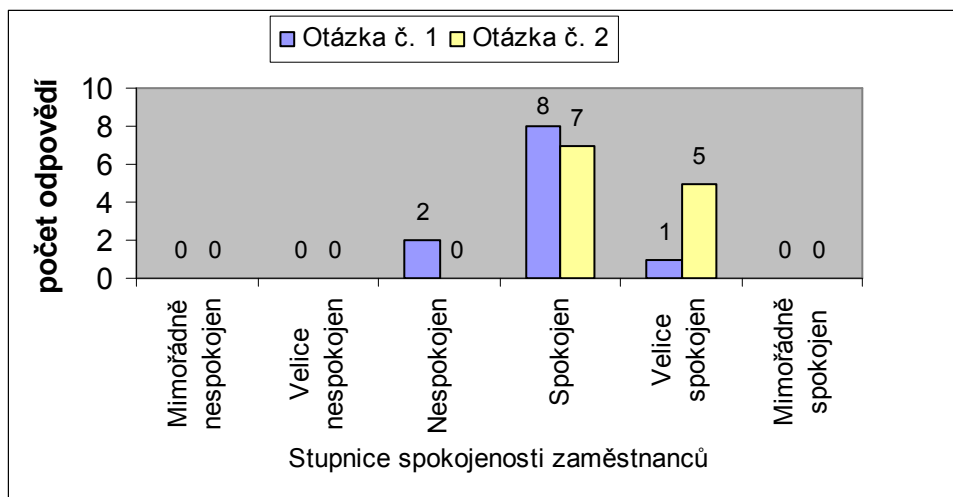


Jak bylo již uvedeno v hlavním zjištění respondenti negativně vnímali špatné fungování ambulance, které zasahuje do organizace práce na oddělení což vede k situaci, kdy sestry musí přebírat činnosti za své kolegyně, ošetřující ambulanti pacienti. Důkazem toho je i negativní hodnocení (celkem 5 odpovědí) velkého počtu pacientů při skupinové péči. Počet pacientů ve skupině a nutnost vedení nevhodné ošetrovatelské dokumentace označily 4 respondentky jako nevyhovující. Zastaralé vybavení vnímají nejen ke vztahu k pracovnímu prostředí na sesterně (7 odpovědí), ale i vůči pacientům. Konkrétní nedostatek uvedlo 5 respondentů nedostatek antidekubitních matrací.

Většina respondentů uvedla, že je spokojená s vytvořenými podmínkami. Mimo podmínky dále respondenti subjektivně hodnotili svoji práci. Převážná většina

odpověděla, že je spokojená a menší část odpověděla, že je velice spokojená. Bližší informace obsahuje graf č. 22.

Graf č. 22 Vyhodnocení spokojenosti zaměstnanců část 2.



Z grafu je patrné, že je personál spokojen s podmínkami k poskytování ošetrovatelské péče. Jeden respondent se vyjádřil že je nespokojen a zároveň zatrhl kolonku spokojen, tato odpověď nebyla uznána jako platná. V případě druhé otázky hodnocení vlastní práce se 7 respondentů přiklonilo k ohodnocení spokojen a 5 k ohodnocení nespokojen.

Souhrnně lze prohlásit, že respondenti vyjadřovali kladný vztah k práci a úctu k dobrému kolektivu. V tabulce č. 1 jsou uvedeny doslovné odpovědi respondentů dle pořadí počtu odpovědí

Tabulka č. 1 Podrobné důvody pro odpovědi na otázku č. 1 a 2

Pořadí	Podrobné důvody pro odpovědi na otázku 1 a 2	Počet odpovědí
1.	Nedostatek aktivních antidekubitních matrací /nebezpečí proleženin)	2x
2.	Snažím se pracovat tak, aby práce byla kvalitní	2x
3.	Vyšetřování ambulantních pacientů zdržuje práci na oddělení a není vždy lehké sehnat lékaře ochotného jít k vyšetření	1x
4.	Ošetrovatelská péče na oddělení je dobrá	1x
5.	Nedostatek místa a PC techniky, nevyhovující židle na pracovně sester	1x
6.	Nedostatek přístrojů (monitory na JIP zastaralé)	1x
7.	Uvítala bych lepší komunikaci pomocného nelékařského personálu s pacientem a aktivní vyhledávání potřeb pacientů	1x

Dle výsledků dotazníku Spokojenosti zaměstnanců byl svolán workshop se zaměstnanci, který měl za úkol detailněji analyzovat příčiny nespokojenosti v organizaci práce a pomocí získaných námětů, názorů a praktických zkušeností zaměstnanců oddělení stanovit návrh změny ve způsobech poskytované péče na oddělení. Zároveň v průběhu workshopu došlo k formulaci doporučení, která měla za cíl navrhnout optimalizaci poskytované péče.

3. 2. 2. 3. Optimalizace poskytované péče

Při plánování změny bylo nutné stanovit ideální stav poskytované péče na neurologickém oddělení se stávajícím počtem lůžek, který byl k 12. 10. 2006 39 lůžek z toho 4 JIP. Ideální stav při poskytování zdravotní péče vychází z počtu lékařského i nelékařského personálu, věcného a technického vybavení oddělení. Součástí popisu ideálního stavu je také ideální prostorové vybavení oddělení. Bližší popis ideálního stavu obsahuje (příloha č. 8)

Součástí plánování optimalizace péče bylo stanovení:

- Optimálního počtu personálu na oddělení tak, aby byla při zachování nejvyšší možné kvality poskytované péče.
- Snížení počtu lůžek tak, aby nevznikaly přesčasové hodiny.
- Nalezení způsobů zaměstnání sester na rodičovské dovolené nebo z jiných odděleních nemocnice, např. všeobecné sestry z Anesteziologicko resuscitačního oddělení (dále jen ARO).

K optimálnímu nastavení poskytované zdravotní respektive ošetrovatelské péče došlo na workshopu.

Cílem workshopu bylo nastavení poskytování ošetrovatelské péče. K dosažení cíle bylo nutné identifikovat problém v organizaci a řízení ošetrovatelské péče na oddělení tak, aby došlo k:

1. snížení množství přesčasových hodin nikoli jen finanční kompenzací, ale faktickým volnem,
2. zachování stávající kvality poskytované péče,

3. propojení a funkčnosti systému skupinové péče, který bude plně funkční v návaznosti na ošetrovatelskou dokumentaci, která vyžaduje práci tzv. ošetrovatelským procesem.

Průběh setkání:

Celý průběh setkání byl v příjemné uvolněné atmosféře. Většina delegátů se snažila aktivně přispívat do diskuze. Mezi účastníky se našly i sestry a sanitárky, které nebyly zvyklé nahlas formulovat své názory a mnoho nemluvily. Bylo velmi důležité, aby spolupracovaly a snažila jsem se, aby dostaly prostor pro vyjádření svých názorů, které pak byly jedny z nejpřínosnějších. Workshop byl po 120 minutách ukončen.

Výstupy workshopu

Během workshopu byly identifikovány následující problémy:

- a) Nedostatek erudovaných neurologů, ať už ambulantních privátních specialistů (mimo nemocnici) nebo neatestovaných lékařů z nemocnice (dvě lékařky, které mají jednu či dvě atestace byly toho času na rodičovské dovolené) se projevuje v nemožnosti samostatného vedení ambulance a v docházení pacientů s akutními i chronickými neurologickými obtížemi přímo na lůžkovou část neurologického oddělení. Tato skutečnost zasahuje do organizace práce na lůžkové části neurologického oddělení tím, že je pacient vyšetřován lékařem určeným pro lůžkovou část oddělení na vyšetřovně, která je určena pro vyšetřování hospitalizovaných pacientů. Stává se, že ambulantní pacient čeká na uvolnění lékaře nebo do chvíle než je volná vyšetřovna. Komplikovanou situací jsou ty úkony u ambulantních pacientů, které zaberou mnoho času ranní sestry (odběry krve) a následné vyšetření (tzn. RTG či CT), které blokuje sanitáře jenž pacienta doprovází na vyšetření.
- b) Nedostatek ošetrovatelského personálu, který vede k situaci, že sestry mají mnoho pacientů při skupinové ošetrovatelské péči.

c) Nedostatečné vymezení kompetencí sester vykonávajících činnost na specializovaných neurologických ambulancích. Problémem ambulantních sester je, že v důsledku nedostatku lékařského i nelékařského personálu odbíhají od svých činností vypomáhat s ambulantními pacienty na lůžkové oddělení.

d) Nedostatečná komunikace lékařů a sester, která zasahuje do chodu oddělení.

e) Sestry, které pozitivně hodnotily působení nové vrchní sestry, se obávají, že by vrchní sestra mohla nerezignovat na řešení problémů v důsledku nedostatečného vedení oddělení ze strany primáře. Primářovo vedení oddělení sestry charakterizovaly tak, že se primář vyhýbá rozhodování, nezasahuje příliš do práce vrchní sestry, a to ani tehdy vyskytnul-li se problém. Na druhou stranu přítomní pozitivně hodnotili práci staniční sestry, která do příchodu stávající vrchní sestry vykonávala činnost vrchní sestry. Vyzvedly její organizační schopnosti a způsob řešení problémů.

f) Nedostatečné znalosti sester a pochopení ošetrovatelského procesu v návaznosti na ošetrovatelskou dokumentaci.

g) Nedostatečné zapojování sanitářů do péče o pacienty z důvodů nedostatečných znalostí v oblasti uspokojování potřeb pacientů.

Z analýzy dokumentů, dotazníkového šetření a workshopu vzešla doporučení v následujících oblastech:

Oblast personální

- Navýšit prostřednictvím vedení společnosti počet pomocného personálu na JIP o dva sanitáře. Odpovědnost: Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (dále jen NOP).
- Vzhledem k vytíženosti sestry JIP a s ohledem na náročnost poskytované intenzivní ošetrovatelské i lékařské péče o pacienty hospitalizované na JIP bude ihned na každou službu přítomen jeden sanitář. V budoucnu se navýší počet sester na JIP. Odpovědnost: NOP.

- Oslovit všechny sestry, které jsou na rodičovské dovolené a nabídnout jim možnost pracovat na neurologickém oddělení. Odpovědnost: NOP
- Oslovit ředitele Úřadu práce v Benešově a požádat o spolupráci při vyhledávání nových nelékařů (všeobecných sester, sanitářů, ošetrovatelek). Oslovení Komory sester na Slovensku se žádostí o rozeslání inzerátu pro všeobecné sestry. Odpovědnost: NOP.
- Zajistit neurologickou ambulanci alespoň jedním atestovaným lékařem. Obě lékařky t.č. na rodičovské dovolené mohou pracovat na částečný úvazek jen jeden den v týdnu a být tak využity pro ambulantní pacienty. Odpovědnost: primář oddělení.
- Ve spolupráci s Krajským úřadem Středočeského kraje zajistit, aby pro oblast Benešova byl zaměstnán erudovaný neurolog. Odpovědnost: náměstek pro léčebně preventivní péči (dále jen náměstek LPP).

Oblast organizace péče o pacienty:

- Snížit počet lůžek neurologického oddělení ve IV. čtvrtletí 2006. Odpovědnost: náměstek LPP a NOP
- Změnit organizaci práce na neurologickém oddělení tak jak uvádí tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 Návrh rozmístění nelékařů na neurologickém oddělení

Počet lůžek	Všeobecná sestra Směnná	Všeobecná sestra DPČ	Všeobecná sestra Ranní	Pomocný personál – Sanitář
JIP-4 + 3 standardní lůžka	3	2	1	2
Standardní 11	3	1	0,5 (staniční)	2
Standardní 10	3	0	0,5 (staniční)	2
Ambulance út. –stř.	1 (ostatní dny na odd.)		1	
Ambulance dětská Po – pá			1	
Amb. EEG (po-pá)			1	
Amb. EMG (po-pá)			1	

Rozmístění a změna organizace práce nelékařů, dle tabulky č. 2, musí být v souladu s vyhláškou MZ ČR č. 493/2005 Sb. a musí být docíleno snížení přesčasových hodin, zachování kvality péče a propojení funkčnosti skupinové péče s ošetrovatelskou dokumentací. Odpovědnost: vrchní sestra

- Upravit organizaci práce lékařů v péči o pacienty. Stanovit maximální 50% hranici nesoběstačných ležících pacientů hospitalizovaných na neurologickém oddělení. Pacienti s diagnózami, jejichž primární příčinou není neurologická příčina jako např. hypertenze u pacientů s parkinsonovou chorobou, či poruchami rovnováhy hospitalizovat na odděleních nemocnice jako je interní oddělení, ORL a nebo chirurgie. Odpovědnost: primář oddělení a náměstek LPP
- Chodící ambulantní pacienti (bez doporučení a tím i bez patřičných vyšetření) odesílat na odběry krve do odběrové místnosti oddělení klinické biochemie, protože kapacity odběrové místnosti nejsou zcela využity. Odpovědnost: staniční sestra
- Pacientům, kteří jsou schopni se sami bez pomoci dostavit na RTG či CT vyšetření, předat plán nemocnice s ústním vysvětlením, kde najdou RTG oddělení či OKB oddělení. Požádat doprovod pacienta o spolupráci. Zajistit, aby pomocný personál mohl být i nadále přítomen na oddělení a mohl plnit úkoly vyplývající z chodu oddělení. Odpovědnost: vrchní sestra ve spolupráci s vedoucím výpočetního střediska, který vytvoří plán nemocnice.

Oblast vzdělávání

- Sanitáři i přesto, že mají absolvován povinný sanitářský kurz, budou min. 1x ročně proškoleni v základních ošetrovatelských činnostech. Odpovědnost: vrchní sestra
- Uspořádat na provozní schůzi seminář o ošetrovatelském procesu s důrazem na implementaci v péči o pacienta. Odpovědnost: vrchní sestra a NOP
- Umožnit vzdělávání sester v nových ošetrovatelských postupech a jejich zavádění do praxe. Uspořádat exkurzi či stáž na jiných pracovištích. Odpovědnost: NOP a vrchní sestra
- Provést změnu ošetrovatelské dokumentace. Zaměřit se na důraznější proškolení v požadavcích na vyplňování ošetrovatelské dokumentace. Odpovědnost NOP a zástupkyně NOP pro zavedení ošetrovatelské dokumentace.

Oblast komunikace

- Zařadit vrchní sestru do kurzu vyjednávání a řešení konfliktů a prevence syndromu vyhoření. Odpovědnost NOP
- Vrchní sestra ve spolupráci se staniční sestrou v případě konfliktů ze strany lékařek či sester budou požadovat řešení po primáři oddělení. O konfliktech se vrchní sestra dozví při hlášení sester nebo při hlášení lékařů. Odpovědnost: Vrchní sestra

Implementace výstupů z workshopu do praxe

Při zavádění optimalizace poskytované péče jsem se řídila modelem Jane Salvage přístupem ke změně od „spodu-nahoru“. V tomto případě jsem ve spolupráci se zaměstnanci identifikovala negativní aspekty v organizaci práce a ve spolupráci se zaměstnanci bylo přistoupeno k návrhům, které měly zlepšit organizaci práce a tím i zlepšit péči o neurologické pacienty. V tomto případě si zaměstnanci sami stanovili vhodné kroky ke změně a zároveň si stanovili i plán vzdělávání nutný získání a osvojení dovedností nutných k výkonu ošetrovatelské péče.

Zavádění navrhovaných opatření probíhá od 1. listopadu 2006 do současné doby (duben 2007). Dle sledovaných indikátorů kvality zdravotní i ošetrovatelské péče výsledky za 1. čtvrtletí 2007 kopírují vývoj ze sledovaného období, tak jak je popisováno v kapitole 3. 2. 2. 2. K 20. dubnu 2007 přetrvává nedostatek v oblasti nelékařského, ale i lékařského personálu na neurologickém oddělení. Počet sester odpovídá minimálním počtům Vyhlášky MZ ČR, ale do požadovaného počtu sester nutných ke snižování přesčasových hodin schází dvě sestry na úvazek 1,0. Od března 2007 zahájil v okrese Benešov činnost privátní neurolog, čímž došlo k mírnému poklesu nehlášených ambulantních pacientů a tím se mírně snížilo vytížení sester lůžkového oddělení, které neobjednané ambulantní pacienty ošetřovaly.

4. Závěr

V magisterské práci se zaměřuji na téma řízení krize v personální oblasti způsobené vnějšími vlivy, které nemohl management organizace ovlivnit. Dále jsou zde popsány oblasti související s personálním řízením zaměřené na motivaci zaměstnanců. Vzhledem k tomu, že se jedná o ošetrovatelské respektive nelékařské zaměstnance představuji i ošetrovatelství jako obor včetně novinek, které byly uvedeny do praxe v minulých letech.

Ne vždy lze příčiny krize ovlivnit, ale díky vhodně aplikovaným manažerským rozhodnutím lze dopady vzniklé krize mírnit, případně i řešit. Mezi předpoklady manažersky úspěšného zvládnutí krize patří otevřená komunikace se zaměstnanci a zapojení zaměstnanců do procesu řízení krize. Komunikace se zaměstnanci se zaměřuje především na předání faktických informací, které se týkají nepříznivé situace. Podmínkou komunikace je, aby vedení organizace nezamlčovalo ani negativní fakta. V oblasti personálního řízení se jedná o rozšíření povědomí o organizaci za účelem přivedení nových zaměstnanců do organizace. Situaci lze také současně řešit vytvořením motivačních prvků, které v případě Nemocnice Benešov neznamenal jen finanční odměny.

Krize byla zvládána navýšením přesčasových hodin a neodrazila se ve snížení kvality poskytované péče, jak částečně dokazuje příklad benešovské nemocnice. Popisovaná krize měla i pozitivní dopad v tom, že odkryla dlouhodobě špatné řízení konkrétní organizační jednotky. Pomocí podrobné analýzy stavu neurologického oddělení bylo dosaženo vytvoření návrhu řešení krize, které vyústilo ke změně organizace práce na oddělení. Implementace změn byla usnadněna tím, že do procesu identifikace problémů a návrhu opatření nutných ke zlepšení organizace činností na oddělení, byla zapojena většina zaměstnanců oddělení.

K tomu, aby nemocnice mohla poskytovat kvalitní péči musí mít mj. vytvořeny i pracovní podmínky pro své zaměstnance. Tato změna na neurologickém oddělení přispěla ke zlepšení pracovních podmínek a tím i k vyšší spokojenosti nelékařského personálu. Právě u spokojeného nelékařského personálu, který je v nejčastějším v kontaktu s pacienty je největším předpokladem poskytování kvalitní péče.

Zkratky:

ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
DPČ	dohoda o pracovní činnosti
EEG	elektroencefalografie – jedná se vyšetřovací metodu
EMG	elektromyelografie - jedná se vyšetřovací metodu
JIP	jednotka intenzivní péče
LOP	Lůžka ošetrovatelské péče
LPP	náměstek pro léčebně preventivní péči
N R + S Benešov	Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.,
NOP	náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
ORL	otorinolaryngologické oddělení
PN	pracovní neschopnost
RTG	radiodiagnostické oddělení
ÚOP	úsek ošetrovatelské péče

Použitá bibliografie a prameny

1. Alexander, F., M., Runciman, P. J.: *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno, NCO NZO 2003
2. Armstrong, M.: *Řízení lidských zdrojů*. Praha, Grada Publishing 2002
3. Branham, L.: *Jak si udržet nejlepší zaměstnance*. Brno, Computer Press 2004
4. Bureš, I.: *Marketing pro firmu v krizi*. Praha, Management Press, 1995
5. Burian, J., Souček, Z.: *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Praha Professional Publishing 2004
6. Crainer, S.: *Moderní management, základní myšlenkové směry*. Praha, Management Press, 2000
7. DiCroe, H., R., Grohar-Murray, M., E.: *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha, Grada Publishing 2003.
8. Drucker, P. F.: *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*. Praha, Management Press, (1. dotisk) 2004
9. Drucker, P. F.: *Výzvy managementu pro 21. století*. Praha. Management Press 2000
10. Forsyth, P.: *Jak motivovat lidi*. Computer Press, Brno 2000
11. Gladkij, I, a kol.: *Management ve zdravotnictví*. Brno, Computer Press 2003
12. Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno, IDVPZ 1999
13. Green, K., Hanke, O.: *Řízení v krizových situacích. Příklady efektivních strategií*. Praha, Management Press 2004.
14. <http://www.MPSV.cz> (navštíveno 20. 2. 2007)
15. <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=187> materiály ze semináře "Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních." (navštíveno 18. 2. 2007)
16. Interní materiály Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.,
17. Jarošová, D.: *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha, ISV 2000
18. Jurásková, D.: *Prevence pádů*. Prezentace dne 20. 2. 2007 porada náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Krajský Úřad Středočeského kraje.
19. Koncepce ošetrovatelské péče Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s.,

20. Koncepce ošetrovatelství. Metodické opatření č. 9/2004 Věstník MZ ČR
21. Koncepce zdravotnictví Středočeského kraje. Krajský úřad Středočeského kraje 2004
22. Koubek, J.: *Řízení pracovního výkonu*. Praha, Management Press 2004
23. Lávičková, J.: *Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů*. Sestra 16, 2006, 4, s. 30- 31
24. Lemon 1. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd., Brno, IDVPZ 1997
25. Lemon 3. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd., Brno, IDVPZ 1997
26. Linhart, J a kol.: *Slovník cizích slov pro nové století*. Dialog 2003, Litvínov 2003
27. Madar, J. a kol.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha, Grada Publishing 2004
28. Marx, D.: *Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních*. Diagnóza v ošetrovatelství 2005, roč. 1, č. 3 str. 139-140
29. Salvage, J.: *Ošetrovatelství v akci*. WHO 1993
30. Smejkal, V., Rais, K.: *Řízení rizik*. Praha, Grada Publishing 2003
31. Solichová, I.: *21. století – století kvality v Českém zdravotnictví*. Zdravotnictví v České Republice, 2003, ročník 6, č. 3- 4, s 179
32. Staňková, M.: *Základy Teorie ošetrovatelství*. Praha, Karolinum 1996
33. Staňková, M.: *České ošetrovatelství II: Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno, IDV PZ 2002
34. Škrla, P., Škrlová, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*, Praha, Advent-Orion 2003
35. Škrla, P., Škrlová, M.: *Manuál kontinuálního zvyšování kvality*. Praha, Advent-Orion, PowerPoint prezentace CD
36. Tóthová, V.: *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2000
37. Ulrychová, H: *Kvalita ošetrovatelské péče*. Ošetrovatelství, 1, 1999, 1, str. 7-11
38. Vévoda, J., Ivanová K., Horváth, M.: *Pracovní motivace zdravotních sester*. Zdravotnictví v České Republice, roč. 1, 2005, č. VIII, s. 24-28

39. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., *kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.*
40. Vyhláška MZ ČR č. 493/2005 Sb., *kterou se novelizuje vyhláška číslo 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.*
41. Zákon č. 240/2000 Sb., *o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon).*
42. Zákon č. 96/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).*
43. Zuzák, R.: *Krizové řízení podniku (dokud ještě není v krizi).* Praha, Professional Publishing 2004



**Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice Středočeského kraje
Máchova 400, 256 30 Benešov, tel: 317 756 347**

[Úsek náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči](#)

PROGRAM

Setkání zaměstnanců s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči

Konané dne 16. ledna 2006 ve 12.00 hodin v malé zasedací
místnosti ředitelství nemocnice

Program

- informace o stávající situaci v nemocnici týkající se smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami a přípravou na výběrové řízení
- informace o stávající situaci personální oblasti
- vypracování argumentační opory pro uklidnění situace v nemocnici a zamezení odchodům zaměstnanců z nemocnice

Předpokládaná délka setkání 2 hodiny.

Bc. Vendula Pírková
náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči



**Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice Středočeského kraje
Máchova 400, 256 30 Benešov, tel: 317 756 347**

Úsek náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči

**Pravidla pro poskytování pracovních úlev zaměstnancům
Úseku ošetrovatelské péče Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.
s. v rámci zvyšování nebo prohlubování kvalifikace**

Tento dokument je závazný pro všechny pracovníky Úseku ošetrovatelské péče.

Nelékařská zdravotnická povolání v úseku ošetrovatelské péče

I. Specializační vzdělávání k získání specializované způsobilosti (pomaturitní specializační studium).

- V souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., se jedná o prohlubování kvalifikace.

Toto studium bude plně hrazeno, pouze v případě doplnění požadovaných počtů dle vyhlášky č. 101/2002 Sb.

Žádosti schvaluje ředitel akciové společnosti po konzultaci s náměstkem pro ošetrovatelskou péči.

Smluvní dohoda o zvýšení kvalifikace:

Ano, setrvání v organizaci adekvátně v délce studia + 3 roky, maximálně 5 let.

II. Vyšší odborné studium v oborech – všeobecné sestry, porodní asistentky, radiologického asistenta, zdravotního laboranta, zdravotně-sociálního pracovníka, nutričního terapeuta, farmaceutického asistenta, fyzioterapeuta.

Smluvní dohoda o zvýšení kvalifikace:

Ano, setrvání v organizaci adekvátně v délce studia + 2 roky, maximálně 4 roky. Vše za předpokladu, že vedoucí pracovník vydá souhlasné stanovisko s další prosperitou pracovníka a za předpokladu, že pracovník najde v akciové společnosti uplatnění.

Účastnické poplatky si hradí pracovník sám.

Pracovní úlevy pro dálkovou formu studia

- náhrada cestovních výdajů – stravné, ubytování akciová společnost nehradí
- nejvýše 20 dnů ve školním roce k účasti na konzultacích a vybraných přednáškách
- 5 dní k účasti na přípravu a vykonání závěrečné zkoušky.

Pracovní úlevy pro externí formu studia

- náhrada cestovních výdajů – stravné, ubytování akciová společnost nehradí

- 5 dní ve školním roce předepsané praxe ke studiu a k praxi na odborných pracovištích
- 5 dní k účasti na přípravu a vykonání závěrečné zkoušky.

III. Vysokoškolské studium – bakalářské – ve zdravotnickém oboru

Smluvní dohoda o zvýšení kvalifikace:

Ano, setrvání v organizaci adekvátně v délce studia + 3 roky, maximálně 5 let. Vše za předpokladu, že vedoucí pracovník vydá souhlasné stanovisko s další prosperitou pracovníka a za předpokladu, že pracovník najde v akciové společnosti uplatnění.

Účastnické poplatky a výdaje se studiem si hradí pracovník sám.

Pracovní úlevy

- náhrada cestovních výdajů – stravné, ubytování akciová společnost nehradí
- 8 dní v každém školním roce při dálkové, kombinované, externí formě studia
- 8 dnů v každém školním roce na vykonání zkoušek
- 20 dní na přípravu a vykonání státní závěrečné zkoušky

IV. Akreditovaný kvalifikační kurz pro sanitáře

Smluvní dohoda o zvýšení kvalifikace:

Ano, setrvání v organizaci adekvátně v délce studia + 2 roky.

Vše za předpokladu, že vedoucí pracovník vydá souhlasné stanovisko s další prosperitou pracovníka a za předpokladu, že pracovník najde v akciové společnosti uplatnění.

Účastnické poplatky hradí pracovníkovi akciová společnost.

V. Studium v oboru ošetřovatel/ka

Smluvní dohoda o zvýšení kvalifikace:

Ano, setrvání v akciové společnosti adekvátně v délce studia + 3 roky, maximálně 5 let. Vše za předpokladu, že vedoucí pracovník vydá souhlasné stanovisko s další prosperitou pracovníka a za předpokladu, že pracovník najde v akciové společnosti uplatnění.

Účastnické poplatky si hradí pracovník sám

Pracovní úlevy

- náhrada cestovních výdajů – stravné, ubytování akciová společnost nehradí,
- 15 dní v každém školním roce při dálkové, kombinované, externí formě studia,
- 6 dnů na vykonání maturitní zkoušky.

Obecná ustanovení:

- Vedoucím pracovníkem se myslí vrchní sestra, vedoucí laborant, vedoucí fyzioterapeutka.
- Pracovní úlevy lze poskytovat pouze v případech, kdy je uzavřena dohoda o zvýšení kvalifikace a nárok na ně je uveden v tomto dokumentu.
- Smluvní dohody o zvýšení kvalifikace se uzavírají před zahájením studia či zařazením do specializačního vzdělávání. Smluvní dohody se neuzavírají

- s pracovníky ve zkušební době nebo u pracovníků s pracovním poměrem na dobu určitou.
- Pracovník-účastník po obdržení pozvánky ke studiu oznámí termín nástupu vedoucímu pracovníkovi. Vyplní dovolenku, kde červeně napíše STUDIJNÍ VOLNO.
 - Vedoucí pracovník ÚOP eviduje počty dnů, které pracovník již vyčerpal a předkládá je společně s 1/2 ročním hodnocením náměstkyni pro ošetrovatelskou péči nebo v průběhu roku na její vyžádání.
 - Vedoucí pracovník ÚOP, který uzavírá pracovní poměr s pracovníkem jenž má závazky spojené se zvýšením či prohloubením kvalifikace u bývalého zaměstnavatele vyjadřuje svoje stanovisko k převzetí či nepřevzetí závazků na žádosti o přijetí do zaměstnání. Smlouva o dohodě se povinně uzavře již při nástupu do pracovního poměru avšak s platností až po ukončení zkušební doby. Tento zaměstnanec nesmí mít smlouvu na dobu určitou.
 - Dohody o zvýšení nebo prohloubení kvalifikace se uzavírají i v případě, že zaměstnanci bylo povoleno studium k prohloubení kvalifikace a předpokládané náklady dosahují 100 000,- Kč a více. Délka setrvání v akciové společnosti bude minimálně tři roky. Do této doby se nezapočítává dlouhodobá PN, mateřská a rodičovská dovolená.
 - Účastníci jsou povinni každé pololetí, semestr předkládat svému přímému nadřízenému ÚOP ke kontrole záznam o studijních výsledcích (index, průkaz odbornosti), příp. vysvědčení.
 - Bude-li pracovník vyslán na studium vedením nemocnice jsou uhrazeny všechny cestovní náklady, účastnické poplatky včetně ubytování.

VI. Účast na odborných kurzech, stážích, konferencích, školících akcích, seminářích.

V souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., je povinnost nelékařského zdravotnického pracovníka naplňovat požadavky zákona – celoživotní vzdělávání. Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. poskytne svým zaměstnancům následující pracovní úlevy.

a) PASIVNÍ ÚČAST

- náhrada cestovních výdajů – stravné, ubytování akciová společnost nehradí.
- účastnické poplatky si hradí pracovník sám.
- 2 dny placeného volna v kalendářním roce na účast na těchto seminářích.

b) AKTIVNÍ ÚČAST

- náhrada cestovních výdajů akciová společnost nehradí.
- akciová společnost uhradí účastnický poplatek včetně výdajů (ubytování, stravné) do 1000,-Kč
- účast na akci je považována za výkon práce.

Obecná ustanovení

- Účastníci kurzů stáží, konferencí, seminářů, školících akcích apod. předkládá svému přímému nadřízenému ÚOP potvrzení o účasti na akci. Je-li požádán o prezentaci v rámci ústavního setkání o informace je povinen je poskytnout.

- Bude-li pracovník vyslán na odborný kurz, stáž, konferenci, školící akci, seminář vedením nemocnice jsou uhrazeny všechny cestovní náklady, účastnické poplatky včetně ubytování.

V Benešově dne 26. 1. 2006

Bc. Vendula Pírková
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



Středočeský kraj

**Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice Středočeského kraje
Máchova 400, 256 30 Benešov, tel: 317 756 347**

[Úsek náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči](#)

Vzdělávací plán pro nelékaře pořádané Nemocnicí Benešov, a.s. v roce 2006

Datum	Název akce	Působnost	Garant	Účast nelékařů z Nem. Benešov
Leden 11. 1. 2006	Budoucnost ošetrovatelské péče v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. I.	Seminář pro vedoucí pracovníky ÚOP (vrchní sestry, staniční sestry)	Bc. Vendula Pírková	42
Leden 18. 1. 2006	Fa. Schubert, s.r.o Seminář OKB a TRF	Seminář pro nelékaře	Jana Polesná	50
Únor 2. 2. 2006	Bode – dezinfekce rukou	Seminář pro nelékaře interních oborů	Jana Vrzalová	55
Únor 14. 2. 2006	Právní charakter zdravotnické dokumentace v ČR	Promedika Praha, a.s. p. Kjučuková Seminář pro nelékaře	Bc. Vendula Pírková	50
Březen 28. 3. 2005	Benešovský laboratorní den	Regionální konference pro nelékaře	Jana Polesná	95
Duben 12. 4. 2006	Péče o stomie	ConvaTec Seminář pro nelékaře	Miroslava Jaszová	50
Květen 16. 5. 2006	Ošetrovatelská péče v Nemocnici R+S Bn. II. Technika řešení problémů - audity	PhDr. Ivana Mádlová Seminář pro nelékaře	Bc. Vendula Pírková	45

Květen 16. 5. 2006	Hojení ran pro chirurgické obory	Dahlhausen CZ Seminář pro nelékaře	Miroslava Jaszová	50
Červen 20. 6. 2006	Hojení ran pro interní obory	Dahlhausen CZ Seminář pro nelékaře	Alena Kovářová	55
Září 4. 9. 2006	Koncept bazální stimulace	Seminář pro nelékaře	Alena Kovářová	65
Září 20. 9. 2006	Prevence dekubitů	Seminář pro nelékaře	Bc. Pírková	51
Říjen 3. 10. 2006	Benešovský den chirurgických oborů	Regionální konference pro nelékaře	Miroslava Jaszová	88
Listopad 15. 11. 2006	Hygienická opatření při ošetřování pacientů s MRSA	Seminář pro nelékaře ambulantní, lůžková, komplement	Jana Vrzalová MUDr. Matějková – ústavní hygienik	48
Listopad 15. 11. 2006	Ošetřovatelský proces v praxi	Seminář pro nelékaře	Bc. Pírková	50
28. 11. 2006	Kurz komunikace, vyjednávání a řešení konfliktů	Kurz pro vedoucí pracovníky ÚOP	Bc. Pírková	25
Prosinec 7. 12. 2006	Standardizace ošetřovatelské péče	Seminář pro nelékaře	Bc. Pírková	52



Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s.,
nemocnice Středočeského kraje

Motivační plán zaměstnanců

- **Finanční ohodnocení**

Mzda se řídí dle Mzdového řádu Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.. Skládá se z fixní složky, která vychází ze vzdělání a pracovního zařazení. Pohyblivá, nenároková složka mzdy je zaměstnancům přidělována měsíčně na základě hodnocení nadřízeným pracovníkem, dle předem daných kritérií.

Kritéria jsou:

- plnění pracovních povinností
- docházka na pracoviště
- dodržování vnitřních norem organizace
- vzdělávání
- komunikace aj.

- **Vzdělávání zaměstnanců**

Se řídí Pravidly pro prohlubování a zvyšování kvalifikace nemocnice, dále je možnost

- možnost stáží, výměnných pobytů na jiných pracovištích
- možnost publikovat v odborných časopisech
- možnost výuky cizích jazyků hrazené zaměstnavatelem
- možnost výuky PC hrazené zaměstnavatelem

- **Sociální výhody**

- k dispozici moderně vybavená ubytovna
- závodní stravování s příspěvkem zaměstnavatele
- možnost penzijního připojištění dle odpracovaných let pro organizaci v rozmezí od 100,- - 400,- Kč
- možnost vyplacení mimořádné zálohy na mzdu
- možnost částečného pracovního úvazku
- pracovní smlouva na dobu neurčitou
- aktivity pro děti zaměstnanců – Mikulášská besídka, Den dětí

- **Kariérní růst**

- možnost získání funkční pracovní pozice v rámci nemocnice



**Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice Středočeského kraje
Máchova 400, 256 30 Benešov, tel: 317 756 347**

Vyřizuje / Linka: Bc. Vendula Pírková l. 347
V Praze dne: 7. 4. 2006

Vážená paní ředitelko,

dovoluji si Vás požádat o vyvěšení přílohy tohoto dopisu ve Vaší škole.

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice SČK se potýká s nedostatkem nelékařského personálu. Jistě mi dáte za pravdu, že je velmi náročné, a to nejen technicky, ale i finančně vybudovat stabilní kvalitní personální tým nelékařů. Naše nemocnice se rozhodla oživit naše ošetrovatelské týmy mladými, kreativními lidmi, kteří, jak doufám, přinesou profesionální oživení v péči o naše klienty.

Velmi by nás potěšilo, kdybychom mohli zaměstnat v naší nemocnici absolventy Vaší školy.

Vážená paní ředitelko, děkuji za Vaši spolupráci a přeji Vám i Vaši spolupracovníkům mnoho osobních úspěchů.

S pozdravem

Bc. Vendula Pírková
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Příloha k úvodnímu dopisu

**Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice Středočeského kraje
přijme:**

Všeobecné sestry na chirurgické, interní, lůžka ošetrovatelské péče, dětské a ORL oddělení

Nástup dle dohody, nejlépe od 1. července 2006

Požadavky: dle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařích (zdravotní způsobilost, občanská bezúhonnost) dále požadujeme komunikační schopnosti, ochota pracovat a vzdělávat se.

Nabízíme:

Finanční ohodnocení – se řídí dle mzdového řádu Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.. Skládá se z fixní (stabilní) složky, který vychází ze vzdělání a pracovního zařazení. Pohyblivá nenároková složka mzdy je přidělována měsíčně na základě hodnocení vedoucím pracovníkem.

Sociální výhody:

- k dispozici moderně vybavená ubytovna
- závodní stravování s příspěvkem zaměstnavatele
- možnost penzijního připojištění dle odpracovaných let pro organizaci v rozmezí od 100,- - 400,- Kč
- možnost vyplacení mimořádné zálohy na mzdu
- pracovní smlouva na dobu neurčitou
- 25 dní dovolené v roce

Vzdělávání:

Se řídí Pravidly pro prohlubování a zvyšování kvalifikace nemocnice (umožnění dálkového studia Bc., VOŠ), dále je možnost

- možnost stáží, výměnných pobytů na jiných pracovištích
- možnost publikovat v odborných časopisech
- možnost výuky cizích jazyků hrazené zaměstnavatelem
- nemocnice pořádá regionální konference a semináře, které jsou zařazeny do kreditního systému ČAS

Kontakt: Petra Kotová, tel: 317 756 365, petra.kotova@hospital-bn.cz

Bližší informace na www.hospital-bn.cz

Bc. Vendula Pírková
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Příloha č. 6

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Váš dopis zn. / Ze

dne:

Naše značka: P/2000

Vyřizuje / Linka:

V Benešově dne: 2006-05-15

Věc: náborový příspěvek

Vedení akciové společnosti rozhodlo z důvodu akutního nedostatku nelékařského personálu – všeobecných sester vytvořit motivační model pro stávající a nové zaměstnance nemocnice:

Náborový příspěvek pro oddělení interní, chirurgické, neurologické a dětské:

pro zdravotní sestry s praxí (bez odborného dohledu) 2 000,- Kč a tutéž částku pro zaměstnance, který zdravotní sestru získá, po půl roce práce na oddělení a odpracování 100 pracovních dnů

pro absolventku Kč 1 500,- po ukončení zkušební doby (tj. 3 měsíce) a odpracování minimálně 45 pracovních dnů a pro zaměstnance, který tuto sestru získá Kč 2 000,- po půl roce práce absolventky a odpracování 100 pracovních dnů na oddělení

V obou případech je podmínkou úvazek 1,0 a nástup v období od 15. 5. do 15. 7. 2006. Možnost získání náborového příspěvku končí naplněním stavů.

V případě ukončení pracovního poměru do jednoho roku zaměstnání takto získané všeobecné sestry, se náborový příspěvek bude vracet. Příspěvek pro zaměstnance, který zdravotní sestru získá se netýká zaměstnanců, kteří mají přijímání zaměstnanců v pracovní náplni, tj. např. vrchní sestry, personální odd., vedení nemocnice.

Eva Šimáková
Vedoucí PaM

Časová osa diagnostiky stavu neurologického oddělení

Rozhovory s odcházejícími sestrami – leden až březen 2006

Analýza personálních dokumentů neurologického oddělení – leden až září 2006

Analýza zdravotnických dokumentů (srovnání let 2005 a 2006)

- a. indikátory kvality zdravotní péče
- b. indikátory kvality poskytované ošetrovatelské péče

Sledování spokojenosti zaměstnanců – říjen 2006

Skupinové rozhovory workshop – říjen 2006

Časová osa diagnostiky stavu na neurologickém oddělení

Na provozní schůzi jsem představila záměr s časovou osou jednotlivých činností potřebných k diagnostice stavu oddělení.

2. říjen 2006

- informování a seznámení se záměrem vedení nemocnice, vedení neurologického oddělení a informování a seznámení se záměrem zaměstnance neurologického oddělení.
- rozdání dotazníků nelékařskému personálu na oddělení

9. – 11. října 2006

- vyhodnocení dotazníků náměstkyní pro ošetrovatelskou péči
- analýza dokumentů (personálních, zdravotnické dokumentace)

23. října 2006

- svolání workshopu s nelékaři neurologického oddělení

23. října – 29. října 2006

- vypracování závěrečné zprávy a seznámení se závěry nám. PP, a vedení nemocnice, seznámení se závěry vedení neurologického oddělení
- konkrétní dokončení zjištěné zprávy a implementace v praxi
- na základě zjištěného případné oslovení dalších zaměstnanců nemocnice o spolupráci

1. listopad 2006

- realizace a implementace závěru projektu do praxe

Příloha č. 8

Popis ideálního stavu neurologického oddělení, tak aby byla poskytovaná péče byla kvalitní a bezpečná.

Reflexe ideálního stavu.

Počet lůžek: 39 lůžek

Z toho 35 lůžek tzv. standardních na kterých leží pacienti jejichž stav nevyžaduje zvýšenou lékařskou či ošetrovatelskou péči a nejsou ohroženi na životě. Další 4 lůžka jsou lůžka intenzivní péče (dále jen JIP) na kterých jsou hospitalizováni pacienti jejichž zdravotní stav je ohrožen a potřebují zvýšený dohled nejen lékaře, ale i ošetrovatelského personálu.

Počet personálu:

Počty personálu na jednotlivých typech lůžkových oddělení ve zdravotnických zařízeních v ČR jsou dány vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění. Tato vyhláška však přesně a direktivně určuje kolik pracovníků s různým stupněm vzdělání včetně praxe smí pečovat o pacienty na lůžkových odděleních.

JIP 4 lůžka: Lůžka intenzivní péče – celkem 6,6 sestry a 0,4 úvazku pomocného nelékařského personálu sanitáře/ky.

Lůžkách standardní 35 - 11,52 sester a celkem 4,27 zaměstnanců pomocného personálu (sanitář/ka).

Zvlášť vyčleněný personál pro ambulantní provoz: 5,0 úvazků sester

Přístrojové vybavení:

Přístrojovou technikou odpovídá požadavkům zdravotních pojišťoven.

Prostorové vybavení:

Dvou a tří lůžkové pokoje.

Ambulantní trakt: Příjmová ambulance, odborná neurologická ambulance, dětská neurologická ambulance, ambulance EEG a EMG odděleny od lůžkového oddělení.

Platby zdravotních pojišťoven:

Poskytovaná péče na lůžkách intenzivní péče jsou hrazena zdravotními pojišťovkami jako lůžka JIP. Výsledkem je navýšení finančních prostředků v rámci neurologického oddělení a potažmo celé nemocnice.

Příloha č. 9

Vyhodnocení spokojenosti ošetřovatelského personálu **Neurologie**

Prosím o vyplnění všech tří částí

První část:

Napište seznam 8 věcí, které vás nejvíce těší/uspokojují při vaší práci na oddělení. Začněte od těch nejdůležitějších.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Napište seznam 8 věcí, které vám nejvíce vadí při vaší práci na oddělení, začněte od těch nejzávažnějších.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Druhá část:

Odpovězte na dvě následující otázky zatržením patřičného políčka v tabulce.

1. Jak jste spokojena s podmínkami a příležitostmi k poskytování kvalitní ošetřovatelské péče na vašem oddělení? →
2. Máte pocit, že konáte dobrou práci? →

A	B	C	D	E	F

K vyplnění druhé části použijte níže uvedenou stupnici

A	B	C	D	E	F
Mimořádně nespokojena	Velice nespokojena	Nespokojena	Spokojena	Velice Spokojena	Mimořádně spokojena

Třetí část:

Popište podrobněji důvody pro vaše odpovědi na otázku 1 a 2 v druhé sekci, pro případný nedostatek místa použijte lícovou stranu dotazníku

Příloha č. 10

Postup při workshopu:

- Objasnění pravidel workshopu tj. vysvětlení postupu. Jednotlivé kroky včetně časové posloupnosti. (10 minut)
- Prezentace zjištěných skutečností z analýzy dokumentů, rozhovorů s odcházejícími sestrami a anonymního dotazníkového šetření spokojenosti zaměstnanců.(30 minut)
- Pomocí brainstormingu identifikovat problémy v řízení a organizaci poskytované péče na oddělení. (25-30 minut)
- Vizualizace jednotlivých skupin problémů pomocí flip chartu.(20 minut)
- Stanovení pořadí hlavních problémů, diskuze nad nimi a návrh řízení a organizace poskytované péče na oddělení. (25 minut)
- Poděkování za spolupráci a příslibení závěrečné zprávy.

**Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií**

**Magisterský studijní obor Řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích**

Předmět: Projekt diplomové práce
Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Téma: Krizový management ve zdravotnickém zařízení

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Bc. Vendula Pírková
Osobní číslo: 9529
Imatrikulační ročník: 2004

Návrh projektu Diplomové práce

Formulace problému:

Pro svou magisterskou práci jsem si zvolila téma řízení zdravotnického zařízení v krizi. Zabývat se budu zejména krizí v oblasti personálního řízení.

Zvolené téma je úzce spojeno s mou pracovní činností (od 1. 7. 2005 jsem náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici Rudolfa a Stefanie v Benešově) a souvisí se současnou situací ve zdravotnictví. Na řešení stávajících problémů zdravotnictví existuje několik protichůdných názorových proudů. Již několik let se diskutuje např. o způsobu organizace zdravotní péče, efektivitě poskytovaných služeb, způsobu úhrad za poskytovanou ambulantní i ústavní péči. Na konci roku 2005 došlo k patové situaci v podobě opakovaného vyhlášení a opakovaného rušení výběrových řízení na ústavní-lůžkovou péči.

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., se stala v červenci roku 2005 akciovou společností. V této době se změnil i management společnosti, který ihned při svém nástupu začal pracovat na přípravě nemocnice k výběrovému řízení na ambulantní a ústavní-lůžkové péči (dále jen lůžkové). Důvodem k tomuto kroku byl fakt, že všechny smlouvy na poskytování jak ústavní tak ambulantní péče končily k 31. 12. 2005. Vrcholový management ve spolupráci se středním managementem nemocnice několik měsíců důsledně připravoval podklady k výběrovým řízením vyhlášeným Ministerstvem zdravotnictví ČR a Krajským úřadem Středočeského kraje.

Na podzim roku 2005 bylo vyhlášeno a proběhlo výběrové řízení na ambulantní péči v gesci Krajského úřadu Středočeského kraje. V tomto výběrovém řízení nemocnice uspěla a od 1. 1. 2006 má na dobu neurčitou uzavřeny smlouvy na poskytování ambulantní péče se všemi zdravotními pojišťovnami.

Jiná situace nastala v lůžkové péči. Na podzim roku 2005 vyhlásilo Ministerstvo zdravotnictví ČR výběrové řízení na poskytování lůžkové péče. Naše akciová společnost se do tohoto výběrového řízení přihlásila a doložila všechny potřebné dokumenty. Výběrové řízení však bez řádného odůvodnění neproběhlo, důsledkem čehož nemocnice neměla od 1. 1. 2006 uzavřeny smlouvy na poskytování lůžkové péče se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (dále jen VZP).

V této době cca po dobu 2 měsíců společnost poskytovala ústavní péči klientům VZP bez jakékoli vidiny na návratnost nákladů vynaložených na poskytovanou péči. Vlastník společnosti, kterým je Středočeský kraj nabídl půjčku nemocnici ve výši 15 milionů korun a uklidnil tak pojištěnce VZP (jedná se celkem o 65% klientů VZP jen v oblasti Benešovska) potažmo své občany, že jim bude i nadále poskytována zdravotní péče.

V březnu 2006 byla pod tlakem vedení a majoritního vlastníka uzavřena smlouva mezi VZP a nemocnicí na poskytování lůžkové péče, která zajistila úhradu poskytnuté péče od 1. 1. 2006 do 30. 6. 2006.

V únoru 2006 vypsal ministerstvo zdravotnictví opět výběrové řízení na lůžkovou péči do kterého jsme se opět přihlásili. I v tomto případě bylo výběrové řízení den před jeho konáním zrušeno.

K uklidnění situace nepřispěla ani média, která denně zaplavovala občany informacemi o neutěšené situaci ve zdravotnictví. Tato nervozita se přenesla i do řad zaměstnanců nemocnice. Zpočátku se jednalo o fámy, které management úspěšně vyvracel, ale postupem doby se začaly hromadit výpovědi, především ze strany nelékařského personálu. Nemocnice se tak mj. začala potýkat s problémem personálního zajištění provozu některých oddělení, nárůstem přesčasových hodin, ohrožením stávajících smluvních vztahů s VZP nedostatkem sester a v neposlední řadě hrozilo i snížení kvality poskytované péče a tedy snížení počtu klientů což mohlo a nadále také může mít pro nemocnici fatální následek.

Cíl magisterské práce.

Cílem je popsat způsoby krizového řízení zdravotnického zařízení, zvláště pak způsoby zvládání krize v oblasti personálního řízení.

Pracovní postup

V teoretické části se zaměřím na management obecně, management zdravotnického zařízení 21. století a management krizových situací. Těžištěm bude práce s literaturou, internetem, články z odborných časopisů s cílem získat dostatek relevantních informací. Nutností bude i práce se zákonnými a podzákonnými normami.

V praktické části představím organizaci. Budu se věnovat analýze lidského jednání a rozhodování v době krizového stavu a popisu efektivního řízení krize v oblasti personálního managementu. Zároveň se budu zabývat sledováním dopadu krize na kvalitu poskytované zdravotní péče.

Indikátory pro zjišťování krize budou:

- Počet ukončených pracovních vztahů
- Analýza indexu motivovanosti zaměstnanců
- Analýza ukazatelů indikátorů kvality zdravotní péče:
 - sledování dekubitů,
 - pádů pacientů,
 - spokojenosti pacientů,
 - evidence stížností na poskytovanou péči
- Počet Mimořádných událostí

Představím důsledky nestabilního prostředí v životě organizace a navrhnou způsob řešení důsledků krizové situace. Informace budu získávat především ze své praxe pomocí analýzy dokumentů, statistických informací, kvalitativní a kvantitativní sběrem dat. Dále budu vycházet ze zákonných a podzákonných norem.

Metodologie

- studium odborné literatury
- stanovení indikátorů, dle kterých se bude posuzovat vývoj krize
- řízený rozhovor se zaměstnanci organizace
- focus group se zaměstnanci organizace
- dotazníková metoda spokojenosti pacientů

Použitá bibliografie a prameny

1. Branham, L.: Jak si udržet nejlepší zaměstnance. Computer Press, Brno, 2004
2. DiCroe, H., R., Grohar-Murray, M., E.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Grada Publishing, Praha 2003.
3. Gladkij, I, a kol.: Management ve zdravotnictví, Computer Press, Brno, 2003
4. Green, K., Hanke, O.: Řízení v krizových situacích, Příklady efektivních strategií. Management Press, Praha 2004.
5. Forsyth, P.: Jak motivovat lidi. Computer Press, Brno
6. Koncepce zdravotnictví Středočeského kraje. Krajský úřad Středočeského kraje 2004
7. Petr a Marta Škrlovi: Kreativní ošetrovatelský management, Advent-Orion, Praha, 2003
8. internetové stránky: www.fhs.podatelny.cz, přednášky Mgr. Vrzáčka, Ing. Trpišovského
9. internetové stránky: www.podatelny.cz, Diagnostika organizace. Strategické řízení, řízení změn, systémové řízení
10. internetové stránky: www.zdn.cz ,
11. interní materiály Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.,
12. Materiály Ministerstva zdravotnictví ČR
13. Materiály Krajského úřadu Středočeského kraje
14. Zákonné a podzákonné normy