

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

**Změna v řízení ošetrovatelské péče
Nemocnice Přerov**

Magisterská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Jméno: Bc. Jana Růžičková

Osobní číslo: 10819

Imatrikulační ročník: 2004/2005

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem magisterskou práci vypracovala samostatně a ke zpracování použila jen uvedené prameny a literatury.

V Olomouci dne 10. května 2007

Bc. Jana Růžičková

Poděkování

Děkuji Mgr. Petru Vrzáčkovi za odbornou konzultaci, cenné rady a vedení magisterské práce. Dále děkuji i dalším členům katedry oboru Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích, kteří mi pomohli nemalou radou a vstřícným přístupem. V neposlední řadě děkuji svým kolegům na pracovišti, především PhDr. Miroslavě Pešátové a pracovnícím personálního odboru. MUDr. Romanu Hájkovi děkuji za trpělivost a podporu během zpracovávání magisterské práce.

Abstrakt

Ošetrovatelská péče je již dlouhou dobu nedílnou součástí léčby každého pacienta ve všech zdravotnických zařízeních. Na ošetrovatelské péči se podílí střední, nižší a pomocný zdravotnický personál. Jeho počet mnohonásobně převyšuje počet lékařů. Z tohoto důvodu je nutno věnovat velkou pozornost organizaci ošetrovatelské péče, která především v posledních dvaceti letech prodělává v naší republice své obrození a je kladen velký význam na její kvalitu.

Magisterská práce prezentuje v teoretické části nejprve vývoj ošetrovatelství změny, které se v této oblasti udály od starověkého Egypta do dnešní doby. Následuje popisná část zabývající se problematikou organizační struktury a způsoby řízení personálu v jednotlivých typech uspořádání struktury organizace. Jelikož je s organizační strukturou neoddělitelně spjata také kultura, je část této práce věnována také této problematice.

Stěžejním tématem teoretické části je změna a její zavádění a následně způsoby řízení. Z této oblasti jsou prezentovány dva způsoby zavedení změny, jeden popisuje Kurt Lewin a druhý vychází z pera Donnellyho a jeho spolupracovníků.

Praktická část je psána formou případové studie a popisuje diagnostiku řízení ošetrovatelského personálu i ošetrovatelské péče v Nemocnici Přerov, p.o. Diagnostika byla provedena v období měsíce února 2006 a vzešla z ní doporučení, které následně vedla k významné změně v řízení ošetrovatelského personálu, kdy bylo čtyřstupňové funkcionální řízení bylo změněno na třístupňové liniové řízení.

Klíčová slova

vývoj ošetrovatelské péče, organizační struktura, útvarová struktura, organizační kultura, změna v řízení organizace, činitelé změny, odpor ke změně, ošetrovatelská péče, vrchní sestra, hlavní sestra, nadřízený pracovník

Summary

Nursing is an integral part of medical care in all the type of medical facilities for a long time.

Middle, lower and auxiliary personnel participate on this care. The number of this staff is much higher than number of physicians. On this account it is necessary take attention for nursing care organization which over the last twenty years has through a revival in our country and it is focused on quality of care.

This paper presents in theoretical part at first the history of nursing, changes in this field since Ancient Egypt to today's time. The second part presents problems of organization structure and manners of personnel management in any type of organization structural arrangement. Culture which is integral part of management is also presented in this part.

The main subject of theoretical part is the change and its development and following methods of management. Two methods of change loading are described – by model of Lewin and Donnelly and co-workers.

Practical part is written as a case study and presents diagnostics of nursing personnel management in Hospital Přerov since February 2006. That changes product recommendation followed by pivotal change of nursing management – from four levels functional driving to three level.

Key words:

Nursing development - organizational structure - section structure - organizational culture - change in drive organization - agents of changes - resistance to change - nurse care - matron - staff nurse - supervisor

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	<i>Vývoj ošetrovatelské péče</i>	10
2.1.1	Od středověku k Dámě s lampičkou	10
2.1.2	Florence Nightingaleová a my	13
2.1.3	České ošetrovatelství	14
2.2	<i>Organizační struktura</i>	16
2.2.1	Architektura organizační struktury	19
2.2.2	Útvarové struktury	23
2.2.2.1	Tradiční organizační struktury	24
2.2.2.2	Cílově-programové organizační struktury	26
2.3	<i>Organizační kultura</i>	28
2.4	<i>Změna a její řízení</i>	31
2.4.1	Proces změn	33
2.4.1.1	Fáze změny dle Kurta Lewina	34
2.4.1.2	Proces změny dle popisu Donnellyho	35
2.4.1.2.1	Stimuly – síly vedoucí ke změně	36
2.4.1.2.2	Reakce managementu I.	37
2.4.1.2.3	Stimuly – alternativní metody změny	38
2.4.1.2.4	Reakce managementu II.	42
2.4.1.3	Činitelé změny	44
2.4.1.4	Reakce na změnu	45
2.4.1.5	Získávání podpory pro změnu	45
2.4.2	Odpor ke změně	46
2.4.3	Problémy související se změnou	49
2.4.3.1	Problémy při zahájení změny	49
2.4.3.2	Problémy při udržení změny	50
2.4.3.3	Problémy s rozšířením změny	51
2.4.3.4	Iniciátor změn a budování jeho týmu	51
2.4.4	Ošetrovatelství v proudu změn	54

3	PRAKTICKÁ ČÁST	55
3.1	<i>Diagnostika organizace</i>	55
3.1.1	Rozhovory s vrchními sestrami a zdravotnickými pracovníky jednotlivých oddělení	55
3.1.2	Obsahová analýza dokumentů	57
3.1.3	Hlavní zjištění	59
3.1.4	Podrobná zjištění	64
3.1.5	Doporučení	76
3.2	<i>Plánování změny</i>	78
3.2.1	Průběh plánování	78
3.2.2	Schvalování plánu	80
3.3	<i>Realizace změny</i>	82
3.4	<i>Vyhodnocení provedené změny</i>	86
4	ZÁVĚR	89
	SEZNAM LITERATURY	90
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	92
	SEZNAM OBRÁZKŮ	93
	PŘÍLOHY	94

1 ÚVOD

Pro téma magisterské práce jsem si vybrala případovou studii implementace změny v řízení ošetrovatelské péče v Nemocnici Přerov, příspěvkové organizaci. Cílem této práce je popis realizace a vyhodnocení navržené změny, která vedla ke zkvalitnění poskytovaných služeb ve zdravotnickém zařízení.

Řízení ošetrovatelské péče v České republice v posledních letech doznává značné změny. V druhé polovině 20. století byla ošetrovatelská péče řízena ze strany lékařů, většinou se jednalo o vedoucí lékaře, primáře nebo přednosty oddělení či klinik. Jak se století chýlilo ke konci, začala se prosazovat do procesu řízení ošetrovatelství samostatnost sester, především těch, které zastávaly pozici vrchní či hlavní sestry. Tyto změny samozřejmě narážely na řadu problémů, nedostatečným vzděláním počínaje a neochotou lékařů vzdát se své řídicí role na poli ryze sesterské činnosti konče.

Od roku 1990, kdy došlo ke značným změnám ve zdravotnictví i školství, dostaly sestry příležitost doplňovat si své vzdělání na vysokých školách a díky tomu uplatňovat své schopnosti v samostatnosti a řízení ošetrovatelské péče. Jedná se ovšem o proces pomalý.

V únoru 2006 jsem nastoupila na pozici hlavní sestry, posléze náměstkyně ošetrovatelské péče, do Nemocnice Přerov, p.o., která je v současné době zřizována Krajským úřadem Olomouckého kraje. Od roku 2004 zde dochází k mnoha změnám, z nichž ty nejdůležitější se teprve v následujícím období očekávají. Od 1.7.2007 bude Nemocnice Přerov součástí akciové společnosti Nemocnice Olomouckého kraje, do které bude spadat dále Nemocnice Prostějov a Nemocnice Šternberk. Společnost by měla být nadále zřizována Olomouckým krajem, ale bude pronajímána jiné soukromé společnosti. Jak zřizovatel, tak budoucí nájemce budou jistě klást velký důraz na kvalitu péče, která je v našem zdravotnickém zařízení poskytována. Právě s touto kvalitou souvisí změna v řízení ošetrovatelské péče. V procesu řízení byl vynechán jeden mezičlánek – vrchní sestra oddělení - a byl nahrazen hlavní sestrou. Jedná se o změnu, kterou se již některá zdravotnická zařízení v ČR snažila méně či více úspěšně nastartovat.

Bylo použito několik variant, které mají společného jmenovatele – zeštíhlení a zjednodušení řízení ošetrovatelského personálu, přičemž je kladen důraz na co nejmenší počet řídicích pracovníků a sjednocení řízení veškerých ošetrovatelských činností, které ve zdravotnickém zařízení probíhají.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se krátce zmíním o vývoji organizovaného ošetrovatelství do 21. století a jeho řízení. Stěžejní částí této části je téma organizační struktury, organizační kultury, která se strukturou úzce souvisí a teorie změny v organizaci. Nedílnou součástí je výklad, změny, předpokladů nutných pro úspěšné zavedení změny, k čemu tato změna může sloužit a samozřejmě rizika, která přináší.

2.1 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V současné době si málokdo umí představit, že by se u nemocničního lůžka setkával s někým jiným než lékařem a sestrou. Nebylo tomu tak vždy a současná situace se vyvíjela po mnohá staletí, kdy si ošetrovatelka a posléze sestra teprve hledala svou pozici..

2.1.1 Od středověku k Dámě s lampičkou

Pokud se podíváme do historie, můžeme dle Mlýnkové (2006: 25-26) prakticky ve všech pramenech sledovat 3 hlavní směry péče, které nevznikly všechny najednou, ale vytvářely se postupně tak, jak který druh péče nabýval na významu.

Nejstarší je laická péče, kterou si nemocní jedinci poskytovali sami nebo prostřednictvím svých rodinných příslušníků, lidových léčitelů nebo porodních babek. Samozřejmě se s tímto druhem péče setkáváme i dnes a postupem času nabývá opět stále více na významu.

Druhým směrem je charitativní péče, která se prvotně vyvinula společně s šířením křesťanství. Tato péče byla poskytována jedincům, kteří si nebyli schopni zajistit laickou péči, jako např. chudí, nemocní, sirotci, mentálně postižení, tělesně postižení. I v tomto případě můžeme říci, že se s touto péčí setkáváme dnes. Zástupci jsou nejrůznější pečovatelské služby poskytované Charitou a dalšími organizacemi občanského sektoru.

Třetím směrem je organizovaná léčebná péče, které se budu věnovat ve své práci. Tato linie se postupně formovala z péče charitativní a je možné její počátky sledovat od konce 19. století, kdy začalo docházet postupně

k biomedicínskému vývoji. Tato péče nebyla pouze ošetřovatelská a pečující, ale začala mít léčebný a racionalizovaný ráz.

Pokud se podíváme do období před 19. stoletím, setkáváme se v léčení či léčitelství s magickým myšlením v pravěku, na které nasedalo přírodní léčitelství. Tento druh péče o nemocné se vyskytuje v nejrůznějších formách ještě nyní. První zmínku o ošetřovateli nacházíme v Indii v období 3. tisíciletí př. n. l., kde byla péče o nemocné těsně spjata s náboženstvím. Péče o nemocného v té době spočívala pouze v aplikaci různých rostlin či nerostných látek. Nicméně již tehdy bylo známo 700 léčivých přípravků ve formě odvarů, obkladů, mastí či klyzmat. V tehdejší lékařské díle – Vaghbata - je zmínka právě o ošetřovateli, kteří mají být oddaní, čistí, dovední a vzdělaní.

V Egyptě (2900 – 2200 př. n. l.) se setkáváme s „obvazovači“, kteří pomáhali lékařům (Mlýnková 2006: 15 – 16). Zámožné ženy rodily v chrámech, kde nebyly porodní báby, ale péče zde byla svěřena kněžkám. V chrámech o tělesně a mentálně postižené pečovali chrámoví kněží, kteří dbali především na režim dne.

Podobně jako v Egyptě i v Řecku na konci 5. stol. př. n. l. byla péče poskytována kněžími. V tomto případě se nejednalo o péči přímo nemocným, ale pozornost byla věnována koupelím, spánku, masáží, cvičením a dietě. Součástí byla návštěva divadla nebo zpěv písní. z tohoto důvodu je tento druh léčby považován spíše za péči balneologickou (Mlýnková 2006: 20 – 21).

Oproti Řecku byla v Římě lékařská péče spíše laického nevědeckého charakteru, což se změnilo s příchodem řeckých lékařů do Říma ve 2 stol. př. n. l. Úroveň léčebné péče zde byla především zapříčiněna faktem, že se Římané věnovali problémům vojenským, státnickým a stavitelským. Starosti o nemocné nevěnovali pozornost. I přes tyto skutečnosti zakládali Římané nemocnice neboli valetudinaria, která byla ze začátku určena pro nemocné obyvatele a raněné vojáky. Právě péče o vojáky se díky neustálým vojenským výbojům zdokonalila a postupem času zde byly zakládány vojenské lazarety, ve kterých ovšem pracovali pouze lékaři a ranhojčí.

V následujících stoletích, jak uvádí Mlýnková (2006:17), se vyvíjela péče o nemocné v duchu druhé linie. Jednalo se o různá zařízení typu řeholních řádů,

jako např. řád svatého Lazara, který působil ve 12. století i v českých zemích, kdy členové tohoto řádu založili v Praze špitál, kterému mnohé výsady potvrdil kromě krále Václava II. a Jana Lucemburského také císař Karel IV. Další řeholní řád působící ve dvanáctém století n.l. na našem území byl dle Mikulášové (2006: 13 – 15) řád svatého Jana Jeruzalémského z Rhodu a Malty. V řádech byla péče poskytována muži. Zvláště řád Maltézských rytířů položil základy moderní ošetrovatelské péče, ve kterých můžeme nalézat první zmínky diferencované péče, přísné podmínky pro hygienu, sledování nákaz apod. Nicméně v pravidlech práce pro ošetřovatele z dob velmistra řádu Emmanuela de Rohan-Polduc (Mikulášová 2006: 13 – 15) jsou nalezeny první zmínky o ošetrovatelkách – ženách, které ovšem měly podstatně těžší pracovní podmínky a pravidla společenského života než muži. Také jejich odměna byla podstatně nižší.

Byť byli dosud v rámci historie ošetrovatelství uváděni především muži, je nutno zmínit také zástupkyně z řad žen, které se na přímé ošetrovatelské péči nepodílely, ale ovlivňovaly její vývoj, poskytovaly velkou pomoc nebo podporu nemocným, chudým a potřebným. Mezi nejvýznamnější patřila sv. Zdislava z Lemberka (Mlýnková 2006: 19), která se díky své výchově ke zbožnosti snažila pomáhat chudým lidem i přes odpor svých příbuzných. Předmětem jejího zájmu byl řád dominikánů, který finančně podporovala. Nemalou zásluhu o rozvoj ošetrovatelství měla také sv. Hedvika Slezská pocházející z rodu hrabat z Andechsů a Diessenu. Za svého života věnovala spoustu času chudým, zakládala kláštery, mimo jiné největší klášter cisterciáček ve střední Evropě. V roce 1214 založila ve Vratislavi špitál u Sv. Ducha, první ve Slezsku, dále útulek pro malomocné (Mlýnková 2006: 19).

K těmto dvěma významným ženám můžeme přiřadit dle Mlýnkové (2006: 25 - 26) další dvě jména. Patří sem svatá Alžběta Durynská, která se zajímala o chudé a opuštěné muže, ženy, a děti. Opět se i v tomto případě jedná o zámožnou ženu. Alžběta Durynská byla dcerou uherského krále Ondřeje II a jeho manželky Gertrudy z Andechsů. Chudé spoluobčany podporovala nejen finančně, ale snažila se o ně i pečovat. V Eisenachu nechala postavit špitál, ve kterém navštěvovala a ošetřovala nemocné. Další významnou Češkou, kterou bych chtěla zmínit, je svatá Anežka Česká narozena v rodině Přemyslovců. Tato významná

žena českého ošetřovatelství byla vychovávána v cisterciáckém klášteře v Trebnici, ze kterého si odnesla vzpomínky na dobročinnost své sestry Hedviky. Svatá Anežka v roce 1231 dala v postavit mužský klášter minoritů i ženský klášter klarisek sv. Františka z Assisi, kde se časem stala abatýší a stále pečovala o nemocné a chudé.

2.1.2 Florence Nightingaleová a my

V historických pramenech popisující období 18. století a starší není mnoho zmínek o přímém působení žen v ošetřovatelství nemocných a bezmocných (Tóthová 2006: 3 – 5). K velkému zlomu došlo až v období Krymské války, kdy v březnu roku 1854 vyhlásily Británie, Francie a Turecko válku Rusku. V počátcích války docházelo na frontě k vysokému počtu zraněných, kteří umírali spíše na nedostatečnou péči než vážnost zranění. V této chvíli vstoupila na scénu do té doby neznámá Florence Nightingaleová, která se problematice ošetřovatelství věnovala od roku 1837 v nejrůznějších zařízeních západní Evropy. Tato žena byla přizvána ke spolupráci na plánu Sidney Herberta vyslat do nemocnice v Scutari ženské zdravotní sestry. Skupina pod vedení Florence přijela do Scutari 4. listopadu 1854 a chopila se péče o zraněné vojáky, kterým se nedostávalo nejen základních potřeb, ale také teplé stravy, hygieny a čistého lůžka. Přítomnost sester ovšem nebyla vítána lékaři – generály. Postupem času se ženy ošetřovatelky prosadily a staly se nejen nenahraditelnou, ale také nezbytnou pomocí v péči o raněné vojáky.

Základem ošetřovatelské péče, kterou prosazovala Florence byla pravidla hygieny, pravidelná strava, čisté lůžko, čistý vzduch a světlo v pokojích. Úmrtnost se po těchto základních zásadách snížila z 42% na pouhé 2% (Tóthová 2006: 3 – 5). Nedílnou součástí sester byla i starost o duševní potřeby vojáků. Byť by se tyto činnosti zdály jako jednoduché, tvoří i v dnešní době základy moderního ošetřovatelství.

V roce 1860 se Florence Nightingaleové podařilo za pomoci veřejné sbírky pro Nightingale Fund založit Ošetřovatelskou školu při Nemocnici svatého Tomáše v Londýně. Touto snahou byly položeny základy vzdělávání ošetřovatelek a zdravotních sester.

2.1.3 České ošetřovatelství

Vývoj českého ošetřovatelství sahá do období působení Florence Nightingelové a v našich zemích je spjat se jmény Karoliny Světlé, Elišky Krásnohorské, Bronislavy Herbenové, prof. Vítězslava Janovského a dalších. V roce 1874 byla dle Škochové (2005: 15) založena první česká ošetřovatelská „škola“ v Praze, která organizovala odbornou výuku pro ošetřovatelky v krátkodobých kurzech. Zkušeností našich ošetřovatelek byly využívány i ve Spojených státech amerických ve výuce tamějších ošetřovatelek.

V roce 1914 na základě výnosu zdravotního odboru rakousko-uherského ministerstva vnitra bylo školení pro ústavní péči ošetřovatelskou stanoveno na dva roky. K rozvoji výuky došlo i v dalších letech. V roce 1920 byly pověřeny vedením školy 3 americké sestry. Naopak v období 2. světové války je možno sledovat nastupující krizi ve výuce ošetřovatelství (Škochová 2005: 16).

Jednou z hlavních událostí, která pozvedla postavení sester, bylo v roce 1940 oficiální zřízení funkce „vedoucí sestra“ ošetřovatelské služby v nemocnici. Poprvé byla tato funkce jmenována v nemocnici na Bulovce (Škochová 2005: 17). Vrchní sestra byla dle oběžníku Ministerstva sociální a zdravotní péče zodpovědná za nezávadný provoz ošetřovatelské služby a její nařízení byla pro ošetřovatelský personál závazná, byť by nebyla v souladu s jinými nařízeními ústavního lékaře.

V poválečném období byly vytvořeny i další ošetřovatelské školy, jednou z nich byla Vyšší ošetřovatelská škola v Praze, na které se mohly vzdělávat sestry – učitelky, vrchní sestry zde získaly znalosti z oblasti řídicí práce v ošetřovatelství (Staňková 1997: 20). Velký zlom ve vzdělávání, ale i samotném ošetřovatelství nastal po roce 1948, kdy se Spolek diplomovaných sester sloučil s Revolučním odborovým hnutím a tím sestry ztratily nárok být členy International Council of Nurses (ICN). Současně zanikla i stavovská činnost. K velkým změnám této doby patřilo také sloučení ošetřovatelských škol se školami sociálními a rodinnými ve Střední zdravotnické školy, které poskytovaly jak všeobecné středoškolské vzdělání, tak i kvalifikační přípravu (Staňková 1997: 20 - 21).

Nevýhodou tohoto studia byl především fakt, že se na povolání sester připravovaly studentky již ve věku 14 let a velká část výuky byla zaměřena všeobecným směrem, tudíž samotné kvalifikační přípravy nebylo mnoho. Jelikož se tato odborná příprava jevila postupem času jako nedostatečná, byly v roce 1950 zřízeny Instituty pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě. Odborné učitelky v oboru ošetřovatelství se měly od stejného roku vzdělávat na Filosofické fakultě Karlovy univerzity v dvouoborovém pětiletém studiu ošetřovatelství (Staňková 1997: 20 - 21).

V roce 1973 byla založena Česká společnost sester, která sdružovala sestry nejen v Čechách, ale i na Slovensku. Tato odborná společnost byla v roce 1982 přijata do ICN. Poznatky z ošetřovatelství bylo možno získávat také z tisku, kdy od roku 1951 vycházel časopis Zdravotnická pracovnice a od roku 1989 časopis Sestra, který vychází dodnes (Staňková 1997: 23).

Po roce 1989 dochází k mnoha reformám ve školství a mezi nimi také ve vzdělávání zdravotních sester. Během posledních 17 let jsme v ČR urazily dlouhou cestu směřující k přibližování jak kvality vzdělávání, tak úrovně poskytované péče, standardům běžným v západní Evropě. Začaly vznikat obory, které umožňují sestřám studovat na vysokých školách a získat tak úplné vysokoškolské vzdělání.

Změny v posledních letech pomohly sestřám získat více jistoty, sebevědomí a také znalostí. Všechno, čeho sestry dosáhly, si vyžádalo spoustu změn. Tyto změny se týkaly nejen způsobu výchovy nových pracovníků v ošetřovatelství, ale také pracovních postupů, přístupu k pacientům, vyšší míry uplatňování sester v péči o pacienty a také získávání samostatnosti.

Současné období z pohledu zdravotnictví i ošetřovatelství označuje Škrla, Škrlová (2003: 236) jako prostředí turbulence, chaosu a změn. Toto je důvod, proč se zabýváme potřebou změny a jejího uplatňování také ve své práci.

2.2 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

Předmětem změny může být část organizace nebo organizace jako celek (Blažek 2006: 28). Proto aby lidé něčeho dosáhli, sdružují se v organizovaných skupinách, které nazýváme organizacemi. Ty mohou vznikat spontánně a všechny druhy organizací jsou řízeny na základě právních norem. Člověk se může součástí organizace stát prostřednictvím pracovně-právního vztahu. V tomto případě se jedná o organizace zaměstnanecké. Do takovéto organizace vstupuje každý většinou dobrovolně, stejně tak v ní i dobrovolně setrvává. Přestože autor hovoří o dobrovolnosti (Blažek 2006: 28), zavazuje se člověk k určitým povinnostem a je nucen se podřizovat stanoveným pravidlům organizace, která mohou být popsána např. v organizačním řádu nebo jiných organizačních normách. Organizační řád vymezuje mimo jiné útvary organizace, jejich pracovní náplň, vzájemné vztahy, pravomoci a odpovědnost vedoucích pracovníků.

Jedním z nevýznamnějších nástrojů pro naplňování cílů formulovaných ve strategii organizace je organizační struktura. Z uvedeného vyplývá, že tato musí být budována v souladu s organizační strategií. Základem pro vznik a rozvoj organizační struktury je organizační kultura, kterou si můžeme představit jako hodnoty, postoje, normy a vzorce chování jednotlivých zaměstnanců a dále vztahy, které mezi nimi panují (Blažek 2006: 33-38). Organizační kultuře se blíže věnuje následující kapitola.

V organizaci je vždy důležitý vztah mezi strukturou a funkcí, což lze chápat jako to, co je z části dopředu již upraveno a naopak, co je ponecháno na řídicí činnosti vedoucího. Tuto proporci Blažek (2006: 33) nazývá stupněm organizovanosti.

Při nízkém stupni je nucen vedoucí pracovník řešit velké množství problémů, které mají především operativní charakter. Díky operativní zaneprázdněnosti pak tento pracovník nemá prostor pro tvorbu koncepce a např. kontrolní činnost.

Vysoký stupeň organizovanosti se projevuje snahou dopředu upravit a standardizovat co největší počet činností, které jsou v organizaci prováděny. Řada organizačních procesů tímto způsobem získává rigidní charakter, což je ve svém důsledku spíše na obtíž než ku prospěchu řízení organizace.

V literatuře je možno nalézt dva základní typy organizační struktury (Blažek 2006: 33):

1. *procesní struktura* – definována činnostmi, sekvenčními, informačními či hmotně-energetickými vztahy;
2. *útvárová struktura* – definována funkčními či pracovními místy, mocenskými, informačními a hmotně-energetickými vztahy mezi nimi.

Procesní struktura

Jedná se o primární typ struktury, ve kterém jsou důležité určující činnosti a vztahy mezi nimi a poté následuje zajištění realizace těchto činností, čímž vzniká útvárová struktura. Při jakékoli reorganizaci ve společnosti je nutno se zabývat nejen útvárovou strukturou, ale také strukturou procesní a vztahy mezi nimi. Vymezení procesní struktury odpovídá míře standardizace jednotlivých činností a vzájemných vztahů mezi nimi. Procesy rutinního charakteru je často nutno standardizovat, jelikož používané postupy musí být dodržovány. Opakem jsou procesy tvůrčí, kde může být stanoven pouze rámcový postup, proto se pohybují spíše na úrovni zásad a ne standardizace.

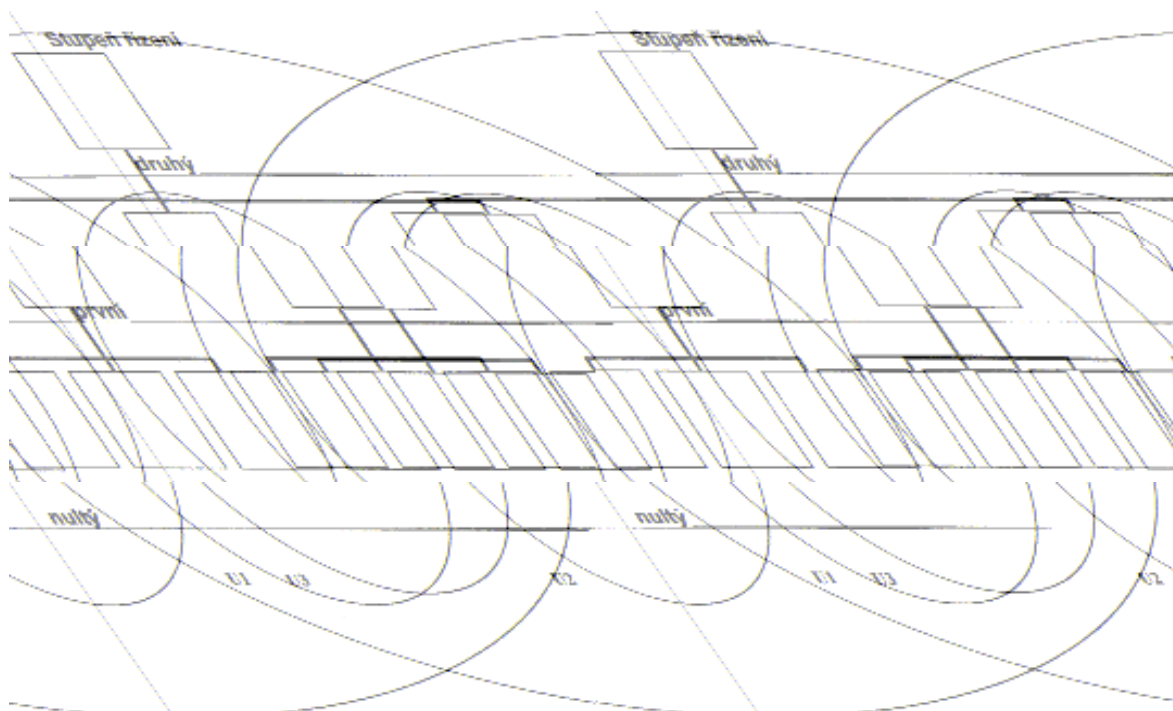
Útvárová struktura

Tento typ sekundární struktury je možno si představit jako množinu útvarů, které jsou dané seskupením funkčních, pracovních, mocenských a hmotně-energetických vztahů, které jsou mezi nimi uplatňovány.

Útvárová struktura má několik podob. Jednou z nich je typ hierarchický, kde je uplatňován princip jediného odpovědného vedoucího. Grafické znázornění hierarchické skupiny se nazývá organizační schéma. Příklad hierarchické organizační struktury je na obr. č. 1.

Obr. č. 1 Znázornění hierarchické struktury včetně stupňů řízení

(Modifikováno Blažek 2006/2007: 120)



Každá struktura má určité parametry, mezi které patří prvky, vztahy, stupeň řízení, útvar a rozpětí řízení.

Prvky útvarové skupiny jsou výkonné, které představují pracovní místa a dále řídící, ty jsou představovány funkčními pozicemi. Na obrázku je možno sledovat vztahy útvarové struktury, které mohou být vztahy mocenskými – nadřízenosti a podřízenosti, vyplývající z principu jediného odpovědného vedoucího. Stupeň řízení je charakterizován prvky útvarové struktury, které jsou na stejné hierarchické úrovni. Na uvedeném obrázku se jedná o dva stupně řízení, přičemž první stupeň nulový nemá žádné podřízené. První a druhý stupeň představuje funkční pracovní místa. Dalším parametrem jsou útvary, které obsahují prvky výkonné, což jsou pracovní místa, a prvky řídící, které jsou zobrazeny funkčním místem. Na obrázku jsou označeny $U_1 - U_3$ a nejvyšší řídící útvar U .

Jelikož vzájemné propojení všech uvedených parametrů tvoří architekturu organizační struktury, budu se touto problematikou zabývat v následující podkapitole.

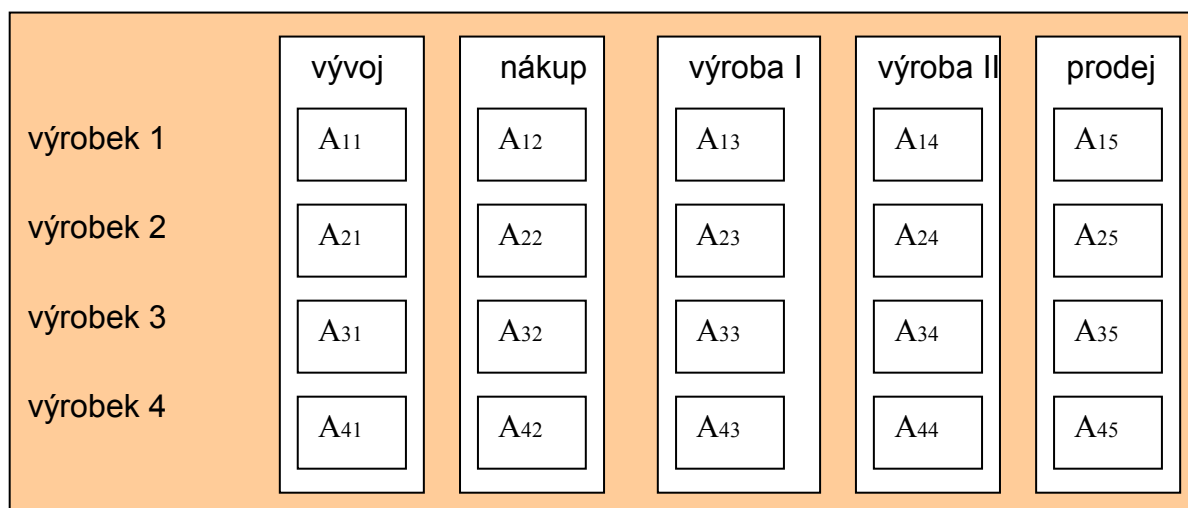
2.2.1 Architektura organizační struktury

Architektura organizační struktury je dle Blažka (2006: 44) charakterizována parametry, kterými je dělba práce a rozpětí řízení. Dělbba práce udává přiřazení činností k jednotlivým pracovním místům. Pracovní místa jsou prvky útvarové struktury. Rozpětí řízení souvisí s již zmíněnou hierarchií struktury a udává počet pracovníků přímo podřízených vedoucímu.

Dělba práce

Pokud mluvíme o organizační struktuře, znamená dělba práce vztah mezi procesní a útvarovou strukturou, kdy jsou přiřazovány jednotlivé činnosti jednotlivým útvarům, což je na základě principu funkční specializace a principu předmětné specializace. V případě principu funkční specializace jsou seskupovány do jednotlivých útvarů činnosti dle míry vzájemné podobnosti, přičemž není brán ohled na charakter či určení výsledku těchto činností. Zhromadnění prováděných činností je za účelem zvýšení produktivity práce. Znázornění jednoho druhu funkční specializace je na obr. č 2.

Obr. č. 2 Model struktury činností – seskupení podle principu funkční specializace (Modifikováno Blažek 2006/2007: 46)

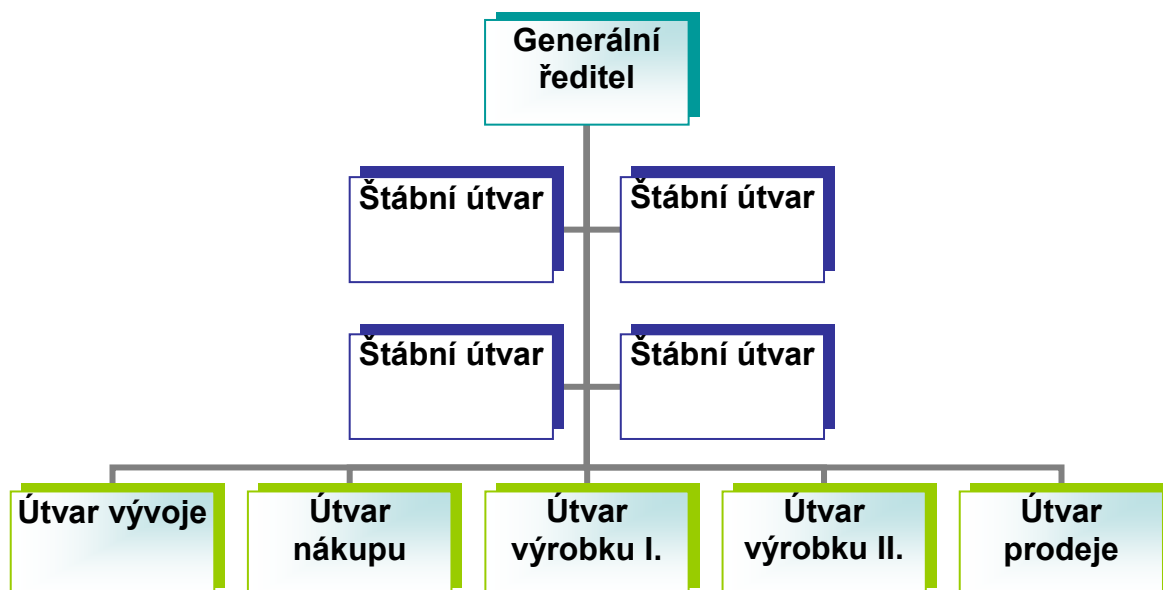


Z uvedeného obrázku je patrné, že dochází k zhromadňování výkonu činností v daných útvarech, což vytváří příznivé podmínky pro zvyšování produktivity práce a zvyšování úspor, následkem je snižování nákladů na výkonné

činnosti. Na druhou stranu je nutná vysoká spolupráce mezi útvary, aby bylo dosaženo celkového pozitivního efektu. Negativem je zvyšování nákladů na řídicí činnosti, centralizace řízení a velký počet štábních útvarů na úrovni generálního ředitele, což je znázorněno na obr. 3. Obr. 2 i obrázek č. 3 znázorňují princip funkční specializace. V prvním případě se jedná o pohled ze strany organizace výroby, v druhém případě je znázorněn pohled ze strany řízení organizace.

Obr. č. 3 Útvarová struktura dle principu funkční specializace

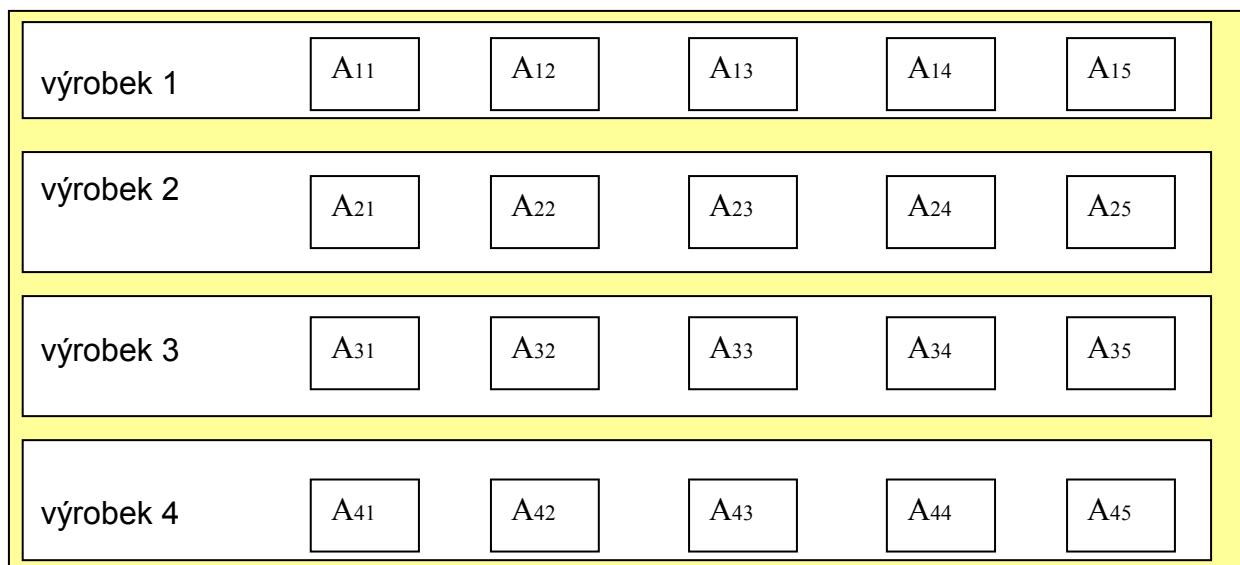
(Modifikováno Blažek 2006/2007: 47)



U druhého principu předmětné specializace jsou vytvářeny co nejmenší relativně samostatné subsystémy, které slouží k produkci výrobků nebo poskytování služeb určitého charakteru nebo určení. Zde se jedná především o zjednodušení řízení v důsledku snížení kooperace.

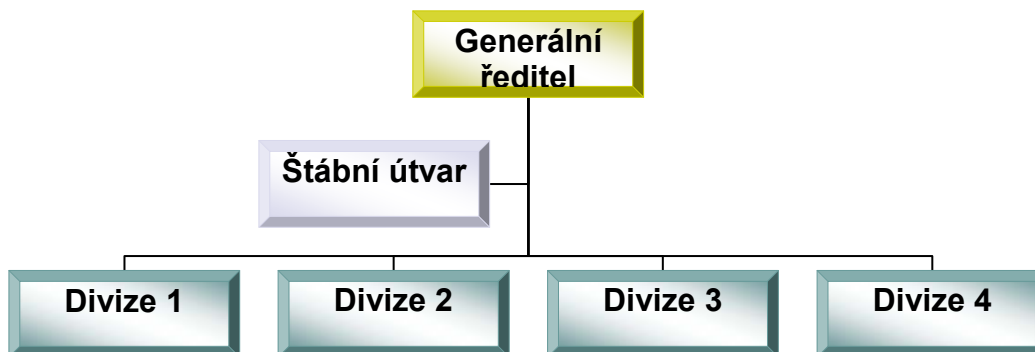
Jeden z typů útvarové skupiny vzniklé dle principu předmětné specializace je na obrázku č. 4. Opět zde vycházíme z několika skupin pracovníků, které pracují na jednom výrobku od vývoje přes nákup, výrobu a konečně k prodeji.

Obr. 4 Model struktury činností – seskupení dle principu předmětné specializace (Modifikováno Blažek 2006/2007: 47)



Oproti seskupení dle funkční specializace jsou zde útvary zaměřené na specializovaný výrobek, o který se stará od vývoje až po prodej. V tomto případě se většinou nemluví o útvarech, ale o divizích, které jsou samostatné a jejich vzájemná spolupráce není nutná. Tento model je podstatně pružnější co se týče řídicích vztahů, ale také méně nákladný, řízení je decentralizováno s malým počtem štábních útvarů na úrovni generálního ředitele. Ve srovnání s funkční specializací se zde projevuje nedostatečné zhromadňování výkonných činností s nižší produktivitou práce a vyššími náklady na výkonné činnosti. Řízení z pohledu generálního ředitele je znázorněno na obr. 5.

Obr. 5 Útvarová struktura dle principu předmětné specializace (Modifikováno Blažek 2006/2007: 48)



Organizační struktury v mnoha organizacích jsou většinou výsledkem spojení principů funkční a předmětné specializace.

Rozpětí řízení

Jedná se o parametr ovlivňující tvar organizační struktury a poměry v ní panující. Při stejném počtu výkonných pracovníků je při malém rozpětí útvarová struktura vysoká nebo-li štíhlá, při velkém rozpětí je útvarová struktura nízká nebo-li plochá. Vysoké útvarové struktury vyžadují více řídicích pracovníků a řízení je uplatňováno na více stupních, což způsobuje větší vzdálenost mezi místem realizace činnosti a místem rozhodovacím. tato skutečnost často vede k problémům s komunikací.

Přestože jsou výhodnější organizační struktury s nižším rozpětí řízení pro již zmíněný snadnější přenos informací a jednodušší komunikaci, je nutno při tvorbě organizační struktury vzít v úvahu i množství přímo podřízených pracovníků, které záleží na následujících faktorech (Blažek 2006: 52 – 53):

- ❖ *výkonnost vedoucího pracovníka* – je vysoce individuální;
- ❖ *podíl času vynakládaného vedoucím na jiné činnosti než řízení bezprostředních podřízených* – vedoucí pracovníci mají v popisu pracovní funkce (PPF) také koncepční činnosti, výkonnou činnost, kterou jde ovšem z části delegovat na podřízené
- ❖ *výkonnost, kvalifikace a motivace podřízených*
- ❖ *míra samostatnosti podřízených*
- ❖ *různorodost, opakovatelnost a složitost práce podřízených* – pro účinné řízení je důležité, aby byl vedoucí s činností podřízených dostatečně seznámen
- ❖ *stupeň organizovanosti* – nízká míra organizovanosti zatěžuje vedoucí mnohem více než optimální míra organizovanosti
- ❖ *intenzita a kvalita horizontálních vztahů* – mezi důležité funkce vedoucího je zajištění koordinace činnosti podřízených tak, aby jejich vzájemná spolupráce byla bezproblémová
- ❖ *stupeň podpory ze strany štábních útvarů* – určité činnosti vedoucího pracovníka lze přenést na osobní štáb nebo štábní útvary

- ❖ *stupeň automatizace řízení* – představuje aplikace informačních systémů a technologií
- ❖ *prostorové rozmístění* – příliš vzdálené umístění podřízených podstatně zhoršuje vzájemnou komunikaci a zvyšuje časové nároky na činnosti vedoucího.

Velký počet podřízených vede k přetížení vedoucího, což může mít vliv na kvalitu řízení jak v krátkodobých tak dlouhodobých dimenzích.

2.2.2 Útvarové struktury

Útvarové struktury můžeme rozdělovat dle druhů útvarů, vztahů mezi nimi a dle míry uplatňování principu jediného odpovědného vedoucího. Literární prameny uvádějí dělení útvarové struktury na tradiční organizační struktury a na cílově-programové organizační struktury (Blažek 2006: 52-53).

Tradiční organizační struktury:

- liniová organizační struktura
- funkční organizační struktura
- liniově-štabní organizační struktura.

Cílově-programové organizační struktury:

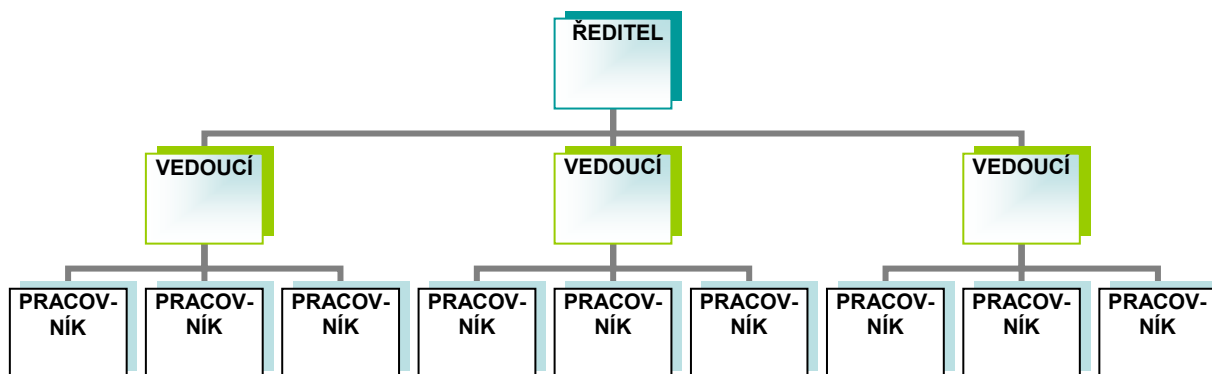
- projektová koordinace
- projektová organizační struktura
- maticová organizační struktura.

2.2.2.1 Tradiční organizační struktury

Liniová organizační struktura

Jedná se o nejstarší typ útvarové struktury, který je založen na důsledném uplatňování jediného odpovědného vedoucího. Každý pracovník má pouze jediného nadřízeného a ten vykonává veškeré řídicí činnosti. Tato struktura je v současné době využívána většinou u malých firem s jednoduchou činností a je znázorněna na obr. č. 6.

Obr. č. 6 Liniová struktura (Modifikováno Blažek 2006: 54)



Funkční organizační struktura

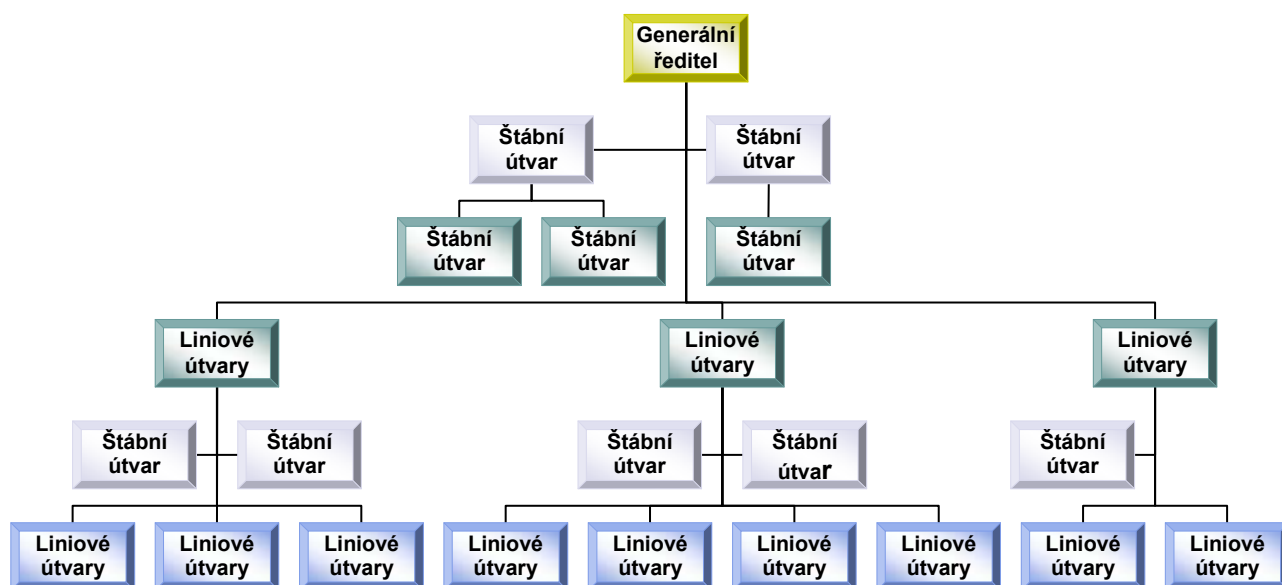
Tento model je charakteristický specializací v řízení a popsal jej F.W. Taylor. Zaměstnanec zde není podřízen jen jednomu vedoucímu, ale až osmi specializovaným vedoucím, přičemž každý vedoucí ho řídí v určité specializované činnosti. U tohoto typu řízení je problém ve vymezení kompetencí, podřízený pracovník často dostává protichůdné příkazy a úkoly, jejichž realizace je téměř nemožná. Toman (2005: 82) uvádí, že je vhodná kombinace liniové a funkční struktury, přičemž jejich poměr není možno jednotně stanovit.

Dle Blažej (2006/2007: 54) se v praxi tento model nikdy nerealizoval, ale po důkladné analýze systému řízení ošetrovatelské péče je možno tento model nalézt v mnoha našich zdravotnických zařízeních.

Liniově-štabní organizační struktura

Jedná se o kombinovanou organizační strukturu vzniklou jak z liniové, tak z funkční struktury. V současné době je nejpoužívanější. Liniovou strukturu tvoří útvary s plným respektováním principu jediného odpovědného vedoucího, v jejichž čele je liniový vedoucí. Pro zajištění úplnosti a kvality řízení má k dispozici štab, neboli odborný aparát, který zajišťuje podporu činnosti liniového vedoucího. Štab je složen z pracovníků, kteří jsou odborníky na různé oblasti řízení. Tento typ struktury je zobrazen na obr. č. 7.

Obr. 7 Liniově-štabní struktura (Modifikováno Blažek 2006/2007: 55)



Štáby můžeme dělit dle plněných úkolů na osobní štáb, generální štáb, specializovaný štáb. U velkých podniků, kde by při řízení prostřednictvím liniové struktury docházelo k přetížení generálního ředitele, je možno u předem stanovených činností přenést určité pravomoci na štáby, které mohou od jednotlivých liniových vedoucích požadovat informace a na druhou stranu vydávat rozhodnutí týkající se daných útvarů nebo jim dávat příkazy. Díky tomuto dělení vznikají doplňkové vztahy funkční, které mohou obsahovat metodicko-kontrolní nebo rozhodovací a příkazovací pravomoc.

Přes veškeré výhody, které tento typ řízení organizace má, existují také jeho nevýhody: nepružnost, neschopnost rychlé reakce na měnící se podmínky např. v období změn a ve vysoce dynamickém až turbulentním prostředí.

2.2.2.2 Cílově-programové organizační struktury

Jedná se o struktury, které jsou schopny efektivně realizovat komplexní změny, ať jde již o řízení a realizaci projektů, nebo-li významných akcí velkého rozsahu a vysokého stupně inovativnosti.

Projektová koordinace

U tohoto typu organizační struktury se jedná pouze o úpravu liniově-štabní struktury prostřednictvím funkčního místa koordinátora projektu. Koordinátor zajišťuje nejen přípravu, ale také realizaci projektu, spolupráci mezi jednotlivými útvary spolupracujícími na projektu. Koordinátor není nadřízeným pracovníkem, ale své záměry prosazuje prostřednictvím nadřízeného liniového pracovníka.

Projektová organizační struktura

V této struktuře se vyčleňují ze stávající, většinou liniově-štabní struktury, speciální útvary (projektové skupiny) pro realizaci speciálního projektu. Tato skupina přebírá plnou zodpovědnost za projekt a obsahuje všechny specializované pracovníky pro uskutečnění projektu. Tito pracovníci se zabývají pouze daným projektem a jsou podřízeni vedoucímu projektu.

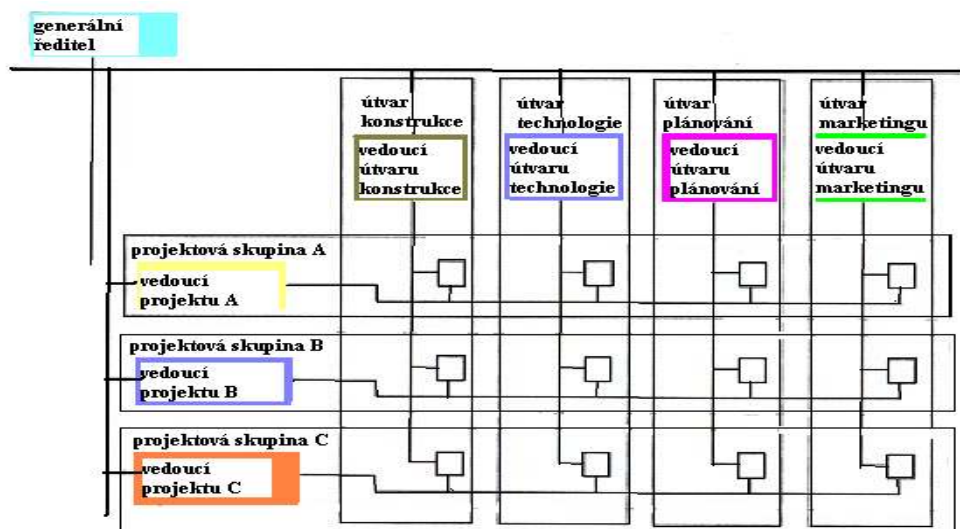
Maticová organizační struktura

Jedná se o organizační strukturu liniově-štabního typu, ve které se kombinují liniově-štabní struktury a projektové struktury. V této struktuře je dvojitá

podřízenost a to vedoucímu mateřského štábního útvaru a dále vedoucímu projektu, na kterém pracovník spolupracuje. Zázornění tohoto druhu struktury je na obr. č. 8. Aby nedocházelo ke křížení pravomocí jednotlivých vedoucích, byly vytvořeny dva modely:

1. *vyšší míra kompetence na straně vertikální linie* – vedoucí štábních útvarů. Vedoucí projektu si „objednává“ práci u jednotlivých štábních útvarů aniž by rozhodoval o tom, kdo konkrétně bude práci vykonávat.
2. *vyšší míra kompetence je na straně horizontální linie* – vedoucí projektů. Vedoucí si najímá konkrétního pracovníka ze štábu. Na rozhodování, který pracovník to bude, se podílí také vedoucí štábu. Zde je charakteristická týmová práce.

Obr. 8 Maticová organizační struktura (Modifikováno Blažek 2006: 62)



V současné době je ve zdravotnických zařízeních nejčastěji používána liniová organizační struktura, přičemž některé organizační útvary mohou vykazovat prvky funkční organizační struktury, jak již bylo zmíněno u řízení ošetrovatelské péče. Vznikající holdingové nebo akciové společnosti sdružující více zdravotnických zařízení mají tendenci implementovat buď prvky nebo již zcela zavést maticovou organizační strukturu. V této struktuře jsou útvary zastoupeny většinou personálním odborem, technickým oddělením, dopravní službou, sklady, apod. a projektové skupiny představují klinická pracoviště.

2.3 ORGANIZAČNÍ KULTURA

Organizační kultura je důležitá pro tvorbu organizační struktury a Blažek (2006/2007: 38) ji charakterizuje jako měkký faktor prosperity organizace. Organizační kultura je jev, který vzniká a vyvíjí se spontánně, je podstatně stabilnější ve srovnání s organizační strukturou a strategií.

Dle Lukášové, Nového a kol. (2004: 174) je možné organizační kulturu chápat jako soubor základních předpokladů, hodnot, postojů a norem chování, které jsou sdíleny v rámci organizace a projevují se v myšlení, citění, chování členů organizace a ve výsledcích materiální a nemateriální povahy.

Pod pojmy základní předpoklady se skrývají představy o fungování reality, které považují zaměstnanci za pravdivé a nezpochybnitelné. Důležitým faktem je, že jsou stabilní a odolné změně, většinou jsou považovány za úplnou samozřejmost, o které se „nepřemýšlí a nediskutuje“.

Základní předpoklady jsou podkladem pro vytváření hodnot, které jsou považovány za důležité a zaměstnanci jsou vnímány jako „dobré“ nebo „špatné“. Jelikož se jedná o organizační kulturu, vztahují se hodnoty k celé organizaci a bývají kodifikovány v etických kodexech organizace. Hodnoty bývají deklarovány, vytvářejí pozitivní image organizace.

Další částí organizační kultury jsou postoje, které bývají nedílně spjaté s hodnotami. Velmi často se do nich promítá hodnotící vztah jednotlivce nebo skupiny vůči objektům hodnocení.

Třetí částí organizační kultury jsou normy chování, které představují nepsaná pravidla v organizaci přijímaná a dodržovaná jednotlivými zaměstnanci. Normy chování se týkají nejen komunikace zaměstnanců, způsobů práce, ale i chování vůči klientům, zákazníkům, obchodním partnerům či pacientům.

Všechny uvedené součásti organizační kultury mohou být sdíleny nejen na úrovni celé organizace, ale také na úrovni jednoho týmu. Kultura na úrovni týmu může významně ovlivnit celou firemní kulturu.

Jestliže je sdílení organizační kultury zaměstnanci vysoké, mluvíme o silné organizační kultuře. V 80. letech převládal názor, že silná organizační kultura má kladný účinek na organizační výkon (Brooks 2003: 219). Opakem je slabá organizační kultura, která nemá sjednocující prvky a její vliv na organizační výkon

nemá kladný účinek. Slabá kultura může svou nejednotností organizaci škodit a to především navenek organizace.

Organizační kulturu je možné charakterizovat prostřednictvím míry sociability a solidarity (Blažek 2006/2007: 40). Pro sociabilitu jsou charakteristické přátelské vztahy, práce je vykonávána i nad rámec formálních pracovních povinností a je poskytována velká výpomoc členům kolektivu, kteří to potřebují. Rizikem u tohoto vítaného jevu v kolektivu může být tolerance slabého članku kolektivu v rámci zachování dobrého přátelství. U sociability nejsou účelně řešeny konflikty, ale je využíváno kompromisu.

Druhým charakteristickým znakem je solidarita, kterou charakterizujeme soudržností vycházející z rozumu. Spolupracovníci zde spolupracují přestože vztahy nejsou založeny na přátelství a pozitivních emocích.

Podle toho, jak se oba prvky navzájem prolínají, můžeme charakterizovat organizační kulturu na:

- *kulturu byrokracie* – vysoký vliv solidarity a nízký sociability, tento typ je vhodný pro úřad, armádu, kde mají všichni přesný popis práce a všichni si plní své úkoly;
- *kulturu rodiny* – charakteristická nízkou solidaritou a vysokou sociabilitou, často se vyskytuje v malých firmách rodinného typu, důležité pro jsou zaměstnanecké vztahy;
- *kulturu týmu* – vysoká solidarita i sociabilita, považována za nejvhodnější typ organizační kultury, kde jsou pro pracovníky důležité firemní cíle;
- *kulturu jednotlivců* – se vyznačuje nízkou solidaritou i sociabilitou, která je vhodná pro organizace poskytující poradenské nebo účetní služby, kdy zaměstnanci pracují jako jednotlivci a nemusí pracovat v týmu.

Jak již bylo řečeno, každá organizace má určitý typ organizační kultury a tato skutečnost se nevyhýbá ani zdravotnickým organizacím. Organizační kultura zdravotnického zařízení obsahuje znaky, které jsou shodné s organizačními kulturami jiných zdravotnických zařízení, ale zároveň tyto znaky ji odlišují od organizací jiných odvětví a oborů (Ivanová 2006: 163).

Organizační kultura tvořená managementem má ve zdravotnické organizaci vliv na čtyři hlavní oblasti její činnosti (Gladkij 2003: 177):

1. orientace na služby pacientům – přestože se jedná spíše o oblast obchodu, naznačuje prioritní postavení pacienta ve zdravotní péči.
2. průběžné zlepšování kvality – pozitivní ovlivňování této oblasti vede k narůstajícímu uspokojení potřeb zákazníků.
3. péče o zaměstnance – management může dosáhnout zlepšení poskytovaných služeb pomocí svých zaměstnanců. Ti jsou ovlivňováni tím, jak jsou odměňováni a jak je s nimi zacházeno.
4. orientace na klíčové prvky systému – ve zdravotnické organizaci jsou tyto prvky uvnitř organizace zastoupeny např. lékaři, sestrami, zaměstnanci a z pohledu zvenku organizacemi pacientů, ministerstvem zdravotnictví atd. Úlohou managementu je vytvořit takové prostředí, které jak vnitřní, tak vnější prvky navzájem propojuje.

Zdravotnická zařízení plní specifická poslání a cíle medicíny, které jsou založené na třech základních hodnotách – spravedlnosti, solidaritě a péči o druhé. Právě tato specifika výrazně ovlivňují organizační kulturu v každém zdravotnickém zařízení (Ivanová 2006: 219).

2.4 ZMĚNA A JEJÍ ŘÍZENÍ

Definice, co je to „změna“, najdeme ve výkladových slovnících několik. Dle Brookfielda je změna společenská konstanta projevující se ve vztazích, v pracovním prostředí a v politickém procesu (Grogar-Murray, DiCroce 2003: 251). Ve Websterově naučném slovníku (Webster's 1991: 133) je chápána změna jako: nahrazení něčeho něčím; udělat něco jinak; stát se jiným; vytvořit něco, odstranit něco, posunout něco.

Ze všeho uvedeného vyplývá změna jako neustálý dynamický proces, který se může týkat každé činnosti v lidském životě a to jak profesního, tak osobního. Při tomto procesu dojde k úpravě, jež představuje značný rozdíl od původního stavu. Každá změna by měla organizaci nebo společnost rozvíjet. Během změny by mělo dojít pomocí aplikace psychologických koncepcí, teorií a přístupů ke zlepšení efektivnosti organizace.

Ke změně může dojít samozřejmě i v případě, kdy je činnost organizace efektivní. Příkladem může být bezpečná péče poskytovaná pacientovi. Pracovní postup považovaný za efektivní nemusí být s rozvojem vědy a medicíny považován za dostatečně bezpečný. Pokud se určitý efektivní postup ukáže jako nedostačující např. v otázkách bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče, je nutno ho změnit i na úkor efektivity.

O tom, že se změna stala populárním tématem, se můžeme přesvědčit před každými parlamentními, komunálními nebo jinými volbami. V každém volebním programu opozice najdeme spoustu tvrzení, že v následujícím období dojde ke změně mnoha věcí. A právě kvůli těmto změnám by měla být daná opozice volena. Různým druhem změny prošlo nejen mnoho států, ale také společností. Některé společnosti, které se ke změně nedostaly nebo ji nedokázaly provést, zanikly (Donnelly a kol. 2004: 589).

V oblasti ošetrovatelství se změna může dotýkat nejrůznějších oblastí. Mezi ty nejzákladnější patří změna pracovních náplní, změna role lidí, změna způsobu vedení pracovníků a pracovních procesů a nezanedbatelná je také změna způsobů hodnocení (Škrála, Škrlová 2003: 250). Velká změna v tomto oboru nastává v naší republice v posledních letech především v souvislosti

s akreditacemi zdravotnických zařízení a vzrůstajícím zájmem jak laické, tak odborné veřejnosti o vyšší kvalitu a dostupnost poskytované péče.

Změny, které mohou nastat jak v životě člověka, tak organizace či skupině osob, mohou být plánované a řízené, které jsou prezentovány jako ideální formy změny a nebo neplánované, ke kterým může dojít náhodou. Zvládnutí změny je nutné prvotně na teoretické úrovni. Dle Grogar-Murraye a DiCroce (2003: 252) je nejčastěji v oblasti ošetrovatelství zmiňována teorie Bennise, Benna a China, jelikož odpovídá perspektivě, jasnosti, ekonomii a praktičnosti ošetrovatelství. Tato teorie má tři strategie: empiricko-rationální, mocensky-nátlakovou a normativně-převýchovnou strategii. Pro potřeby ošetrovatelství se nejvíce hodí normativně-převýchovná strategie.

Empiricko-rationální strategie

Při uplatňování této strategie člověk sleduje především své vlastní zájmy. Pokud dotyčný uzná, že změna je v jeho prospěch, změnu podpoří více. Jestliže zjistí, že změna mu přinese nejen osobní, ale i pracovní nepříjemnosti nebo dokonce ztrátu, změnu nepodpoří a bude dělat vše pro to, aby nebyla přijata.

Mocensky-nátlaková strategie

Tuto strategii je možno sledovat především tam, kde je možné předpokládat, že je moc v rukou nejvlivnějšího jedince. Jedinec, který uplatňuje změnu předpokládá, že se skupina (objekt změny) podřídí plánům, nařízením a vedení mocných osob. U této strategie je spolupráce závislá na tom, jak je skupinou vnímána osoba v pozici s největší autoritou.

Normativně-převýchovná strategie

V této strategii je spoléháno na to, že jsou lidi poháněni angažovaností pro normy a hodnoty. S podobnou situací je možné se setkat také u sester - manažerek, ty jsou motivovány ke změně především z důvodů zájmu o profesní standardy a hodnoty. Tato strategie by měla ošetrovatelskou péči dále rozvíjet.

Radikální – neplánovaná změna

V tomto případě se jedná o autokratickou metodu provedení změny ze strany jednotlivce nebo malé skupiny osob bez přispění ostatních. Je nutno vzít

v úvahu, že se jedná o změnu jak s příznivými, tak s nepříznivými důsledky, změnu, která může být chápána jako projev síly a zneužití pravomoci.

Tento typ změny je používán například ke zvládnutí krize a nebo v situacích, kde není možnost odkladu, který by situaci ještě zhoršil. I v tomto případě je možno získat podporu prostřednictvím přesvědčování ze strany vedoucího v co nejkratší době po učiněném rozhodnutí o provedení změny (Grogar-Murray, DiCroce 2003: 259).

Neintervence

Neintervenci autoři chápou (Grogar-Murray, DiCroce 2003: 259 - 260) jako další způsob, kterým může dojít ke změně. Tento způsob může být úmyslný v případě plánované změny, nebo k němu může dojít formou zanedbání, když nezasáhneme ve chvíli, kdy je intervence nutná. Plánovaná neintervence se používá například k odstranění zastaralých stále využívaných metod, které je nutno nahradit novými. Zastaralé praktiky se nechají „odejít“ přirozenou cestou buď opotřebením nebo vyčerpáním např. pracovníků.

2.4.2 Proces změn

Byť je změna chápána jako něco, co je nahrazeno něčím novým, je možno i tento proces zkoumat, je ho nutno pochopit a především kontrolovat. Jak bylo již dříve řečeno, ideální formou změny je změna plánovaná, která je založená na empirickém důkazu potřeby. Taková změna má za cíl zlepšit např. operační systém, často do celého procesu jsou zapojeni i ostatní a poskytuje čas na přeškolení nebo dostatečné informování a dojednání změny u osob, které nejvíce ovlivní. Dalším důležitým faktem, na kterém je z velké míry založen úspěch změny, je zachování spojení s tím, co se cení (Grogar-Murray, DiCroce 2003: 253).

V literatuře najdeme několik popisů procesu změny. V tomto textu jsou uvedeny dva. První popis dle Kurta Lewina popisuje 3 fáze změny, po kterých následuje vyhodnocení (Kadlčík 2001: 269 – 281). Druhý proces změny popisuje Donnelly a kol. (2004: 592 – 593) a obsahuje 5 kroků změny.

2.4.1.1 Fáze změny dle Kurta Lewina

Mezi základní fáze patří:

1. rozmrazení
2. pohyb
3. znovuzrození.

Všechny tři fáze mají poskytnout dostatečný prostor ke snížení odporu ke změně a udržení si podpory ostatních.

1. Rozmrazení

Při fázi rozmrazení dochází k uvolňování zavedených praktik a postupů. Iniciátor změny musí poskytnout dostatek času a informací všem účastníkům nastávajícího procesu. Nedílnou součástí rozmrazení je vyjasnění potřeby změny všem účastníkům tak, aby mohli pochopit důvody změny. V této fázi by měl iniciátor sbírat další nápady, podněty, které by pomohly získat podporu pro provedení změny.

Tato fáze je především přípravná, ve které by všichni pracovníci měli dostat prostor k uvědomění si potřeby změny, čas na školení apod.

2. Pohyb

Fáze pohyb je charakterizována definováním toho, jak lze na základě nových informací splnit cíle skupiny. Tuto fázi je možné využít například k přeškolení, což může být její primární aktivitou. Časové vakuum, které by se mohlo v této fázi vyskytnout díky tomu, že staré je pryč a nové ještě nepřišlo, je vyplněno specifickým školením, které může připravit zaměstnance na realitu, která je po uplatnění změny čeká.

Pro tuto fázi je vhodný orientační plán, který poskytne dostatek důkazů, že navrhovaná změna je účelná, konkrétní, integrovaná, časově odstupňovaná, realizovatelná, odsouhlasená a efektivní vzhledem k vynaloženým nákladům.

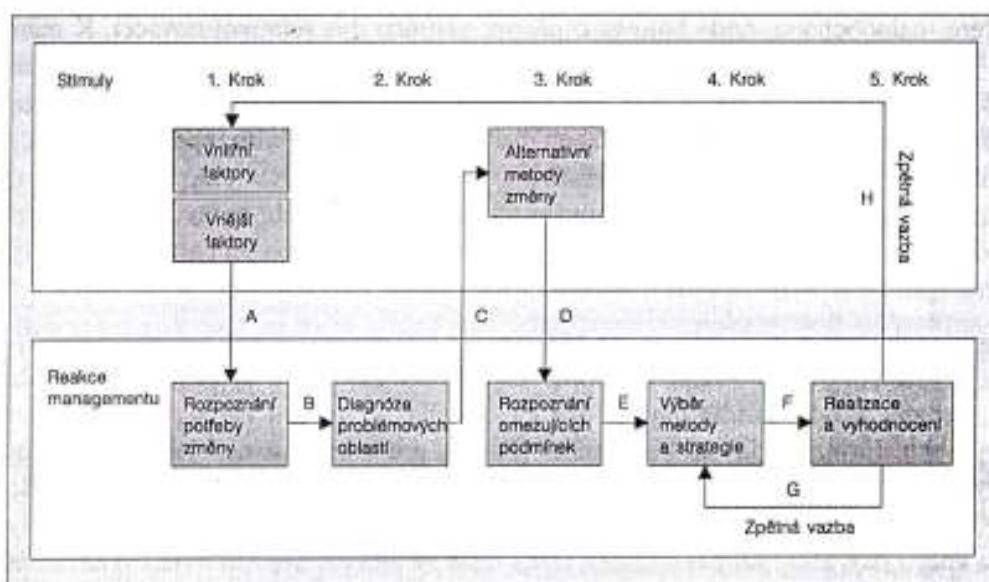
3. Znovuzmrazení

K této fázi dochází ve chvíli, kdy jsme si jisti, že nová praxe je stabilizována, integrována a přijatá personálem za svou. Důležitou součástí procesu změny, která nastupuje bezprostředně po fázi znovuzmrazení je průběžné sledování kvality a efektivity provedené změny.

2.4.1.2 Proces změny dle popisu Donnellyho

Donnelly a kol. (2004: 592 - 621) popisuje proces změny pomocí pěti kroků, které jsou logicky uspořádány. Proto, aby změna byla účinná, je vhodné dodržet všechny uvedené kroky. Celý proces je zobrazen na obrázku č. 9. Uvedený model klade důraz na skutečnost, že síly vedoucí ke změně působí na společnost trvale a mají dynamický charakter. Během procesu změny dochází k neustálému vzájemnému působení stimulů, na které navazuje reakce managementu. V tomto případě se jedná o nekonečný spirálovitý proces.

Obr. 9 Proces řízení organizační změny (Modifikováno Donnelly a kol. 2004: 593)



Dle obrázku můžeme sledovat celý následující proces. Každý manažer odpovědný za řízení změny musí rozeznat a vyhodnocovat informace, které jsou zobrazeny jako vnitřní a vnější faktory. Tyto faktory jsou začátek pro rozpoznání potřeby změny a okamžiku, kdy je potřeba změnu provést. Na toto rozpoznání navazuje diagnostika problému a pokud existují alternativní postupy změny, je vhodné se zabývat také nimi. Následuje výběr postupu změny, který musí odpovídat řešení problému, ale také omezujícím podmínkám, které mohou existovat. Pokud jsou rozpoznány veškeré faktory, alternativní metody a možné

omezující podmínky, je nutno správně *vybrat metodu a strategii* pro realizaci změny. Jako konečnou fázi musíme provést realizaci a vyhodnocení provedené změny. Zde je důležitá zpětná vazba na fázi výběru metody a strategii. Dále pak na první krok změny, kterými jsou vnitřní a vnější faktory, z čehož vyplývá nutná monitorace a vyhodnocování změny. Opakování procesu představuje nekonečnost změny. Zpětnou vazbu je nutné provádět nejen na konci procesu, ale prakticky po každém provedeném kroku.

2.4.1.2.1 Stimuly - síly vedoucí ke změně

V počáteční fázi jsou důležité stimuly, které vedou k následné reakci managementu. Jak již bylo řečeno výše, mezi stimuly vedoucí ke změně patří vnější a vnitřní faktory změny.

Vnější faktory

Existuje několik druhů vnějších faktorů. Jiné budou u změny reagující na situaci na trhu, personální změny při řízení lidských zdrojů, jiné v případě poskytovaných služeb, změny v pracovní nebo informační technologii.

Bez ohledu na kategorii se může jednat o nové výrobky přicházející na trh ze strany konkurence, snižující se ceny, zlepšující se služby zákazníkům z konkurenční společnosti, náš výrobek/služba již nemusí být „in“. Dále je možné zmínit i snížení movitosti zákazníka.

Vnějším stimulem se může také stát změna kvality a množství lidských zdrojů ve formě nedostatku kvalifikované pracovní síly na trhu práce. Každý takový stimul by měl vést k reakci manažera.

Vnitřní faktory

Jedná se o faktory, které vznikly uvnitř organizace a je možné rozeznat faktory související s procesy rozhodovacími, komunikací a faktory související s lidmi. K těmto faktorům je možno přiřadit např. nízkou kvalitu práce, nedostatečný výkon, vysokou fluktuaci pracovníků, vysokou absenci personálu.

Všechny tyto faktory mohou být generátorem změny. Jakmile si management uvědomí působení těchto stimulů, následuje jeho reakce, která se skládá z rozpoznání potřeby změny a z diagnózy problému.

2.4.1.2.2 Reakce managementu I.

Rozpoznání potřeby změny

Vnější a vnitřní faktory pomáhají manažerům nebo realizátorům změny pochopit rozměr faktorů určujících změnu. K dalšímu způsobu, kterým je možno rozpoznat potřebu změny, může pomoci správně fungující kontrolní mechanismus. Provedená kontrola může iniciovat požadavek na přijetí kroků vedoucích k nápravě momentálního stavu.

Diagnóza problému

Dle Donnellyho a kol. (2004: 599) představuje diagnóza problému druhý krok v procesu změny. a je možné ho nazvat identifikací problémů. Vnější i vnitřní stimuly mohou vyvolávat uvnitř organizace konflikt. Ten musí být dostatečně silný, aby vedl k akci.

Na druhou stranu je nutno si uvědomit, že skutečnost, kterou jedna strana považuje za konflikt, druhá strana jako konflikt chápat nemusí a konflikt pro ni vzniká až ve chvíli, kdy se má určité změně podřídit nebo přizpůsobit.

K tomu, aby mohl být problém rozpoznán, je možno si položit například následující otázky:

1. O jaký problém se jedná a jak ho lze rozpoznat?
2. Co musí management změnit v zájmu vyřešení problému?
3. Co od změny management očekává? Lze změnu vyhodnotit?

Odpovědi na tyto otázky může manažer nalézt například již v rámci předchozí fáze v rámci kontrolních mechanismů nebo ze zpráv jednotlivých útvarů, průzkumů názorů zaměstnanců, v nemocničním zařízení se může jednat o názor nebo spokojenost pacientů.

Vhodnou iniciativou ze strany manažera může být setkání se zaměstnanci, ze kterého je možno získat cenné informace, které by prostřednictvím jiných výzkumných metod nebylo možno získat.

Tato fáze je analogická s medicínou nebo ošetřovatelstvím, kterým se budu zabývat v praktické části této práce. Základ ošetřovatelských činností tvoří ošetřovatelský proces, ve kterém je stěžejní diagnostika problému pacienta a navržení změny, která by měla vést ke zlepšenému zdravotnímu stavu pacienta.

Po rozpoznání potřeby změny a diagnostiky problému se celý proces Donnellym popisované změny vrací zpět ke stimulům, které se zabývají alternativními metodami změny.

2.4.1.2.3 Stimuly – alternativní metody změny

Autor změny musí být připraven objasnit a vysvětlit, jak může každá alternativa situaci zlepšit, ale je nutno si uvědomit i nepříznivé důsledky, které alternativa může vyvolat. Odpůrci změny mohou i maličkost chápat jako překážku k provedení změny, proto by měla být alespoň jedna alternativa uskutečnitelná v rámci dostupných prostředků (Grogar-Murray, DiCroce 2003: 257).

Na základě typu diagnostikovaného problému je nucen management zvolit vhodnou metodu změny. Diagnostikovaný problém se může týkat např. struktury organizace, lidských zdrojů nebo používané technologie. Jednotlivé metody je možno kombinovat, jelikož se prolínají i všechny tři oblasti. Ve chvíli, kdy dochází ke změně struktury, jsou ovlivňovány i lidské zdroje a technologie. Podobná situace nastane také, jestliže významně měníme technologii, musí nutně dojít ke změně v lidských zdrojích a v organizační struktuře. Pokud dojde ke změně na významné pozici z oblasti lidských zdrojů, je možno očekávat změnu v technologii, ale i v organizační struktuře.

Strukturální změny

Změny ve strategii organizace jsou velmi často doprovázeny strukturálními změnami, jelikož tvorba organizační struktury je součástí procesu plánování jak strategie, tak eventuální změny. Strukturální změny jsou zaměřeny na zlepšení výkonu pomocí změny formální struktury úkolů a pravomocí. U tohoto druhu změn dochází ke změně formálního vymezení úkolů a pravomocí.

Mezi strukturální změny patří změny povahy práce, ke kterým dochází v souvislosti se zaváděním nových postupů a nových strojů, jako je obohacování práce, zjednodušování práce nebo rozšiřování práce.

Další strukturální změnou je rozšiřování obsahu práce, což je zvyšování počtu úkolů pro pracovníka. Tato změna může nabídnout rozšíření práce, pracovník ji může vnímat jako zajímavější, pokud se nejedná např. o neúčelné

přidání úkolů, kdy se stane práce naopak demotivující. Tento typ změn je velmi často používán např. na výrobních linkách.

V případě sociotechnických systémů jde o změnu ve vytvoření lepšího propojení mezi technologií, strukturou a podobou sociální interakce v jednotce, útvaru, organizaci. Přestože je u tohoto druhu změn nutno brát ohled na individuální rozdíly v reakci lidí, podílejí se na iniciaci změn sociotechnických systémů právě skupiny zaměstnanců.

Změny u lidí

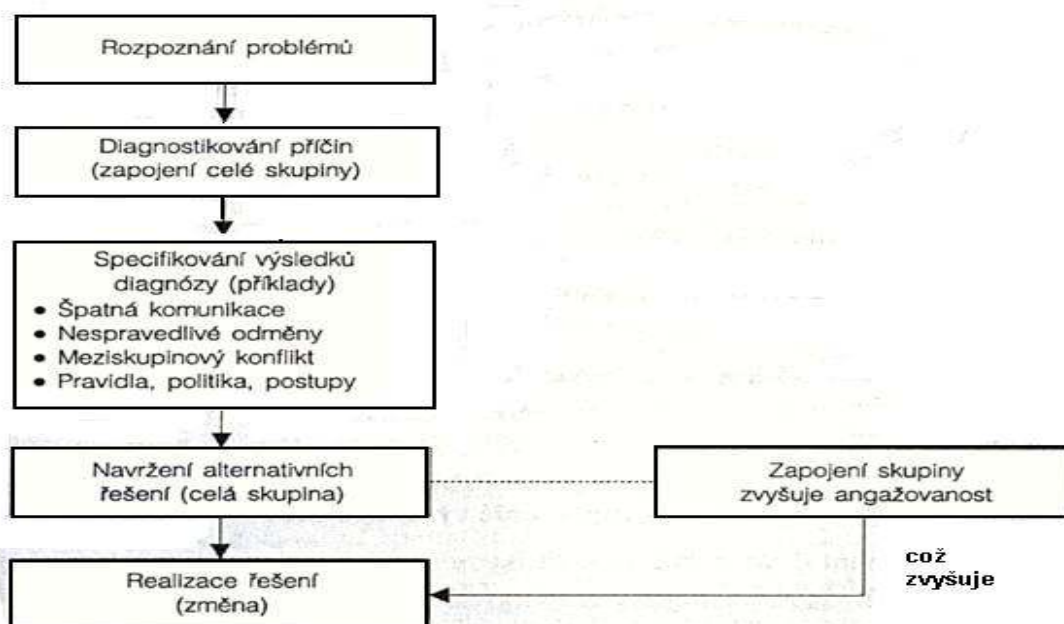
Nejčastěji se jedná o změny, které mají vést ke zlepšení dovedností a znalostí zaměstnanců. Samotné vzdělávání je pro manažery důležitým nástrojem zavádění změn mezi lidmi.

Jedním druhem změny u lidí je nácvik senzitivity, díky kterému si účastníci změny uvědomí sami sebe a velikost svého vlivu na ostatní. Jedná se o citlivost a vnímavost k sobě samému a k ostatním. Zde Donnelly a kol. (2004: 608) vychází z předpokladu, že příčinami špatného plnění úkolů jsou emocionální problémy lidí, kteří musejí spolupracovat a mají společný cíl. Nácvik senzitivity je uplatňován prostřednictvím T-skupiny, což je tréninková skupina, která za řízení školitele vede dialog, jehož cílem je vytvoření prostředí poskytujícího vlastní zážitky z učení. Na druhou stranu si je nutno uvědomit, že nácvik senzitivity může zhoršit schopnost účastníka plnit organizační úkoly. Sezení, kde dochází k nácviku, mohou u účastníků vyvolávat stres a úzkost.

Díky studiím, které se zabývaly touto metodou, bylo zjištěno, že nácvik senzitivity krátkodobě zlepšuje komunikační schopnosti; podněcuje školené k víře v kontrolu vlastního chování oproti ostatním; u účastníků ve vedoucích funkcích zvyšuje orientaci na participiální přístupy a v konečné fázi také zlepšuje vnímání účastníků jinými osobami.

Změny u lidí je možno dosáhnout také týmovým přístupem. Je možno ho využít, pokud se změna týká celé skupiny zabývající se problémem. Příklad týmového přístupu je znázorněn na obr. č. 10.

Obr. č. 10 Týmový přístup (Modifikováno Donnelly a kol. 2004: 592)



Po identifikaci problému se celá skupina zapojuje do diagnózy problému a hledá jeho hlavní příčiny. Na hledání řešení problému se podílí opět celá skupina, kdy diskutuje mimo jiné také o pozitivních a negativních stránkách řešení. Nejvhodnější řešení je následně skupinově realizováno.

Účelné rozhodování o změně strategie apod. v organizaci není založeno na hlasování. Toman (2005: 88) upozorňuje na důležitý fakt, kdy míra subjektivně se rozhodnout je totožná s mírou subjektivní odpovědnosti.

U tohoto přístupu se členové skupiny navzájem nejen ovlivňují, ale také lépe poznávají a mohou tak ovlivňovat i řešení problému. Tak se zvyšuje skupinový zájem o finální výsledek.

Pro úspěšné použití této metody je důležité, aby skupina měla přirozený důvod pro svou existenci; členové skupiny musejí být svými schopnostmi na sobě navzájem závislí a mají mít podobné postavení. Nutná je i otevřená komunikace a vzájemná důvěra.

Důležitým způsobem jak řídit změnu u lidí je plánování života a kariéry, které může být založené na formálních kurzech v učebnách nebo na konzultování. Plány jsou zpracovávány na základě sebehodnocení a sebekoumání a následně je možná diskuze s kolegy, pracovníkem personálního odboru nebo s vedoucím.

Účastníci tohoto procesu uvádějí, že lépe rozumějí nejen sami sobě, ale také své kariéře a životnímu stylu. Podstatně se u nich redukoval strach z budoucnosti.

V 90. letech se objevila nejdůležitější a nejpoužívanější metoda změny v řízení lidských zdrojů, kterou je komplexní řízení jakosti (TQM). V tomto případě se jedná o téměř absolutní změnu strukturálních, lidských složek v organizaci a v podnikové kultuře. TQM je založeno na rozhodování, kvalitě výrobků a služeb, řízení orientovaného na zaměstnance a využívání pravomocí a participace. V organizaci, která se rozhodne pro TQM, je nutné komplexní restrukturování pracovních míst za účelem zavedení samostatných pracovních týmů tam, kde je to možné. TQM vyžaduje spolupráci místo soutěžení mezi jednotlivci a skupinami.

Technologické změny

U těchto změn se setkáváme s aplikací nových způsobů přeměny zdrojů na výrobky a služby. Nemusí se vždy jednat pouze o nové stroje, roboty, počítače, ale celkově i nové postupy.

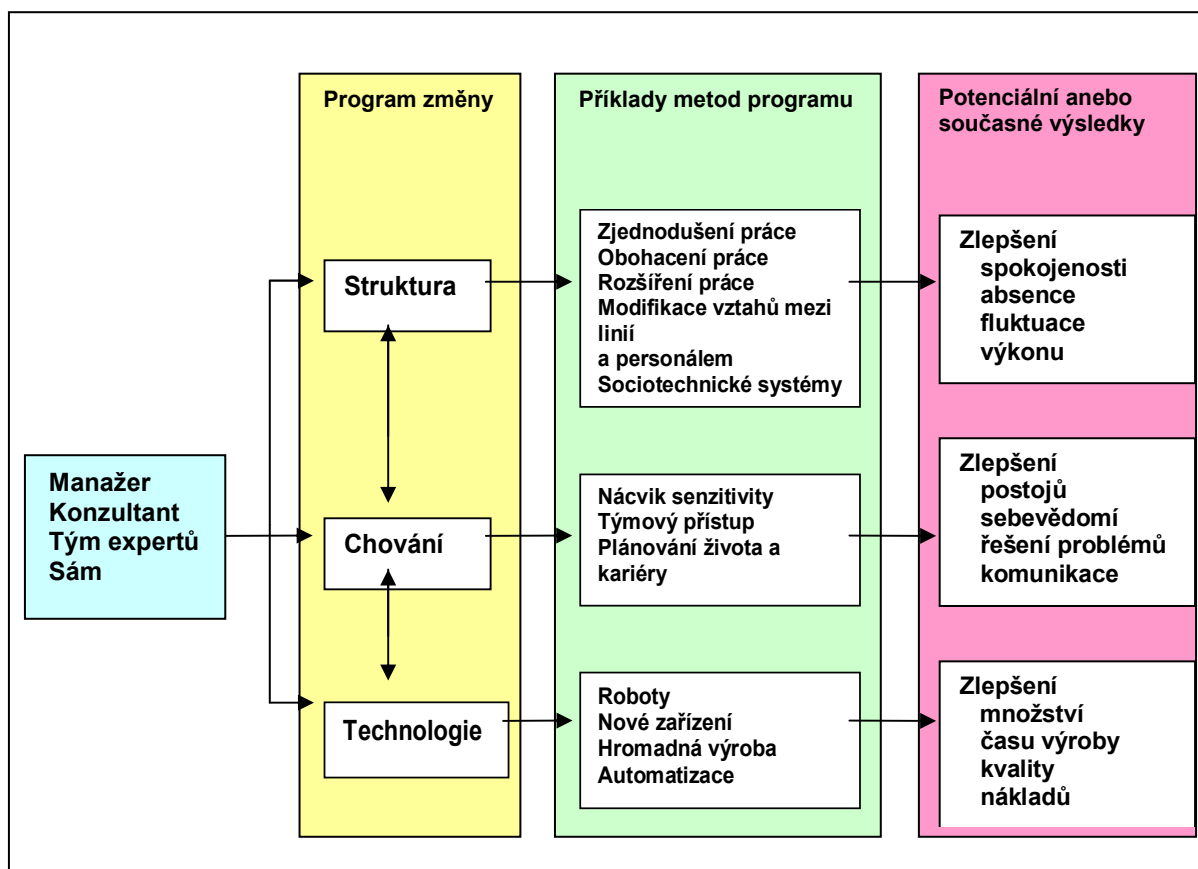
Jednou z technologických změn jsou již zmíněné roboty. Americký ústav robotiky je definuje jako „programovatelný multifunkční manipulátor určený k pohybování materiálem, díly, nástroji nebo specializovanými přístroji pomocí programovaných pohybů, a to k vykonávání určité škály úkolů.“ Značná výhoda této technologické změny může být spatřována v zlepšení ekonomiky nebo zvýšení kvality služby či výrobku, kdy je omezena např. chybovost vlivem lidského faktoru. Každá výhoda technologické změny je následována nevýhodou pro lidské zdroje. V mnoha případech technologická změna vedla ke ztrátě zaměstnání dělníků, čímž si zasloužila jejich odpor.

Technologické změny s sebou nesou změny v dělbě a v obsahu práce, čímž se podstatně mění i sociální vztahy mezi zaměstnanci. Na druhou stranu vedou ke zlepšení pracovních podmínek, zvyšují nároky na zaměstnance v kontrole, dochází nejen ke zvýšení mezd, ale také ke zvýšení prestiže pro ty, kdo pracují. Toto vše závisí především na velikosti prováděné změny.

Všechny tři uvedené druhy změny je možno si prohlédnout na obr. č. 11. Jsou zde znázorněny i předpokládané výsledky změny.

Obr. č. 11 Vybrané programy, metody a výsledky organizační změny

(Modifikováno Donnellyho a kol. 2004: 617)



2.4.1.2.4 Reakce managementu II.

Zjišťování omezujících podmínek

Na základě působení stimulů z oblasti alternativních metod změn se celý proces dostává opět k managementu a jeho reakci, která se projevuje zjišťováním omezujících podmínek, volbou strategie, realizací a vyhodnocením změny.

Jak již bylo řečeno, je volba metody zavádění změny v organizacích založena na diagnóze problému a také na dalších třech faktorech, kterými jsou atmosféra odvíjející se od způsobu vedení lidí, formální organizace a organizační kultura. Přestože tyto tři faktory ovlivňují metodu zavedení změny, mohou se samy stát také předmětem změny.

Atmosféra odvíjející se od způsobu vedení lidí - vyplývá z pracovního prostředí, stylu vedení a administrativních postupů nadřízených.

Formální organizace – je nutno, aby byla slučitelná s navrhovanou změnou. Ovlivňují ji filozofie a politika vrcholového managementu, zákonné předpisy, organizační struktury, systém kontroly. Změna jednoho vlivu musí být slučitelná se všemi ostatními vlivy.

Organizační kultura – tento faktor je popsán v kapitole 2.3.

Strategické změny

Pro úspěšné provedení změny, je nutno zvolit si vhodnou strategii. Dle Greinera rozeznáváme tři přístupy, které tvoří celek s jednostrannou pravomocí na jednom konci a delegovanou pravomocí na konci druhém. Uprostřed těchto pravomocí je sdílená pravomoc.

V případě *přístupu*, který se opírá o *jednostrannou pravomoc* může mít podobu nařízení ze strany vrcholového managementu, který změnu popisuje a na druhé straně odpovědnost podřízených, kteří ji provádějí.

Oproti tomu se *přístup opírající o sdílenou pravomoc* snaží zapojit do procesu změny i skupiny pracovníků z nižších úrovní. Tento proces zapojuje talenty a pohledy všech členů na všech úrovních řízení organizace. V mnoha pramenech je uveden tento typ jako nejvhodnější. Jelikož je každá změna doprovázena odporem ze strany těch, kterých se změna týká, je tento přístup nejvhodnější k minimalizování odporu a maximalizování spolupráce a podpory.

Jedná-li se o *přístup opírající se o delegovanou pravomoc*, je přenesena pravomoc v plné míře na podřízené skupiny. Podřízená skupina je zodpovědná nejen za analýzu problému, ale také za navržené řešení.

Realizace a vyhodnocení

Proto, aby mohlo dojít k úspěšné realizaci změny je důležité *načasování*, které se jeví jako strategická záležitost související s přípravnými pracemi předcházejícími změně. Druhým důležitým faktorem je *rozsah* provedené změny, který závisí na strategii. Změnu je možné provést v celé organizaci, nebo je možné ji provádět postupně, např. po jednotlivých odděleních. Vždy je nutno zajistit si zpětnou vazbu po každém provedeném kroku a zjištění ze zpětné vazby účelně využívat v plánování dalšího postupu.

Po realizaci by mělo následovat vyhodnocení, na které není možno zapomenout. Při vyhodnocení se provádí porovnání výsledků s cíli v plánu organizační změny. Jako hodnotící kritéria je možno použít *vnitřních kritérií*, která jsou přímo spojena s východisky plánu. Dále jsou k hodnocení používána *vnější kritéria*, která se vztahují k efektivnosti práce zaměstnanců před změnami a po jejich realizaci. Poslední jsou *kritéria založená na reakcích účastníků*, s jejichž pomocí lze popsat dopad změny na smýšlení jejich aktérů.

Účinné hodnocení změny je nutné provádět v průběhu hodnotící fáze procesu změny. Může být uskutečněno prostřednictvím plánovaného, systematického sběru dat pomocí analýzy. Na hodnocení by se měl podílet každý, kdo je do procesu změny zapojený.

Byť objektivní hodnocení jakékoliv změny umožňuje rozpoznat úspěch či neúspěch provedené změny, není vhodné dle Tomana (2005: 90) zapomínat také na subjektivní hodnocení. Toto hodnocení se může zdát v mnoha případech jako zkreslené, ale v případě použití pouze a jen objektivního hodnocení je omezována iniciativa účastníků změny.

2.4.1.3 Činitelé změny

Činitelé, kteří plánují provedení změny by měli mít zkušenosti, má se jednat o osobnosti, které jsou respektovány a jsou schopny vést lidi včetně řídicích kompetencí. Mezi základní povinnosti činitelů, které je nutno zachovat při každé změně je vypracování plánu postupu, který zahrnuje následující prvky:

1. popis a odůvodnění změny
2. SMART cíle (1)
3. časový rozvrh pro každou fázi realizaci.

Činitelem změny může být nejen manažer, ale jakýkoliv pracovník v organizaci. V obou případech je nutno s navrhovanou změnou, jejím rozsahem a ev. i plánovaným dopadem nejdříve seznámit vedení firmy (Toman 2005: 76). Další důležitý krok, který musí činitel změny provést, je získání souhlasu a spolupráci všech účastníků, kterých se změna týká.

(1) **SMART**: **S** specific - úkol poskytuje konkrétní a jasnou představu zadavatele o jeho splnění; **M** measurable – úkol je měřitelný, dá se porovnat s jinými výsledky; **A** attractive – úkol by měl být pro zaměstnance atraktivní a nedemotivující; **R** realistic – úkol musí být v souladu s celkovým cílem organizace; **T** time limits – součástí úkolů je správné načasování a stanovení limitu splnění.

2.4.1.4 Reakce na změnu

Lewin popisuje dvě síly, které si navzájem odporují: síly hnací a síly brzdící, ke kterým patří odpor ke změně (Kadlčík 2001: 269 – 281). K tomu, aby změna byla úspěšná, je nutno již ve fázi plánování změny prozkoumat síly brzdící. K dostatečnému zjištění, jaké síly působí u námi prováděné změny můžeme použít analýzu silového pole.

Při analýze silového pole se realizátor změny zamýšlí nad účastníky (stakeholders) případného řešení situace a jejich motivaci k participaci na změně (Rais 2006/2007: 143 – 147). V případě zdravotnické organizace mohou pozici stakeholders zaujímat: zřizovatel nebo vlastník, zaměstnanci, management, pacienti, pojišťovny, ministerstvo zdravotnictví, dodavatelé, odborné společnosti.

Dle Palána a Kotvové (1998: 43) je vhodné analýzu silového pole provést vždy, když je formulován plán provedení změny a má být zaměřena na oslabení nebo odstranění sil působících proti změně. Důležité je, aby zároveň vytvářela nebo posilovala hnací síly, které pomohou změnu zavést.

2.4.1.5 Získávání podpory pro změnu

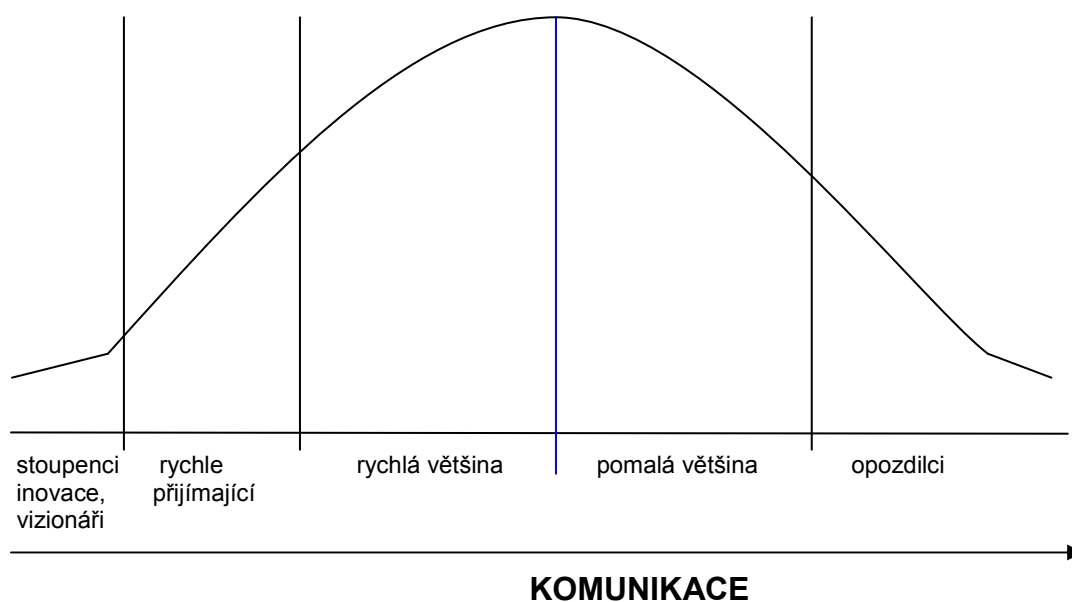
Pokud lze předpokládat, že vůči plánované změně může být veden odpor, je nutno ze strany vedoucího, který změnu prosazuje, přijmout strategii přesvědčování, při níž skupině, která změnou má projít, sdělí všechny potřebné informace související s měnící se situací. Pro management je výhodou, pokud skupina přijme rozhodnutí o provedení změny jako rozhodnutí společné. Tímto způsobem je možno získat si spojence, mezi které mohou patřit jak ti lidé, kteří změně ze začátku oponují, tak ti, kteří nejdříve „vyčkávají“ a díky dostatečným informacím a přesvědčování se mohou stát vhodnými podporovateli.

Jedním ze způsobů, jak si vyjednat změnu, je dle Grogar-Muraye, DiCroce (2003: 257-258) možná společná identifikace problému či konfliktu.

Russel-Jones (2006: 96) označuje stoupence inovace, kteří změnu přijímají jako první. Poslední, kdo změnu přijímá jsou tzv. opozdilci. Zdůrazňuje význam využití stoupenců k získání podpory u ostatních. Hlavním prvkem

získávání podpory pro změnu autor označuje komunikaci. Grafické znázornění procesu změny dle Russel-Jonese je na obr. č. 12.

Obr. č. 12 Získávání podpory pro změnu (Modifikováno dle Russel-Jonese 2006: 96)



2.4.2 Odpor ke změně

Odpor ke změně Donnelly a kol. (2004: 590) považují za nejvýznamnější brzdou sílu. Při prosazování změny je možné se setkat s nejrůznější formou odporu zaměstnanců. Důvodů, proč k němu dochází, je možné najít hned několik. Mezi ty nejzákladnější patří pocit tajemna, chápání změny jako trestu, tlaku na zrychlení práce, dále může být změna špatně naplánována (Grogar-Murray, DiCroce 2003: 264). Je důležité se zabývat také dalšími důvody, jako je (Donnelly a kol. 2004: 591):

➤ *úzký osobní zájem*

který je provázen obavou, že zaměstnanec přijde o něco, co má pro něho vysokou cenu, může se jednat o ztrátu moci, přátelství, společenského postavení;

- *nepochopení a nedostatek důvěry*
k nepochopení dochází především ve chvíli, kdy zaměstnanci nechápou, proč ke změnám dochází a jaké mají souvislosti;
- *různost pohledu a hodnocení situace*
každý, koho se změna může dotknout, ji vidí jinak, stejně tak i důsledky, které s sebou změna přinese. Problémy, které vznikají v této oblasti, pramení často nejen z nedostatku a nepřesnosti informací;
- *malá snášenlivost změn*
dalším důvodem, proč se zaměstnanci brání připravovaným změnám, je obava z jejich neschopnosti osvojit si nové dovednosti, které budou potřebovat pro dobrý pracovní výkon. V některých případech to pro zaměstnance může znamenat přiznání, že dosavadní metody, postupy a výkony byly špatné.

Jelikož jakýkoli odpor ke změně může ohrozit přijetí navrhované změny nebo dokonce ji zabránit, je nutné tomuto problému věnovat dostatek pozornosti a podniknout všechny kroky k tomu, aby došlo k jeho minimalizaci. Ke zmenšení účinku této síly je nejdůležitější vybudovat si důvěru, což je možné provést:

- vysvětlováním jednotlivých kroků i celé změny, požadavků, které budou kladeny na jednotlivé pracovníky;
- požádáním o pomoc spolupracovníky, kterých se změna bude týkat;
- uznáním obav, které panují ve skupině;
- prováděním změn po malých částech, postupně;
- nabídnutím pomoci jednotlivým členům týmu, zde ovšem není vhodné dělat práci za jednotlivé členy, spíše je vést k učení;
- vysvětlením výhod, které změna přinese pro celou skupinu, proces nebo prováděné činnosti;
- uznáním úspěchu, pochvaly, ohodnocení.

Je velmi důležité zaobírat se příčinami odporu ke změně, který se vyskytl v týmu.

Jestliže má management zájem na snížení odporu ke změně, musí věnovat dostatek pozornosti faktorům, které mohou vyvolat odpor ke změně, ale také těm, které mu pomohou odpor ke změně snížit.

Ke zvládnutí odporu Donnelly a kol. (2004: 591-592) doporučují použít jednu z následujících šesti strategií. Je nutno ovšem zdůraznit, že žádná z nich není zcela ideálním receptem, jak odpor ke změně snížit. Vždy totiž záleží na konkrétní situaci a její analýze.

1. *vzdělávání a komunikace* – bezprostředně s dostatkem informací souvisí i dostatečná komunikace na všech úrovních řízení změny. Spolu s tímto faktorem můžeme uplatnit také vzdělávání, ukazování logiky změny a možné vhodné cesty jak ke změně dojde, ještě dříve než se tak stane.
2. *participace a zapojení* – pokud chceme snížit odpor ke změně, je vhodné do realizace změny zapojit ty, kterých se změna týká, čímž můžeme zvýšit jejich vlastní angažovanost. V ideálním případě se náš zájem na úspěšně provedené změně stane také jejich zájmem.
3. *usnadnění a podpora* – v období realizace změny je pro její úspěch velmi důležité zaměstnance, kterých se změna týká, nejen podporovat, ale také jim pomáhat. Jednou z možností je projevit zájem o podřízené, naslouchat jim, jejich problémům a věnovat pozornost jejich obavám, na základě kterých je odpor vyvolán.
4. *vyjednávání a dohoda* – jsou další prostředky jak je možno snížit odpor k plánované změně. Dohodu není možno chápat jako jednostrannou, je potřeba vždy něco nabídnout i druhé straně, čímž si iniciátor změny získá také důvěru těch, po kterých změnu vyžaduje.
5. *manipulace a kooptace* – tato strategie může narážet na etické aspekty, jelikož manipulace znamená použití pochybných praktik k přesvědčování ostatních lidí, o potřebnosti změny. Při kooptaci je možné dát jedinci při projektování a realizaci změny hlavní roli.
6. *zřetelné a předpokládané násilí* - tuto strategii reprezentuje používání vyhrožování např. ztrátou místa nebo zaměstnání, ztrátou finančních prostředků nebo jiných výhod. Důvodem používání této strategie je snížení odporu zaměstnanců ke změnám iniciovaným managementem. Tato strategie ovšem nepomůže získat důvěru a úctu, což jsou další „pomahači“ snížení odporu ke změně.

2.4.3 Problémy související se změnou

V průběhu zavádění změny se může každý iniciátor i realizátor setkat s nejrůznějšími problémy. Ty se mohou vyskytnout jak při zahájení, udržení tak i při rozšíření změny.

2.4.3.1 Problémy při zahájení změny

Jak již bylo řečeno, každou změnu provází spousta potíží. Zahájení může být zkomplikováno nedostatkem informací, které jsou poskytovány řadovým zaměstnancům. Ti nemusí chápat smysluplnost změny jak pro jednotlivce, tak pro celou organizaci. V tomto případě je nutno sdělovat vše, co souvisí se změnou a její pozitivní vliv na zisk společnosti, což povede ke spokojenosti zaměstnanců. Nezanedbatelná je také zpětná vazba pochopení prezentace.

Při zavádění každé změny je důležité dle Paděry a Drdly (2006/2007: 90) vytvořit hodnotový systém organizace prostřednictvím pojmenování hodnot, které jsou vnímány pracovníky jako nedílná součást jejich působení v organizaci. I v případě vytváření hodnot je důležitá zpětná vazba na jednání a chování managementu. Při zahájení změny je důležitá silná pozitivní kultura.

Dalším problémem, který se může projevit při zavádění změny, je nedostatek času. Tento faktor se projeví především při řešení více úkolů najednou.

Pro úspěšné zavedení organizační změny je důležité stanovení konkrétních úkolů pro zaměstnance, což vyplývá z domněnky, že nejlépe postupy, které jsou vykonávány na pracovišti, znají pracovníci. Tito zaměstnanci mají podstatně úspěšnější nápady pro zlepšení procesu. Zadaný úkol musí mít SMART charakter.

V posledních letech se jeví jako pozitivní vyšší zainteresovanost samotných podřízených na stanovení úkolů. Pokud se podřízení podílejí na tvorbě změny, přijímají ji podstatně snáze.

2.4.3.2 Problémy při udržení změny

Ve chvíli zahájení změny nastává pro iniciátory téměř boj o udržení změny. V tomto období se můžeme setkat s následujícími problémy (Paděra, Drdla 2006/2007: 90):

Strach a úzkost

Oba faktory jsou přirozenými jevy, které provází vše co je nové a co vyvede člověka z „klidu“ jak v soukromí, tak v ostatních denních činnostech. K odstranění strachu i úzkosti může přispět komunikace, díky níž si management získá důvěru. Je vhodné v organizaci navodit pozitivní pracovní prostředí, chyby by se měly stát příležitostí k učení.

Zhodnocení výsledků

Změna by neměla být hodnocena příliš brzy, naopak je výhodou ponechat delší časový prostor. Hodnocení by se měl zúčastnit i iniciátor změny. Pro účelné hodnocení jsou výhodnější spíše krátkodobé cíle s častějším hodnocením.

Hodnocení může být provedeno prostřednictvím hodnotícího pohovoru, který, pokud je úspěšný, zaměstnance motivuje k plnění zadaných úkolů tak, že je chápou jako své vlastní úkoly. Důležité při vedení hodnotícího pohovoru je navodit takovou atmosféru, která vede ke konstruktivnímu řešení úkolů. Manažer při správně vedeném pohovoru získává od zaměstnance zpětnou vazbu chápání zadávaných úkolů. Hodnotící pohovor má pozitivní vliv jak pro organizaci, tak nadřízeného, ale i podřízeného.

Polarizace organizace

Pokud někdo z pracovníků zůstane během změny mimo vlastní proces změny, může dojít ke zbytečnému napětí v organizaci. Iniciátor změny musí komunikovat se všemi pracovníky a zajistit tak jejich dostatečnou informovanost. Pokud se management rozhodne měnit i podnikovou kulturu, je vhodné toto provést při samotném zavádění změny.

2.4.3.3 Problémy s rozšířením změny

S určitými problémy se management může setkat také ve chvíli, kdy změnu začal realizovat jen na určitém oddělení nebo úseku a po úspěšném vyhodnocení se rozhodne realizovat změnu v celé organizaci. Paděrla, Drdla (2006/2007: 101) označují následující problémy:

Nepochopení účelu změny – izolace managementu

Pokud se iniciátor změny rozhodne pro její rozšíření, sehrává důležitou roli opět komunikace. Je nutné, aby zaměstnanci dostávali ucelené informace a vedení organizace s nimi komunikovalo. Ve chvíli, kdy se management rozhodne pro rozšíření změny, je vhodné do týmu realizujícího změnu angažovat pracovníky z nejrůznějších oblastí a specializací.

Přirozená neochota ke změnám

Tento faktor provází jakoukoli změnu, proto je vhodné informovat pokud možno všechny pracovníky organizace o změnách a dalších plánovaných inovacích. Pro odbourání tohoto problému je důležité pro každého manažera pochopit způsob, jakým jsou informace v organizaci sdíleny a šířeny, což velmi úzce souvisí se sdílením organizační kultury.

2.4.3.4 Iniciátor změn a budování jeho týmu

Problematika týmu realizujícího změnu je uváděna téměř v každé literatuře zabývající se řízením lidí. Dle Covey je vhodné řídit se návykem č. 5, dle kterého má manažer prosazující změnu poznat schopnosti jednotlivých členů týmů realizujícího změnu (Paděra, Drdla 2006/2007: 102).

Pro realizaci změny je důležité také pochopení dynamiky změny, kterou Phillips popisuje v 6ti stupních (Paděra, Drdla 2006/2007: 101):

1. stupeň – zdvořilostní
2. stupeň – čeho máme dosáhnout?
3. stupeň – rozdělení pravomocí
4. stupeň – týmové řešení úkolů
5. stupeň – přátelské klima
6. stupeň – „usnutí na vavřínech“

Vývoj týmu je neoddelitelně spjatý s vývojem jeho jednotlivých členů, kteří se během prvních dvou stupních navzájem poznávají, dochází k diskuzím o smyslu týmu, změny celkově a jednotlivých úkolech, které má tým splnit. Typické pro tyto dvě fáze je ztotožňování jednotlivých členů s týmovými cíly. Ve třetí fázi dochází k typickému „boji o moc“, právě zde je zvolen vedoucí týmu. Po dokončení této fáze se plynule přechází do fáze čtvrté a páté, kdy členové týmu navzájem spolupracují. Tato spolupráce vede ke splnění cílů, které jsou pro tým vytyčeny.

1. stupeň – zdvořilostní

V této úvodní fázi tvorby realizačního týmu dochází k seznamování jednotlivých členů týmu, tak aby jednotliví členové mohli lépe pochopit role v týmu. Ve fázi zdvořilostní dochází k rozvoji komunikace. Pro tuto fázi nejsou typické konflikty, naopak je typická tvorba dvojic ev. skupinek.

2. stupeň – čeho máme dosáhnout

K ujasnění cílů a jednotlivých úkolů dochází v této fázi, členové týmu sdělují své očekávání od realizovaného projektu. Nelze hovořit o týmové spolupráci.

3. stupeň – rozdělení pravomocí

Charakteristická pro tuto fázi je rivalita jednotlivých členů a boj o moc. Je to fáze konfliktů, která se málokdy obejde bez zásahu manažera. V této chvíli není typická týmová práce. Vzhledem ke konfliktům, které jsou pro 3. stupeň typické, mnoho týmů tuto fázi nepřekoná. Plnění úkolů nebývá většinou narušeno.

4. stupeň – týmové řešení úkolů

Čtvrtá fáze je charakterizována změnou názorů jednotlivých členů týmu, což vzniká na základě informací a názorů, které prezentují ostatní členové týmu. Dochází k tomu, že návrh jednoho člena je obohacován o návrhy ostatních členů týmu a návrh se stává návrhem týmu, ne jednotlivce. Při prezentaci jednotlivých návrhů jsou uplatňovány kreativní návrhy ostatních a typické se stává aktivní naslouchání členů, což je důležité pro týmovou spolupráci.

5. stupeň – přátelské klima

Tým se v této fázi projevuje schopností empatie jednoho člena k druhému. Pokud tým není schopen synergie, shodne se na kompromisu při respektování i

názoru jednotlivce. Každý nový člen, který by vstoupil do týmu, nebude přijat a naruší fungování týmu. Rizikem v této fázi je neupřímná zpětná vazba.

6. *stupeň – usnutí na vavřínech*

K této fázi dochází ve chvíli, kdy tým podává dobré výsledky, rizikem je obrana týmu vůči jakýmkoliv informacím, které by nastalý klid mohl narušit. Pokud nedojde ke změně, tým časem přestane plnit svou funkci a zadané úkoly. K tomuto dochází při nedostatečném vyhodnocování výsledků týmové spolupráce. Východiskem může být výměna na pozici týmového lídra a ev. i noví členové přicházející do týmu, čímž se vracíme do druhého stupně cyklu.

2.4.4 Ošetřovatelství v proudu změn

Změny, ke kterým dochází ve zdravotnictví, nemalou měrou zasahují také do ošetřovatelství. Ošetřovatelství se dotýkají např. změny v důsledku rozvoje počítačové technologie, vývoj nových zdravotnických prostředků, nové léčebné postupy, atd. Právě poslední dva jmenované důvody zcela mění pohled na tradiční ošetřovatelský pohled.

Je nutné si uvědomit, že účast samotných sester na probíhajících změnách je velmi důležitá pro zachování jim vlastních ošetřovatelských standardů a hodnot ve vztahu k ekonomickým, ale i politickým vlivům ve velkých zdravotnických organizacích. Pokud změny v ošetřovatelství nebudou ovlivňovat a kontrolovat sestry, mohou být tyto změny vyvolány jinými skupinami zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, které mohou změnu vést jiným směrem, než je potřeba pro rozvoj ošetřovatelství (Grogar-Murray, DiCroce 2003: 251).

Potřeba zvládnout změnu, která může nastat v oblasti ošetřovatelství, je pro vedoucí pracovníky, ať již pro hlavní, vrchní, staniční či sestry - manažerky, důležitá. Ovlivňuje většinou nejen personál, ale také samotné pacienty, kteří jsou objekty péče ošetřovatelského personálu.

Dobré zvládnutí změn probíhajících v procesu ošetřovatelské péče je důležité také z pohledu dodržování práv pacientů, etických kodexů, z nichž nejdůležitější je Konvence o biomedicíně, kterou Česká republika ratifikovala v roce 2001 (Haškovcová 2001: 36).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se zabývám návrhem a realizací změny v rámci řízení ošetrovatelského personálu Nemocnice Přerov. Následující část popisuje provedenou diagnostiku organizace, plánování a realizaci změny, v závěru pak její vyhodnocení.

3.1 Diagnostika organizace

Nemocnice Přerov je zdravotnické zařízení zajišťující léčebnou a ošetrovatelskou péči v regionu, ve kterém žije okolo 100 tisíc obyvatel. Péče je poskytována ve všech základních klinických oborech. Nedílnou součástí jsou komplementární pracoviště. V rámci diagnostiky bude prezentována metodologie, hlavní a podrobná zjištění a následně doporučení, která vycházejí z provedené diagnostiky. Diagnostika organizace byla provedena pomocí následujících metod:

1. Rozhovory s vrchními sestrami a zdravotnickými pracovníky jednotlivých oddělení;
2. obsahová analýza dokumentů.

3.1.1. Rozhovory s vrchními sestrami a zdravotnickými pracovníky jednotlivých oddělení

V průběhu diagnostiky byly vedeny dva druhy rozhovorů:

Nestandardizované rozhovory s vrchními sestrami

Rozhovory byly provedené od 1. do 10. února 2006 v pracovně hlavní sestry a uskutečnily se individuálně s jednotlivými vedoucími pracovníky. Z rozhovorů nebyl proveden audio ani video záznam, byly však pořízeny písemné poznámky, které jsem následně použila k formulování diagnostických zjištění.

Celkem bylo provedeno 19 individuálních nestandardizovaných rozhovorů s vrchními sestrami, přičemž každý z rozhovorů trval minimálně 30 minut. V 10 případech se jednalo o vrchní sestry lůžkových oddělení – léčebna dlouhodobě nemocných (LDN), společný lůžkový fond interních oborů (SLFIO), dětské, ortopedie, společný lůžkový fond chirurgie I (SLFCH I), chirurgie, gynekologicko-

porodní, centrální operační sály (COS), oční a anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO).

Dále se rozhovorů zúčastnila vedoucí fyzioterapeutka, 4 vedoucí laborantky – oddělení klinické biochemie (OKB), hematologicko-transfuzní oddělení (HTO), patologie, mikrobiologie; 2 vedoucí radiologické asistentky – oddělení nukleární medicíny (ONM), radiologicko-diagnostické oddělení (RDG); 1 vedoucí farmaceutická asistentka a 1 úseková vedoucí kožního oddělení.

Ve všech případech se jednalo o ženy s dlouholetou praxí ve zdravotnictví. Ve vedoucí funkci byla nejkratší dobu vedoucí radiologická asistentka na ONM. Funkci zastávala 2 měsíce. Vedoucí zdravotní laborantka mikrobiologie zastávala tuto funkci 6 měsíců a vrchní sestra interního oddělení byla ve funkci od 1. 8. 2005, v předchozím období zastávala funkci staniční sestry hemodialýzy.

Při rozhovorech jsem hledala odpovědi na následující otázky:

- ❖ Kdo je nadřízený vrchní sestry?
- ❖ Kdo provádí kontrolu, schvaluje řádnou dovolenou, pracovní, studijní volno apod.?
- ❖ Jak je hodnocen vedoucí pracovník?
- ❖ Kdo vrchní sestru odměňuje?
- ❖ Zda-li je veden osobní rozvoj?
- ❖ Kdo stanovuje kompetence a jaké jsou?

Rozhovory s ošetřujícím personálem

Nestandardizované hromadné rozhovory s ošetřujícím personálem byly uskutečněny v období měsíce února 2006 na jednotlivých stanicích lůžkových i nelůžkových odděleních. Rozhovory byly zaměřeny na proces řízení ošetrovatelského personálu a řízení ošetrovatelské péče poskytované pacientům. Z rozhovorů byl proveden zápis, který jsem následně uchovala v dokumentaci jednotlivých pracovišť a kopie byla předána vedoucímu pracovníkovi. V rámci provedení rozhovorů byla sledována dokumentace používaná na jednotlivých pracovištích.

Při rozhovorech byla na každém oddělení přítomna staniční sestra, sloužící sestra a pomocný či nižší zdravotnický pracovník, přičemž minimální počet zúčastněných respondentů bylo 5.

Stěžejními tématy bylo:

- proces řízení a organizace péče o pacienta,
- plánování a zavedení změn ve vedení ošetrovatelského personálu, kompetence jednotlivých pracovníků,
- kontrola práce ošetrovatelského personálu,
- odměňování ošetrovatelského personálu.

3.1.2 Obsahová analýza dokumentů

Vzhledem k nutnosti ověření relevantnosti dat z provedených individuálních i skupinových rozhovorů a získání dalších informací jsem se rozhodla použít jako následnou výzkumnou metodu obsahovou analýzu dokumentů. Při této analýze jsem se zaměřila na organizační řád a jeho změny v posledních 5 letech, zápisy z porad vedení nemocnice, zápisy z porad vrchních sester a rady pro ošetrovatelství, PPF vedoucích a řadových členů ošetrovatelského týmu, PPF vedoucího lékaře a primáře oddělení, hodnotící listy. Dalším typem sledovaných dokumentů byly rozpisy služeb ošetrovatelského personálu, systém rozdělování nenárokových složek platu, vedení ošetrovatelských záznamů o pacienta, kniha příjmů apod.

Tato metoda byla zvolena především z důvodů zjištění informací, které byly především z časového hlediska nepřístupné (Zich 2004: 50). Jedná se o změny v organizačním řádu, o jejichž plánování nejsou na jednotlivých odděleních informace k dispozici.

Při analýze byly použity primární dokumenty pořízené přímými účastníky událostí. Před započítím analýzy jednotlivých zdrojů jsem je ověřila dle metody Lamsera (Zich 2004: 51). Jednalo se o původ pramenů včetně místa, času vzniku dokumentů a autora, který dokument pořídil. Nedílnou součástí bylo srovnání shody jednotlivých pramenů.

Z písemných materiálů byly použity úřední dokumenty, které jsou charakteristické tím, že se týkají poznatků o organizaci, jednotlivých odděleních

apod. Z hlediska sociologického výzkumu jsou tyto materiály chápány jako dokumenty s vysokou validitou. K tomuto typu dokumentů patří ze zkoumaného souboru písemných materiálů především organizační řád, zápisy z porad vedení nemocnice, porad vrchních sester a rady pro ošetřovatelství, rozpis služeb ošetřovatelského personálu, vedení ošetřovatelských záznamů o pacienta, kniha příjmů apod. Z určitého hlediska by bylo možno chápat organizační řád jako spíše historický dokument.

Organizační řád včetně všech jeho verzí je uchováván v elektronické formě, kterou archivuje vedoucí oddělení informačních systémů, a v písemné podobě eviduje asistentka ředitele. Zápisy z porad vedení nemocnice jsou k dispozici všem členům vedení nemocnice v elektronické podobě na intranetu. Zápisy z porad vrchních sester a rady pro ošetřovatelství jsou uloženy v písemné formě u náměstkyně ošetřovatelské péče. Rozpisy služeb jsou archivovány na personálním odboru a podléhají skartačnímu řádu, stejně tak skartačnímu řádu podléhají ošetřovatelské záznamy o pacientech a knihy příjmů.

Třetím typem písemných pramenů jsou osobní dokumenty, mezi které jsem zařadila následující prameny: PPF vedoucích a řadových členů ošetřovatelského týmu, PPF vedoucího lékaře a primáře oddělení, systém rozdělování nenárokových složek platu.

Všechny osobní dokumenty jsou uloženy v osobních složkách jednotlivých zaměstnanců, odkud byly zapůjčeny pouze pro tuto analýzu. Je nutno sdělit, že se jedná o osobní data a zacházení s nimi podléhá zákonu č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění.

Témata sledovaná u analýzy jednotlivých dokumentů:

1. organizační řád:
 - změny v řízení ošetřovatelské péče v období 2000 – 2005;
2. zápisy z porad vedení nemocnice, vrchních sester a rady pro ošetřovatelství:
 - představené koncepce řízení ošetřovatelské péče,
 - navrhované změny,
 - způsob projednávání změny,
 - plánování změny řízení ošetřovatelské péče,

- schválení změny řízení,
 - reakce členů porad na navrhované změny;
3. zápisy z porad rady pro ošetřovatelství
 4. výroční zprávy
 5. popisy pracovních funkcí:
 - nadřízená funkce,
 - podřízené funkce,
 - metodické vedení,
 - řídicí a kontrolní činnosti,
 - oblast vzdělávání a odborného rozvoje,
 - odborné činnosti.

3.1.3 Hlavní zjištění

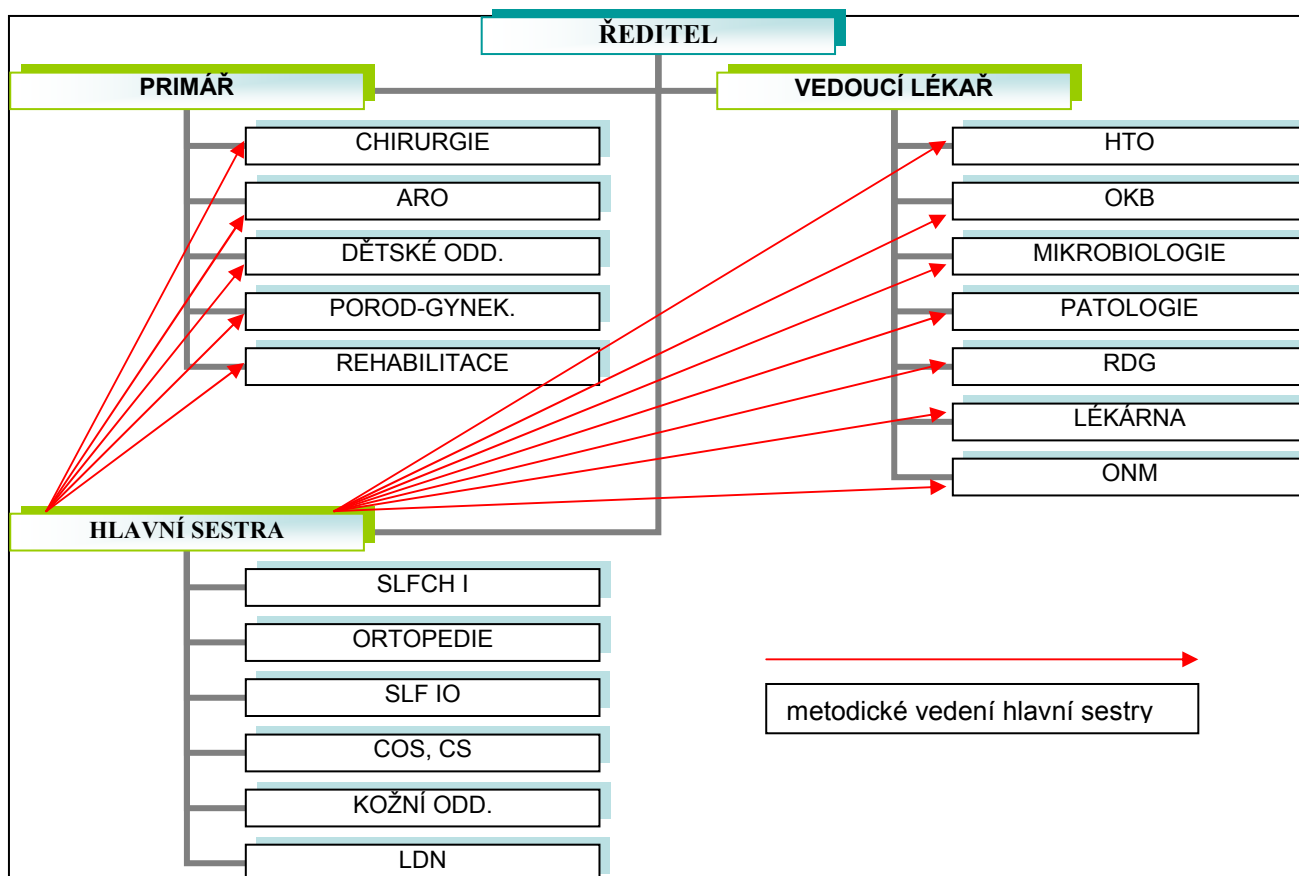
Zjištění jsem rozdělila do dvou částí. V první části jsou uvedeny hlavní zjištění, která jsou především obecná a platí pro většinu oddělení. Druhá část obsahuje podrobná zjištění vztahující se k provedené diagnostice na jednotlivých odděleních.

Z provedených šetření, která jsou popsána v metodologii, jsem zjistila následující skutečnosti:

Nadřízený pracovník

Z uskutečněných rozhovorů vyplynula **nejednotnost na pozici nadřízeného pracovníka**. Z 19 sledovaných vedoucích pracovníků bylo 6 řízeno hlavní sestrou a zbývajícím 13 byl nadřízený primář nebo vedoucí lékař oddělení (dále pro obě funkce užíván výraz primář) a metodicky byly vedoucí pracovnice řízeny hlavní sestrou. Tudíž se zde projevoval dvojí způsob vedení. Zjištěné výsledky jsou identické se zjištěními v PPF jednotlivých vedoucích pracovníků. Organizační struktura v době provedených rozhovorů je znázorněna na obr. č. 13.

Obr. č. 13 Organizační struktura řízení vrchních sester – únor 2006



Kontrola vrchní sestry

Žádná vedoucí pracovníce nebyla schopna blíže specifikovat, kdo v jejím případě provádí cílenou kontrolu provedené práce, jelikož jsou jí úkoly zadávány jak primářem, tak hlavní sestrou, která splnění úkolu kontroluje. Primář spoléhá na automatické provedení. Dle organizačního řádu primář řídí vrchní sestru a celkovou ošetrovatelskou péči na oddělení, ale kontrolu vrchních sester provádí hlavní sestra, která na konci každého roku odevzdává dle platného kontrolního řádu (RA03 2005) zprávu z provedených kontrol.

Schvalování dovolené a pracovního volna

Nejednotnost se projevuje i při schvalování dovolené a pracovního volna u vedoucích pracovníků řízených primáři. Některé vrchní sestry primáři pouze oznámily svou nepřítomnost na pracovišti, jiné musely mít primářem nejdříve podepsanou dovolenku, než mohly nastoupit na dovolenou. S tímto je

v rozporu praxe, jelikož vrchní sestry odevzdávaly měsíční výkaz práce hlavní sestře. Hlavní sestra vždy podepsala a zkontrolovala správnost výkazu dle jí evidovaných dovolenek, žádostí o pracovní či náhradní volno. K této oblasti se organizační řád přímo nevyjadřuje.

Hodnocení pracovníka

V nemocnici neexistuje jednotný způsob hodnocení vrchních sester, byť je zde již 2 roky zaveden systém pravidelného půlročního hodnocení pracovníků. Hodnocení je zvlášť prováděno pro vedoucí a zvlášť pro řadové pracovníky. Nadřízený pracovník je povinen před koncem každého pololetí vést hodnotící pohovor s podřízeným pracovníkem a protokol založit na personálním úseku do osobního spisu. Z rozhovorů, PPF a kontrole hodnotících listů vyplynulo: u 10 vrchních sester řízených primářem prováděla hodnocení hlavní sestra, u 3 to byl primář. U všech vedoucích pracovníků řízených hlavní sestrou bylo prováděno hodnocení touto oprávněnou osobou.

Odměňování vrchních sester

Oproti hodnotícím pohovorům se ukázala naprostá jednotnost ve finančním hodnocení vedoucích pracovníků. Na základě platové směrnice č.12/2005 má hlavní sestra k dispozici nenárokovou složku platu, kterou přiděluje jednotlivým vrchním sestřám dle individuálního hodnocení měsíčně nebo čtvrtletně. Primáři, jako nadřízení pracovníci některých vrchních sester, své podřízené finančně odměňovali výjimečně nebo vůbec.

Vedení osobního rozvoje

Každý zaměstnanec, který je přijat do nemocnice, má stanoveného školitele. Během prvního týdne od nástupu je sestaven plán zaškolení a plán adaptačního procesu, za který zodpovídá vrchní sestra. Na zaškolení se mimo školitele podílí následně staniční sestra, vrchní sestra, ale také primář. Ten je přítomen především při závěrečném přezkoušení školených zaměstnanců.

Za odborný růst jednotlivých zaměstnanců je, dle organizačního řádu, zodpovědná hlavní sestra, která se ve spolupráci se sekretariátem podílí na

aktivním zabezpečením dalšího vzdělávání SZP, NZP, PZP. Z PPF jednotlivých pracovníků vyplývá jejich osobní zodpovědnost za své další vzdělávání a vzdělávání jejich podřízených pracovníků. Další informace o dalším vzdělávání může zaměstnanec získat z platové směrnice a systemizace pracovních míst, kde je požadované vzdělání na určitou pracovní pozici uvedeno.

V žádných směrnících ani osobních spisech jsem nenašla záznam o cíleném plánování osobního rozvoje po ukončení adaptačního procesu.

Stanovení kompetencí

Jak vyplývá z výše uvedeného, má každý pracovník vytvořen PPF, který je sestaven dle Nařízení vlády č. 469/2002 a změněn Nařízením vlády ze dne 7. prosince 2005, kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady pro jednotlivé pracovní pozice. Tuto pracovní náplň pro vrchní sestry sestavuje hlavní sestra, v případě nejasností konzultuje s primářem. Z uvedeného vyplývá, že ne ve všech případech určuje nadřízený, jak a podle čeho má zaměstnanec pracovat. Obdobně je tomu i v případě sestavování rozsahu zaměstnancových kompetencí.

Proces řízení a organizace péče o pacienta

Na všech klinických pracovištích se již od roku 1995 pracuje formou ošetřovatelského procesu. Během posledních let byl na některých lůžkových odděleních zaveden systém primárních sester. Podrobný popis a následné vyhodnocení funkčnosti tohoto systému je uveden v podrobných zjištěních. Jelikož na některých odděleních nebyla získána podpora pro tuto změnu práce ošetřovatelského personálu, nebylo možné zde systém primární péče zavést.

Příjem a péče o pacienty je na všech lůžkových odděleních veden ze strany vrchní nebo staniční sestry. V této oblasti mají všechny vedoucí pracovnice plnou důvěru primářů oddělení.

Při návštěvě jednotlivých oddělení a stanic jsem se zaměřila na používání jednotlivých pracovních postupů při ošetřování pacientů. Na všech lůžkových stanicích se jednalo o následující postupy – evidence dekubitů, pádů, vedení ošetřovatelské dokumentace, používání jednorázových pomůcek. Toto sledování

bylo kombinováno s auditem evidence ošetrovatelských záznamů v nemocničním informačním systému (NIS), při kterém byly zjištěny nedostatky v evidenci záznamů dekubitů a pádů v NIS. Na některých odděleních není vůbec sledována bolest a analgetizace u hospitalizovaných pacientů.

Plánování a zavedení změn ve vedení ošetrovatelského personálu

První pokus o duální řízení oddělení byl učiněn 1. 11. 1999, kdy tuto změnu iniciovala hlavní sestra. Duální řízení zde bylo vysvětleno následovně: primář řídí lékaře, hlavní sestra prostřednictvím vrchní sestry bude řídit veškerý ošetrovatelský personál. Při tom musí být zajištěna kontinuita a návaznost lékařské i ošetrovatelské péče. Další diskuze na toto téma jsem v pozdějším období nezaznamenala. Nicméně z organizačního řádu a PPF vyplývá, že **ošetrovatelský personál je řízen ze strany vrchní sestry, která je řízena buď primářem nebo hlavní sestrou, jak již bylo uvedeno.** Na všech pracovištích platí, že musí být o připravovaných změnách primář alespoň informován. Rozbor stavu jednotlivých pracovišť je uveden v podrobných zjištěních.

Kontrola práce ošetrovatelského personálu

Každý člen ošetrovatelského týmu má PPF, ze které vyplývá jeho přímý nadřízený a osoba, která zajišťuje kontrolu. Kontrolu přítomnosti na pracovišti provádí vrchní nebo staniční sestra. Kontrolu vykonané práce ovšem provádí mimo vrchní a staniční sestru také sloužící lékař na oddělení a primář oddělení. Výsledky kontrol zaznamenává vrchní sestra do ročního hodnocení provedených kontrol. Lékaři výsledky kontrol řeší pouze v případě, že dochází k porušení pracovní kázně, nedodržení pracovního postupu či nesplnění ordinace. Pokud dojde k posledním třem jmenovaným událostem, je většinou proveden písemný záznam za přítomnosti staniční a vrchní sestry.

Odměňování ošetrovatelského personálu

Veškerý ošetrovatelský personál je zařazen do platových tarifů dle Nařízení vlády č. 213/2005 ze 7. prosince 2005, kterým se mění nařízení vlády č. 469/2002 Sb. Zároveň mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců

ve veřejných službách a správě. Na každé pracoviště jsou dle přesně stanovených kritérií přiděleny nenárokové složky platu, které jsou zvláště pro ošetřovatelský personál a zvláště pro lékaře.

Pro ošetřovatelský personál má tuto částku k dispozici vrchní sestra, která ji na základě své pracovní náplně čtvrtletně, ve spolupráci se staniční sestrou, rozděljuje jednotlivým pracovníkům. Při tomto finančním hodnocení je brán zřetel především na pracovní výkon, prezentace pracoviště mimo zařízení, další činnosti, které nejsou běžné a bezprostředně nevyplývají z PPF. O způsobu hodnocení jsou všichni pracovníci seznámeni předem a ví, za co jsou finančně ohodnoceni.

Při analýze pracovních náplní vyplynula nejednotnost ve skutečnosti, komu předává vrchní sestra návrhy na odměňování jednotlivých pracovníků. Návrhy jsou odevzdávány hlavní sestře, která kontroluje správnost částky uplatněné pro nenárokové složky. Na některých oddělení rozdělení nenárokové složky dává k předběžnému schválení primáři a až posléze se dostávají k hlavní sestře.

3.1.4 Podrobná zjištění

V této části magisterské práce popisují podrobná zjištění k jednotlivým sledovaným oblastem diagnostiky řízení ošetřovatelského personálu a ošetřovatelské péče. Jelikož proces řízení ošetřovatelského personálu bezprostředně souvisí s organizačním řádem, popisují obě tato témata souběžně.

Proces řízení ošetřovatelského personálu

Do roku 1999 byl ošetřovatelský personál řízen čistě ze strany primářů prostřednictvím vrchní sestry. Jak je zmíněno v hlavních zjištěních, pokus o duální řízení byl poprvé učiněn v roce 1999. První oddělení přímo řízené hlavní sestrou, byla v roce 1995 domácí péče. Na tomto oddělení dodnes pracují pouze všeobecné sestry bez účasti lékaře na přímé péči o pacienty. I z tohoto důvodu si žádný z primářů nenárokoval vedení tohoto oddělení. Organizační struktura je znázorněna v příloze č. 1.

Do 1. 2. 2000 byla hlavní sestrou přímo řízena sociální sestra, která, na základě rozhodnutí vedení, přešla pod přímé vedení vrchní sestry LDN, kterou řídil primář. Tato situace vyplynula z potřeby oddělení LDN, které sociální sestru využívalo nejvíce ze všech lůžkových stanic.

V roce 2001 se vedení nemocnice začalo opět zabývat problematikou duálního vedení v souvislosti se vznikem centrální sterilizace (CS). Vrchní sestra tohoto oddělení byla od 1. 4. 2001 řízena hlavní sestrou. Byl to druhý úsek v nemocnici, kde nepracovali lékaři, tudíž tento systém řízení ošetrovatelského personálu nebyl odmítán ze strany primářů.

V listopadu stejného roku byla bez jakékoliv změny v organizační struktuře provedena změna na oddělení LDN, které bylo první s uplatněním duálního řízení personálu. Léčebná péče byla řízena ze strany primáře a ošetrovatelská péče ze strany hlavní sestry. Tato skutečnost je zanesena pouze v PPF vrchní sestry LDN, není zanesena do organizačního řádu, kde je první zmínka o řízení vrchní sestry LDN ze strany hlavní sestry až v roce 2005. Organizační uspořádání řízení ošetrovatelského personálu je znázorněno v příloze č. 2.

Zásadní organizační změna v organizaci poskytování léčebné a ošetrovatelské péče byla provedena na oddělení ORL a urologickém oddělení (OR 0103). Na základě analýzy obložnosti, poskytované péče, obsahu strategického plánu rozvoje nemocnice a zadání zřizovatele, dospělo vedení nemocnice k rozhodnutí sloučit obě uvedená lůžková oddělení. V navrhované struktuře zůstaly u obou oborů samostatné specializované ambulance. Léčebná i ošetrovatelská péče byly poskytovány na jedné lůžkové stanici. Tato stanice začala fungovat od 1. 10. 2001 a byla pojmenována Společný lůžkový fond chirurgických oborů (SLFCH I).

Realizace této změny si mimo jiné vyžádala restrukturalizaci práce ošetrovatelského personálu, jelikož byly kladeny podstatně větší nároky na bezpečnost používaných postupů, při kterých nesmělo dojít k nežádoucímu přenosu nemocničních nákaz.

Součástí této změny bylo snížení ošetřovatelského personálu, které bylo důsledkem snížení počtu lůžek z původních 60 na aktuálních 31. Z tohoto důvodu došlo ke snížení 5,5 pracovních míst SZP a PZP. Na pozici vrchní sestry tohoto oddělení bylo vypsáno výběrové řízení, ze kterého vzešla současná vrchní sestra. Jelikož se jednalo o dva obory, byla na základě rozhodnutí vedení nemocnice řízena ze strany hlavní sestry, aby nedocházelo k řízení třemi vedoucími pracovníky (primář ORL, primář urologie a hlavní sestra).

S časovým odstupem byla tato změna, dle sdělení vedoucí personalistiky a zprávy poskytnuté zřizovali na konci roku 2002, vyhodnocena jako efektivní. Z pohledu ekonomiky došlo ke značným (1 mil Kč ročně) finančním úsporám vynaloženým na platy personálu. Z hlediska fungování ošetřovatelského personálu došlo ke sjednocení používaných postupů v péči o pacienty dvou chirurgických oborů. Grafické znázornění organizační struktury řízení, platné po provedení výše popsané restrukturalizaci, je v příloze č. 3.

Na základě předběžné ekonomické analýzy, tlaku ze strany zřizovatele a zdravotních pojišťoven, bylo na poradě vedení a strategické radě dne 15. 1. 2002 rozhodnuto o vytvoření druhého SLFCH se zaměřením na ortopedii a traumatologii (ZPV 3/2002). Toto oddělení vzniklo 15. 2. 2002. Byl to další krok k duálnímu vedení, kdy staniční sestra oddělení byla řízena hlavní sestrou (ZPV 5/2002).

Bezprostředně s touto změnou souvisí prvotní uzavření chirurgické lůžkové stanice C, která měla 30 lůžek a tím uvolnění kapacity pro 24 lůžek ortopedických a traumatologických. Druhým důvodem bylo uzavření očního oddělení na víkend, tudíž toto oddělení poskytuje péči pouze pro krátkodobé hospitalizace od pondělí do pátku. Část lůžkové kapacity SLFCH II je využívána pro urologické, ORL a oční pacienty. Součástí rozvojového plánu nemocnice bylo rozšíření ambulantních výkonů a chirurgických výkonů s krátkodobou hospitalizací (např. oční oddělení).

Tato organizační změna s sebou přinesla další snížení počtu ošetřovatelského personálu o 4 pracovní úvazky a zvýšení využití chirurgických lůžek. Obě změny přispěly k ekonomické stabilizaci zařízení.

Byť při obou prezentovaných změnách bylo zrušeno 9,5 pracovních pozic z řad ošetrovatelského personálu, nebyl žádný z pracovníků propuštěn. Buď byli přemístěni na jiné provozy a nebo bylo využito přirozeného úbytku personálu v podobě odchodu do starobního důchodu nebo mateřskou dovolenou.

K další změně v řízení ošetrovatelského personálu došlo při sjednocení řízení na centrálních operačních sále (COS) a CS. Úsek CS byl převeden pod COS řízené úsekovou sestrou tohoto oddělení (UPV 4/38/2002). Tato vedoucí pracovnice byla v roce 2002 řízena vedoucím lékařem COS.

Přestože veškeré změny, které byly provedené v I. pololetí 2002 byly zaznamenány do organizačního řádu, v PPF vrchní sestry COS je ještě v polovině roku 2003 uveden jako nadřízený pracovník vedoucí lékař centrálních operačních sálů. V PPF je poprvé v pozici nadřízeného pracovníka hlavní sestra uvedena v lednu roku 2004.

Přestože se jedná již o 4. přímo řízenou vrchní sestru ze strany hlavní sestry, ve dvou případech jde o pracoviště, kde pracuje pouze SZP a NZP (domácí péče a COS s CS). V případě SLFCH se jedná o oddělení, kde jsou zastoupeni 2 primáři dvou různých odborností.

Vzhledem k faktu, že kožní oddělení vykazovalo dlouhodobě nízkou obložnost, přistoupilo vedení nemocnice k rozhodnutí uzavřít lůžkovou stanicí a ponechat pouze specializované kožní ambulance. Na interním oddělení mělo být rezervováno 6 lůžek pro pacienty kožního oddělení. Primář tohoto oddělení zodpovídal za provoz ambulancí, úsekovou sestru začala řídit hlavní sestra.

Jelikož se změny slučování odborností osvědčily, již v průběhu roku 2002 v souvislosti s rekonstrukcí JIP interního oddělení začalo vedení nemocnice uvažovat o sloučení interní a neurologické JIP v jedno pracoviště, za současného zrušení následujících pracovních pozic: 1 vrchní, 1 staniční sestry a 3 pracovní pozice z řad SZP a PZP. Tímto krokem mělo dojít k vytvoření SLFIO.

SLFIO v nové podobě bylo zřízeno k 30. 4. 2004 (ZPV 13/2004). Jelikož by zde byla vrchní sestra podřízena opět dvěma primářům, bylo přistoupeno k řízení ze strany hlavní sestry. K změně v PPF došlo k datu 1. 6. 2004.

K datu 15. 6. 2005 bylo převedeno řízení vrchní sestry ortopedického oddělení z primáře na hlavní sestru (RA01 2005). K této skutečnosti nedošlo pod vlivem reorganizace jednoho nebo více oddělení.

Vývoj počtu ošetřovatelského personálu v kategorii SZP, NZP a PZP, na kterém se podílejí především popsané změny je popsán v příloze č. 4. Vývoj obloženosti a průměrné délky hospitalizace je zobrazen v příloze č. 5 a 6.

Schvalování dovolené a pracovního volna

Problematika schvalování dovolené, studijního, pracovního a náhradního volna byla řešena již v roce 1999 (ZPV 6.9.1999), kdy porada vedení stanovila pravomoc primáře, který dovolenky vrchních sester uděluje, podepisuje a schvaluje. Hlavní sestra schválení dovolené dostává na vědomí.

V únoru 2006 měla povinnost kontroly a schvalování dovolenek, pracovního, studijního a náhradního volna všem vrchním sestřím hlavní sestra (PPF hlavní sestra). Vrchní sestry již žádosti nepředkládají primáři. Nejasnost se v této oblasti projevila při rozhovoru s vedoucí farmaceutickou asistentkou lékárny, která nevěděla, komu má dávat ke schválení a podpisu dovolenku a měsíční pracovní výkaz. Během prvních měsíců v roce 2006 se opakovaně stalo, že jak dovolená, tak výkaz byl podepsán primářkou a již nebyl vůbec předložen ke schválení hlavní sestře.

Paradoxně se při vedeném rozhovoru zeptala:

„Komu mám teď dávat ke schvalování dovolenku a pracovní výkaz? Vám nebo paní magistře?“ (Rákosníková, březen 2006)

Vrchní sestra chirurgického oddělení na dotaz, kdo v minulosti schvaloval její dovolenku či jiné volno, odpověděla následovně:

„Ze začátku jsem dávala dovolenku primáři, ale asi měsíc po mém jmenování do funkce vrchní sestry, chtěl dovolenou pouze nahlásit. Žádnou dovolenku dále k podpisu nevyžadoval a podepisovala ji hlavní sestra.“ (Krčková, únor 2006)

Vrchní sestry mají (PPF vrchní sestry) předkládat dovolenky ke schvalování hlavní sestře.

Hodnocení pracovníka

První pokus o zavedení pravidelného písemného hodnocení pracovníků byl proveden v roce 1999 (ZPV 3.11.1999). V žádném osobním spisu nebylo hodnocení nalezeno. V osobních kartách jednotlivých zaměstnanců z řad ošetrovatelského personálu byly nalezeny krátké hodnotící záznamy nadřízených pracovníků, ty byly vázány na přeřazení či odchod pracovníka z daného oddělení.

V roce 2004 byla na základě platové směrnice stanovena povinnost nadřízeného pracovníka vést záznamy z hodnotících pohovorů. Vedlejším přínosem vedení rozhovorů je stimulace pracovníků.

Vrchní sestry všech lůžkových oddělení, ať jsou řízeny primářem nebo hlavní sestrou, hodnotí hlavní sestra (PPF vrchní sestry). Nejhorší hodnocení, které obdržela vrchní sestra, byl stupeň průměrný/á a nejlepší stupeň nadprůměrný/á.

Z vrchních sester komplementu byly hlavní sestrou hodnoceny vedoucí pracovnice oddělení ONM, RDG, HTO, byť jsou všechny řízeny primářem. V jednom případě byla pracovnice hodnocena jako nadprůměrná a ve dvou případech jako průměrné. Zbývající 3 vrchní sestry – oddělení patologie, mikrobiologie a OKB, byly hodnoceny přímo nadřízenou osobou, tedy primářem. Zde bylo hodnocení ve 2 případech vynikající, bez jakýchkoliv dalších podnětů pro osobní rozvoj a v 1 případě nadprůměrné s podnětem k rozvoji schopnosti delegování pravomocí.

Vrchní sestra (HTO) projevila s odstupem času nesouhlas s navrženým hodnocením ze strany hlavní sestry, která navrhla stupeň průměrný/á. Při diskuzi se svými kolegyněmi (OKB, patologie) se dozvěděla, že jsou hodnoceny stupněm vynikající. Nespokojenost projevila, přestože s dřívějším hodnocením souhlasila, což stvrdila svým podpisem. Zde se poprvé projevil fakt, že v hodnocení vrchních sester primáři byly zmiňovány především jejich odborné schopnosti, k manažerským se primáři nevyjadřovali.

Hlavní sestra se při svém hodnocení zaměřila na odborné schopnosti, které byly ve všech případech hodnoceny minimálně nadprůměrně, koresponduje s tím fakt, že odborné schopnosti a znalosti jsou jedním z hlavních kritérií při

výběru vrchní sestry. Druhým aspektem hodnocení jsou manažerské schopnosti, kde byly sestry většinou hodnoceny jako průměrné.

Z vrchních sester lůžkových oddělení byla 1 hodnocena stupněm vynikající, 9 stupněm nadprůměrný/á a 6 stupněm průměrný/a..

Odměňování ošetrovatelského personálu

Do roku 2001 byl plat většiny zaměstnanců tvořen tarifní mzdou, rizikovými a směnnými příplatky, osobním ohodnocením a mimořádnými odměnami. Ty byly přidělovány na základě zvláštního plnění úkolů. První tři složky platu byly přidělovány na základě platové směrnice č. 4/2001. Další dvě složky navrhovala vrchní sestra primářka a hlavní sestřka. V roce 2001, vzhledem k aktuální ekonomické situaci nemocnice, zasedala mzdová komise (ZPV 10/2001), která navrhla snížení a následné přerozdělení osobních příplatků dle jednotlivých kategorií a oborů vzhledem k počtu lůžek, obloženosti a jejich náročnosti.

K další změně v odměňování došlo v roce 2002 na základě jednání porady vedení (ZPV 31/2002), kdy bylo sníženo osobní ohodnocení na 50% a zůstalo v rukou vedoucích pracovníků k přerozdělení na základě hodnocení jednotlivých zaměstnanců.

V roce 2003 zadal požadavek KÚ OK na snížení osobních nákladů, tudíž došlo k dalšímu 50% snížení osobních příplatků. Původně se mělo jednat o termínované snížení do konce roku 2003, ale k návratu na původní částku již nedošlo. Na jednotlivá oddělení byla přiznána částka pro ošetrovatelský personál na základě kvantitativního ukazatele ošetrovatelské zátěže a kvalitativních ukazatelů jako jsou: výskyt dekubitů, pády pacientů a nozokomiální nákazy. Nedílnou součástí hodnocení se postupně stala také aktivní a pasivní přítomnost na vzdělávacích akcích, spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, výskyt stížností a pochval na ošetrovatelský personál.

Koeficient u hodnoceného oddělení je každé pololetí přepočítáván a stanoven na základě aktuálně platných výsledků. Stanovená částka je v současné době v rukou vrchních sester. Vrchní sestry jsou odměňovány a hodnoceny hlavní sestrou. Tito vedoucí pracovníci jsou jediní, kteří mají v současné době u ošetrovatelského personálu osobní ohodnocení a každé čtvrtletí dostávají

individuální odměny, jejichž výše záleží na výsledcích oddělení, plnění úkolů a mimořádné aktivitě či činnosti navíc. Hodnocení jednotlivých pracovníků bezprostředně navazovalo na individuální písemné půlroční hodnocení pracovníků a vedení jejich osobního rozvoje.

Přestože došlo k uvedeným restrikcím v odměňování personálu, díky postupnému navyšování tarifního platu a pravidelnému individuálnímu hodnocení jednotlivých pracovníků, nedošlo během sledovaného období k výraznému snížení platu. K mírnému snížení sice došlo v roce 2004, to se však během následujících let srovnalo. Vývoj platových poměrů pracovníků je zobrazen v příloze č. 7.

Někteří pracovníci z řad ošetřovatelského personálu byli navíc hodnoceni manažerkou jakosti za činnost, kterou prováděli v souvislosti s certifikací EN ISO 9001 : 2000.

Primářem jsou vrchní sestry odměňovány výjimečně. Jednalo se o odměny v souvislosti s provedenými kontrolami např. ze SUKL, SUJB, Baxter apod. Ošetřovatelský personál nebyl ze strany primáře běžně odměňován.

Vedení osobního rozvoje

Žádný primář nevede cíleně své podřízené z řad ošetřovatelského personálu ke zvyšování vzdělání. Někteří primáři motivují ošetřovatelský personál k účasti na odborných seminářích, školeních apod. Specializační vzdělávání Management pro střední zdravotnické pracovníky, které je povinné pro všechny vrchní i staniční sestry, doporučovala pouze hlavní sestra. Pokud ho nedoporučila, měli vedoucí pracovníci možnost studovat na své náklady a ve svém volnu.

V roce 1998 vzdělávání SZP dominantně zajišťovala personalistka, přičemž primáři na oddělení stanovili plán vzdělávání (ZPV 20.4.1998). Opět se touto problematikou zabývala porada vedení v roce 1999 (ZPV 4.1.1999). Členové vedení – hlavní sestra, informatik, personalistka a právník, měli předložit přehled vzdělávání rozložený dle jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků a druhů vzdělávání. Paradoxně se tím nezabývali primáři, kteří byli od roku 1998 odpovědní za plánování vzdělávání u ošetřovatelského personálu.

Jelikož náklady na vzdělávání nebyly nízké, byly na základě rozhodnutí porady vedení stanoveny limity na vzdělávání pro jednotlivá oddělení (ZPV 11.1.1999). Tento systém je v obdobném způsobu veden dodnes, kdy se při tvorbě rozpočtu stanovují limity na vzdělávání pro následující rok na základě požadavků jednotlivých oddělení. Tyto limity jsou zvláště pro lékařský a zvláště pro ošetrovatelský personál a jsou odděleny pro zvyšování a prohlubování vzdělání.

Evidencí pomaturitní specializace sester je pověřena hlavní sestra (UPV 5/6/2001). Nicméně, jak ukazují jiné interní dokumenty (UPV 10/10/2001), přestože je evidence hlavní sestrou vedena, jsou zařazení do prohlubování vzdělání u ošetrovatelského personálu i nadále projednávány na poradě vedení.

V roce 2002 byla vydána organizační směrnice č. 11/2002, která upravuje pravidla pro vzdělávání. Směrnice garantuje péči zaměstnavatele o zvyšování vzdělání a kvalifikace ošetrovatelského personálu, za které odpovídá hlavní sestra. Pracovníci personálního úseku odpovídají za profesní růst ostatních zaměstnanců. Z výše uvedeného dokumentu také vyplývá, že zaměstnanec žádá, nadřízený vedoucí navrhuje, pracovníci úseku vzdělávání a hlavní sestra předkládají a ředitel schvaluje plány vzdělávání zaměstnanců.

Dne 13. 4. 2004 bylo na poradě vedení rozhodnuto o přidělení limitů nejen na vzdělávání pro jednotlivá oddělení, ale také na cestovné, které s touto tematikou bezprostředně souvisí. Stanovení limitů také přispělo k tomu, že rozdíl mezi čerpanou částkou na vzdělávání v roce 2003 a 2004 byl 150 tisíc. Tento krok vedl ke zprůhlednění čerpaných financí a stanovení pravidel, jejichž dodržování bylo nadále vyžadováno a kontrolováno ze strany personálního odboru pro lékaře, nebo ze strany hlavní sestry u ošetrovatelského personálu. Na téže poradě bylo rozhodnuto, že v případě přečerpání limitů na vzdělávání, bude přečerpaná částka uhrazena z položky, která slouží jako nenároková složka platu pro danou kategorii zdravotnického personálu (UPV 65/23/2005).

Od roku 2004 je vzdělávání zdravotnických pracovníků dále upravováno také zákonem č. 96/2004 Sb. o vzdělávání zdravotnických pracovníků nelékařských oborů. Dle této zákonné úpravy je každý zdravotnický pracovník

povinen se celoživotně vzdělávat. Všichni vedoucí pracovníci ošetrovatelského personálu v Nemocnici Přerov jsou povinni mít dle uvedeného zákona osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného.

Plánování a zavedení změn ve vedení ošetrovatelského personálu

Na oddělení chirurgie a očním primáři většinou souhlasí po předchozím informování s připravovanou změnou v práci ošetrovatelského personálu. Na interních odděleních, LDN, neurologii a dětském oddělení primáři u významných změn vyžadují nejen vlastní souhlas, ale vždy chtějí mít možnost do prováděných změn cíleně zasahovat.

Na pracovištích komplementu menšího typu (OKB, ONM, patologie, mikrobiologie) do řízení změn zasahují primáři. Na pracovišti OKB není možno provést změnu v práci personálu, i menšího rázu, bez předchozí konzultace a schválení primářky. Podobná situace je i na některých lůžkových odděleních, jako např. ARO a SLFCH I.

Pokud je změna plánována shora, tedy z vedení nemocnice, postup je vždy konzultován jak s primáři, tak vrchními sestrami. Pokud je to potřeba, konají se briefingy i se zaměstnanci oddělení (UPV 6/25/2001, 7/25/2001, 3/28/2001).

Kontrola práce oš. personálu

O nutnosti kontrol ze strany ošetrovatelského personálu se diskutovalo již na poradě vedení, kdy byla vítána zástupcem z řad primářů, který se v tom období účastnil porad vedení nemocnice (ZPV 17.5.1999). Jiná situace nastala ve chvíli, kdy se uvažovalo o pravidelných kontrolách prováděných ze strany vrchních sester na základě pravomocí delegovaných z pozice hlavní sestry, o kterých se velmi diskutovalo především mezi primáři. Tyto diskuze měly vliv na stanovení kontrolního systému nemocnice. První kontrolní řád začal v nemocnici platit 3. 7. 2000. Dle tohoto dokumentu byla nejčastěji kontrola zaměřena na oblast řídicí činnosti, efektivního využívání zdrojů a majetku. O každé provedené kontrole je zpracován zápis, který je archivován u právníčky.

Kontrolní řád stanovuje termín běžná kontrola, která je, podle tohoto dokumentu, prováděna vedoucími pracovníky v jimi řízených útvarech. Běžná

kontrola slouží vedoucím zaměstnancům pro řízení svěřených útvarů nebo pro poskytování informací nadřízeným.

Dalším důležitým prvkem stanoveným kontrolním řádem je tématická kontrola, která zabezpečuje komplexní prošetření určitých jevů, procesů nebo činností a je prováděna jak vedoucím oddělení právního a zaměstnaneckého, tak vedoucími zaměstnanci zpravidla na základě rozhodnutí ředitele. Tématickými kontrolami byly delegovány vrchní sestry hlavní sestrou. Na základě vypracovaného protokolu, který je výstupem provedené kontroly, jsou vedoucím zaměstnancem navržena opatření a popsán způsob jejich následné kontroly.

Proces řízení a organizace péče o pacienta

Již v roce 1999 byl na interním, neurologickém, chirurgickém oddělení a SLFCH I zaveden systém ošetřovatelské péče formou primárních sester. Z interní dokumentace (kniha příjmů, ošetřovatelská dokumentace) i vedených rozhovorů však vyplývá, že se jedná o modifikovaný systém péče skupinové.

Ne všichni primáři však znají smysl skupinového systému ošetřovatelské péče a přijímají jej.

Primář ORL na jeho adresu říká:

„Něco takového tady nepotřebuji, nevidím důvod k zavádění takových nesmyslů, kdy sestry jenom papírují a nepracují!“ (prim. Jelínek)

S podobnými odpověďmi se setkávaly sestry i v počátku zavádění změny práce ošetřovatelského personálu a konkrétně primář ORL neustále usiluje o zrušení tohoto systému. Toto tvrzení je v rozporu s koncepcí ošetřovatelství ministerstva zdravotnictví (Věstník ministerstva zdravotnictví ČR září 2004), které vyžaduje poskytování ošetřovatelské péče buď formou skupinové péče nebo formou primárních sester.

Další oblastí, na kterou jsem se zaměřila, byla evidence dekubitů a pádů. Nejlépe byla vedena tato evidence na oddělení LDN, chirurgii a ortopedii. V případě SLFCH I jsem zjistila absenci záznamů v NIS u přijatých pacientů

v posledních 24 hodinách. Pacienti, u kterých se vyskytla některá z uvedených mimořádných událostí, měli dokumentaci v pořádku.

Na oddělení ARO jsem zjistila naprosté nejasnosti ve vedení dokumentace, ve způsobu vedení a sledování těchto mimořádných událostí. Z rozhovorů vyplynula skutečnost, že záznamy provádí pouze staniční sestra a její zástupkyně. Zde dochází k absenci záznamů během víkendů, jelikož záznam musí být dle standardního ošetrovatelského postupu u pacienta provedeny nejpozději do 24 hodin od přijetí. Celou skutečnost je možno zpětně vysledovat také v NIS, kde je zaznamenáno datum příjmu pacienta i čas provedeného záznamu.

Ošetrovatelský personál uváděl různé pokyny pro vedení evidence. Při dotazování u vrchních sester jsem zjistila, že informace o způsobu evidence byly předávány na poradě hlavní sestry, výkonný personál tyto informace obdržel různými způsoby.

V případě vedení ošetrovatelské dokumentace jsem nenalezla zásadní rozdíly, což bylo způsobeno především jednotnou ošetrovatelskou dokumentací na všech lůžkových stanicích. Rozdíl byl nalezen především ve vedení knihy příjmů a propuštění pacientů, v knize plánovaných vyšetření apod. Na interním oddělení jsem zjistila dvojí způsob zaznamenávání údajů, což navyšovalo administrativu a ubíralo čas personálu, který jinak mohl věnovat např. pacientům.

Odborné výkony jako převaz rány, záznam EKG a péče o endotracheální nebo tracheostomickou kanylu byly většinou vykonávány dle stanovených standardních postupů, které jsou závazné pro veškerý ošetrovatelský personál a jsou zveřejněny v NIS. Pokud byly nalezeny odchylky, vyplývaly z individuálního zdravotního stavu jednotlivých pacientů.

V rámci všech pracovišť jsem se zaměřila na aktuální problém vycházející z nové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Středem mého zájmu bylo především používání jednorázových pomůcek a jejich následná

resterilizace. V tomto pracovním postupu jsem našla spoustu nejasností. Nezřídka byly postupy používány téměř protizákonně. Zde se projevilo nejasné stanovisko ze strany hlavní sestry a nedůslednost v kontrole. Podstatně závažnější přestupky byly nalezeny na interních oborech než chirurgických, kde na dodržování sterility byl kladen vždy vyšší důraz.

3.1.5 Doporučení

Na základě provedené diagnostiky jsem stanovila doporučení, které by měla vést ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče a napomoci ke změnám organizační kultury. Jednotlivá doporučení jsou adresována k realizaci jak vedení nemocnice, tak jednotlivým členům, především hlavní sestře. Jelikož mnoho diagnostikovaných oblastí se týká procesu řízení vrchních sester, týkají se i hlavní doporučení sjednocení této činnosti.

Navrhovaná doporučení:

1. Vzhledem k prokázanému nejednotnému vedení vrchních sester, které je v současné době realizováno buď ze strany primáře nebo hlavní sestry, vždy za metodického vedení hlavní sestry, navrhuji **sjednotit způsob řízení vrchních sester**. Řízení by mělo být provedeno nejlépe ze strany hlavní sestry s přihlédnutím k současným trendům v ošetrovatelství. Je možné využít i dalších způsobů řízení ošetrovatelského personálu, než pomocí vrchních sester, přičemž může být použito řízení např. prostřednictvím sester - manažerek pro klinické obory. Do systému řízení jednotlivých pracovníků zapracovat cílené vedení osobního rozvoje ze strany nadřízeného pracovníka.
2. Vzhledem k nejasným pravidlům kontroly vrchních sester, navrhuji zavést systém kontrol ze strany nadřízeného pracovníka. Pravidla kontroly by měla splňovat podmínky platného kontrolního řádu 3/2005.
3. Jelikož jsou v nemocnici ošetrovatelské standardy již z roku 2004, navrhuji vytvoření týmu, který se bude zabývat problematikou revize a

tvorby ošetrovatelských standardů dle nejnovějších poznatků jak z oblasti ošetrovatelství, tak léčby.

4. Vzhledem ke skutečnosti, že jsou při ošetřování pacientů používány nesprávné postupy, navrhuji provedení hloubkové kontroly na oddělení CS a jednotlivých lůžkových stanicích, zaměřené na resterilizaci jednorázových pomůcek. Dále navrhuji provést ekonomickou analýzu používaných postupů a realizovat nápravu ve smyslu naplnění zákona 195/2005 Sb.
5. Na radě pro ošetrovatelství doporučuji znovu otevřít otázku sledování mimořádných událostí, kterými jsou dekubity a pády. Je třeba opětovně stanovit pravidla sledování a informovat o nich všechny odpovědné pracovníky. Vhodné by bylo připravit ucelený studijní materiál, který by byl k dispozici na intranetu Nemocnici Přerov. Již zavedený systém kontrol vrchních sester na jednotlivých odděleních by měl být revidován a zaměřen mimo jiné také na mimořádné události a jejich prevenci.
6. Přestože je v Nemocnici Přerov ucelený systém vzdělávání, není zde nastoleno vedení účelného osobního rozvoje, včetně poskytnuté zpětné vazby. Vzhledem k tomu, že ošetrovatelský personál patří mezi pomáhající profese, měla by se organizace zabývat také možnostmi zavedení supervize, ať již případové (ARO, LDN, JIP), individuální nebo skupinové (ošetrovatelský personál jednotlivých lůžkových stanic). U vedoucích pracovníků by neměla být opomenuta manažerská supervize.

Během celého procesu je nutná spolupráce všech článků řízení ošetrovatelského personálu, včetně řadových sester. Neměla by být opomenuta účast manažerky kvality.

3.2 Plánování změny

Na základě doporučení provedené diagnostiky v řízení ošetrovatelského personálu i ošetrovatelské péče byl na poradě vedení nemocnice vznesen personalistkou a hlavní sestrou požadavek na stanovení nové koncepce řízení ošetrovatelského úseku, která by měla principy v mnou prezentované koncepci při výběrovém řízení.

Mezi hlavní důvody, které stály u zrodu tohoto dokumentu, patřila nejednotnost v řízení ošetrovatelského personálu prostřednictvím primářů nebo hlavních sester. Schematický popis způsobu řízení je znázorněn v příloze č. 8. Dvojaký způsob řízení ošetrovatelské péče vedl k nejednotnému hodnocení jak vedoucích, tak řadových ošetrovatelských pracovníků. Současně byla pacientům poskytována péče rozdílné kvality, což se projevilo např. v počtu mimořádných události a nejednotnosti ošetrovatelských postupů. Dalším důvodem byla snaha vedení nemocnice a jednotlivých oddělení najít systém, který by personál posunul tzv. „k lůžku pacienta“ a na řízení by se podílelo co nejméně zaměstnanců.

3.2.1 Průběh plánování

Dne 28. února 2006 zasedala strategická rada nemocnice a jedním z bodů jednání bylo stanovení změny systému řízení ošetrovatelské péče. Rada se usnesla, že personální oddělení a hlavní sestra vypracují koncepci řízení ošetrovatelského personálu prostřednictvím manažerek - interních a chirurgických oborů, které budou přímo podřízené hlavní sestře, v první etapě změny budou vynechány společné lůžkové a vyšetřovací složky (SLVS). Základ koncepce měla představit hlavní sestra s vedoucí personálního oddělení 7. března 2006 na poradě vedení nemocnice.

Na 1. března 2006 byla svolána vedoucí personálního oddělení pracovní schůzka, na kterou jsme přizvaly vrchní sestru chirurgického oddělení. Na této schůzce byly stanoveny následující úkoly:

- Hlavní a vrchní sestry vytvoří svou představu o procesu řízení chirurgických oborů, zpracují návrh pracovní náplně oborové manažerky, její kompetence v oblasti řízení, kontrolní, odborné,

vzdělávací a provozní. Nedílnou součástí nové koncepce mělo být také splnění 2 – 4 bodu provedené diagnostiky.

- Vedoucí personálního oddělení připraví ekonomickou analýzu plánované změny.

Do připravované změny měly být zapojeny následující oddělení:

- v rámci chirurgických oborů:
 - oddělení chirurgie – stanice JIP, SLFCH II, B a ambulantní úsek,
 - ortopedické oddělení,
 - oční oddělení,
 - SLFCH I – oddělení ORL, urologie,
 - centrální operační sály a centrální sterilizace;
- v rámci interních oborů:
 - interní oddělení – stanice B, C, JIP SLFIO, ambulantní úsek, hemodialyzační oddělení
 - neurologické oddělení,
 - ambulantní úsek kožního oddělení,
 - LDN.

V této fázi byla z celého procesu změny, pro svá specifika, vynechána dětské, porodnicko-gynekologické a anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Na této schůzce byl stanoven časový plán, který je uveden v příloze č. 9. Termín vyhotovení návrhů byl stanoven na 6. březen 2006.

3.2.2 Schvalování plánu

6. březen

Na naplánovanou schůzku se dostavily všechny 3 účastnice – personalistka, hlavní sestra, vrchní sestra chirurgického odd. Hlavní sestra i vrchní sestra představily svou koncepci řízení ošetrovatelského personálu prostřednictvím manažerek chirurgických nebo interních oborů. Z obou koncepcí vzešlo zrušení pracovních pozic vrchních sester. Menší rozdíly byly v názorech na řídicí, kontrolní a personální kompetence a jejich rozdělení mezi manažerku a staniční sestru.

Součástí koncepce bylo zrušení pěti pracovních pozic na odděleních LDN, COS, očním, ortopedickém a SLFCH I, kde by byla zrušena vrchní sestra. Stanovili jsme si podmínku, která spočívala v nutnosti zajištění dostupnosti ošetrovatelské péče i po zrušení těchto pěti pracovních pozic. Koncepce hlavní sestry obsahovala i SWOT analýzu připravované změny. Pro úplnost navrhované koncepce byly stanoveny indikátory změny, mezi které patří:

- snížení mzdových nákladů vyplývajících ze zrušených pracovních míst;
- počet pracovních míst SZP v nemocnici 6 měsíců po zavedení změny;
- ekonomická situace jednotlivých oddělení.

.Vedoucí personálního oddělení přednesla návrh ekonomické analýzy, ze které vyplynul následující návrh:

- Za každé pracovní místo mělo být ponecháno 30% z tarifního platu pro hlavní sestru k pokrytí odměňování ošetrovatelského personálu za zvýšenou pracovní zátěž.
- Zbývajících 70% tarifního platu, příplatky za vedení a nenárokové složky se započítají do úspor nemocnice. V ročním rozpočtu by to pro organizaci znamenalo úsporu cca 1,7 milionu na mzdách.

7. březen

Do porady vedení hlavní sestra sjednotila obě koncepce a připravila k projednání na poradu vedení, kde byl hlavní sestrou a vedoucí personalistkou prezentován výsledek dosavadního průběhu. Koncepce spočívala v záměru vedení ošetřovatelského personálu prostřednictvím manažerek u oddělení, kterých se návrh týkal, v termínu předpokládaného spuštění od 1. května 2006 tak, aby manažerky již mohly řídit jednotlivá oddělení během omezeného provozu.

Vedoucí personálního oddělení sdělila ekonomický návrh. Výsledkem jednání bylo stanovení dokončení koncepce do 28. 3. 2006, kdy měla být vypracována definitivní verze, kterou porada vedení schválí a představí strategické radě nemocnice dne 25. 4. 2006.

Pro úspěšnou realizaci změny byl upřesněn časový plán, který je v příloze č. 10.

28. březen 2006

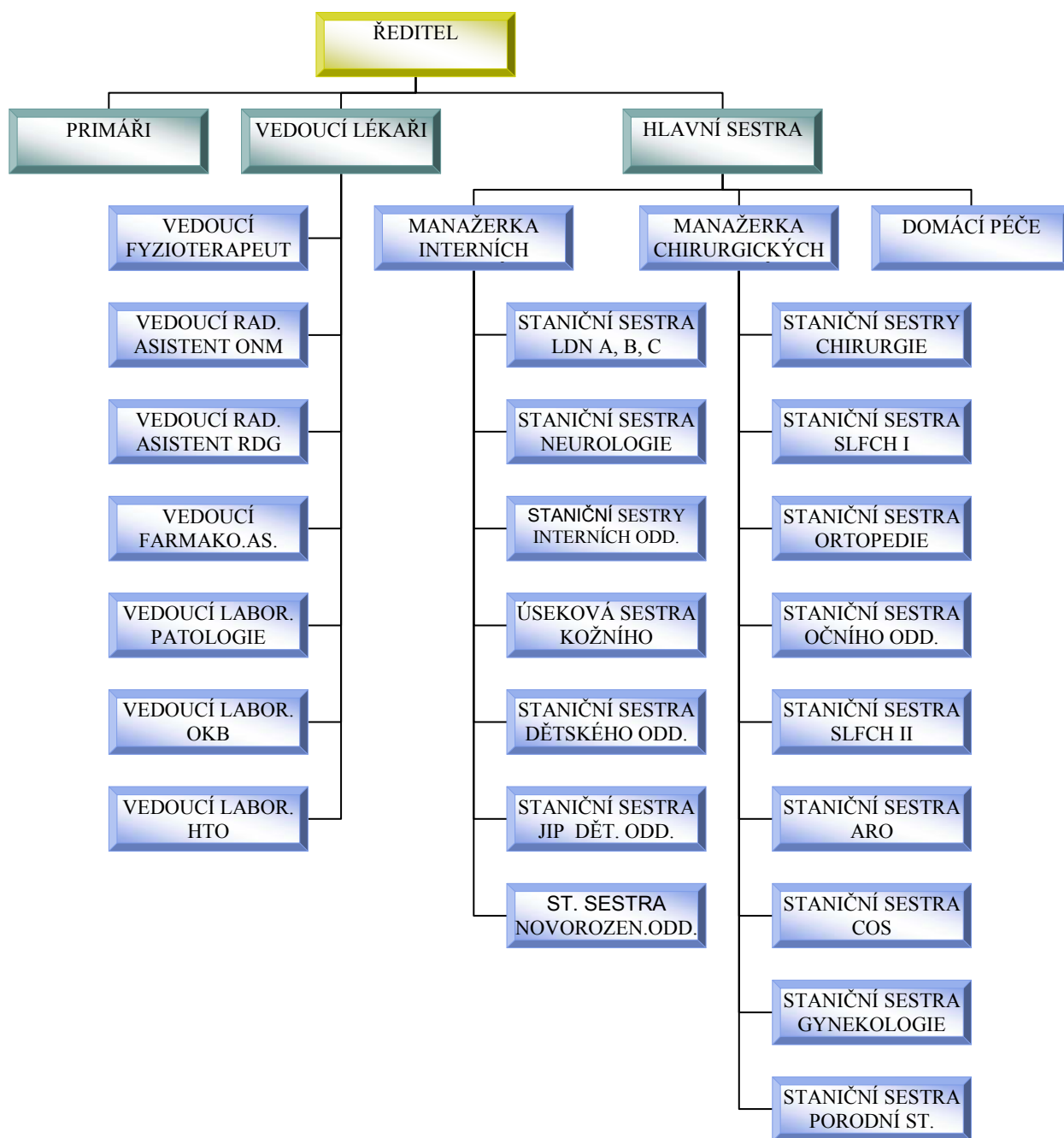
Porada vedení

Do této porady byly dopracovány podrobnosti koncepce, vytvořeny PPF a získána podpora ze strany vrchní sestry SLFIO. Výsledek dosavadního snažení byl prezentován hlavní sestrou na poradě vedení. Jelikož byl v minulých letech přístup členů strategické rady k podobné změně spíše negativní, navrhly hlavní sestra s vedoucí personalistkou provést změnu až k 1. 1. 2007.

Strategická rada

Prezentace plánované změny byla jedním z prvních bodů jednání strategické rady. Návrh změny byl po diskuzi všech členů strategické rady schválen. Důležitou roli zde sehrál názor primáře porodnicko-gynekologického oddělení, který podobný systém práce poznal na bývalém pracovišti. Kladně se vyjádřil i primář interního oddělení, který znal systém práce vrchní sestry, která řídila dvě odbornosti – interní a neurologickou. Díky této podpoře byl pozměněn termín realizace na 1. 9. 2006 a rozhodnutí o začlenění i oddělení dětského, porodnicko-gynekologického a ARO. Organizační struktura po schválení tohoto návrhu je znázorněna na obr. č. 14.

Obr. č. 14 Organizační struktura ošetrovatelského personálu k 1. 5. 2006



3.3 Realizace změny

Po představení koncepce a následném schválení strategickou radou přijalo vedení nemocnice návrh na výběrové řízení na pozice staničních sester na všechny stanice a úseky, kterých se měla dotýkat navržená změna řízení. Celkem bylo na tomto stupni řízení nutno vyhlásit 15 výběrových řízení na staniční či úsekové sestry a 1 výběrové řízení na manažerku chirurgických oborů. Na SLF IO byla pozice vrchní sestry obsazena pouze na dobu rodičovské dovolené, výběrové řízení na manažerku interních oborů bude vypsáno až po skončení rodičovské dovolené vrchní sestry v roce 2008.

Z výše uvedených důvodů bylo nutno upravit **časový harmonogram**:

květen

- vypsání veřejného (Mladá fronta, Přerovsko) výběrového řízení na oborovou manažerku chirurgických oborů,
- vypsání výběrových řízení na staniční sestry – dětské oddělení, LDN,
- konzultace s uchazečkami;

červen

- konzultace s uchazečkami na oborovou manažerku,
- realizace výběrového řízení na oborovou manažerku – asi 20. června 2006,
- realizace výběrových řízení staniční sestry – dětské oddělení, LDN,
- systemizace pracovních míst – LDN, dětské oddělení,
- interní i chirurgická manažerka – koncepce zajištění LSPP po sesterské stránce;

červenec – srpen

- vypsání a realizace výběrových řízení na staniční sestry – COS, ARO, SLFCH I, oční, porodnicko-gynekologického oddělení a chirurgického oddělení,
- konzultace s uchazečkami,
- systemizace pracovních míst – chirurgické obory,
- dořešení eventuálních nejasností v kompetencích, náplních práce;

září

- spuštění zkušebního provozu.

Připravovaná koncepce byla hlavní sestrou prezentována na poradě vrchních sester, radě pro ošetřovatelství a kolegiu primářů v období měsíce dubna 2006. Všichni zúčastnění byli seznámeni se záměrem změny, rámcovou náplní oborových manažer, kompetencemi jak oborových manažerek, tak staničních sester. Po všech prezentacích byl vrchním sestřám i primářům poskytnut prostor pro diskuzi. Do diskuze se zapojily především vrchní sestry lůžkových oddělení, zajímal je dopad změn na jejich platy, náplně práce se zaměřením na konkrétní činnosti.

Zajímavý námět vzešel z porady vrchních sester, které upozornily na fakt, že v ošetřovatelském personálu není zcela zažitý výraz manažerka, který spadá spíše do obchodní sféry.

Během měsíce května byla kompletně dopracována náplň práce na jednotlivé funkce jak oborových manažer, tak staničních sester. Zpracované PPF na pozici manažerky chirurgických oborů a staniční sestru jsou v příloze č. 11. Změny na jednotlivých odděleních byly konzultovány osobně s jednotlivými vrchními a následně s primáři klinických oddělení. Byly zodpovězeny jejich dotazy a hlavní sestra a vedoucí personálního oddělení se snažily zbavit staniční sestry strachu z fungování jednotlivých oddělení.

Finální podoba koncepce byla dne 9. 5. 2006 prezentována na poradě vedení, která ji schválila a dále postoupila strategické radě. Zde byla nová koncepce schválena, což bylo oznámeno na kolegiu primářů, poradě vrchních sester a radě pro ošetřovatelství. Dne 1. 6. 2006 bylo vyhlášeno výběrové řízení na oborovou manažerku chirurgických oborů s následujícími požadavky:

VŠ, ukončené příslušné PSS v oboru, splnění požadavku dle zákona 96/2004 Sb., zdravotní a trestně právní bezúhonnost,, řídicí a organizační schopnosti.

Výběrové řízení se konalo 22. června 2006, kdy byla vybrána 1 uchazečka a doporučena pro jmenování do funkce k 1. 9. 2006. Následně se konalo výběrové řízení na staniční sestry jednotlivých chirurgických oborů ve dnech 27. července a

3. srpna 2006. Dne 29. 6. 2006 proběhla výběrová řízení na interních oborech. Vybrané uchazečky byly jmenovány do funkce staniční sestry také k 1. 9. 2006.

Jelikož z koncepce vzešlo zrušení pracovních míst, zpracovaly staniční sestry dětského oddělení variantu, jak vyřešit tuto problematiku, tak aby nedošlo ke snížení kvality péče. Jelikož JIP dětského oddělení je velmi malé pracoviště, vzešel od vrchní sestry, po konzultaci s primářkou oddělení, požadavek na zrušení pozice staniční sestry JIP. Ošetřovatelský personál byl přiřazen pod vedení staniční sestry standardní lůžkové stanici. Tímto návrhem vznikl prostor pro převedení místa vrchní sestry na místo sestry u lůžka.

Již během měsíce července 2006 začaly manažerky pracovat na naplňování nové koncepce řízení ošetřovatelského personálu. Součástí přípravného období byly pracovní schůzky s jednotlivými primáři, kde byly vyjasňovány veškeré otázky týkající se řízení ošetřovatelského personálu, kontrola ekonomiky jednotlivých oddělení a byl na nich dopracován program pracovních porad na jednotlivých pracovištích.

Vzhledem k připomínkám k pojmenování manažerky ze strany staničních, navrhla konečnou podobu organizační struktury ošetřovatelského personálu vedoucí personálního oddělení. Současnou hlavní sestru navrhla přejmenovat na náměstkyni ředitele pro ošetřovatelskou péči a oborové manažerky nazvala hlavními sestrami chirurgických a interních oborů.

Dne 24. srpna 2006 se konala poslední porada vrchních sester, na které byla definitivní podoba organizačního řádu představena, což byl poslední formální krok před spuštěním celého projektu do praxe.

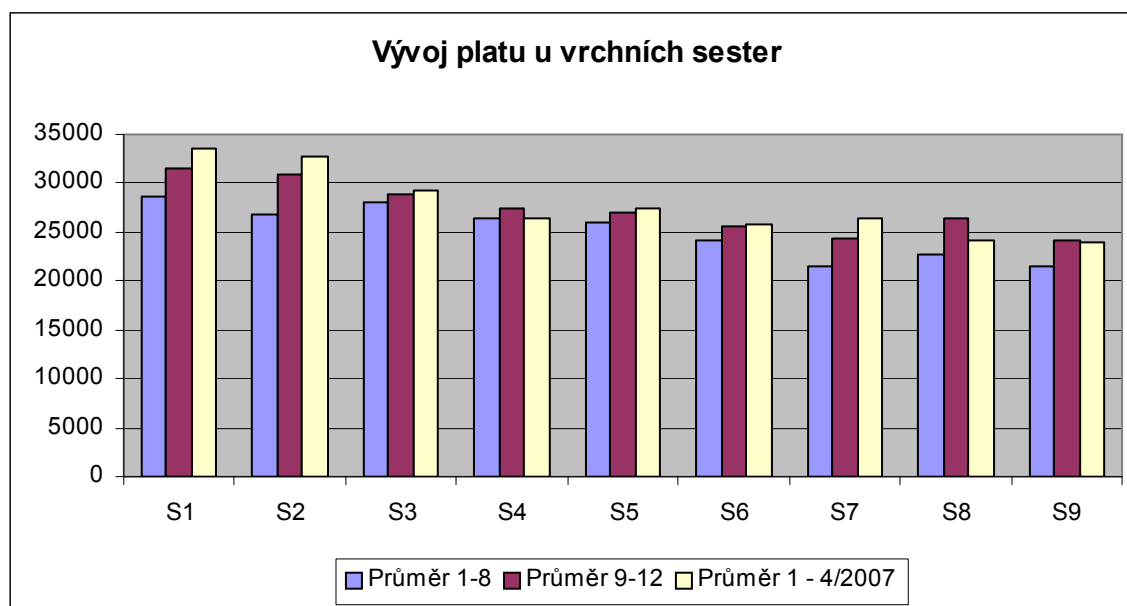
3.4 Vyhodnocení provedené změny

Jelikož se jedná o změnu, kterou je možné vyhodnotit až s dostatečný odstupem času, připojuji ekonomickou analýzu zpracovanou zaměstnanci personálního odboru a dále analýzu vývoje platu u sester, které před změnou zastávaly pozici vrchní sestry a po změně pozici staniční sestry.

Prostřednictvím provedené změny bylo ve finále zrušeno 6 pozic vrchní sestry. Jelikož bylo na jednotlivá oddělení přislíbeno 30% na kompenzaci zvýšeného pracovního úsilí ošetřovatelského personálu, vznikla měsíční úspora na mzdách částka 90 500 Kč včetně odvodů na zdravotní a sociální pojištění. V období září – prosinec 2006 byla tudíž celková úspora na mzdách 362 000 Kč. Rozpočet na platy ošetřovatelského personálu v roce 2007 počítal již se změnou řízení ošetřovatelského personálu.

Nejčastější námitkou proti realizaci změny byla, jak ze strany vrchních sester, tak lékařů, obava z markantního snížení platu vedoucích pracovníků ošetřovatelského personálu. Z provedené analýzy je patrné zvýšení platu u všech pracovníků, které před změnou byly v pozici vrchní sestry a po změně staniční. Na obr. č. 15 je znázorněn průměrný plat jednotlivých vrchních sester v období 1-8/2006 a 9-12/2006. Rozdíl je způsoben přerozdělením nenárokových složek a kompenzací 30% za zrušená pracovní místa. U tří těchto pracovníků došlo k poklesu platu v roce 2007, což je způsobeno především rizikových příplatků na lůžkových odděleních na základě nařízení vlády nařízení vlády č. 567/2006.

Obr. č. 15 Vývoj platu u vrchních sester v období 1-8/06, 9-12/06, 1-4/07



Podstatnou změnu je možno sledovat také v ošetřovatelských postupech. Od září roku 2006 začala aktivně působit pracovní skupina pro tvorbu Ošetřovatelských standardů. Skupina je tvořena zástupci z jednotlivých specializací a její hlavní úkol spočívá v revizi ošetřovatelských standardů, které byly vytvořeny v roce 2004. Vzhledem k jejich neúplnosti bylo nutno je aktualizovat dle nejnovějších poznatků medicíny a především doplnit kontrolní kritéria k auditům, která budou sloužit jako nástroj ke zkvalitnění poskytované péče.

K 15. březnu 2007 bylo na intranetu zveřejněno prvních 16 ošetřovatelských standardů a od 1. 4. 2007 byl zaveden pravidelný audit ošetřovatelských postupů na jednotlivých oddělení. Audit je prováděn na základě plánu kontrol ošetřovatelského personálu sestaveného radou pro ošetřovatelství.

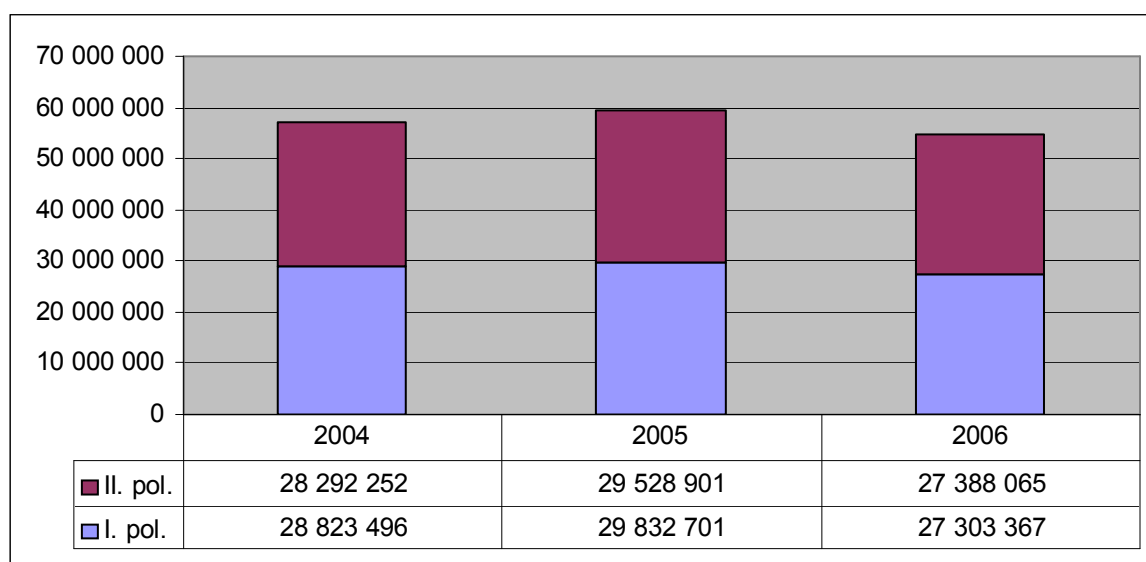
Vzhledem k nejasnostem v používaných postupech sterilizačních metod, zjištěným při diagnostice, přistoupila rada pro ošetřovatelství ke zřízení skupiny zabývající se dezinfekčními a sterilizačními postupy, včetně zajištěním prevence nozokomiálních nákaz. Skupina začala pracovat koncem roku 2006 a jejím cílem je vytvoření dezinfekčního řádu, provozních řádů jednotlivých oddělení a

nastavení účelných postupů směřující k prevenci nozokomiálních nákaz včetně následné kontroly ze strany vedoucích pracovníků ošetrovatelského personálu. Výsledek práce této skupiny by mělo být možno spatřit také na závěr I. pololetí roku 2007, kdy se bude provádět vyhodnocování výskytu nozokomiálních nákaz za každé oddělení. Toto hodnocení provádí nemocniční epidemiolog a slouží jako jedno z kritérií hodnocení managementu zařízení i vedení oddělení.

Dalším cílem této skupiny, který vzešel z diagnostiky, bylo stanovení účelného využívání jednorázových pomůcek, sterilizace a přesných pravidel resterilizací, za účelem snížení nákladů na sterilizaci a minimálního zvýšení nákladů na zdravotnický materiál.

Ve spolupráci se zdravotnickým skladem byla provedena u jednotlivých pomůcek analýza bodu zvratu a rozhodnuto, které pomůcky budou používány striktně jednorázově. Podmínkou byla nutnost přerozdělení limitů na zdravotnický materiál a limitů na sterilizaci. Vývoj nákladů na zdravotnický materiál je znázorněn na obr. 16. Podklady byly dodány ekonomem a nebo převzaty z výročních zpráv.

Obr. č. 16 Vývoj nákladů na zdravotnický materiál 2004 – 2006



4 ZÁVĚR

Hlavním cílem provedené změny bylo sjednocení a zefektivnění řízení ošetrovatelského personálu a zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta. Změna byla dokončena 1. 9. 2006, kdy došlo ke sjednocení řízení ošetrovatelského personálu prostřednictvím hlavních sester chirurgických a interních oborů na všech lůžkových oddělení Nemocnice Přerov, přičemž byla dána staničním sestřím větší míra rozhodování a zodpovědnosti za kvalitu ošetrovatelské péče o pacienta.

V průběhu období září 2006 – březen 2007 nedošlo ke snížení platu u vedoucích pracovníků ošetrovatelského personálu tak, jak se obávali nejen sestry, ale i primáři. Plat u těchto pracovníků průměrně vzrostl ke 30. 4. 2007 o 11%.

Se zavedenou změnou došlo ke snížení ekonomických nákladů na nákup zdravotnického materiálu, což se projevilo především v souhrnu za celé zdravotnické zařízení. Klesající trend se projevil navzdory námitkám na nedostatečné ekonomické limity při přechodu ze zaběhnutého procesu resterilizace na jednorázový materiál.

V září 2006 začala pracovat skupina pro revizi a tvorbu ošetrovatelských standardů. Výsledkem její činnosti je 16 ošetrovatelských standardů, které obsahují i kontrolní kritéria, což odpovídá nejnovějším poznatkům moderního ošetrovatelství.

Přínos provedené změny je možné spatřit také v podstatně pružnější komunikaci, která souvisí nejen se zavedením nízkého rozpětí řízení ošetrovatelského personálu, ale i přechodem z funkční na liniovou strukturu. Proto, aby změna byla skutečně efektivní, je nutno pokračovat v nastartovaném procesu a zahrnout do nového způsobu řízení středního a nižšího zdravotnického personálu také pracoviště společných léčebných a vyšetřovacích složek, které byly prozatím z plánované změny vyjmuty.

LITERATURA:

1. 469/2002 Sb., Nařízení vlády, kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a který se mění nařízením vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění nařízení vlády č. 331/2003 Sb., nařízení vlády č. 398/2004 Sb., nařízení vlády č. 213/2005 Sb. a nařízení vlády 533/2005 Sb.
2. 567/2006 Sb., Nařízení vlády o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí
3. Blažek L.: Organizační struktura a změna. In: Drdla M. a kol.: Organisational Structure and Change. Brno: BIBS, 2006/2007.
4. Brooks I.: Firemní kultura. Brno: Computer Press, 2003
5. Donnelly J. H. jr., Gibson J.I., Ivancevich J.M.: Management. Grada, Praha 2004
6. Drucker, P. F.: Řízení v době velkých změn. Praha: Management Press, 1998
7. Gladkij I.: Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press, 2003
8. Grohar-Murray M.E., DiCroce H.R.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha: Grada, 2003
9. Haškovcová H.: Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku. Brno: IDVPZ, 2001
10. intranet.nempr.cz
11. Ivanová K.: Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Brno: NCONZO, 2006
12. Kadlčík M.: Psychologie a sociologie řízení. Fakulta informatiky a managementu Univerzity Hradec Králové. Hradec Králové 2001, str. 269 – 281
13. Lukášová R., Nový I.: Organizační kultura. Od sdílených hodnot k vyšší výkonnosti. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, 2004.
14. Mikulášová D.: Ošetrovatelství v historii řeholních řádů. Florence 10/2006, str. 13-15
15. Mlýnková J.: Historie ošetrovatelství. Florence 2/2006, str. 25 – 26
16. Mlýnková J.: Historie ošetrovatelství. Florenc 3/2006, str. 15 – 16

17. Mlýnková J.: Historie ošetřovatelství. Florence 4/2006, str. 20 - 21
18. Mlýnková J.: Řád svatého Lazara, Florenc 11/2006, str. 17
19. Mlýnková J.: Významné ženy ošetřovatelství. Florence 6/2006, str. 19
20. Mlýnková J.: Významné ženy ošetřovatelství. Florence 7-8/2006, str. 25-26
21. Paděra J., Drdla M.: Management změn v organizacích, specifika českého prostředí. In: Drdla M. a kol.: Organisational Structure and Change. Brno: BIBS, 2006/2007.
22. Palán J.F., Kotvová H.: Management organizační změny. Česká zemědělská univerzita v Praze. Praha 1999.
23. Rais R.: Analysis of stakeholders. In: Drdla M. a kol.: Organisational Structure and Change. Brno: BIBS, 2006/2007
24. Russel-Jones N.: Management změny. Praha: Portál, 2006
25. Staňková M.: Základy teorie ošetřovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium. Karolinum 1997
26. Škochová D: Od Florece k dnešku. Florenc 1/205, str. 15 – 17
27. Škrla P., Škrlová M.: Kreativní ošetřovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003
28. Toman M.: Řízení změn. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2005.
29. Tóthová V., Volný H.: Dáma s lampičkou. Florenc 5/2006, str. 3-5
30. Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky, září 2004, částka 9, metodické opatření.
31. Webster's Universal College Dictionary. New York: Gramercy Books, 1997
32. Zákon č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů
33. Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
34. Zákon č. 195/2005 Sb., Vyhláška, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provozu zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
35. Zich F.: Úvod do sociologického výzkumu. Vysoká škola finanční a správní, o.p.s., 2004 str. 51

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
COS	centrální operační sály
CS	centrální sterilizace
EKG	elektrokardiografie
HTO	hematologicko-transfuzní oddělení
ICN	Mezinárodní rada sester
JIP	jednotka intenzivní péče
JIP IO	jednotka intenzivní péče interních oborů
KÚ OK	krajský úřad olomouckého kraje
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
NIS	nemocniční informační systém
NZP	nižší zdravotnický pracovník
OKB	oddělení klinické biochemie
ONM	oddělení nukleární medicíny
ORL	otorinolaryngologie
OŘ	organizační řád
PPF	popis pracovní funkce
PSS	pomaturitní specializační vzdělávání
PZP	pomocný zdravotnický pracovník
RDG	radiodiagnostika
SLFCH	společný lůžkový fond chirurgický
SLFIO	společný lůžkový fond interních oborů
SLVS	společné léčebné a vyšetřovací složky
SUJB	státní úřad jaderné bezpečnosti
SUKL	státní ústav kontroly léčiv
SZP	střední zdravotnický pracovník
TQM	komplexní řízení jakosti
UPV	úkol z porady vedení
VŠ	vysoká škola
ZPV	zápis z porady vedení

SEZNAM OBRÁZKŮ

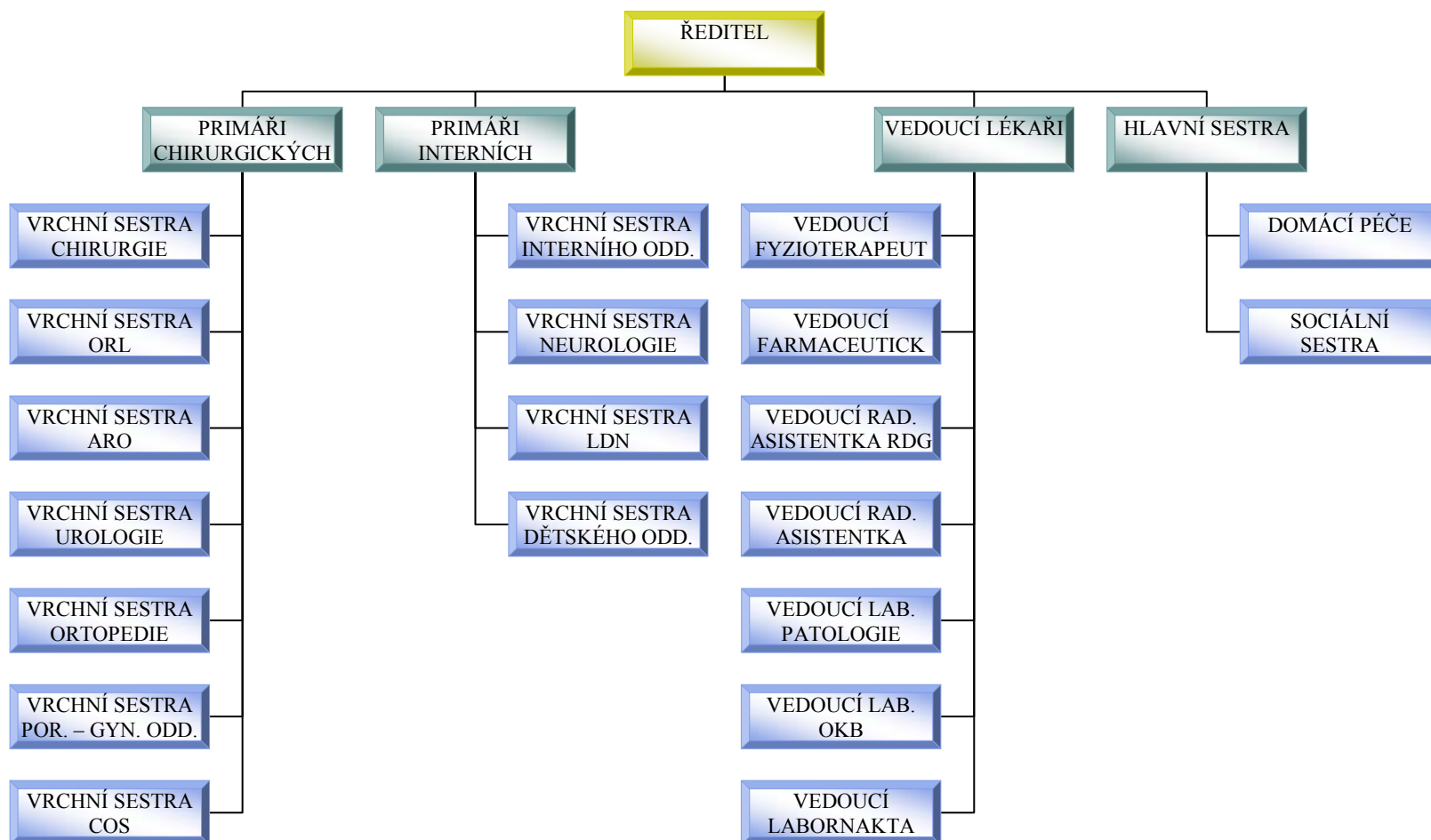
- Obr. č. 1 Znáznornění hierarchické struktury včetně stupňů řízení
- Obr. č. 2 Model struktury činností – seskupení podle principu funkční specializace
- Obr. č. 3 Útvarová struktura dle principu funkční specializace
- Obr. č. 4 Model struktury činností – seskupení dle principu předmětné specializace
- Obr. č. 5 Útvarová struktura dle principu předmětné specializace
- Obr. č. 6 Liniová struktura
- Obr. č. 7 Liniově-štabní struktura
- Obr. č. 8 Maticová organizační struktura
- Obr. č. 9 Proces řízení organizační změny
- Obr. č. 10 Týmový přístup
- Obr. č. 11 Vybrané programy, metody a výsledky organizační změny
- Obr. č. 12 Získávání podpory pro změnu
- Obr. č. 13 Organizační struktura řízení vrchních sester – únor 2006
- Obr. č. 14 Organizační struktura ošetrovatelského personálu k 1. 5. 2006
- Obr. č. 15 Vývoj platu u vrchních sester v období 1-8/06, 9-12/06, 1-4/07
- Obr. č. 16 Vývoj nákladů na zdravotnický materiál 2004 - 2006

PŘÍLOHY

- Příloha č. 1 Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu v roce 1999
- Příloha č. 2 Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu v roce 2001
- Příloha č. 3 Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu k 1. 10. 2002
- Příloha č. 4 Vývoj počtu ošetrovatelského personálu v letech 2003 – 2006
- Příloha č. 5 Vývoj obložnosti v letech 2002 – 2006
- Příloha č. 6 Vývoj počtu ošetrovacích dnů
- Příloha č. 7 Vývoj platu u ošetrovatelského personálu v Nemocnici Přerov 2002 – 2006
- Příloha č. 8 Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu v letech 2004 – 5/2006
- Příloha č. 9 Časový plán k 1. březnu 2006
- Příloha č. 10 Časový plán k 6. březnu 2006
- Příloha č. 11 Vzorový popis pracovní funkce pozice manažerky chirurgických oborů a staniční sestry
- Příloha č. 12 Projekt magisterské práce

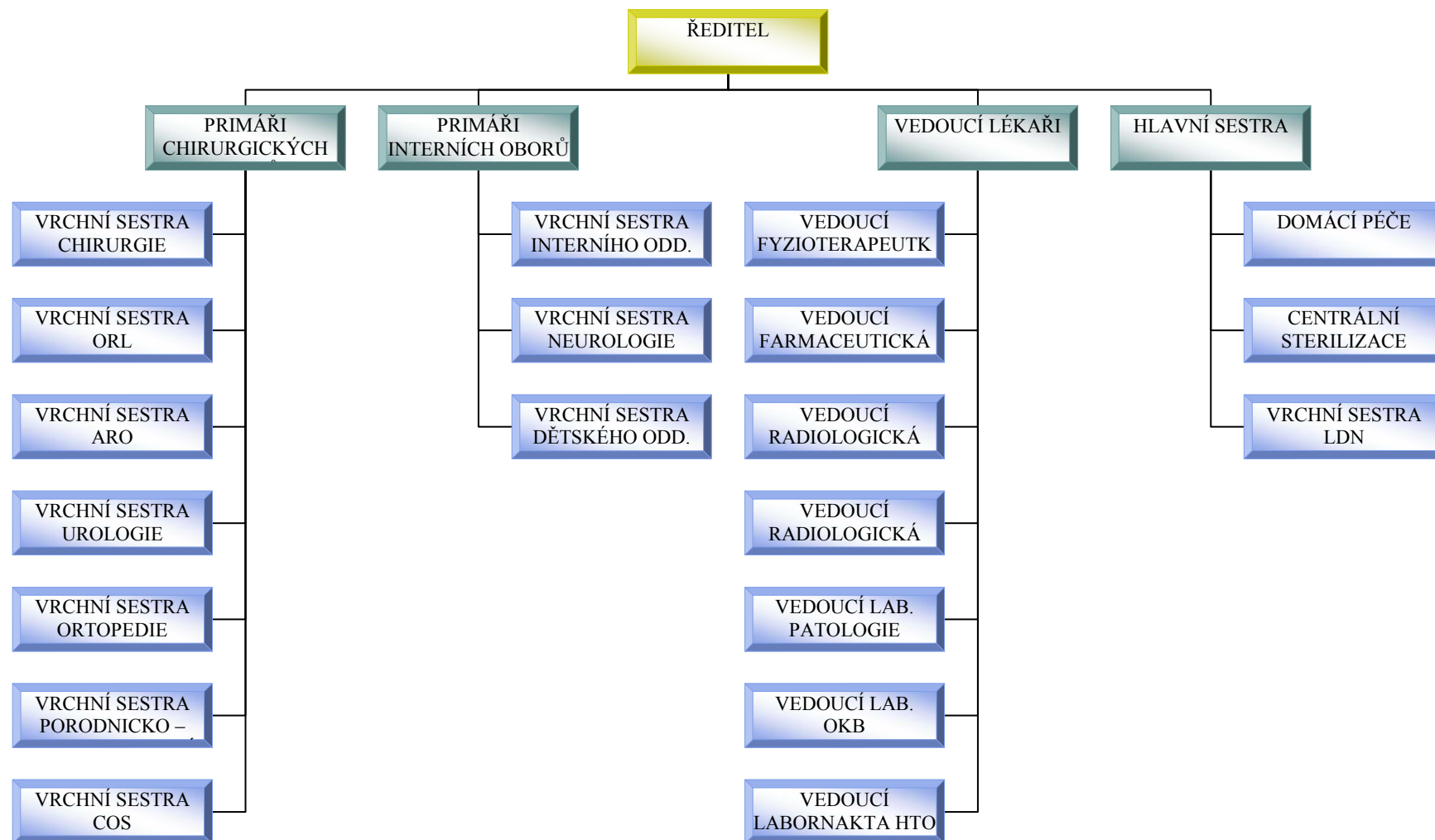
Příloha č. 1

Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu v roce 1999



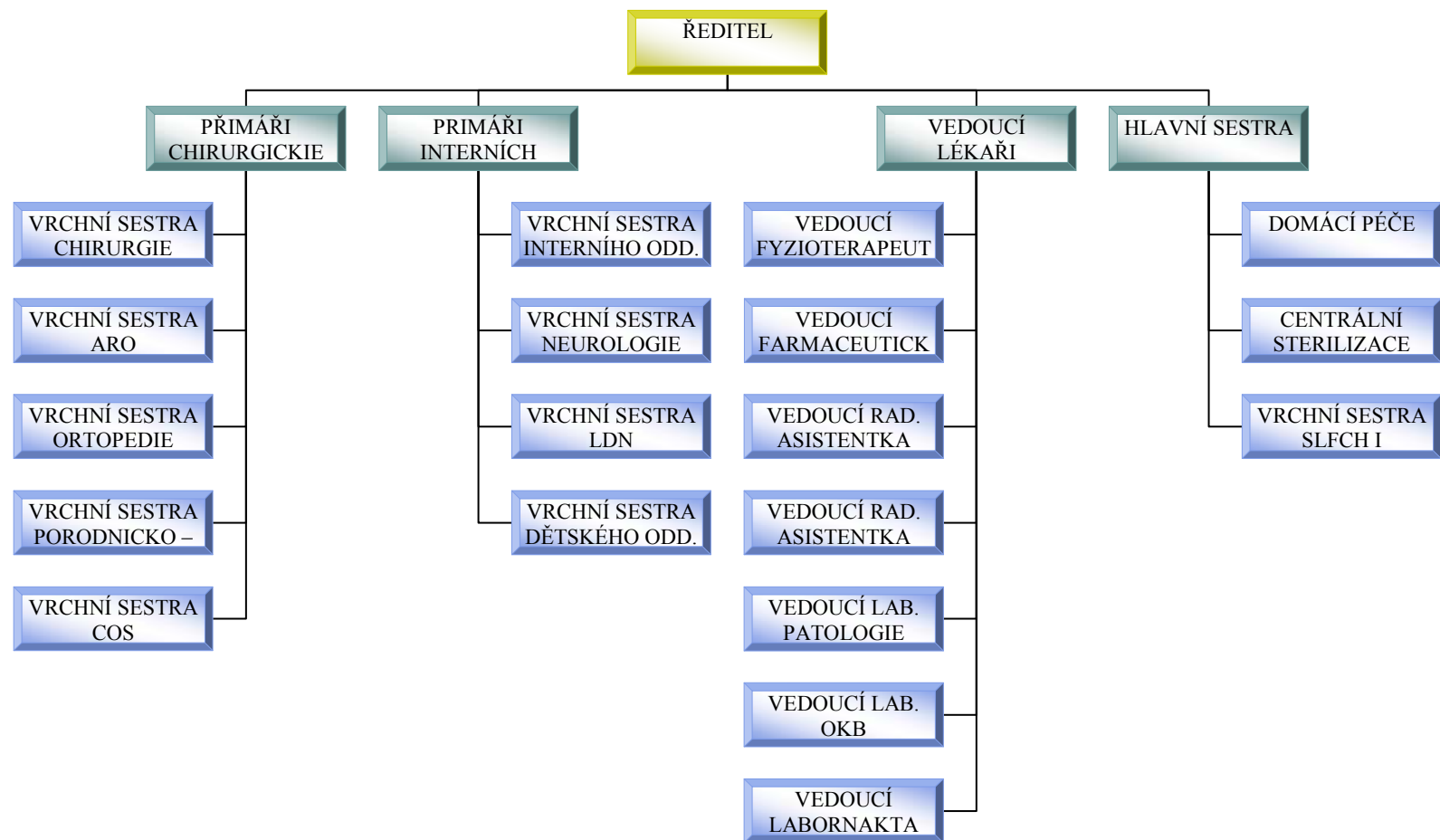
Příloha č. 2

Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu v roce 2001

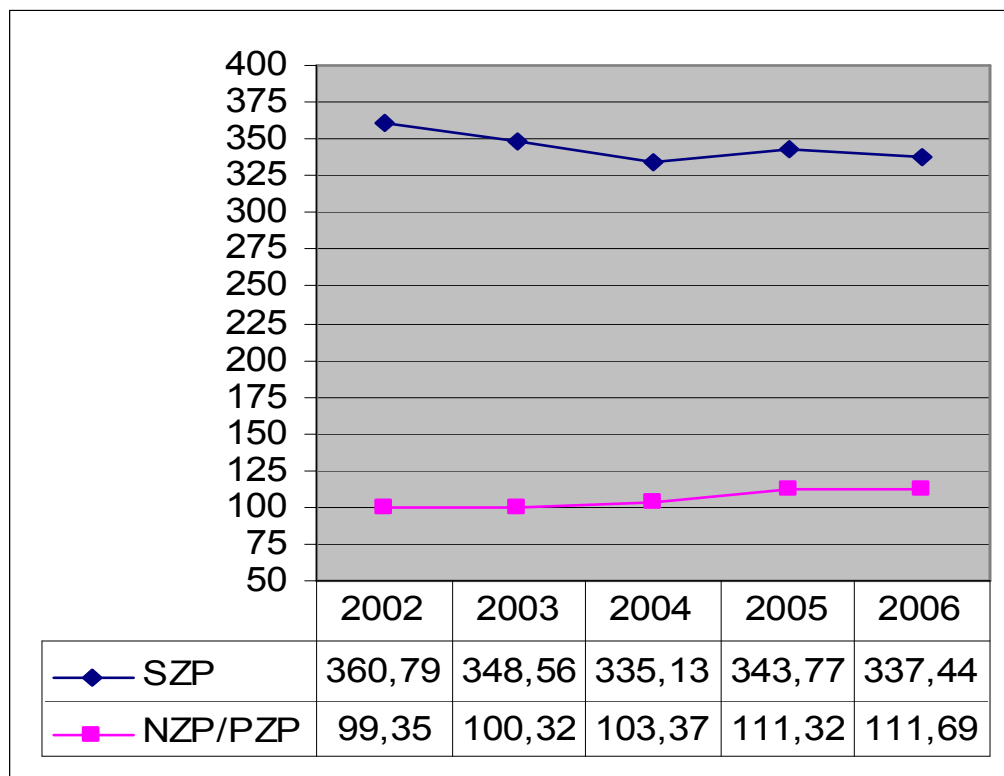


Příloha č. 3

Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu k 1. 10. 2002



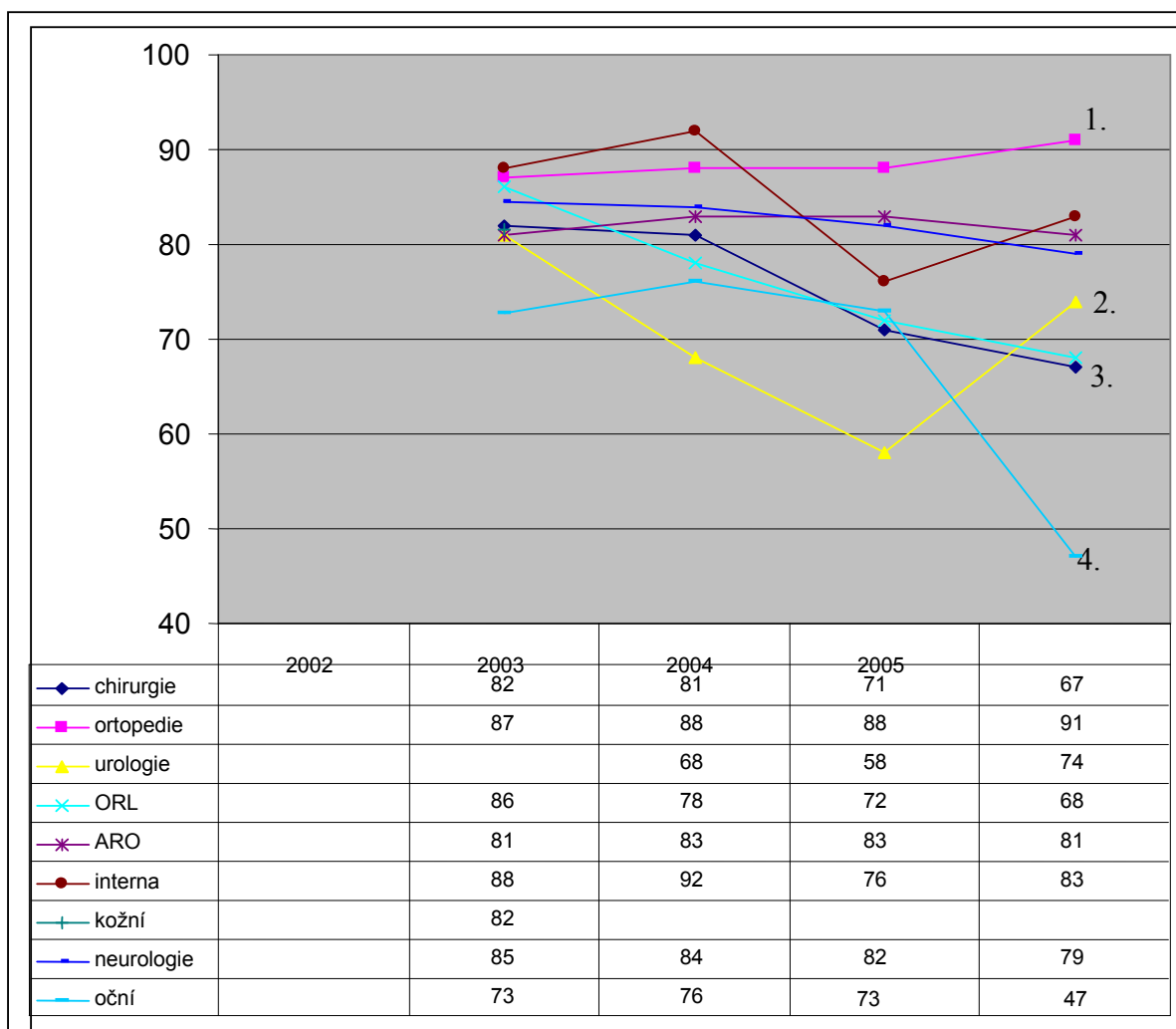
Vývoj počtu ošetrovatelského personálu v letech 2003 – 2006



Komentář:

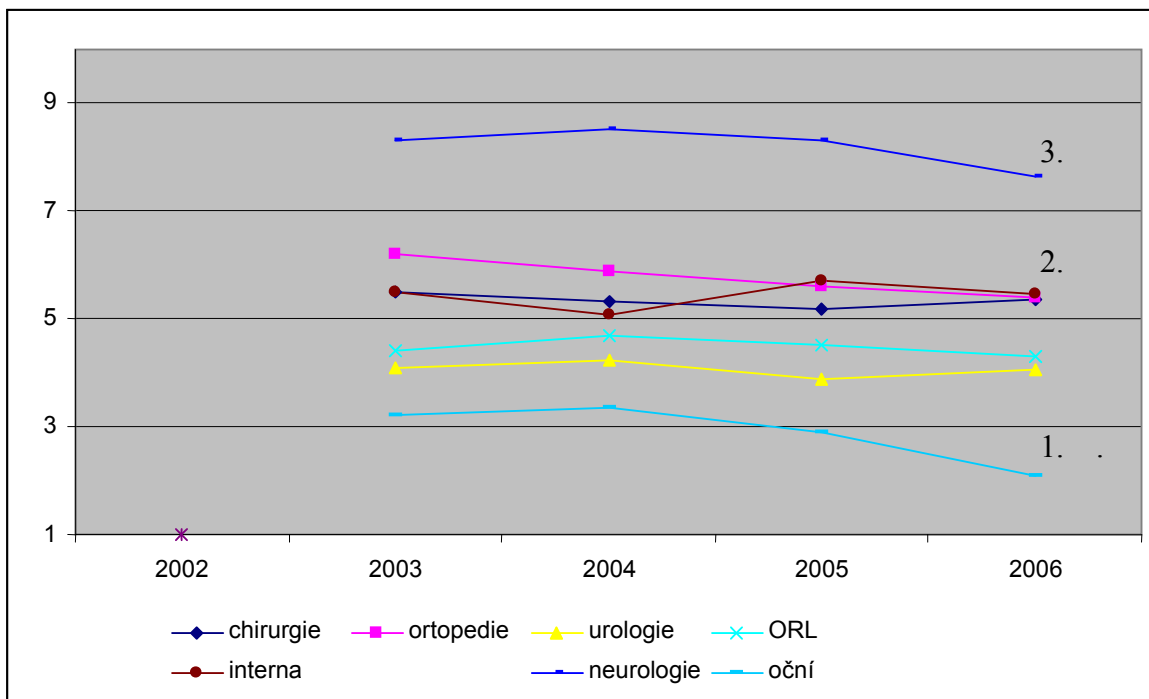
1. pokles počtu SZP v souvislosti se zavedenou a plánovanou změnou uzavření kožního oddělení, doznívající změna v souvislosti se zřízením SLFCH I a SLFCH II
2. pokles počtu SZP v souvislosti se zřízením SLFIO
3. mírný nárůst počtu SZP především z řad laborantů v důsledku zavedení třísměnného provozu stěžejních klinických laboratoří (OKB, HTO) – řešení změn v zákoníku práce
4. pokles počtu SZP v souvislosti se zrušením vrchních sester, přestože došlo k navýšení personálu v souvislosti s převedením LSPP na Nemocnici Přerov
5. - 7. postupný nárůst v počtu NZP v souvislosti se zrušením náhradní vojenské služby a nutnosti doplnit kategorii personálu, kterou tito pracovníci zastávali. Původní počet pracovníků náhradní vojenské služby – 40 zaměstnanců.

Vývoj obložnosti v letech 2002 – 2006



1. Na oddělení ortopedie dochází k postupnému nárůstu obložnosti, což souvisí s rozvojovým plánem tohoto oddělení i nemocnice.
2. V případě oddělení urologie došlo ke zvýšení obložnosti v roce 2006 po prudkém poklesu mezi lety 2003 – 2005. Ke zvýšení obložnosti došlo v souvislosti se zvýšenou operativou a zbytečným neprodáváním hospitalizace u pacientů.
3. Ke snížení obložnosti u chirurgického oddělení došlo během posledních 3 let z důvodu uvolnění lůžkové kapacity pro chirurgické pacienty na SLFCH II.
4. Prudký pokles obložnosti v případě očního oddělení souvisí především s přechodem oddělení na stacionární provoz: po – pá.

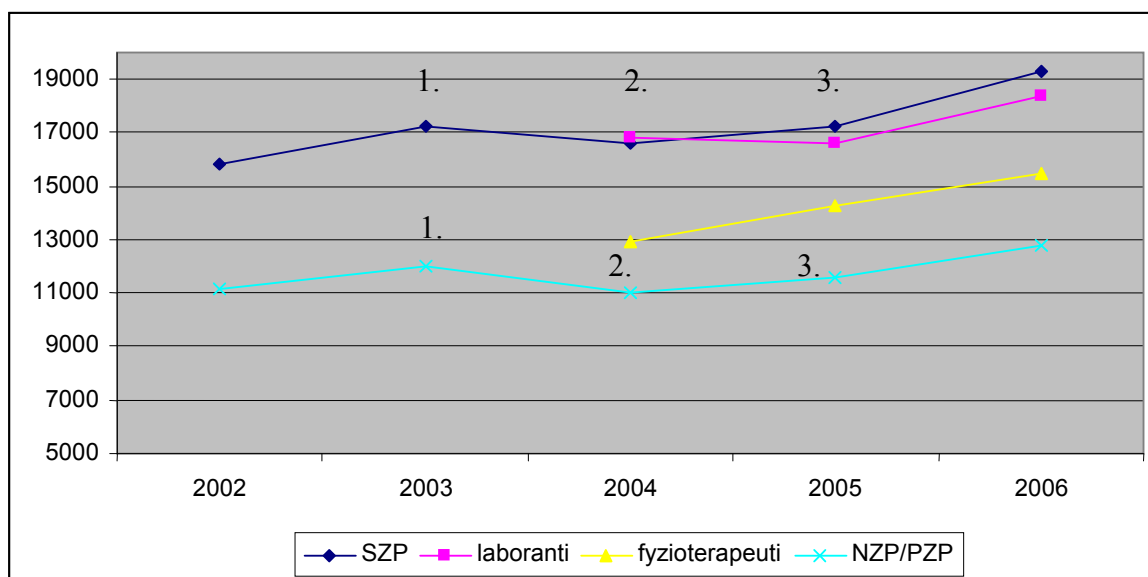
Vývoj počtu ošetrovacích dnů



Počet ošetrovacích dnů na jednotlivých odděleních je dlouhodobě stálý.

1. K velkému poklesu ošetrovací doby došlo na očním oddělení a je to způsobeno přechodem na stacionární provoz: po – pá.
2. Na interním oddělení došlo mezi lety 2004 – 2006 k vzestupu ošetrovací doby, což koresponduje s využíváním lůžkové kapacity pro pacienty kožního oddělení.
3. Pokles ošetrovací doby, který je znatelný od roku 2005 je vysvětlitelný s používáním nových léčebných metod.

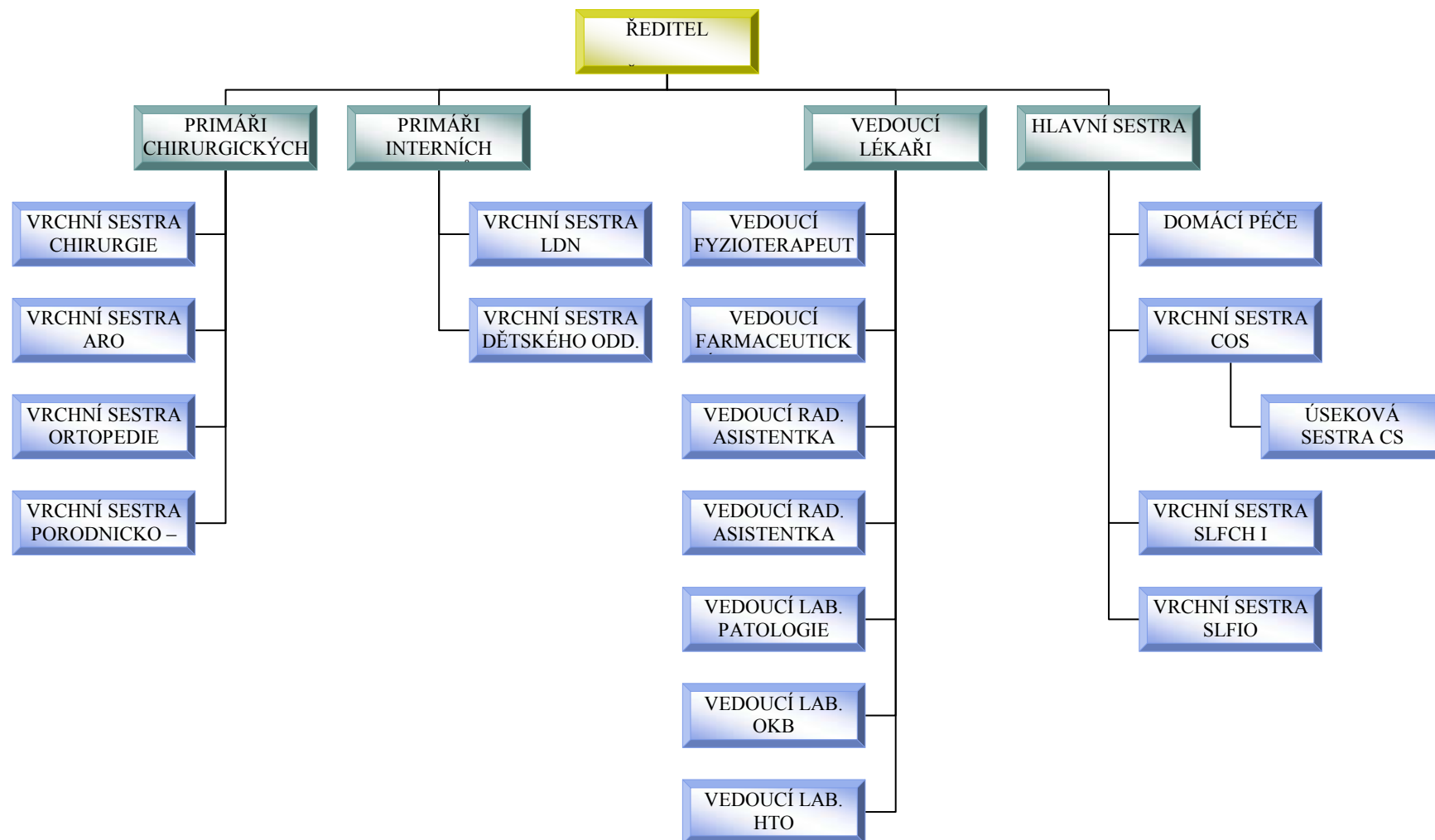
Vývoj platu u ošetrovatelského personálu v Nemocnici Přerov 2002 - 2006



1. Ve srovnání roku 2003 s rokem 2002 došlo u všech kategorií k mírnému nárůstu průměrného výdělku, u ošetrovatelského personálu se jednalo o 4 – 9%. Nárůst byl způsoben především snížením počtu zaměstnanců a uplatňováním zavedeného systému hodnocení.
2. Od roku 2004 dokončena radiální změna v odměňování zaměstnanců s potlačením osobních příplatků a zavedením motivační složky platu – odměny na podkladě stanovení kritérií hodnocení pro jednotlivá oddělení a vedoucí zaměstnance na období pololetí. V tomto poklesl průměrný výdělek ve srovnání s rokem 2003 především z důvodu snížení dalšího platu na základě vládního nařízení.
3. Ke srovnání výšky platu došlo v roce 2005, především z důvodu vládního nařízení platného od roku 1. 9. 2005. Přesto došlo celkově za nemocnici k úspoře 2 738 tis. Kč a to především z důvodu reorganizace pohotovostních služeb, zavedení třisměnných provozů u laboratoří a zavedení systému hodnocení.
4. K vysokému nárůstu platu došlo v roce 2006, k čemuž přispěla nejen změna v řízení ošetrovatelské péče, ale také díky změny zařazení SZP v návaznosti na změnu katalogu prací.

Příloha č. 8

Organizační struktura řízení ošetrovatelského personálu v letech 2004 – 5/2006



Časový plán k 1. březnu 2006

6. březen 2006

účastníci:

2. pracovní schůzka

vedoucí personalistka, hlavní sestra, vrchní sestra chirurgického odd.

7. březen 2006

prezentující:

prezentace návrhu na poradě vedení

hlavní sestra, vedoucí personalistka

účastníci:

členové vedení

konec března 2006

účastníci:

dokončení koncepce a prezentace na poradě vedení

personalistka, hlavní sestra, vrchní sestra chirurgického odd. – tvorba koncepce

personalistka, hlavní sestra – prezentace

duben 2006

prezentující:

informování strategické rady vedení

hlavní sestra, personalistka

účastníci:

členové strategické rady

květen 2006

spuštění pilotního projektu

Časový plán k 6. březnu 2006

březen

- dopracování koncepce do definitivní podoby – hlavní sestra ve spolupráci s vrchní sestrou chirurgického odd., možnost přizvání vrchní sestry SLFIO
- vytvořit popis pracovní funkce pro oborovou manažerku – hlavní sestra
- vytvořit popis pracovní funkce pro staniční sestru – hlavní sestra ve spolupráci s vrchní sestrou
- informovat radu pro ošetřovatelství a vrchní sestry na poradě hlavní sestry o chystané změně a získat si podporu pro změnu – hlavní sestra

duben

- představit definitivní koncepci na strategické radě – hlavní sestra, personalistka
- připravit výběrové řízení na oborovou manažerku – personalistka, hlavní sestra
- připravit výběrové řízení na staniční sestry jednotlivých stanic a úseků – personalistka, hlavní sestra, oborové manažerky

květen

- realizovat změnu – celý tým vedení, Rada pro ošetřovatelství

Vzorový popis pracovní funkce pozice**Manažerka chirurgických oborů – náplň práce**

Číslo kompetence	Sloní vyjádření kompetence	
	Řídící a kontrolní činnost	
1	109	řídí staniční sestry (vedoucí sestry) oddělení
7	706	spolupracuje na optimalizaci personálního obsazení jednotlivých oddělení spadajících do její kompetence
1	109	řídí cirkulaci nižšího ošetrovatelského personálu a THP v rámci chirurgických oborů
4	401	navrhuje hlavní sestře přijetí a propuštění podřízených zaměstnanců dle platné systemizace pracovních míst
7	706	spolupracuje s hlavní sestrou a jednotlivými primáři na systemizaci pracovních míst ošetrovatelského personálu
4	401	navrhuje primáři, HS a provádí opatření vytíženosti jednotlivých zaměstnanců v závislosti na obsazení lůžek
7	706	spolupracuje s jednotlivými primáři a staničními sestrami na koordinaci obsazení volných lůžek dle potřeby jednotlivých odborností
2	201	organizuje koordinaci letního a mimořádného provozu dle odborností
2	201	organizuje plán dovolených a kontroluje jeho plnění
9	901	kontroluje plnění stanovených úkolů přímých podřízených zaměstnanců
3	309	vyhodnocuje pracovní dobu u přímo podřízených zaměstnanců s ohledem na její maximální využití a dodržování čerpání přesčasových hodin
4	401	navrhuje výši nenárokových složek platu staničním a úsekovým sestram a rozděluje nenárokové složky pro jednotlivé oddělení dle pololetního hodnocení
8	804	eviduje čerpání pracovního volna a volna ke studiu, čerpání finančních prostředků na prohlubování a zvyšování vzdělávání na jednotlivých úsecích a odděleních
7	706	spolupracuje na interních výběrových řízeních na pozici staniční/úseková sestra
2	201	organizuje pravidelné porady se staničními a úsekovými sestrami
8	829	zúčastňuje se porad organizovaných hlavní sestrou a realizuje závěry z těchto porad, realizuje závěry porad vedení a rozhodnutí ředitele
7	706	spolupracuje s hlavní sestrou při řešení stížností a problémových situací související s oš. péčí v daném úseku
9	901	kontroluje kvalitu ošetrovatelské činnosti na svěřeném úseku, kontinuitu poskytované péče a navrhuje změny k zajištění kvality ošetrovatelské péče
9	901	kontroluje činnosti jednotlivých úseků a sleduje vedení ošetrovatelské dokumentace
7	706	spolupracuje s hlavní sestrou na zpracování standardů ošetrovatelské péče (SOP) – včetně jednotlivých kontrolních kritérií a záznamu kontrol s pravidelným vyhodnocením
3	302	analyzuje indikátory kvality poskytované péče (dekubity, pády

		pacientů, mimořádné události apod.) na svém úseku
9	901	kontroluje opatření k zabránění vzniku a šíření NN, kontrola plnění opatření na úseku BOZP
		provádění interních auditů jakosti v systému řízení kvality,
9	901	kontroluje dodržování kvality nasmlouvaných úklidových prací prováděných dodavatelsky
1	111	stanovuje plán kontrolní činnosti a realizuje jeho plnění
8	812	realizuje 2x ročně vyhodnocení úrovně kvality poskytované oš. péče, spolupracuje na trvalém zvyšování, zajišťuje nápravy zjištěných nedostatků
		Odborná činnost
7	706	spolupracuje s primáři a dalšími lékaři na kontinuitě léčebné a ošetrovatelské péče
8	829	zúčastňuje se velkých vizit na oddělení, schůzkách lékařského kolektivu
8	829	zúčastňuje se předávky služby chirurgického oddělení
7	706	spolupracuje s dalšími oborovými manažerkami zejména v rámci zajištění stážování sester, sjednocení postupů, oš. dokumentace a kontrolních oblastech
7	706	spolupracuje s manažerem kvality v dílčí problematice v rámci nastavených pravidel dle normy ISO
4	401	navrhuje zavádění nových poznatků ošetrovatelské péče do praxe
1	110	schvaluje rozpisy služeb navržených staničnými sestrami
		Oblast vzdělávání a odborného rozvoje
4	410	plánuje adaptační proces nově přijímaných zaměstnanců, spolupracuje s hlavní sestrou na aktualizaci standardu adaptační proces
1	111	stanovuje osobní rozvoj podřízených zaměstnanců a kontroluje jeho plnění, soustavně prohlubuje své vzdělávání
7	706	spolupracuje na klinické praxi a odborných stáží studentů zdravotnických škol a lékařských fakult
7	706	spolupracuje na účasti podřízených zaměstnanců na interních i externích seminářích a konferencích
7	706	spolupracuje s hlavní sestrou na tvorbě a řízení celoústavních seminářů, koordinuje semináře jednotlivých oddělení, pořádá chirurgické semináře
8	829	zúčastňuje se a aktivně prezentuje oddělení a zařízení na mimoústavních seminářích a konferencích
		Oblast ekonomiky
8	812	realizuje rozhodnutí primáře týkající se ekonomických limitů pro provádění oš. péče, spolupracuje s primářem oddělení na přípravě plánu spotřeby spotřebního materiálu
7	706	spolupracuje s primářem na koordinaci spotřeby zdravotnického materiálu
8	812	realizuje ve spolupráci s primářem pořízení zdravotnického materiálu a léků dohlíží na jejich efektivní využívání
1	110	schvaluje požadavky na nákupy všeobecného materiálu
7	706	spolupracuje na realizaci úsporných opatření, motivuje podřízené k úsporám
7	706	spolupracuje s primáři na sledování ekonomických ukazatelů daných

		oddělení
--	--	----------

Vzorový popis pracovní funkce pozice staniční sestry

Číslo kompetence	Sloní vyjádření kompetence	
	Řídící a kontrolní činnost	
1	109	řídí a metodicky vede řízení práce SZP, NZP, PZP na oddělení
1	109	řídí a kontroluje plnění stanovených úkolů přímých podřízených zaměstnanců
7	706	spolupracuje s manažerkou v oblasti optimalizace personálu na svěřeném úseku
4	401	navrhuje manažerce řešení náhlé personální situace k zabezpečení chodu oddělení
4	401	navrhuje manažerce prodloužení případně ukončení pracovního poměru zaměstnance
8	814	sestavuje rozpis služeb manažerce, předkládá měsíční výkazy činností, připomínek k činnosti ostatních zdr. Pracovníků konajících výběrové činnosti /sanitáři, RHB, dietní sestry apod.
9	901	kontroluje ošetrovatelskou dokumentaci, řídí individuální ošetrovatelskou péči na svém oddělení, dodržování standardů ošetrovatelské péče, sleduje indikátory kvality poskytované péče
7	706	spolupracuje s oborovou manažerkou na systemizaci pracovních míst ošetrovatelského personálu
3	302	analyzuje a organizuje s manažerkou vytíženost jednotlivých zaměstnanců v závislosti na obsazení lůžek
7	706	spolupracuje s manažerkou na koordinaci obsazení volných lůžek dle potřeby jednotlivých odborností
2	201	organizuje tvorbu plánu dovolené, dohlíží na pravidelné čtvrtletní čerpání s ohledem na letní měsíce a případné omezení provozu stanice, včasně odevzdává plán dovolených manažerce
3	302	analyzuje pracovní dobu u přímo podřízených zaměstnanců s ohledem na její maximální využití a dodržování čerpání přesčasových hodin ve vztahu k vytíženosti jednotlivých zaměstnanců
4	401	navrhuje výši nenárokových složek platu přímo podřízeným zaměstnancům a rozděluje nenárokové složky na svém oddělení dle pololetního hodnocení
2	201	organizuje zapracování zaměstnanců s novým přístrojem, odpovídá za obdržení českého návodu na použití
2	201	organizuje pravidelné porady na svém oddělení
8	829	zúčastňuje se porad organizovaných manažerkou a realizuje závěry z těchto porad
4	401	navrhuje změny a připomínky k provozu oddělení, řeší problémy vyplývající z činnosti oddělení
9	901	kontroluje dodržování dezinfekce a sterility, navrhuje opatření při výskytu NN na svém oddělení
7	706	spolupracuje s manažerkou při řešení stížností a problémových situací související s oš. péčí v daném úseku

9	901	kontroluje kvalitu ošetrovatelské činnosti na svěřeném úseku, kontinuitu poskytované péče a navrhuje změny k zajištění kvality ošetrovatelské péče
7	706	spolupracuje s manažerkou na zpracování standardů ošetrovatelské péče (SOP)
9	901	kontroluje opatření k zabránění vzniku a šíření NN, kontrola plnění opatření na úseku BOZP
9	901	kontroluje dodržování kvality nasmlouvaných úklidových prací prováděných dodavatelsky
8	812	realizuje 2x ročně vyhodnocení úrovně kvality poskytované oš. péče, spolupracuje na trvalém zvyšování, zajišťuje nápravy zjištěných nedostatků
		Odborná činnost
7	706	spolupracuje s primáři a dalšími lékaři, vede ošetrovatelské péči, dohlíží na plnění ordinací lékaře
8	812	zavádí po konzultaci s manažerkou oboru nové poznatky ošetrovatelské péče do praxe
8	829	zúčastňuje se všech lékařských vizit na oddělení, zodpovídá za splnění všech pokynů z nich vyplývajících
8	829	zúčastňuje se sesterských vizit a předávce služeb na svém oddělení
7	706	spolupracuje s lékaři oddělení na léčbě a ošetřování nemocných
8	812	realizuje edukace nemocných danou problematikou na svém oddělení
8	801	provádí specializované odborné činnosti vyplývající z katalogu prací na svém oddělení, kontrolu jejich provádění u sester specialistek
8	812	realizuje objednávání potřebných léků, po schválení manažerky provádí objednávání zdravotnického a všeobecného materiálu z přiděleného finančního limitu, konzultuje v případě přečerpání vyplývajícího z nutnosti péče a mimořádných nákupů s primářem oddělení a manažerkou
8	812	realizuje objednávání oprav na svém oddělení, kontrolu kvality provedení, podepisování výkazu činností
8	801	provádí povinnosti správce měřidel /odpovědnost za sledování platných kalibračních lhůt/
8	801	provádí komplexní ošetrovatelskou péči o skupinu nemocných na oddělení
8	801	provádí správu konsignačního skladu, pokud je na stanici vytvořen
7	706	spolupracuje s manažerkami a staničními sestrami jiných oddělení,
4	401	navrhuje prostředky ke zlepšení komunikace mezi pracovníky, řeší drobné nedorozumění na svém oddělení, řeší závažnějších komunikačních problémů s manažerkou a primářem oddělení.
		Oblast vzdělávání a odborného rozvoje
4	410	plánuje a vede adaptační proces nově přijímaných zaměstnanců na svém úseku včetně přidělení školitele/ky
4	401	navrhuje manažerce osobní rozvoj podřízených zaměstnanců a kontroluje jeho plnění, soustavně prohlubuje své vzdělávání, konzultuje jejich počet dle platné systemizace a potřeb nemocnice
7	706	spolupracuje na klinické praxi a odborných stáží studentů zdravotnických škol a lékařských fakult
7	706	spolupracuje na účasti podřízených zaměstnanců na interních i

		externích seminářích a konferencích
7	706	spolupracuje s manažerkou na tvorbě a řízení celoustavních seminářů, koordinuje semináře jednotlivých oddělení, pořádá chirurgické semináře
8	829	zúčastňuje se a aktivně prezentuje oddělení a zařízení na mimoústavních seminářích a konferencích
8	801	provádí odborné konzultace na jiných stanicích v rámci své odbornosti,
		Oblast ekonomiky
9	901	kontroluje efektivní využívání zdr. materiálu, techniky, léků dle stanovených limitů primářem oddělení
7	706	spolupracuje na sestavování podkladů pro zajištění vybavení oddělení léky, szm
8	812	realizuje vybavování zdravotnickým materiálem a dohlížení na efektivní využívání
7	706	spolupracuje na realizaci úsporných opatření, motivuje podřízené k úsporám

Příloha č. 12

Projekt magisterské práce

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Projekt magisterské práce

Předběžný název magisterské práce:

Změna v řízení ošetrovatelské péče Nemocnice Přerov, p.o.

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Jména: Bc. Jana Růžičková

Osobní číslo: 10819

Imatrikulační ročník: 2004/2005

1. Formulace a vstupní diskuze problému

Pro téma magisterské práce jsem si vybrala popis změny v řízení ošetrovatelské péče v Nemocnici Přerov, příspěvkové organizaci. Cílem této práce je diagnostika organizace a návrh změny řízení ošetrovatelské péče, která by měla vést také ke zkvalitnění poskytovaných služeb ve zdravotnickém zařízení.

Řízení ošetrovatelské péče v České republice v posledních letech doznává značné změny. V druhé polovině 20. století byla ošetrovatelská péče řízena ze strany lékařů, většinou se jednalo o vedoucí lékaře, primáře nebo přednosta oddělení či klinik. Jak se století chýlilo ke konci, začala se prosazovat do procesu řízení ošetrovatelství samostatnost sester, především těch, které zastávaly pozici vrchní či hlavní sestry. Tyto změny samozřejmě narážely na řadu problémů, nedostatečným vzděláním počínaje a neochotou lékařů vzdát se své řídicí role na poli ryze sesterské činnosti konče.

Od roku 1990, kdy došlo ke značným změnám ve zdravotnictví i školství, dostaly sestry příležitost doplňovat si své vzdělání na vysokých školách a díky tomu uplatňovat své schopnosti v samostatnosti a řízení ošetrovatelské péče. Jedná se ovšem o proces pomalý.

Od února 2006 pracuji jako hlavní sestra v Nemocnici Přerov, p.o., která je v současné době zřizována Krajským úřadem Olomouckého kraje. V posledních dvou letech zde dochází k mnoha změnám, z nichž ty nejdůležitější, např. implementace nově vznikajícího zákoníku práce, přijetí zákona o vzniku neziskových nemocnic, se teprve v následujícím období očekávají. Toto zdravotnické zařízení má možnost se v budoucnosti ubírat dvěma směry. První variantou je nezisková organizace, která bude

mít smlouvu se zdravotními pojišťovkami; druhou variantou je přeměna na akciovou společnost. V obou případech je dáván velký důraz na kvalitu péče, která je zde poskytována. Právě s touto kvalitou bude souviset změna v řízení ošetrovatelské péče. V procesu řízení bude vynechán jeden mezičlánek – vrchní sestra oddělení a bude nahrazen oborovou manažerkou. Jedná se o změnu, kterou se již některá zařízení snažila méně či více úspěšně nastartovat.

2. Pracovní postup

Magisterská práce bude rozdělena na dvě hlavní části: teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce se bude zabývat ošetrovatelstvím v 21. století v českých zdravotnických zařízeních, jeho řízením, změnami a možnostmi řízení a uplatňování těchto změn. Následovat bude popis řízení ošetrovatelské péče za posledních patnáct let v Nemocnici Přerov, p.o. Dále se budu v teoretické části zabývat teorií změny v organizaci, výkladem, co je to změna, předpoklady nutnými pro úspěšné zavedení změny, k čemu tato změna může sloužit a samozřejmě riziky, která přináší.

Praktická část bude obsahovat provedení diagnostiky organizace zaměřené na současný stav způsobu řízení ošetrovatelské péče v našem zdravotnickém zařízení, nedílnou součástí diagnostiky bude dotazníkové šetření provedené ve vedoucích funkcích sester zaměřené na spokojenost se současným stavem řízení ošetrovatelské péče. Další fáze obsahuje návrh nového způsobu řízení ošetrovatelské péče, sestavení a určení kompetencí oborové manažerky a vedoucí sestry oddělení nebo úseku, workshopy zaměřené na prezentaci navrhované změny. Dále budou použity pracovní techniky pro získání podpory pro navrhovanou změnu. V budoucnosti bude možno považovat za indikátory úspěšně provedené změny tyto prvky: ekonomická výtěžnost navrhované změny, pracovní vytíženost oborové manažerky a vedoucích sester oddělení a úseků, komunikace na jednotlivých stupních řízení, indikátory kvality ošetrovatelské péče – četnost nově vzniklých dekubitů, pádů pacienta, nozokomiální nákazy, mimořádné události.

3. Časový plán

Červen – srpen 2006

Diagnostika organizace, návrh koncepce „oborových manažerek“, prezentace projektu na strategické radě vedení, workshop na primářském kolegiu, porady vrchních sester, Radě pro ošetřovatelství, dotazník vyhodnocující současný stav řízení ošetřovatelské péče.

Září -říjen 2006

Výběrové řízení na oborové manažerky, staniční sestry, návrh koncepce na řízení jednotlivých oddělení.

listopad – leden 2006

Práce na teoretické části magisterské práce, práce s literaturou, zahájení vlastní realizace změny řízení ošetřovatelské péče.

únor – duben 2007

Implementace změny, dokončení a odevzdání magisterské práce.

4. Předběžná bibliografie

1. Bedrnová E., Nový I.: Psychologie a sociologie v řízení firmy. Cesty efektivního využití lidského potenciálu podniku. Prospektrum.
2. Drucker P.F.: Řízení v době velkých změn. Management Press, Praha 1998
3. Drucker P.F.: Řízení neziskových organizací: praxe a principy. Management Press, Praha 1994
4. Drucker P.F.: Výzvy managementu pro 21. století. Management Press, Praha 2000.
5. Eco U.: Jak napsat diplomovou práci.
6. Gladkij I. A kolektiv: Management ve zdravotnictví. Computer Press, Brno 2003.
7. Grohar-Murray M.E., DiCroce H.R.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče. Grada, Praha 2003
8. Kadlčík M.: Psychologie a sociologie řízení. Fakulta informatiky a managementu Univerzity Hradec Králové. Hradec Králové 2001

9. Lukášová R., Rais K.: Organizace a lidé. IMPS, a.s., Brno
10. Škrla P., Škrlová M.: Kreativní ošetrovatelský management. Advent-Orion s.r.o., Praha 2003
11. Young P. Ann; Cooke M.: Managing and Implementing Decisions in Health Care, Bailliere Tindall, London 2002
12. Urden L.D., Stacy K. M., Lough M. E.: Thelan's Critical Care Nursing. Mosby, St. Louis, 2005

v Olomouci dne: 15. května 2006

.....
Bc. Jana Růžičková

Souhlas vedoucího práce s projektem magisterské práce:

.....
Mgr. Petr Vrzáček

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

**Změna v řízení ošetrovatelské péče
Nemocnice Přerov**

Bc. Jana Růžičková

Praha 2007