

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDÍ

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Katarína Fláková

**Změna ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků
ve Fakultní nemocnici Na Bulovce**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně Univerzity Karlovy a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 22. června 2010

Bc. Katarína Fláková

Poděkování

Děkuji touto cestou především panu Mgr. Petru Vrzáčkovi za velice cenné rady a trpělivé odborné vedení při vypracování této diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Jiřímu Šafrovi, Ph.D. za přínosné zkušenosti při vedení empirické části.

Mé poděkování patří samozřejmě všem respondentům, kteří vyplnili dotazníky, za jejich ochotu a čas, který mi věnovali.

OBSAH

ABSTRAKT	8
1 ÚVOD	11
2 TEORETICKÁ ČÁST	13
<u>2.1 Teorie k řízení změny - pojetí změny</u>	13
2.1.1 Pojem management změny/změn	15
2.1.2 Klasifikování změny	15
2.1.3 Příčiny změny	16
2.1.4 Strategie a velikost změny	17
2.1.5 Realizace změny a podpůrné faktory úspěšné realizace změn	18
2.1.6 Komunikace transformační vize	22
2.1.7 Možné problematické oblasti zavádění změn	22
2.1.8 Překážky změny	23
2.1.9 Reakce na změnu	25
2.1.10 Etapy rozvoje managementu změn a jejich charakteristiky	30
2.1.11 Metody překonávání odporu vůči změně	30
2.1.12 Motivace ošetrovatelského personálu ke změně a změny v ošetrovatelství	32
<u>2.2 Personální management a řízení lidských zdrojů</u>	39
2.2.1 Personální management	39
2.2.2 Řízení lidských zdrojů	41
<u>2.2.2.1 Řízení lidských zdrojů a jeho úloha v organizaci</u>	44
<u>2.2.2.2 Úkoly řízení lidských zdrojů</u>	45
<u>2.2.2.3 Strategie řízení lidských zdrojů</u>	48
2.2.3 Personální činnosti (služby, funkce)	49
2.2.4 Personální strategie a personální politika	50
2.2.5 Vzdělávání a rozvoj nelékařských zdravotnických pracovníků	52
<u>2.2.5.1 Vyhlášky a nařízení vlády</u>	52
<u>2.2.5.2 Formování pracovních schopností člověka a formování pracovních schopností pracovníka organizace</u>	54
<u>2.2.5.3 Pozitivní aspekty vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků</u>	56
<u>2.2.5.4 Překážky bránící účasti ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a jevy snižující efektivitu vzdělávání</u>	56

<u>2.3 Rozvoj nelékařského zdravotnického personálu</u>	57
3 EMPIRICKÁ ČÁST	62
<u>3.1 Úvod</u>	62
<u>3.2 Představení organizace</u>	61
3.2.1 Výchozí stav ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků	63
3.2.2 Zjištění vedoucí ke změně v organizaci	64
3.2.3 Akreditační řízení specializačních vzdělávacích programů – úvod do procesu změny	65
<u>3.3 Cíl výzkumu, výzkumné otázky, hypotézy</u>	65
3.3.1 Metody výzkumu	66
<u>3.4 Poptávka středního managementu – vrchní sestry z oddělení a klinik FNB</u>	67
3.4.1 Hlavní výzkumná otázka	67
3.4.2 Cíle výzkumu	68
3.4.3 Obecná hypotéza	68
3.4.4 Dílčí - pracovní hypotézy, týkající se všech 3 dotazníkových šetření	68
3.4.5 Poptávka a potřeba pracovníků ze strany oddělení – výpověď manažerek	69
3.4.6 Výsledky dotazníkového šetření	70
3.4.6.1 Chybějící počty pracovníků se specializovanou způsobilostí	70
3.4.6.2 Hodnocení zavedení praktické části specializačních vzdělávacích programů ze strany středního managementu FNB	74
3.4.6.3 Participace při zavádění specializačních vzdělávacích programů a certifikovaných kurzů a počet sester spolu participujících	74
3.4.6.4 Problémy se vzdáváním pracovníků očima vrchních sester FNB	78
3.4.6.5 Ekonomická finanční analýza vzdělávání ve FNB do roku 2015	83
<u>3.5 Participace na výuce (školitelky)</u>	84
3.5.1 Metody výzkumu	85
3.5.2 Hlavní výzkumná otázka	86
3.5.2.1 Vedlejší výzkumné otázky	86
3.5.2.2 Cíle výzkumu	86
3.5.3 Výsledky dotazníkového šetření	87
3.5.3.1 Hodnocení zavedení praktické části specializačních vzdělávacích programů ve FNB ze strany sester školitelek	87

<u>3.5.3.2 Pracoviště školitelek</u>	88
<u>3.5.3.3 Délka praxe sester školitelek a jejich reakce na změnu</u>	89
<u>3.5.3.4 Obory, ve kterých sestry školitelky v minulosti působily</u>	90
<u>3.5.3.5 Současné a předchozí pracovní pozice sester školitelek</u>	92
<u>3.5.3.6 Doba od získání specializované způsobilosti</u>	94
<u>3.5.3.7 Průběh specializačních vzdělávacích programů a počty vyškolených pracovníků</u>	95
<u>3.5.3.8 Sestry školitelky - předchozí školení ve FNB nebo na jiném pracovišti</u>	96
<u>3.6 Spokojenost – účastníci</u>	96
3.6.1 Metody výzkumu	97
3.6.2 Hlavní výzkumná otázka	97
<u>3.6.2.1 Vedlejší výzkumné otázky</u>	97
<u>3.6.2.2 Cíle výzkumu</u>	98
3.6.3 Výsledky dotazníkového šetření	98
<u>3.6.3.1 Informační zdroje o získání akreditací</u>	98
<u>3.6.3.2 Sledování novinek ve vzdělávání a informační zdroje</u>	99
<u>3.6.3.3 Pracoviště účastníků ve FNB</u>	100
<u>3.6.3.4 Délka praxe účastníků</u>	100
<u>3.6.3.5 Kvalifikační dohoda s FNB</u>	101
<u>3.6.3.6 Důležitost získání specializované způsobilosti</u>	101
<u>3.6.3.7 Možnosti zlepšení vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB</u>	103
<u>3.6.3.8 Délka čekání na zahájení studia</u>	103
<u>3.6.3.9 Doporučení specializačního studia</u>	104
<u>3.6.3.10 Spokojenost s průběhem praktické části ve FNB a se školitelkou</u>	105
<u>3.7 Shrnutí výsledků výzkumu a další návrhy</u>	107
<u>3.8 Diskuse a závěry výzkumu</u>	108
4 DOPORUČENÍ A NÁVRHY	110
<u>4.1 Doporučení pro vrcholový management ve FNB</u>	110
<u>4.2 Návrh na zjednodušení procesu akreditačního řízení k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů nebo jeho částí pro MZČR</u>	111

5 ZÁVĚR	113
LITERATURA.....	114
SEZNAM TABULEK.....	118
SEZNAM GRAFŮ	121
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	122
SEZNAM PŘÍLOH.....	124

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá změnou ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve Fakultní nemocnici Na Bulovce (FNB).

Teoretická část diplomové práce obsahuje teorii k řízení změny, personálnímu managementu a řízení lidských zdrojů, se zřetelem na celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků podle zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, a dále téma rozvoje nelékařských zdravotnických pracovníků.

Praktická část diplomové práce je zaměřená na změnu v organizaci související s procesem získání akreditací k uskutečňování praktické části specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ a jejich následnou realizací. V této části mé diplomové práce jsem provedla kvantitativní výzkum (formou telefonních interview a dotazníkového šetření), a to ve třech skupinách respondentů: střední management (vrchní sestry FNB); sestry školitelky z akreditovaných specializačních vzdělávacích programů ve FNB a účastníci specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.“ Ve skupinách sester školitelek a účastníků specializačních vzdělávacích programů jsem výzkumnou část doplnila o jejich další výpovědi.

Po provedení výzkumu jsem dospěla k následujícím výsledkům: podle výpovědí všech třech skupin bylo zavedení specializačních vzdělávacích programů pro FNB přínosné a hodnoceno kladně. Účastníci vyjadřovali spokojenost hlavně s možností absolvovat praktickou část ve vlastní nemocnici. Finanční ekonomická analýza dokládá, že do roku 2015 je FNB schopna proškolit cca 91 pracovníků se specializovanou způsobilostí. Celková úspora nákladů na vzdělávání tak činí 582 400 Kč.

V následující části mé diplomové práce jsem se věnovala doporučením vrcholovému managementu FNB v oblasti vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, vyplývajícím z provedeného výzkumu. Dále jsem vypracovala návrh procesu zjednodušení akreditačního řízení, určenému Ministerstvu zdravotnictví České republiky, odboru vzdělávání a vědy.

KLÍČOVÁ SLOVA

Nelékařští zdravotničtí pracovníci; celoživotní vzdělávání; specializační vzdělávací programy; perioperační péče; ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči; akreditace; sestry školitelky.

ABSTRACT

This diploma thesis deals with a change in the non-medical professions education at The Faculty Hospital Na Bulovce (the FHB).

The theoretical part of the diploma thesis contains a theory to the change management, the human resources management, the themes of development and life-long education of non-medical professions according to the Act No. 96/2004 Coll., on Non-medical Health Professions.

The practical part of the diploma thesis is focused on a change in the organization related with the process of accreditations obtaining in order to provide the practical part of the specialized education programs “Operational Care” and “Nursing Care in Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care“ and their following realization. In this part of my diploma thesis, I used a quantitative (the telephone interview and the questionnaire examination form) research. I implemented the questionnaire examination in three groups of respondents: medium management (the FHB head nurses); nurses-instructresses from the accredited specialized education programs in the FHB and the participants of the specialized education programs “Operational Care” and “Nursing Care in Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care”. I completed the nurses-instructresses and participants of specialized education programs groups concerning their other notices.

After the research implementation, I arrived at the following results: according to the notices of all three groups, the specialized education programs implementation have been a positively evaluated contribution for the FHB. The participants have been reflecting a satisfaction mainly with the possibility to pass the practical part in their own hospital. The financial economic analysis supports that the FHB is able to retrain approximately

91 professions with the specialized competency till the year 2015. The total amount of costs savings is 582 400 Czech crowns.

The following part of my diploma thesis has been devoted to the FHB top management as a recommendation in education of non-medical professions area resulting of executed research. Further, I worked up a process suggestion of accreditation proceeding simplification, dedicated to the Ministry of Health of the Czech Republic, Department of Education and Science.

KEY WORDS

Non-medical professions; life-long education; specialized education programs; Operational Care; Nursing Care in Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care; accreditation; nurses-instructresses.

1 ÚVOD

V současnosti je manažer ve zdravotnictví permanentně vystaven řízení změny. Moderní diagnostické a terapeutické postupy, často zvyšují nároky na organizaci práce a přináší změny v přístupech hodnocení a finančního zajištění. Rostoucí nároky na kvalitu vyžadují větší pozornost tématům, jako je dosahování spokojenosti pacientů, produktivita práce, efektivní řízení procesů, rozvoj komunikačních a manažerských způsobilostí, a také rozvoj týmové spolupráce.

Jako téma diplomové práce jsem zvolila vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve Fakultní nemocnici Na Bulovce (FNB), a to hned z několika důvodů. Prvním důvodem byla změna ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB, která představuje rozšíření možnosti vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky o akreditované programy specializačního vzdělávání praktické části specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.“ Specializační vzdělávací programy odpovídají požadavkům zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, jako jedna z forem celoživotního vzdělávání. Dalším důvodem je velký praktický přínos pro organizaci a nelékařské zdravotnické pracovníky jak v operačních oborech, tak i v oborech intenzivní péče, kde proces uskutečňování praktické části specializačních vzdělávacích programů probíhá.

Práce podává hlavně zpětnou vazbu vrcholovému managementu od zástupců středního managementu - vrchních sester ve FNB, sester školitelek a účastníků praktické části specializačních vzdělávacích programů.

V teoretické části jsem využila odbornou literaturu, vnitřní dokumenty FNB a vlastní zkušenosti. Zde se věnuji procesu změny, klasifikaci, příčinám, strategii a velikosti, reakci na změnu a především řízení změn v oblasti zdravotnictví. V další části se zabývám personálním managementem a celoživotním vzděláváním nelékařských zdravotnických pracovníků. Závěrečná část je věnována rozvoji nelékařských zdravotnických pracovníků.

V praktické části popisují proces získání akreditace, naplánování, realizaci, zhodnocení a získání zpětné vazby z řad nelékařských zdravotnických pracovníků. V této oblasti jsem se věnovala kvantitativnímu výzkumu formou telefonních interview u sester manažerek ve FNB a dotazníkovému šetření u sester školitelek a účastníků specializačních vzdělávacích

programů. Jako doplnění kvantitativního šetření uvádím několik doplňujících výpovědí sester školitelek a účastníků.

Další část diplomové práce obsahuje doporučení pro vrcholový management ve FNB a návrh na zjednodušení procesu akreditačního řízení k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů, který bude předložen MZ ČR, odboru vzdělávání a vědy.

Zvýšený počet kvalifikovaných a erudovaných pracovníků přispěje k rozvoji a zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče ve Fakultní nemocnici Na Bulovce.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Tato kapitola se zabývá teorií k řízení změny ve smyslu pojetí změny a managementu změny. Stručně charakterizují změnu, její klasifikaci a příčiny. Dále se zaměřují na strategii a velikost změny. V další části se zamýšlí nad úspěšnou realizací změny a jejími podpůrnými faktory, pokouší se odhalit problematické oblasti a překážky spojené se zaváděním změny. Úzce se zabývá popisem reakce na změnu, zejména odporu vůči změně. Závěrečná část se dotýká současné problematiky změn v ošetrovatelství.

2.1 Teorie k řízení změny - pojetí změny

Žijeme v informačním věku. Změny v našem okolí jsou natolik dynamické, že bez adekvátní reakce nemůže přežít žádná společnost. Také Kotter nazývá současnou dobu dobou zrychlujících se změn. Změna nás doprovází neustále, každodenně a je cyklické povahy. V současnosti, a také v příštích letech se tempo změn bude neustále zrychlovat. Důsledky zrychlování tempa zasáhnou téměř každého z nás.

Russel obsáhle definuje změnu jako: „Provádění nebo přeměnu v něco jiného, odlišnost od předchozího stavu. Dále hovoří o náhradě jednoho druhým, a také o obměně.“ Základem této definice je vlastně přeměna v něco jiného (např. sníh se změní na vodu). (22)

Drucker o změně, inovaci říká: „Inovace znamenají především systematické opouštění včerejška, systematické hledání inovačních příležitostí ve zranitelných místech nějakého výrobního procesu či technologie nebo trhu v zaváděcí době potřebné pro praktické uplatnění znalostí v podnikání. Dále znamenají ochotu vytvoření inovačního projektu odděleně, mimo řídicí strukturu, která již existuje. Také zajistit organizačně účetní kategorie pro ekonomické sledování a řízení inovací. Podnik, který bude v turbulentní době zajišťovat inovace, bude ve výhodě, bude vlastnit kapitálové i lidské zdroje pro tyto inovace v současných tržních a technologických podmínkách.“ (8)

Ze zkušenosti vím a uvědomuji si, že zaměstnanci, kteří nejsou součástí vrcholového managementu, mají také velký potenciál pro změny v organizaci. Jedná se hlavně o změny,

kteře přispívají ke zjednodušení nebo zefektivnění pracovních postupů a činností pracovníků.

Snahou managementu by mělo být právě tyto zaměstnance odměňovat a snažit si je udržet pro další změny ke spolupráci. Vhodné by bylo z těchto zaměstnanců sestavit tým lidí, kteří jsou schopní, zkušení a dobře znají organizaci. V tomto týmu by však měli být i zástupci různých úrovní řízení.

Kovář s Hradilovou definují změnu obecně: „Změnu v nejobecnějším pojetí charakterizují jako přechod objektu z jedné podoby do jiné podoby.“ (19)

Podle Tománka: „Změna není vždy náš nepřítel! Znamená jiné slovo pro pokrok a je vždy novou příležitostí. Pro někoho přinese příležitost ke zlepšení, pro jiného možnost zhoršení. Změny tady budou stále. Musíme se naučit jejich zákonitosti. Ke změně musí být nová motivace.“ (28)

Brookfield popisuje změnu jako: „Společenskou konstantu projevující se ve vztazích v pracovním prostředí a v politickém procesu.“

Podle Lutjense je změna: „Inherentní, přirozená a kontinuální.“ (11)

Vodáček a Vodáčková změnami rozumějí: „Odchyly od předpokládaného stavu nebo průběhu procesu. Vyplyvají z nejistoty či omezené míry možného poznání v době, kdy vznikají manažerské záměry. Může jít o **odchyly pozitivní** (zlepšení očekávaných výsledků, příznivé změny, podnikatelské příležitosti), nebo **odchyly negativní** (zhoršení očekávaných výsledků, nepříznivé změny, podnikatelské hrozby). Posuzují se podle ocenění jejich závažnosti. Když paralelně či v těsné časové následnosti proběhne více změn, dojde ke **zřetězení změn**. Odhad a zvládnutí těchto změn jsou podstatně obtížnější než zvládnutí jednotlivých izolovaných změn. Kompenzace zřetězených změn je uměním manažerské práce.“ (29)

Wikipedie, otevřená encyklopedie, uvádí definici změny: „Změna je obecné označení pro pozorovatelný, měřitelný nebo kvantifikovatelný rozdíl ve stavu nebo vlastnosti nějaké entity v určité vztažné soustavě.“ (38)

2.1.1 Pojem management změny/změn

Existuje řada definicí těchto spojení. Vodáček a Vodáčková charakterizují pojmy „management změny“ a „management změn“ takto: „Jde o **záměrné změny**, které manažeři v rámci organizace sami iniciují a uskutečňují, vnitřní změny - investiční výstavba, či ve vnějším podnikatelském prostředí vnější změny - změny cenové politiky.“

„**Nezáměrné změny**, kterým manažeři musí neplánovaně čelit, vzniknou v rámci organizace, např. provozní havárie nebo ve vnějším podnikatelském prostředí, např. bankrot dodavatele či odběratele. Mohou být pozitivní - podnikatelské příležitosti nebo negativní - podnikatelské hrozby i s neutrálním vlivem.“ (29)

Tyto pojmy se staly součástí manažerské odborné literatury již před třiceti lety. Současný management užívá obou pojmů. Manažeři průběžně čelí početné a proměnné množině souběžných či následných změn. Také do této oblasti můžeme zařadit změny vyvolané zvnějšku, např. změna legislativy nebo tlak konkurence.

2.1.2 Klasifikování změny

Kotter uvádí: „Je třeba vnímat vnější změny a jednat na jejich základě. Bez dostatečného vědomí naléhavosti lidé nebudou dostatečně vnímaví a obezřetní. Sice se budou dívat pozorně kolem sebe, nebudou však věřit svým očím nebo jim nebudou chtít věřit. Dokonce, i když je vnější změna zpozorována přesně a včas, vyžaduje vnitřní změnu. Je třeba zefektivnit procesy, vytvořit nové pracovní metody a produkty a větší soustředěnost na zákazníky či na růst. Na základě neodůvodněného sebeuspokojení žádná ze změn nebude provedena dostatečně rychle, chytře a efektivně.“ (16)

Kovář a Hradilová klasifikují změny z různého hlediska. Podle managementu změny je důležité hledisko pod vlivem jakého subjektu změna probíhá.

Změny samovolné – probíhají pod vlivem působení přírodních sil a vlivů, bez účasti lidského faktoru.

Změny cílené a řízené – jsou výsledkem uvědomělé činnosti lidí. Při řízení se zaměřujeme na definování a dosažení cílů. (19)

Vodáček a Vodáčková nazývají moderní management současného období „Managementem v podmínkách stálých a kritických změn.“ Procesy, tedy činnosti, které se v organizaci uskutečňují, probíhají v natolik se měnících podmínkách, že změny nelze z hlediska manažerské práce ignorovat.“ (29)

2.1.3 Příčiny změny

Příčiny změny můžou být vnější a vnitřní.

Vnější změny - změny vnějších podmínek organizace

Vnitřní změny - změny vnitřních podmínek organizace (29)

Vnější faktory změny:

Regulace je určitá řídicí či usměrňující činnost, prováděná člověkem nebo zařízením. Ve společnosti znamená ovlivňování nebo ovládání lidského a společenského chování na základě pravidel a omezení. Může mít mnoho podob, např. právní omezení - vynucení vládní mocí, systémovou samoregulaci, společenskou regulaci nebo regulaci trhu.

V rámci organizace působí na novém společném trhu, na kterém v některých případech spolupracují, ale většinou si konkurují. Konkurence organizace v rámci hospodářské soutěže usiluje o moc, úspěch nebo náklonnost. Konkurenční prostředí se zostřuje. Tato situace vyžaduje průběžnou mobilizaci schopností a motivaci pracovníků k neustálému zlepšování procesů. V hospodářské soutěži mezi podnikateli není místo pro podniky, které nestačí normě nejvyšší kvality, nejlepších poskytovaných služeb a nejnižší ceny. Dávno už neexistují a nedodržují se v podnikání žádné konvence. Každý využívá nekompromisně svých možností a kontaktů. Tato strategie nemůže být dlouhodobě úspěšná.

Snižování nákladů a změny cen na trhu někdy vedou v podniku k propouštění zaměstnanců a tím k růstu nezaměstnanosti. Také to velmi záleží na cyklu, ve kterém se nachází ekonomika. Bude-li růst, je velká naděje, že propuštění si rychle najdou jiné pracovní příležitosti. Bude-li ekonomika klesat, resp. stagnovat, nezaměstnanost se bude prohlubovat.

Vnitřní faktory změny:

Jmenování nového managementu téměř vždy přináší změnu. Pro práci manažera je potřeba zvládnout a uplatnit základní manažerské praktiky, techniky a metody.

Fúze, akvizice – pojem fúze znamená spojení, sloučení či splynutí dvou a více entit. Akvizice je získání, určitý přírůstek a také nábor. (38)

Barták popisuje nové faktory, dynamiku, rostoucí frekvenci, komplexnost a změny ve stále tvrdších podmínkách za rostoucí konkurence. Tvrdí, že moderní tržní ekonomika je turbulentní a neexistuje nic neměnného a status quo patří do minulosti. (2)

V současné době dochází ke změnám ve všech odvětvích, jak ve výrobě, tak i ve službách. Změny se týkají také oblasti zdravotnictví. Hodně změn přináší akreditování a certifikování zdravotnických zařízení. Se zavedením kvality do zdravotnických zařízení dochází k velkým změnám, např. ve vedení dokumentace, ordinaci léčiv a jejich skladování. Také dochází ke změnám hygienických požadavků, personalistiky, požadavků na bezpečnost přístrojové techniky. V ČR v současnosti není mechanismus, který by zajistil vyšší úhradu ze zdrojů zdravotního pojištění akreditovaným či certifikovaným zařízením, certifikace je např. podmínkou pro uzavření smlouvy mezi zařízením a zahraniční zdravotní pojišťovnou, tedy vůbec přístup k financím. Je pravdou, že zdravotní pojišťovny takový přístup již oznamují. V zahraničí je celkem rozšířen, zatím však přímý ekonomický přínos akreditace nelze mezi jejími výhodami uvést. Úspěch v akreditačním procesu slouží řadě zařízení jako silný nástroj pro vyjednávání se zřizovateli při rozhodování o investicích.

2.1.4 Strategie a velikost změny

Barták rozlišuje změny dle strategického kontinua a to na změnu rychlou a pomalou.

Rychlá změna – je plánovaná jasně, vyžaduje malé zapojení ostatních a je nutné pokusit se překonat každý odpor.

Pomalá změna – na začátku není jasně plánovaná, vyžaduje obrovské zapojení ostatních a pokoušíme se minimalizovat každý odpor. (2)

Russel dělí organizační změnu na inkrementální a radikální.

Inkrementální (postupná, malá) **změna** – 5% snížení počtu zaměstnanců, zavedení platu, který závisí na výkonu. Princip trvalých malých zlepšení. V praxi to mohou být běžné zlepšovací návrhy.

Radikální (skokem, velká) **změna** – snížení počtu zaměstnanců o 25% a více, stažení kapitálu/akvizice. (26) Každý management podniku si přeje navrhnout zásadní změnu v podnikatelském programu, která restrukturalizuje výrobové spektrum nebo strategii postupu. Tento postup musí počítat s velkým nasazením zdrojů i větším nebezpečím nedosažení předpokládaných cílů. Radikální změny ohlašují nové generace produktů, i když většina inovací jsou ve skutečnosti „**sub-inovacemi**“, které celý výrobek nemění, i když jedna nebo více jeho částí mohou být podstatně změněny.

Velikost změny popisuje Russel a dělí ji na:

Nepatrnou – např. doladování, zlepšování

Povrchovou – např. restrukturalizace, změna rozdělení zdrojů

Mírnou – např. plánování zlepšení

Změnu s významným posunem – např. změna generálního ředitele a jeho strategie

Pronikavou – např. změna definice úspěchu a cílů organizace

Hlubokou – např. změna mise a vize

Nejhlubší – např. změna myšlení, způsobů řešení problémů (26)

2.1.5 Realizace změny a podpůrné faktory úspěšné realizace změn

Realizace a vyhodnocení změny se opírá o následující dvě dimenze: načasování, neboli výběr vhodného času k zahájení změny a rozsahu. Ten představuje výběr vhodné škály nebo rozsahu změn. Pro vyhodnocení je nutné zvolit kritéria dle povahy změny, např. kritéria měřící pracovní výkon, styl a chování zaměstnanců, fixní a variabilní náklady a jejich zvýšení či snížení jako dopad změn.

Russel uvádí, že realizace změny a úspěšné zvládnutí změny v organizaci obnáší:

Změnu lidí – jejich názorů, postojů a přesvědčení o nutnosti a žádoucnosti změny. Někteří lidé možná změnu přijmou, ale pro organizaci nebude vhodná. Je nezbytné porozumět připravenosti vedoucích pracovníků na změnu. (26) Právě vedoucí pracovník by měl předávat další informace o plánování a realizaci změny. Když proces změny nepochopí a nebude schopen předat další informace svým podřízeným, zákonitě k žádné změně nemůže dojít. Zde bych zmínila Paretův princip: pouze 20% lidí bude souhlasit se změnou a 80% bude proti změně. V týmu lidí dále musí být projektový manažer, který má zkušenosti

se změnou a také dostatečné množství lidí, kteří změnu podpoří. Navíc by tito lidé měli být na vedoucích pozicích.

Změnu kultury – pokud existuje silná podniková kultura a společnost je úspěšná, může být změna velmi obtížná. Podniková kultura bude mít vliv na schopnost a rychlost organizace změnu přijmout. Vyjadřuje způsob, jak se společnost projevuje. (26) Některé dobře fungující organizace nechtějí přijímat novinky a změny. Možná by stálo za to opět zrevidovat organizační kulturu a zamyslet se nad novým stylem práce, chováním zaměstnanců – nabídnout jim nové vzdělávací kurzy, přehodnotit jejich styl oblékání a stanovit doporučující pravidla.

S tím je spojená **změna struktury, procesů, strategie, systémů**. Dobrým příkladem je příprava organizace k akreditaci nebo certifikaci. Tím, že dojde ke standardizaci – tedy přesnému popisu vybraných procesů, např. podávání léků – zvýší se pravděpodobnost, že pracovníci budou procesy provádět stejným způsobem – minimalizuje se nežádoucí variabilita. Při zahájení příprav k akreditaci zjišťuje řada zařízení, že se u nich nedodrhuje legislativa – např. vedení dokumentace, ordinace léčiv. Získání akreditace je cíl velmi náročný a záleží hlavně na otevřené komunikaci na všech úrovních.

Úspěšně realizovaná změna přináší podniku dlouhodobé přínosy, samozřejmě záleží na typu změny. Realizace není jednoduchá a vyžaduje vhodný přístup. (26)

Kotter tvrdí: „Každý program změny se dotýká mnoha různých zájmových skupin, jak v podniku, tak mimo podnik. Všechny mají své vlastní motivy a zájmy. Při řízení programu změn můžeme rozdělit zájmové skupiny do několika kategorií:

Lidé potřební jako zdroje - oddělení informačních technologií.

Lidé, které je nutno přesvědčit o záměru - jejich role může mít zásadní význam.

Lidé, kterých se změny dotknou.

Lidé, kteří sledují postup změn - investoři, akcionáři a zákazníci.“ (14)

Následující přehled předpokladů úspěchu změn je pouze jakýmsi nástinem. K tomu, aby byla změna úspěšná, nebude postačovat splnění pouze jednoho předpokladu, ale jejich jistá souhra. Neméně důležitá je i příznivost situace. Mezi příklady úspěchu změny můžeme

uvést následující: jasná, motivující, dobře sdělitelná vize, osvětlující smysl změny. Potřebný je zejména dostatek času na celý proces a jeho bezodkladné zahájení, jednoznačný signál zahajující změnu, soustředění sil na proces změny a jejich efektivní využití. K dalším příkladům úspěchu zařadíme neústupnost lidí zainteresovaných na změně (zejména managementu), prožívání úspěchů k podpoře procesu změny. Každý i sebemenší úspěch je nutné vyzdvihnout, zapojit tvořivost a podpořit invencí co nejširšího okruhu spolupracovníků. To souvisí i se snahou o co nejširší participaci zaměstnanců na změně a využití kladné a záporné motivace zaměstnanců pro udržení jejich výkonnosti v procesu změny. To znamená zdůraznit budoucí příznivé (přínosy) a nepříznivé (omezení) dopady na podřízené v případech, že změna bude úspěšná a nebo naopak neúspěšná.

Škrála a Škrlová hovoří o úspěšné realizaci změny v následujících faktorech:

Vytvoření zdravé organizační kultury a motivujícího prostředí.

Jasná vize – lidé musí chápat smysl změn.

Podpora důvěry zaměstnanců k managementu.

Otevřená, efektivní komunikace a dodržení slibů.

Získání potřebných zdrojů – čas, nástroje, finanční prostředky k realizaci změn.

Zahrnutí zaměstnanců do plánování změny – zaměstnanci musí být přesvědčeni, že změny byly iniciovány na základě jejich nápadů a vize.

Vytvoření efektivního akčního plánu – konkrétní kroky, harmonogram, odpovědnosti.

Přesvědčení zaměstnanců v získání dovedností, které budou nutné k práci po realizaci změn.

Skutečná podpora vrcholového managementu. (27)

Je nutné poznamenat, že všechny body jsou důležité pro realizaci změny, chtěla bych vyzdvihnout hlavně otevřenou, efektivní komunikaci a dodržení slibů. To se mi v praxi po každé osvědčilo a také skutečnou podporu managementu. Důležitou schopností manažera by měla být schopnost komunikovat. Lidé totiž začínají, prožívají a končí svoje vztahy tím, že spolu komunikují. Vztahy však také mohou končit tím, že spolu lidé nekomunikují. Tedy mám na mysli verbální komunikaci. Tímto se vzájemně ovlivňují ve svých názorech a představách. Řeč a nonverbální komunikace se tedy uplatňuje jako prostředek úspěšného

prosazení. Z vlastních zkušeností vím, že jsou situace, kdy je nutné využít jak komunikaci verbální, tak i neverbální. Jednoduše spolu souvisí a vzájemně na sebe navazují a doplňují se.

Covey konstatuje: „Změna – skutečná změna – směřuje zevnitř ven. Skutečné změny nedocílíme pomocí technik rychlého řešení problémů etiky osobnosti, zaměřených na postoje a chování. Netýká se však organizace, ale jedince. Skutečná změna vyžaduje jít ke kořenům problémů, zaměřit se na příčiny, strukturu našeho myšlení, základní a podstatná paradigmat, věci formující náš charakter a vidění světa.“

Zde uvádím 7 Coveyových návyků:

- 1. Bud'te proaktivní**
- 2. Začínajte s myšlenkou na konec**
- 3. Dejte přednost důležitým věcem**
- 4. Myslete způsobem výhra - výhra**
- 5. Nejdříve se snažte pochopit, potom být pochopeni**
- 6. Vytvářete synergii**
- 7. Ostřete pilu**

Covey popisuje proces zevnitř ven takto: „Jedná se o trvalý proces obnovy založený na přirozených zákonech, jimž podléhá růst a rozvoj člověka. Je to pohyb po vzestupné spirále růstu, postupně směřující k vyšším formám odpovědné nezávislosti efektivní vzájemnosti.“ (6)

Provést zásadní změnu znamená vytvořit, udržet a propagovat prostředí v organizaci. Dále vyvstává potřeba motivovat chování a přitom neztrácet o sledu událostí přehled. Provést rozsáhlou změnu vyvolává u pracovníků individuální pocity úzkosti, jimž se musí aktivně čelit. Také záleží na typu změny a na připravenosti pracovníků na změnu.

Efektivní implementace změn vyžaduje vybudovat podporu u všech skupin ve společnosti, zvláště angažovat jednání vůdců těchto skupin. Vypořádat se s individuální úzkostí znamená aktivně zasahovat do postojů jednotlivců a ovlivňovat je stejně jako názory na nutnost provedení změny. Jednotlivci se včleňují do aktivní účasti na participování při uskutečňování změn, jejich aktivní přístup a pozitivní změny v jejich chování jsou odměňovány. Samozřejmě je potřebné počítat s určitým časem nezbytným k vymanění se ze současných stereotypů.

2.1.6 Komunikace transformační vize

Kotter zdůrazňuje nutnost transformační vize a uvádí: „Skvělá vize může sloužit svému účelu, i když ji rozumí jen málo zasvěcených lidí. Když většina lidí zapojená do určitého podniku nebo činnosti shodně rozumí cílům a zaměření, teprve se projeví skutečná moc vize. Tato představa budoucnosti může pomoci inspirovat a koordinovat právě takové typy jednání, jako je vytváření změny. Získat porozumění a podporu něčeho nového není nikdy jednoduché. Schopní lidé neustále dělají chyby a ani ve známých firmách nebývá výjimkou naprostý kolaps. Manažeři velmi významně podceňují komunikaci. V každém případě je výsledkem zpomalení transformace.“ (16)

Osobně s názorem Kottera souhlasím, opět je to právě komunikace, bez které není možné změnu uskutečnit a zapojit zaměstnance do spolupráce při zavádění změny.

Prvky nezbytné pro efektivní komunikaci vize:

Jednoduchost - vyhnout se veškerému žargonu a odborné terminologii.

Metafory, analogie a příklady - verbální představa vydá za tisíc slov.

Mnohočetné kanály - velká shromáždění, malé schůzky, podnikové časopisy, formální a neformální setkání slouží k šíření myšlenek.

Opakování - myšlenky utkví hluboko, když je slyšíme mnohokrát opakovat.

Vedení příkladem - chování důležitých lidí, které je v rozporu s vizí.

Vysvětlování zjevných nesouladů - rozporná prohlášení nebo situace, které nejsou okamžitě vyjasněné podřívají důvěryhodnost veškeré komunikace.

Dávat i brát - obousměrná komunikace je účinnější než jednosměrná. (16)

2.1.7 Možné problematické oblasti zavádění změn

Realizace řady změn není možná, aniž by byly vyčleněny určité zdroje (finanční, personální, kvalifikační, materiální). Má-li se změna fakticky implementovat, je třeba vytvořit vhodné podmínky pro její realizaci.

Harvardský profesor John Kotter studoval způsob, jak špičkové vůdčí osobnosti v úspěšných firmách vedly úspěšně programy změn. Zjistil, že všichni respektovali stejný soubor osmi po sobě jdoucích zásad - kroků. Chceme-li být úspěšní nesmíme žádný krok vynechat, dokonce ani svévolně měnit pořadí.

Kotter vytipoval osm problémových oblastí, které brzdí proces změny a se kterými se každý odpovědný manažer musí při zavedení změny do své organizace vypořádat. Při jejich podcenění nebo dokonce neřešení může dojít lehce k tomu, že se změnu nikdy nepodaří do praxe implementovat:

1. „Přílišné sebeuspokojení a arogance,
2. Neschopnost vytvořit dostatečně silnou koalici, která by změny prosazovala,
3. Podcenění síly vize,
4. Nedostatečná komunikace vize,
5. Dovolit překážkám, aby zablokovaly novou vizi,
6. Neschopnost vytvářet krátkodobá vítězství,
7. Příliš časně vyhlášení vítězství,
8. Zanedbat pevné zakotvení změn ve firemní kultuře.“ (16)

2.1.8 Překážky změny

Russel uvedl podle výsledků výzkumu, realizovaného firmou Viliam Schiemann and Associates z USA nejzávažnější překážky změny:

Odpor zaměstnanců - nejprve by měl manažer změn identifikovat důvody odporu zaměstnanců a poté zvolit vhodný motivační program. K tomu má různé nástroje, jako např. svou osobnost, schopnost vést lidi, schopnost motivovat, rozhodovat. (26)

Nevhodnou kulturu - je-li firemní kultura strnulá, rigidní, pak se všichni „hrozně nadřou“, a efektivita podnikových aktivit je nízká. Špatná firemní kultura bude brzdit aktivitu všech zaměstnanců.

Špatnou komunikaci/plán - bývá často hlavním důvodem nedorozumění mezi lidmi. Mnoho lidí má pocit, že formuluje své myšlenky jednoznačně, opak je však pravdou.

Nedotažení změny do konce - stává se chybou a v organizacích se objevuje poměrně často. Mnohokrát je organizace před zavedením změny, jsou vhodné podmínky i motivovaní lidé. Nakonec stačí malý negativní krok a zavedení změny se nepovede.

Nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků se strategií - problémy souvisejí často s nedostatečnou komunikací, neznalostí nebo jiným chápáním strategie organizace.

Nedostatečné dovednosti - nezkušenost manažera, neschopnost delegovat úkoly, nedostatečné předávání informací mohou být velkým problémem při realizaci změny.

Kotter charakterizuje: „ Existující překážky bránící změně je nezbytné potlačit, získat lidi a překonat bariéry. Být připraven na změnu a mít podporu lidí je nejdůležitější. Pokroku lze dosáhnout jen tehdy, když jsou zvažovány potřeby, očekávání a obavy všech zájmových skupin a když se podle nich také jedná.“ (17)

Překážky, které mohou zablokovat program změn, jsou:

Nedostatek důvěry - se může vyskytnout zejména u začínajících manažerů, kteří mají pocit, že všechno umějí nebo musejí dělat sami. Praxe však ukazuje, že naučit se delegovat patří k základním a nejdůležitějším manažerským dovednostem. Manažeři, kteří umějí delegovat, dosahují lepších výsledků než ti zavalení úkoly, které by mohli vykonávat jejich podřízení. Úkolem manažera je plánovat, organizovat, koordinovat, vymezovat priority a také přemýšlet kreativně.

Nedostatečná komunikace - směrem nahoru, dolů, do stran a to vně i uvnitř podniku - manažeři jsou přepracovaní, zaměřeni více na své vlastní úkoly, neumí dostatečně delegovat, nestíhají kontrolovat výsledky práce svých podřízených, nepředávají včas nebo úplně informace. Zaměstnanci nejsou součástí důležitých projektů, každý si plní pouze své úkoly bez znalosti souvislostí a návaznosti na ostatní. Zaměstnancům chybí přímá zpětná vazba.

Malá nebo nevhodná motivace - nízká úroveň vedoucích pracovníků, chybějící pravidla v organizaci a nedostatečná podpora silně ovlivňují motivaci zaměstnanců. Pokud se dlouhodobě neřeší, vede k demotivaci a výraznému snížení produktivity práce.

Nedostatek podnikatelských zkušeností mezi manažery - se objevuje v začátcích podnikání, může znamenat i předčasné ukončení podnikatelské činnosti. Je výhodou, když začínající podnikatel absolvuje vhodný kurz zaměřený na oblast managementu.

Pomalé rozhodovací procesy.- manažer se v každodenní činnosti setkává s řadou problémů, které musí řešit, a o kterých musí rozhodovat.

Nedostatek spolupráce mezi jednotlivými funkcemi, týmy a jednotlivci - chybějící pravidla - nejasné odpovědnosti a pravomoci vedou k vleklým neřešeným problémům.

Nedostatek důrazu na proces učení - může se jednat o zábrany v učení - překážky úspěšného (efektivního) učení, únavu z přemíry práce, zátěž nebo nedostatek času.

2.1.9 Reakce na změnu

Russel velmi jednoduše popisuje reakci na změnu:

Odpor - otevřeně/skrytě proti změně

Vyhovění - změna je neochotně přijímána

Spojenectví - podpora

„Odpor je vyjádřením podpory současného stavu. Zvládnutí odporu musí být naplánováno a vhodně provedeno, jinak se vše může zhoršovat a může také dojít ke zničení projektu.“ (26)
Odpor zaměstnanců ke změnám patří k základní omezující podmínce a odvíjí se zejména od způsobu vedení lidí, formální organizace a charakteru organizační kultury.

Z důvodu odporu zaměstnanců ke změnám je rovněž důležité zvolit vhodný přístup či strategii změny a to ve vztahu k výběru způsobu sdílení pravomoci. Na jedné straně využít přístup opírající se o jednostrannou pravomoc - nařízení ze strany vrcholového managementu nebo přístup opírající se o pravomoc delegovanou - pravomoc je přenášena v plné míře na podřízené skupiny. Mezi těmito póly leží celá škála dalších možných přístupů. Jako jedna z možností se nabízí delegování pravomoci. Za důsledek je odpovědná celá skupina, dochází k lepší motivaci.

Odpor ke změně má důvody reálné i domnělé:

Ztráta kontroly

Nejistota

Strach z nového

Ztráta moci

Ohrožení

Nepochopení

Všem těmto aspektům je nutné věnovat pozornost a snažit se je potlačit. (26)

Chceme-li předcházet odporu ke změně, snažíme se vytvořit plán jak pomoci lidem adaptovat se na změnu. Zanedbání tohoto faktoru vede často k nepříjemným emocionálním reakcím na změnu a k následným komplikacím v celém procesu. Pracovníci by proto měli dostat úplné informace o navrhované změně. Měli by být přizváni a povzbuzováni k tomu, aby přispěli svými myšlenkami, návrhy a zkušenostmi. Ale také, aby otevřeně vyjádřili své pochybnosti a obavy. Manažeři by měli naslouchat a otevřeně diskutovat o možných řešeních.

Kotter udává, že: „V případech úspěšných projektů změny dosahují lidé, kteří mají náležitou podporu, rychlých úspěchů - drobných vítězství, která živí jejich víru v projekt změny. Poskytují určitou emocionální odměnu usilovně pracujícím, berou vítr z plachet kritikům a celému procesu dodávají energii. Bez malých úspěchů, které jsou zjevné, zcela jednoznačné, srozumitelné, uznávané, se projekty změny dostávají do vážných problémů.“(16)

Lidé jsou přirozeně podezřívaví a změny se bojí. Mají jistotu a jsou spokojeni s existujícími způsoby vykonávání práce, proto změnu nechtějí. Odpor může vzniknout z důvodů, že změna má vliv na moc a status jednotlivce, může snížit odměny za práci nebo zvýšit pracovní zatížení. Změna zvyšuje kontrolu a tím znesnadňuje život a také přináší nejistotu a vytváří strach a obavy. Jak připomínají Vodáček a Vodáčková: „Snaha o provedení vnitřních změn v organizaci vyvolává u pracovníků odpor. Projevuje se v různé míře, z různých důvodů u vedoucích i výkonných pracovníků. Je nutné s odporem počítat. Může mít negativní, ale i pozitivní stránky. Podle výsledku vyhodnocení manažeři přijímají a realizují opatření, jak účinně a účelně se s odporem vypořádat. Základem správného vyhodnocení projevů, příčin a očekávaných důsledků odporu jsou vhodná kritéria hodnocení odporu ke změnám.“ (29)

Posuzuje se, zda jde o odpor:

- **Jednotlivců nebo kolektivů různé velikosti a významu.**
- **Oprávněný či neoprávněný, z hlediska různých soustav cílů v organizaci.**
- **Zjevný nebo skrytý, podstatné jsou problémy správné identifikace jeho projevů.**

- **Jasně cílený nebo nejasně vyjádřený či plynoucí z neporozumění situace.**
- **Mocensky založený či zdánlivě nebo skutečně odpor slabý.**
- **Aktivní nebo pasivní, může být i kombinovaný. (29)**

Po posouzení odporu by měli manažeři komunikovat a dělit se o své představy a svou angažovanost pro změnu prostřednictvím vzdělávání, prezentací, skupinových setkání nebo porad. Ti, kteří změnu odmítají, by měli být zapojeni do jejího plánování a realizace, aby se snížil jejich odpor a přijali změnu za svou. Pracovníci potřebují radu a podporu, které jim pomohou překonat strach a obavy. Management by měl změnu spíše vyjednat, měl by být připraven také ke kompromisům.

Proces řízení změn obsahuje aspekty a metody strategického managementu uplatňované v analýze vnějšího a vnitřního prostředí, aspekty a metody rozhodovací analýzy a aspekty uplatňované při implementaci změn.

Při implementaci změn je nejznámější a nejčastěji doporučovaný **Lewinův model protichůdných sil**.

Lewin vychází z „**principu akce a reakce**“, doporučuje identifikovat:

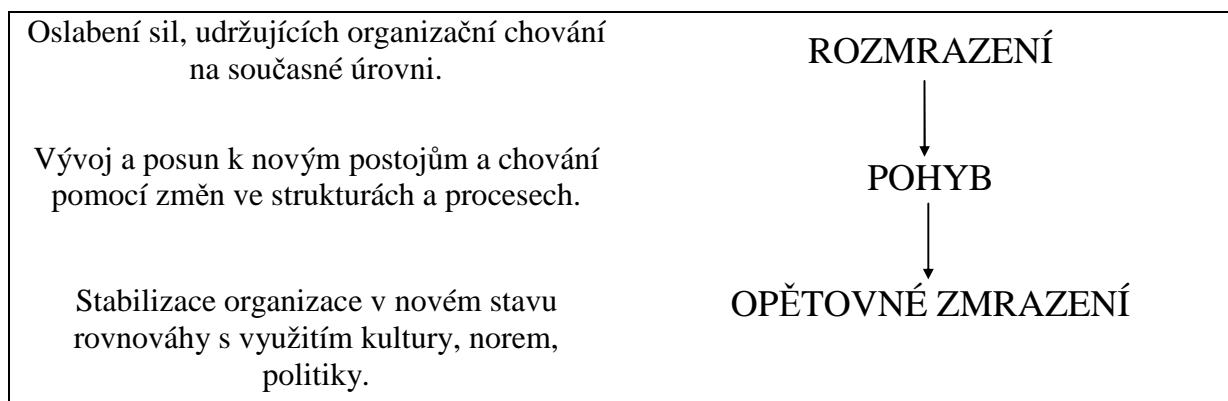
- **síly, které změnu podporují** (řídící systém, lídry, znalosti a porozumění lidí pro důvody změny, přínosy změny, výhody, tlak konkurence a další ohrožení),
- **síly odporu vůči změně** (strach a překvapení lidí, setrvačnost myšlení, nepochopení, ztráty a rizika lidí postižených změnou). (29)

Dále Lewin doporučuje zajistit prosazování změny a překonání odporu k ní ve třech fázích:

- **fáze „rozmrazení“** (cílem je přesvědčit skupinu lidí o nutnosti a oprávnění změny nebo vytvořit pozitivní klima pro provedení změny. Jde o aktivizaci sil, které změnu podporují a naopak potlačování možných sil odporu).
- **fáze „provedení změny“** (má být rychlá a dobře připravená i s pohotovými reakcemi na vznikající problémy a potíže).
- **fáze „stabilizace“** či „znovuzmrazení“.

Na základě vyhodnocení výsledků provedené změny („zpětné vazby“) se aktivizují lidé ochotní pracovat v souladu se změněnými podmínkami. Poskytuje se podpora těm, kteří změnu podporují, překonává se zbývající odpor ke změně viz tabulka č. 1. (29)

Tabulka č. 1: Lewinův model změny



Zdroj: Lewinův model změny [Fláková, 2010]

Lewin také poskytl užitečný a praktický rámec pro analýzu situace změny, kterou nazval „analýza silového pole“. Proces analýzy silového pole zahrnuje:

- **Analýzu brzdících nebo hybných sil, ovlivňujících přechod do budoucího stavu.**
- **Určení charakteru těchto sil.**
- **Přijetí opatření ke zvýšení hybných sil a omezení brzdících sil.** (29)

Proti určitým změnám je vždy v řadách pracovníků velký odpor. Paradoxem je, že všechny skupiny, pro i proti změnám, si přejí úspěch. Jejich cesty jsou však opačné. Nejčastěji považují za úspěch pouze jejich osobní okamžitý zisk a výhody a chtějí, aby zvítězila ta jejich „pravda“. Myslím, že je nejdůležitější se zaměřit na největší skupinu lidí. Při dokonalém vysvětlování a komunikaci je to právě ta skupina, která nakonec změni názor a přizpůsobí se většině. Ne vždy je pro vliv na rozhodování členů skupiny rozhodující její velikost. Je docela možné, že změnu dokáže prosadit početně malá skupina vysoce postavených zaměstnanců.

Russel poukazuje na negativní reakce lidí na změnu:

Nevidí smysl změny.

Jsou příliš zaneprázdnění.

Myslí si, že jsou změnou ohroženi.

Jsou bytostnými odpůrci změny.

Začínají projevovat negativní reakce na změnu, ztrácejí sebedůvěru. (26)

Upozorňuje na to, že na změnu lidé reagují také pozitivně:

Jsou plní sebedůvěry a jsou pozitivně naladěni.

Začínají vidět dosažitelnost změny, jejich sebedůvěra roste.

Začínají se věnovat projektu naplno.

Pomáhají zbytku společnosti, vyžadují sebedůvěru. (26)

Mallya popisuje model „7S“, který vytvořili pracovníci firmy McKinsey v sedmdesátých letech 20. století, aby pomohli manažerům porozumět složitostem, spojeným s organizačními změnami. „Tento model ukazuje, že imunitní systém organizace a ostatní související proměnné způsobily, že bylo složité změny implementovat a vyžaduje, aby při snaze provést efektivní změny byly brány v úvahu všechny faktory:

- **Strategie**
- **Struktura**
- **Systémy**
- **Styl práce vedení**
- **Spolupracovníci - personál**
- **Schopnosti**
- **Sdílené hodnoty.**“ (21)

Vedení firmy musí brát v úvahu všech sedm faktorů, aby bylo jisté, že implementovaná změna bude úspěšná. Opět bych se pro úspěšné zavedené změny zaměřila na personál a podpořila bych jeho schopnosti a zlepšila informovanost. Změna může být efektivně řízena pouze, pohlížíme-li na organizaci jako na komplexní nebo celkový systém.

Na základě dlouholetých Kotterových výzkumů: „Více než 70% potřebných změn není vůbec zahájeno i přesto, že někteří lidé potřebu změny jasně vnímají. Mnozí lidé se při pokusech o změnu zcela vyčerpají nebo realizují změnu nad rámec rozpočtu nebo opožděně než byl původní záměr. Sedmdesátiprocentní míra neúspěchu je obrovskou brzdou pro firmu, ekonomiku nebo společnost. Trpí investoři, nesnáze se šíří všemi směry: zasahují zaměstnance, zákazníka i rodiny.“ (17)

2.1.10 Etapy rozvoje managementu změn a jejich charakteristiky

V literatuře je pojem „management změn“ upřesňován ve vazbě na dominující charakter změn, k nimž se vztahuje.

Rozlišuje se:

- **management interních změn,**
- **management v podmínkách stálých změn,**
- **management v podmínkách kritických změn.**

„**Management interních změn**“ - se v posledním desetiletí užívá k vystižení problematiky vnitro organizačních změn jako změny vyvolané reorganizací, inovační změny ve výrobních, procesních strukturách. (29)

„**Management stálých změn**“ - reakce na výrazný růst frekvence a intenzity externích změn, působících v organizaci. Orientuje se především na příležitosti a hrozby vnějšího podnikatelského prostředí. Vliv externích změn je v organizaci ztlumen, vyvolává potřebu interních změn.

„**Management v podmínkách kritických změn**“ - vstoupil do povědomí začátkem 90. let minulého století. Změny v podnikatelském prostředí bývají překvapivě nečekané, mají i ostrou dynamiku průběhu. Na organizaci působí vysoká frekvence změn, která může vést k řetězení. Důsledky pro organizaci s vysokou mírou pravděpodobnosti mohou být kritické - krizový management. (29)

2.1.11 Metody překonávání odporu vůči změně

Podle Bartáka jsou hlavními metodami překonání odporu vůči změně:

Výchova a komunikace – úspěšná je tam, kde jde o změnu dlouhodobou, plánovanou s časovým předstihem a je reálné na ní připravit zaměstnance na všech úrovních, získat jejich důvěru, zájem a participaci.

Účast a zapojení – je možné využít tam, kde na základě analýzy silového pole předpokládáme vhodné podmínky pro vysokou úroveň participace zaměstnanců na změnách.

Podpora a pomoc – je nutná jak ze strany managementu, tak ze strany kolegů. Je dobré svolat schůzku s managementem a otevřeně o změně promluvit, případně navrhnout řešení, které povede ke shodě.

Metoda jednání, vyjednávání, dohody – lze využít v nejrůznějších oblastech kolektivního vyjednávání.

Manipulace a přizpůsobení - zacházení s něčím, postup nebo způsob tohoto zacházení, nečestné jednání a následné přizpůsobení. Management se může vyhnout odporu tím, že použije např. zatajování informací, používání jazyka, který udělá změnu přitažlivější.

Explicitní, implicitní donucování - považují za krajní a neoblíbené řešení. Když ale není podpora pracovníků, bývá pak potřebným krokem k prosazení a zavedení změny. (2)

Všechny z těchto metod považují při zavádění změny za důležité, i manipulaci, i když ta je z mého pohledu minimálně eticky problematická. Bez podpory a pomoci lidí není možné získat si jejich důvěru a efektivně komunikovat.

Grobar - Murray a DiCroce uvádí jako nejdůležitější metodu zmenšování odporu vybudování důvěry:

Vysvětlováním - ve formě školení nebo ukázky, prostřednictvím vzdělávání, prezentací, skupinových setkání, porad a neustálého opakování a komunikace s podřízenými pracovníky. Manažeři by měli naslouchat a otevřeně diskutovat o možných řešeních.

Žádostí o pomoc - zaměstnanci potřebují rady a podporu, které jim pomohou překonat strach a obavy z neznáma.

Uznáním obav - změny přinášejí nejistotu a vytvářejí v lidech strach a obavy, např. „Nepřijdu o práci?“

Prováděním změn v malých dávkách - z vlastní zkušenosti vím, že na pracovníky se musí ze změnou opatrně, téměř v rukavičkách, ale neustále, hlavně nepolevovat a jít si za svým cílem. Na druhou stranu jsou změny, které vyžadují rychlou komunikaci nezbytnosti změny.

Nabídkou pomoci - ne všichni pracovníci věří vyzkoušeným a ověřeným metodám a myšlenkám a nechtějí zkoušet něco nového. Manažeři by měli komunikovat a dělit se s pracovníky o své představy a nabízet pomoc spontánně.

Vysvětlením výhod - manažeři často zapomínají zapojovat své zaměstnance, nebo zavádějí nějakou symbolickou formu konzultace. Obvykle se změna uskuteční až poté, když již manažeři přijali klíčová rozhodnutí.

Uznáním úspěchu - zkušenosti jasně ukazují, když manažeři tráví více času zapojováním pracovníků do rozhodování, je větší naděje na úspěšnou změnu a pracovníci to ocení. (11)

2.1.12 Motivace ošetrovatelského personálu ke změně a změny v ošetrovatelství

Motivace je fenomén, který je vlastní každému jedinci. Může být ovlivněna různými okolnostmi, včetně vlivu ostatních lidí a celkovými podmínkami v prostředí. Značné generační rozdíly mezi zdravotními sestrami nám poskytují důkaz o tom, že jednotlivci vnímají stejnou situaci jinak na základě myšlení, postojů a hodnot, které si vytvořili v průběhu času.

Lidská činnost je povzbuzována, usměrňována a udržována procesy, stavy a vlastnostmi, které se nazývají **motivy**. Úspěch práce s lidmi předpokládá využívání poznatků o motivaci. Je to důležitý předpoklad úspěšného managementu. Za motivy považujeme hybné síly, pocházející zevnitř člověka. Stimuly jsou podněty zvenku. Motivační činitelé a jejich využití v ošetrovatelství, jsou odvozené od biologických, psychických, duchovních, estetických a sociálních potřeb sestry a pacienta. Existují různé teorie potřeb, a tím i teorie motivace k práci. Neznámější a nejvýstižnější je **Maslowova teorie potřeb**. Vyšší potřeby mají motivující význam až po uspokojení základních, nižších potřeb. Člověk je ve významné míře motivován tím, že reaguje na svoje vnitřní potřeby. (20)

Člověk nevčlení do svého systému postojů, hodnot a přesvědčení zejména ty obsahy, které mu vnější prostředí vnucuje či diktuje. Těm se nanejvýš přizpůsobí. Ani lákavý stimul se nemusí stát motivem snažení, jestliže nedojde ke kladné odezvě ve struktuře osobnosti pracovníka, jestliže nevyvolá kladnou citovou odezvu a myšlenkovou aktivitu jedince. Mezi základní zdroje motivace řadíme: potřeby, postoje, zájmy a hodnoty.

Manažer může účinně působit na své spolupracovníky, pokud důkladně zná jejich zájmy, potřeby, hodnotovou orientaci a stupeň jejich uspokojení. Měl by dodržovat některé zásady: Podřízeným nechat relativní samostatnost v práci při dosahování cílů. Pamatovat na to, že aktivitu, chuť a iniciativu lidí není možno mocensky zajistit. Projevování důvěry, delegování kompetencí, zodpovědnosti patří k významným prvkům v managementu na všech úrovních. Každý pracovník by měl být přesvědčený o tom, že chce sám od sebe podávat dobrý výkon. Podporovat týmovou spolupráci, usilovat o spoluzodpovědnost jednotlivců za činnost celé skupiny.

Ošetrovatelská práce předpokládá především týmovou spolupráci, vzájemnou informovanost a spolehlivost. Proto je důležité vytvářet pozitivní klima, ve kterém je možná výměna názorů, tolerance, vyjadřování kritiky, postojů, poznávání hodnotové orientace spolupracovníků, jejich osobní a pracovní zájmy.

Motivačním činitelem pro každého je úspěch a zpětná vazba na vykonanou práci. Nejen pozitivní, ale i negativní informace o výsledcích své práce jsou důležitým motivačním činitelem. Na jedné straně uznání, povšimnutí, na straně druhé je vhodné, aby pracovník poznal i možné chyby a vyvaroval se jich, vzal si ponaučení. Nejen pro pochvalu, uznání, ale také při vytýkání chyb je třeba volit správný přístup, vhodnou chvíli a pravý čas. Sestra manažerka by neměla nikoho přehlédnout, věnovat zvláštní pozornost pracovní náplni podřízených, definování jasných kompetencí a zodpovědnosti za ošetrovatelskou péči. Dále by měla dodržovat standardy a normy a pravidelně je aktualizovat, doplňovat dle potřeby nebo nově vzniklých situací.

Správný výběr spolupracovníků, jejich pracovní a platové zařazení, především korektnost, objektivnost, jsou příznačné pro úspěšného manažera. Spravedlnost se zde nevyplácí porušovat, utrpěla by tím prestiž a zhoršila by se kvalita poskytované péče.

Aktivní zapojení samotného pracovníka do profesionálního růstu znamená získávání zkušeností, zručnosti, ale i osobní růst, hledání sama sebe a svého postavení na pracovišti.

Nezkušeným pracovníkům je potřeba se více věnovat, ale po zapracování i jim je třeba dopřát volnost a prostor pro iniciativu. Najít si čas na diskuze, potřebné ke zjištění toho, co,

jednotliví pracovníci očekávají od své práce, sloužící k pochopení a porozumění jejich potřeb.

Sestry dnes představují dvě rozdílné generace, protože každou z nich připravila jiná doba. Z tohoto důsledku vyplývá, že mají ve vztahu k požadavkům v pracovním prostředí velmi často jiné hodnoty, postoje. Každá generace by měla respektovat skutečnost, že motivaci nevyhnutelně vyvolávají různé faktory. Schopní manažeři umí odhadnout, za jakých podmínek se příslušníci různých generací budou doplňovat, a tím i dobře spolupracovat, a kdy budou stát ve vážném protikladu. (11)

Podle Herzbergovy teorie jsou motivační faktory **uspokojovatelé**. Vycházejí z vnitřních vlivů, souvisí s pracovní náplní. Pokud pracovníci mají příležitost realizovat je, pak slouží i jako **silné stimuly**. K uspokojujícím faktorům patří např. povaha práce, pocit úspěšnosti, možnost rozvoje, uznání, pracovní postup, zodpovědnost a autonomie.

V jakémkoliv časovém období je lze také označit jako **hledače udržení nebo motivace**. Primární hledači udržení se výrazně odlišují (tj. hledači motivace si přejí zlepšení faktorů vyvolávajících nespokojenost a oceňují je. Hledači udržení mají sklon schválně se vyhýbat uspokojujícím faktorům). (13)

Vodáček a Vodáčková zdůrazňují v současném období stálých a kritických změn: „Podmínky práce vedoucích se rychle mění, je nezbytné pro stejné lidi zavádět jiný náročnější systém vedení, vysokou etickou a morální úroveň.“ (29)

Data z výzkumů prováděných ve zdravotnických zařízeních pracovníky Filosofické fakulty UK Praha v letech 2008 až 2009 uvádějí, že jako hlavní organizační hodnoty jsou chápány spolehlivost a bezpečnost zdravotnického zařízení, uspokojení potřeb pacienta, kázeň a disciplína, a rovněž snaha o dobré postavení organizace mezi ostatními. Naopak jako hodnoty nejnižší důležitosti jsou označovány využití nové techniky, otevřenost v interpersonálních vztazích a respekt vůči zaměstnancům. Struktura hodnot zdravotnického zařízení velmi úzce souvisí s hodnotami jednotlivců zaměstnaných v daném zdravotnickém zařízení, a rovněž má významný vliv i na jejich pracovní postoje. Abychom mohli zaměstnance správně řídit a vést, motivovat a nastavit jim dobře systém měření výkonů a odměňování, je vždy nutné se zabývat jejich základní hodnotovou orientací a postoji k práci. Jak hodnotový systém, tak pracovní postoje se v čase proměňují, proto je třeba vždy brát v úvahu aktuální situaci.

Jaké hodnoty tedy vyznávají zaměstnanci v různých resortech a specificky zaměstnanci ve zdravotnictví? Podle výsledků dalšího, tentokrát celorepublikového výzkumu provedeného zaměstnanci FF UK v roce 2009 je patrné, že pro současnou českou populaci je nejdůležitější pracovat v organizaci s dobrou pověstí, pracovat tam, kde si zaměstnanci při práci užijí legraci a mohou se dobře bavit, a rovněž pracovat v organizaci, která umožňuje učení, rozvoj a kariérní postup. Naopak jako nejméně důležité chápou Češi setrvání v jedné firmě celý život, možnost přerušování práce na určitou dobu a poté návrat zpět, velkou pozornost nevěnují ani mezigenerační diverzitě.

U pracovníků ve zdravotnictví lze obecně konstatovat, že nejdůležitější a nejméně důležité postoje jsou stejné (mění se jen jejich pořadí). Z hlediska manažerské práce je tedy třeba klást důraz na udržování dobré image organizace, na možnosti rozvoje zaměstnanců, aby vždy měli pocit, že se mají možnost učit něco nového, rozvíjet se a případně i posouvat vzhůru po kariérovém žebříčku. Další nelehký manažerský úkol spočívá ve vytváření inovativního klimatu. Zdravotníci i nezdravotníci se chtějí při práci také bavit a užít si legraci.

Zmapované hodnoty a pracovní postoje se mohou stát základem motivačního systému organizace. Pokud se naši zaměstnanci chtějí bavit, zvažme, zda pro ně místo stávajícího systému odměn (benefitů) nebude lákavější např. propojení pracovního úkolu s určitou formou „zábavné akce“, která zároveň umožní navázání interpersonálních vazeb. Provázání pracovního a mimopracovního času např. ve formě dalšího vzdělávání, týmových aktivit, skupin řešících problémy by mohlo pomoci ke zvýšení atraktivity organizace, a přispět také k inovativní atmosféře. Úkolem manažera je využít a rozvinout kreativitu a přijít v této oblasti s něčím novým, co bude respektovat hodnoty a skryté motivátory zaměstnanců.

Hovoříme-li o hodnotách, je také na místě poznamenat, že pracovní hodnoty a pracovní postoje jsou kulturně a věkově podmíněné. Stejně jako se např. v USA na trhu práce setkávají čtyři generační kohorty, z nichž každá je reprezentována typickými pracovními hodnotami a postoji, mohli bychom obdobné hodnotové rozdíly napříč generacemi očekávat i v České republice. (51)

Škrála a Škrlová doporučují pro motivaci ke změně tyto postupy:

- **Vytvořte konstruktivní systém řízení na oddělení**
- **Neslibujte, co nemůžete a nejste ochotni splnit**
- **Komunikujte jasně a srozumitelně**

- **Věřte svému záměru**
- **Na nesouhlas nereagujte negativně**
- **Nevyhýbejte se rozhodování a neodkládejte rozhodování v jakékoliv oblasti**
- **Dejte sestřím vědět, že je respektujete a důvěřujete jim (27)**

Ze zkušenosti vím, že konstruktivní systém řízení je na některých pracovištích pouhou utopií nebo snem. U vedoucích pracovníků, kteří neprošli manažerským vzděláním, ho můžeme pouze předpokládat. U manažera 21. století by mělo být samozřejmostí vést konstruktivní diskuzi a účinně argumentovat na všechny připomínky podřízených pracovníků. Další schopností je umění ovládat svoje emoce a vědět, jak jednat s konkrétními typy osobností. Za nejdůležitější považuji poskytování konstruktivní zpětné vazby. Dále za důležitý považuji poslední bod od manželů Škrlových. Respekt a důvěra v sestry jsou právě body, které často ve zdravotnických zařízeních chybí. Vzájemný vztah sester a lékařů není rozhodně ideální. Můžu poukázat hlavně na chování lékařů, kteří nerespektují odlišnost práce sester od lékařů. Negativní vztah lékařů a sester mohou vyřešit pravidelná společná setkání, kde budou společně řešit modelové situace z praxe, se kterými se setkávají. V praxi je to asi nereálné, z teoretického hlediska by to pomohlo oběma stranám.

Grobar – Murray a DiCrocce popisují: „Základ změn, které ovlivňují ošetrovatelskou praxi, tvoří vnější a vnitřní faktory. **Vnější faktory** – společenské, ekonomické faktory a náklady na zdravotní péči. **Vnitřní faktory** – společné úsilí sester ve čtyřech funkčních rolích (profesionální sestry, učitelky, vědecké pracovnice a manažerky).

„Společně disponují sestry bohatými prostředky, které ovlivňují otázky péče spojené s časem. Účast sester na změnách je považována za velmi důležitý prostředek zachování ošetrovatelských standardů a hodnot tváří v tvář silným mocenským vlivům ve velkých zdravotnických organizacích. Tam, kde řízení a rozsah změn ošetrovatelské praxe neovlivňují a nekontrolují sestry, mohou být změny vyvolané jinými skupinami.“ (11)

Škrla, Škrlová uvádějí, že i ve zdravotnictví se řízení změn stává klíčovou funkcí managementu zdravotnických zařízení, stejně tam jako v jiných sférách jsou změny každodenní záležitostí. Důvodem jsou technologické inovace, nové léčebné metody, globalizace, informační exploze, rychle narůstající náklady na zdravotnictví, nové

manažerské techniky, zvyšující se požadavky na kvalitu a také narůstající požadavky pacientů. Dynamika a rozměr změn ve zdravotnictví vyžadují rychlost, flexibilitu, horizontálnější organizaci, rychlejší tok informací a myšlenek a také trpělivou a efektivní komunikaci na všech úrovních. (27) Neustálé odborné vzdělávání je všeobecně vnímáno jako samozřejmost. Systematický rozvoj manažerských, komunikačních a jiných interpersonálních dovedností lékařů a sester v manažerských pozicích, je však často vnímán jako „něco navíc“ a nepřisuzuje se mu dostatečná důležitost. Důsledkem jsou nedostatečné investice do manažerského vzdělávání. Lékaři a sestry v manažerských pozicích tak nezdědka věci řeší převážně intuitivně nebo precedenčně, podle toho, jak je v minulosti řešili jejich nadřízení. Rozsah a náročnost úkolů, před nimiž stojí manažeři zdravotnických zařízení, a zároveň podmínky a míra nejistoty a rizika, v nichž se musejí rozhodovat, od nich vyžadují manažerské způsobilosti na velmi vysoké úrovni. Navíc je zřejmé, že organizace ve zdravotnictví svým obratem a počtem zaměstnanců odpovídají velikosti středních a velkých firem, takže manažerská rozhodnutí mají značný dopad na množství a kvalitu práce i motivaci a loajalitu poměrně velkého počtu lidí. Vysoká profesionální úroveň v oblasti vedení lidí a organizací se tak stává naprosto zásadní, a proto vyžaduje nutnost věnovat rozvoji manažerských způsobilostí dostatečný čas a pozornost. (52)

V ošetrovatelství se vyskytují stejné typy změny, které popisuje Russel, tj. změna plánovaná, řízená. Autorky Grobar-Murray a Di Croce popisují navíc neintervenci.

Plánovanou změnu v ošetrovatelství popisují autorky jako záměrnou činnost vedoucí ke změně. Ke změnám dochází v rámci procesu, který lze analyzovat, zkoumat, pochopit, a také do jisté míry i kontrolovat. Lutjens říká, že plánovaná změna poskytuje způsob, jak vyvolat strukturální inovace, které mají provést operační úpravy, jejichž úkolem je splnit situační požadavky. Taková změna je založená na empirickém důkazu potřeby, má za cíl např. zlepšit operační systém, zapojuje do rozhodování ostatní a poskytuje čas na proškolení osob, které změna ovlivní. (11)

Autorky dále popisují **změnu radikální**, která má rychlý, revoluční postup, je legitimní z nutnosti nebo na základě zneužití moci. Náhlé, drastické změny obvykle provádí jednotlivec nebo pár vyvolených bez přispění ostatních. Může mít příznivé i nepříznivé důsledky. Pokud je používána rutinně jako projev síly a zneužití pravomoci, myslící a kompetentní profesionálové jednoduše přejdou k jinému zaměstnavateli a poznají jakým způsobem je používána. Ztráta kreativních členů skupiny nakonec vede k méně kvalitnímu

rozhodování a výkonu. Radikální zásah je na druhou stranu způsob, jak odvrátit nebo zvládnout krizi. Některé situace mohou vyžadovat rozhodování ve zlomku vteřiny. V krizových situacích není k dispozici čas na plánovanou změnu. (11)

Z vlastní zkušenosti znám využití radikální akce jako projevu síly ze strany vedoucího přikazováním. V těchto situacích náš tým neměl příležitost získat náhled na danou situaci, který jsme potřebovaly k vyjádření své podpory. Ve všech případech to skončilo neakceptováním změny z naší strany a také ztrátou důvěry k vedoucímu pracovníkovi a jeho následným odchodem.

Na rozdíl od Russela autorky navíc popisují **neintervenci úmyslnou** nebo formu zanedbání. Úmyslná intervence je formou plánované změny, kdežto pokud se nezasáhne, když je intervence nutná, stávají se z lidí pasivní recipienti a někdy oběti změny. Zbytečná funkce nebo činnost se nechá odejít přirozenou smrtí opotřebením nebo vyčerpáním materiálu. Neintervence jako forma nedbalosti a jako taková otvírá dveře neošetřovatelským skupinám, které pak zasahují do otázek ošetřovatelské praxe. (11)

Dnešní doba přináší obrovské změny v medicíně a také v ošetřovatelské péči. Proto je důležité analyzovat oblasti vyžadující změnu, plánovat, realizovat – implementovat a vyhodnocovat změny tak, aby vyhovovaly jak pacientům, tak personálu. V současné době je ve zdravotnictví důležité poskytování a neustále zlepšování kvality poskytované péče a společně s ní je důležité na všech úrovních zlepšovat i interní komunikaci. Období změn je pro řízení a komunikaci v jakémkoliv subjektu velmi náročným obdobím. Klade velké nároky na zefektivnění komunikace uvnitř organizace, protože vyžaduje kladné přijetí změn ze strany zaměstnanců, aby nebyla narušena jejich důvěra, pracovní nasazení a kvalita práce a v neposlední řadě reputace organizace vytvářená právě zaměstnanci.

2.2 Personální management a řízení lidských zdrojů

V další podkapitole mé magisterské práce se věnuji personálnímu managementu, který patří v současné době k hlavním manažerským činnostem každé organizace. V další části této podkapitoly popisují řízení lidských zdrojů. V dnešní organizaci je právě řízení lidských zdrojů nejdůležitější oblastí celého řízení, protože právě lidské zdroje jsou pro organizaci nejdůležitější. Bez nich by organizace neexistovala. Další část se zabývá personalistikou, která v současné organizaci zajišťuje administrativní práce spojené se zaměstnáváním lidí. Závěrečná část patří vzdělávání, které je v současnosti na prvním místě v každé dnešní organizaci a také přispívá k rozvoji pracovníků.

2.2.1 Personální management

Zájem vrcholových manažerů o lidskou složku organizací se zvyšoval ruku v ruce s růstem a koncentrací průmyslu, s intenzifikací výroby v období pokročilé průmyslové revoluce, s nárůstem konkurence tržního prostředí a s demografickými a sociokulturními změnami společnosti. Vývoj tohoto zájmu o lidskou složku organizací prošel přinejmenším třemi rozhodujícími etapami. Hranice mezi nimi jsou však neostře:

1. etapou tzv. „**personální práce**“,
2. etapou **personalistiky a personálního řízení**,
3. etapou **řízení lidských zdrojů**. (12)

Od konce 19. století v 1. etapě naznačeného vývoje se pozornost průmyslníků a manažerů v průmyslově nejrozvinutějších zemích světa soustředila pod vlivem **taylorismu** a **klasické teorie vědeckého řízení**, především na **racionalizaci práce** a **maximalizaci lidské výkonnosti**. Uplatňování zásad vědecké organizace práce a **vědeckého řízení** (scientific management) vedlo ke zpřísnění personálního výběru, prováděnému napříště již spíše manažery než předáky, kteří tradičně prováděli tento výběr. Ze stejných důvodů se manažeři angažovali i v organizování a provádění výcviku dovedností. Zároveň začaly být rozvíjeny různé stránky **péče o zaměstnance**. (14) Tato péče byla přitom chápána především jako podmínka efektivního využívání pracovní síly. Jejím smyslem bylo zajistit příznivý průběh reprodukce pracovní síly zaměstnanců. Někteří autoři např. Henderson spojují tyto počátky zájmu managementu o pracovníky s počátky **řízení lidí** (people management). (12)

Pro oblast personálního managementu je několik definic. Autoři odborné literatury zaměřené na tuto tematiku (Armstrong, Koubek apod.) od sebe odlišují pojmy personální práce, personální řízení, personální administrativa a řízení lidských zdrojů.

Personální management je definován jako soubor specializovaných činností, postupů a praktik, týkajících se personálu organizací. Dále je prezentována soudobá pokročilá koncepce vycházející z personálního managementu, nazývaná řízením lidských zdrojů, která má zásadní význam pro efektivní řízení organizací různého druhu. (23)

Podle Koubka je nejstarší pojetí personální práce chápáno: „jako služba, která zajišťuje v první řadě administrativní procedury, které se spojují se zaměstnáváním lidí, uchováváním a aktualizací dokumentů, informací týkajících se zaměstnanců a jejich činností. Dále se jedná o poskytování těchto informací řídicím složkám. Pojetí personální práce mělo dříve pasivní roli, později se objevil pojem personální administrativa.“ (18)

Gladkij uvádí, že se personální management zabývá v rámci vnitřních podmínek zdravotnické instituce člověkem jako pracovní silou. Řeší místo člověka v hierarchii a struktuře instituce a zabývá se jeho schopnostmi a kvalifikací. V rámci vnějších podmínek, působících na instituci, se zabývá reprodukcí pracovních sil, sociálními a zdravotními potřebami obyvatelstva, obecnou i zdravotnickou legislativou, ale i populačním vývojem, hodnotovými orientacemi lidí, také potřebami příslušného regionu. Mezi další oblasti patří strategie zdravotnické instituce a její formulace dlouhodobých cílů. (9)

Berka, Kleibl a Petermann zařazují k hlavním novým odpovědnostem personálního managementu odpovědnost za organizační architekturu firmy, odpovědnost za motivaci pracovníků a odpovědnost za schopnost změn. (3)

Wikipedie charakterizuje personální management jako teorii i praxi, která je založena na tom, že zaměstnanci jsou především lidé, se kterými by se nemělo zacházet jako se zbožím. Každá společnost je na lidech závislá, protože prostřednictvím nich dosahují firmy svých cílů – zisku, pokud jsou ziskové. Existují však i jiné právní organizační formy. To znamená, že je potřeba přijímat zaměstnance na základě mnoha oborových zkoušek. (46)

2.2.2 Řízení lidských zdrojů

Pokročilou koncepcí přístupu organizací k personálu, uplatňovanou od 80. let 20. století a vycházející z personálního managementu, avšak zásadním způsobem překračující jeho horizont, se stalo řízení lidského zdroje ¹. Samotný pojem **human resource management** byl prvně užit vlivným manažerským myslitelem P. Druckerem a jeho americkými současníky již počátkem 50. let, aniž mu však byl v té době přikládán nějaký speciální význam. V současnosti se řízením lidských zdrojů rozumí komplex strategicky zaměřených a průběžně koordinovaných organizačních činností a nástrojů, sloužících k získávání a udržení zaměstnanců a soustavnému vytváření podmínek pro to, aby podávali co nejvyšší výkon, a aby tím přispívali k dosažení provozních i rozvojových cílů organizace. (12)

Organizace, které chtějí dosahovat svých ambiciózních podnikatelských cílů a obstát v náročné konkurenci, stejně tak i neziskové a veřejně prospěšné organizace, instituce a složky veřejné správy, zaměřené na plnění svého společenského poslání, se musejí vedle jiných svých důležitých aktivit soustavně zabývat vyhledáváním, získáváním, efektivním uplatňováním a využíváním svého personálu a rozvojem svých lidských zdrojů, v souladu se svým posláním a strategickými záměry. Lidské zdroje můžeme charakterizovat jako lidský potenciál - to co člověk v sobě má, co zdědil a co se během života naučil. Lidský potenciál se rozšiřuje učením neboli rozvojem osobnosti. Rozvojem osobnosti jednotlivce, který se stane přirozenou autoritou, současně rozvíjíme celý tým či organizaci. (23, 24)

Řízení lidských zdrojů představuje podle Koubka nejnovější koncepci personální práce. „Stává se nejdůležitější složkou organizace, jejím jádrem řízení. Novým postavením personální práce se vyjadřuje význam člověka, lidské pracovní síly jako nejdůležitějšího výrobního prostředku a motoru činnosti organizace. Vývoj personální práce se přesouvá od administrativní činnosti ke koncepční činnosti, skutečně řídící.“ (18) Je pravdou, že řízení lidských zdrojů se stává nejdůležitější částí podniků a organizací. Zajišťování pracovních sil, zvyšování kvalifikací zaměstnanců, sledování dodržování bezpečnosti a hygieny práce a hlavně motivace a komunikace patří k činnostem personálních útvarů. S růstem úrovně kvalifikace se mění pracovní síla. Je méně zaměstnanců ochotných vykonávat jednoduchou,

¹ ŘLZ, angl. *human resource management*, *HRM*, obvykle překládané jako řízení lidských zdrojů

stereotypní práci. Současný člověk požaduje od své organizace nejen dobrý plat, ale i sociální jistoty, kvalitní informace a uznání.

Bělohlávek řízení lidských zdrojů v organizaci charakterizuje jako: „Systém vzájemně spjatých činností: plánování pracovních sil, nábor a výběr pracovníků, hodnocení výkonu a posuzování pracovníků, utváření pracovní pozice, osobního rozvoje a řízení kariéry.“ (4)

Armstrong definuje řízení lidských zdrojů jako: „Strategický a logicky promyšlený přístup k řízení toho nejcennějšího, co organizace mají – lidí, kteří v organizaci pracují a individuálně i kolektivně přispívají k dosažení cílů organizace.“

Armstrong dále tvrdí, že lidé nemají být viděni jako náklad, ale jako aktivum a jmění organizace, do kterých je třeba investovat a zvyšovat jejich vlastní hodnotu. (1)

Rue s Byarsem řízení lidských zdrojů definují jako: „Proces, zahrnující navržené činnosti pro zajištění a koordinaci lidských zdrojů v organizaci. Jedná se o moderní termín, který je tradičně interpretován jako **personální administrativa** a také **personální management**. Někteří z autorů vnímají personální management více orientovaný administrativně než řízení lidských zdrojů.“ (5)

Moselská, Rosický a Šabátová ve své definici představují řízení lidských zdrojů jako: „Nejnovější koncepci personální práce, která je jádrem řízení organizace a její nejdůležitější složkou. Charakterizuje strategický přístup k personální práci a všem personálním činnostem prostřednictvím orientace na vnější faktory, formování a fungování pracovní síly organizace. Personální práce přestává být pouze záležitostí odborných personalistů, je součástí každodenní práce všech vedoucích pracovníků.“ (24)

V odborné literatuře, např. Kleibl, Dvořáková a Šubrt, Armstrong, Henderson v posledních letech diskutují zejména dvě sporná témata přístupu k lidem v organizacích – za prvé to, nakolik řízení lidských zdrojů souvisí s personálním managementem a zda se jedná o stejnou nebo odlišnou oblast manažerské aktivity, a za druhé výhrady vůči řízení lidských zdrojů.

Existuje trojí výklad souvislostí tradičního personálního managementu a řízení lidských zdrojů:

- 1. jedná se o tentýž obsah, který je pouze přejmenován, aby tato oblast organizačních praktik dostal novou, módnější fazónu,**
- 2. řízení lidských zdrojů je rekonceptualizací personálního managementu a reorganizací personálních rolí a práce personálních útvarů,**

3. řízení lidských zdrojů nabízí managementu odlišný, podstatně nový přístup k lidem v organizacích.

Z uvedeného pojetí personálního managementu a řízení lidských zdrojů je zřejmé, že mezi oběma těmito oblastmi, mezi přístupy k lidem v organizacích i odpovídajícími soubory aktivit, je řada shodných a řada odlišných rysů. (14, 23)

Henderson popisuje jedenáct charakteristik, jimiž se obě koncepce odlišují – management lidských zdrojů se v porovnání s personálním managementem zabývá více dlouhodobou strategickou než krátkodobou perspektivou, spíše je nastaven na sebekontrolu než externí kontrolu. Tzv. nepsaná dohoda mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem je založena více na závazku a odpovědnosti. U řízení lidských zdrojů převažuje organizační přístup nad byrokratickou organizační strukturou.

Podle Mullinse je personální management orientován více na pracovníky - na jednotlivé zaměstnance organizace, kdežto řízení lidských zdrojů je více zaměřeno na lidské zdroje - na to, aby bylo vyhovováno manažerské potřebě lidských zdrojů a jejich rozmístění v organizaci. (25)

Bělohávek a Koubek také uvádějí charakteristiky a odlišnosti řízení lidských zdrojů od personálního řízení.

Jedná se o následující znaky:

- **Strategický přístup k personální práci a ke všem personálním činnostem.**
- **Orientace na vnější faktory formování a fungování pracovní síly organizace.**
- **Personální práce přestává být záležitostí odborných specialistů - stává se součástí každodenní práce všech vedoucích pracovníků.**
- **Úzké propojení personální práce se strategiemi a plány organizace a řízení lidských zdrojů je klíčovou oblastí strategického řízení organizace.**
- **Personální práce je nejdůležitější oblastí řízení organizace, ústřední manažerskou rolí.**
- **Orientace na kvalitu pracovního života a spokojenost pracovníků.**
- **Orientace na participativní způsob řízení a sounáležitost pracovníků s organizací.**
- **Důraz na vytváření žádoucí organizační kultury a zdravých pracovních vztahů.**
- **Vytváření dobré zaměstnanecké pověsti organizace. (4,18)**

2.2.2.1 Řízení lidských zdrojů a jeho úloha v organizaci

Řízení lidských zdrojů znamená soubor manažerských postupů, sloužících k získávání a udržení zaměstnanců v organizaci a k zajišťování toho, aby podávali vysoký a kvalitní výkon, a tím přispívali k dosažení organizačních cílů. Cíle organizací mohou přitom být poměřovány takovými řídicími ukazateli, jako je krátkodobá a dlouhodobá organizační efektivnost, flexibilita, adaptabilita, přežívání a prosperita organizace v měnícím se vnějším úkolovém a operačním prostředí (22). Takto pojaté řízení lidských zdrojů, jakožto pokročilá manažerská koncepce, navazující na personální management, již dalekosáhle překračuje horizont personalistiky. Obě tyto oblasti aktivit zaměřených na personál, tedy personalistiku, a řízení lidských zdrojů tudíž nelze ani ztotožňovat, ani zaměňovat.

Koubek řízení lidských zdrojů charakterizuje jako část řízení organizace, která se zaměřuje na vše. „Týká se člověka v pracovním procesu, jeho získávání, formování, fungování, využívání, jeho organizování a propojování jeho činností, výsledků jeho práce, jeho pracovních schopností a pracovního chování, vztahu k vykonané práci, organizaci, spolupracovníkům a dalším osobám, s nimiž se v souvislosti se svou prací stýká, a rovněž jeho osobního uspokojení z vykonané práce, jeho personálního a sociálního rozvoje.“ (18)

Personální administrativa historicky představuje pojetí personální práce jako službu zajišťující administrativní práce a procedury spojené se zaměstnáváním lidí, pořizováním, uchováváním a aktualizací dokumentů a informací týkajících se zaměstnanců a jejich činností a poskytováním těchto informací řídicím složkám. (4)

Oblast personální administrativy hodnotím jako důležitou oblast organizace. Na našem pracovišti ji provádí zaměstnanecké oddělení. Zahrnuje především mzdovou agendu, zpracování a archivování pracovních smluv, správu personálního informačního systému, vytváření personálních rezerv, přijímání a zařizování odchodu zaměstnanců. Přijímáním zaměstnanců a žadateli o zaměstnání se zabývá jedna personalistka. V září loňského roku, v období nedostatku sester, chybělo v naší nemocnici 90 sester. Aktivizovaly jsme všechny síly, provedly nábor, napsaly inzeráty, změnily internetové nabídky na stránkách nemocnice a přehodnotily jsme zaměstnanecké benefity.

Personální řízení se začalo jako koncepce objevovat v podnicích s dynamickým a progresivním vedením, v podnicích orientovaných na expanzi, na ovládnutí největší části

trhu, na eliminaci konkurence. Významnou roli zde hrál pečlivě vybraný, organizovaný a motivovaný pracovní kolektiv podniku. Vedení podniku si uvědomilo, že člověk (lidská pracovní síla) je téměř nevyčerpatelným zdrojem prosperity a konkurenceschopnosti. (18)

Zkušenosti profesionálně řízených firem ukazují, že základní činnosti a funkce personálního managementu lze rozdělit vzhledem k cílům a povaze do pěti homogenních oblastí: personální administrativa, plánování a kontrolování, marketing, personální rozvoj a rozvoj organizace. (3)

Dnešní portálové personální technologie, založené na technologii internetových prohlížečů, které jsou ovladatelné jednoduchým kliknutím myši a kombinují text, data a video, zcela mění způsob řízení lidských zdrojů. Tato technologie je novým prostředkem získání, modifikace, archivace, vyhledávání a sdílení klíčových informací o lidech.

Největším pokrokem v technologii se stal v poslední době síťově orientovaný personální portál, který zaměstnancům umožňuje okamžitý přístup k informacím. Portály přivádějí informace jak z interních, tak externích zdrojů. (30)

Manažeři i zaměstnanci mají k těmto informacím okamžitý přístup. Mohou tak činit rozhodnutí v oblasti zaměstnávání, vzdělávání a rozvoje nebo odměňování, aniž by se obraceli na personální útvar. To vše se děje bez použití papíru a pera. Ke sdílení informací v organizaci dochází pomocí intranetové a internetové pošty.

2.2.2.2 Úkoly řízení lidských zdrojů

Podle Koubka je úkolem řízení lidských zdrojů v nejjobecnějším pojetí prosazovat to, sloužit tomu, aby byla organizace výkonná a aby se její výkon neustále zlepšoval. To lze zabezpečit neustálým zlepšováním využití všech zdrojů, informačních a lidských. Organizace se také musí zaměřit na následující hlavní úkoly:

- **Vytváření dynamického souladu mezi počtem a strukturou pracovních úkolů a jimi tvořených pracovních míst a počtem a strukturou pracovníků v organizaci.**
- **Optimální využívání pracovních sil v organizaci – využívání fondu pracovní doby a pracovních schopností.**

- **Formování týmů, efektivního stylu vedení lidí a zdravých mezilidských vztahů v organizaci.**
- **Personální a sociální rozvoj pracovníků organizace.**
- **Dodržování všech zákonů v oblasti práce, zaměstnávání lidí a lidských práv a vytváření dobré zaměstnanecké pověsti organizace. (18)**

Z těchto úkolů bych vybrala personální a sociální rozvoj pracovníků v organizaci. Je dobré, aby při nástupu do pracovního poměru byly pracovníkovi sděleny také jeho práva na zaměstnanecké benefity, možnosti dalšího vzdělávání a rozvoje pracovníka, nejenom povinnosti.

V zájmu plnění hlavních úkolů a dosažení vytyčených cílů v oblasti lidských zdrojů musí zejména:

- **Definovat pracovní úkoly a s nimi související odpovědnost a pravomoci a seskupovat je do pracovních míst.**
- **Provádět analýzu pracovních míst za účelem stanovení potřeb organizace v oblasti práce.**
- **Prognózovat a plánovat potřebu pracovních sil nezbytnou k tomu, aby organizace dosáhla svých cílů.**
- **Zpracovávat a realizovat plány směřující k pokrytí této potřeby pracovních sil a v této souvislosti provádět průzkumy trhu práce, zajímat se o populační vývoj a hodnotové orientace lidí.**
- **Získávat pracovníky potřebné pro plnění úkolů organizace.**
- **Vybírat a přijímat pracovníky z uchazečů o práci.**
- **Rozmísťovat pracovníky tak, aby byly optimálně využity jejich pracovní schopnosti ku prospěchu organizace i k zvýšení spokojenosti pracovníků samých.**
- **Orientovat a vzdělávat pracovníky organizace tak, aby byli připraveni zvládnout nejen nové požadavky svého současného pracovního místa, ale i změnu svého pracovního zařazení v rámci organizace, aby byli flexibilní.**
- **Vytvářet a realizovat programy řízení a rozvoje organizace práce.**
- **Vytvářet a prosazovat vhodné systémy hodnocení pracovního výkonu jednotlivých pracovníků.**

- **Zajišťovat agendu penzionování a propouštění pracovníků.**
- **Pomáhat pracovníkům při zpracování a realizaci plánů jejich kariéry, personálního a sociálního rozvoje.**
- **Motivovat pracovníky, vytvářet a realizovat systémy odměňování pracovníků.**
- **Hrát roli zprostředkovatele mezi organizací a odbory.**
- **Vytvářet systémy projednávání disciplinárních záležitostí, stížností a zajišťovat jejich fungování.**
- **Vytvářet a prosazovat programy týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví pracovníků při práci.**
- **Vytvářet a realizovat systémy sociální práce v organizaci.**
- **Pomáhat pracovníkům při řešení osobních problémů, které by mohly ovlivnit pracovní výkon.**
- **Vytvářet a zajišťovat fungování systému komunikace s pracovníky.**
- **Zajišťovat fungování personálního informačního systému, pořizovat, aktualizovat a uchovávat dokumenty týkající se jednotlivých pracovníků, zpracovávat příslušné statistiky a analýzy. V neposlední řadě zjišťovat názory a postoje pracovníků k aktuálním problémům i záměrům organizace. (14, 18)**

Koncepce řízení lidských zdrojů znamená posun od dřívějšího pojetí personální administrativy, personálních činností, tzv. „personální práce“ a „práce s lidmi“ přes personalistiku a personální management směrem ke komplexnějšímu chápání lidských zdrojů a lidského potenciálu organizace v nejširších systémových, strategických a sociokulturních souvislostech. Ve své ideální podobě je řízení lidských zdrojů proaktivním integrovaným systémovým a strategickým přístupem managementu k personální optimalizaci organizace.

Personální optimalizace organizace znamená udržování takového personálního složení a obsazení organizace a takové úrovně aktivizace jejího personálu tj. vedení, instruování, stimulování a motivace, která organizaci umožňuje, aby úspěšně dosahovala jak svých provozních, tak i strategických cílů. Smyslem uplatňování koncepce řízení lidských zdrojů je dosáhnout toho, aby se lidé stali účinnými aktivátory a uskutečňovateli organizačního dění a rozvoje organizace, a také spolutvůrci společensky prospěšného organizačního klimatu (12).

2.2.2.3 Strategie řízení lidských zdrojů

Strategie řízení lidských zdrojů je zaměřena na **personální optimalizaci organizace** vzhledem ke vzdálenějšímu časovému horizontu. Vytýčuje směr, kterým organizace hodlá postupovat při řízení a rozvoji svých lidských zdrojů a stanoví zásadní, hlavní, zpravidla dlouhodobější cíle, jichž má být přitom dosaženo. Strategie řízení lidských zdrojů zároveň určuje prováděcí postupy uplatňované při řízení lidských zdrojů, tzn. při personální optimalizaci organizace. Má-li být tato strategie realistická a pro organizaci užitečná, nemůže být vytvořena libovolně a v jakémsi organizačním „vzduchoprázdnu“. Měla by navazovat na celkovou strategii organizace, která je uceleným vrcholovým nástrojem uskutečňování **vize a poslání organizace.** (22,23)

Strategie řízení lidských zdrojů je pokládána za nejvyšší nástroj realizace organizační strategie prostřednictvím zaměstnanců organizace, tedy v oblasti personálu, lidských zdrojů a lidského potenciálu organizace. Strategii řízení a rozvoje lidských zdrojů lze stěží vypracovávat tehdy, není-li vypracována celková strategie organizace, nebo znám alespoň rámcový strategický záměr organizace, když vrcholový management nemá ujasněnou představu o dalším rozvoji organizace firmy a jejích personálních potřebách, a když je daleko od toho, aby uplatňoval do budoucna zaměřené, strategické myšlení. Podmínkou smysluplného uvažování o rozvoji lidského potenciálu organizace je **strategická vize** vedení organizace, uplatňování postupů **strategického managementu** a vyspělá **strategická kultura organizace.** (22,23)

Strategie řízení lidských zdrojů je dle Koubka: „Praktickým vyústěním personální strategie organizace. Jedná se o konkrétní aktivitu, konkrétní úsilí směřující k dosažení cílů obsažených v personální strategii. Nástrojem strategického řízení lidských zdrojů je výstup ze strategického (dlouhodobého) personálního plánování.“ (18)

Koubek dále uvádí: „Úkoly řízení lidských zdrojů a činnosti směřující k jejich plnění jsou záležitosti nejen personálního útvaru, ale také neoddělitelnou součástí práce všech vedoucích pracovníků organizace, bez ohledu na jejich postavení v hierarchii řídicích funkcí. Je důležité, aby si vedoucí pracovníci i osoby připravující se na tuto pracovní roli osvojili nezbytné znalosti a dovednosti.“ (18)

2.2.3 Personální činnosti (služby, funkce)

Berka, Kleibl a Petermann charakterizují úkoly řízení lidských zdrojů: „Úkoly řízení lidských zdrojů nacházejí konkrétní výraz v personálních činnostech, které představují výkonnou část personální práce.“

Personální činností rozumíme ty činnosti personalistů, případně jiných specialistů na řízení lidských zdrojů, které se týkají personální optimalizace organizace navozováním souladu mezi personální potřebou organizace a jednotlivými zaměstnanci a jejich pracovní způsobilostí. Mezi tyto činnosti zahrnujeme činnosti vykonávané v rámci řízení lidských zdrojů, které tradičně představovaly těžiště repertoáru personálního managementu a aktivit personalistů, které byly nazývány personálními činnostmi a personální prací.

V literatuře se setkáme s různým pojetím personálních činností:

- **systemizace pracovních míst (pozic) v rámci organizace,**
- **analýza práce a vypracovávání popisů práce pracovních míst, pozic a funkcí, hodnocení práce,**
- **projektování práce, pracovní činnosti a pracovních míst,**
- **stanovování (specifikace) pracovních požadavků a nároků pracovních míst (pozic), funkcí případně stanovování požadovaných kompetencí (způsobilostí) zaměstnanců,**
- **stanovování mzdových a platových tarifů ve vazbě na systemizaci pracovních míst (pozic),**
- **vyhledávání, nábor a získávání zaměstnanců,**
- **posuzování pracovní způsobilosti uchazečů,**
- **personální výběr v případě většího počtu uchazečů,**
- **přijímání zaměstnanců do pracovního poměru,**
- **zařazování (přidělování) zaměstnanců na pracovní místa (pozice),**
- **řízení pracovní adaptace nových a přeřazených zaměstnanců,**
- **personální příprava (vzdělávání, sebevzdělávání, výcvik, školení, rekvalifikace),**
- **pracovní hodnocení, včetně hodnocení výkonu,**
- **odměňování zaměstnanců a vytváření podmínek pro jejich pracovní motivovanost (včetně zaměstnaneckých výhod),**

- řízení odborného růstu a rozvoje zaměstnanců a jejich profesní kariéry,
- řešení individuálních zaměstnaneckých záležitostí, ukončování pracovního poměru,
- vedení personálních agend včetně evidence. (3, 14, 23)

Každá z uvedených odborných personalistických činností se řídí propracovanými metodickými postupy uváděnými v odborné literatuře, nebo vypracovanými kompetentními odbornými institucemi. Postupy, metody a techniky uplatňované při provádění uvedených rutinních personalistických činností v organizacích různého druhu a velikosti bývají prováděny na různé úrovni odbornosti a vyžadují aktivní účast takových kompetentních odborníků, jako jsou psychologové práce a organizace, pracovní a posudkoví lékaři, sociologové, pedagogové. (12, 14)

Armstrong připomíná: „Je rozpor mezi realitou a rétorikou v oblasti řízení lidských zdrojů, mezi teorií a praxí, mezi tím co říká personální útvar, že dělá, a tím jak tuto činnost vnímají pracovníci, a mezi tím, co se vrcholoví a vyšší manažeři domnívají, že je úlohou personálního útvaru, a úlohou, kterou personální útvar skutečně hraje.“ (1)

2.2.4 Personální strategie a personální politika

Personální strategie organizace se podle Koubka týká dlouhodobých, obecných a komplexně pojatých cílů v oblasti potřeby pracovních sil a zdrojů pokrytí této potřeby a pochopitelně i v oblasti využití pracovních sil a hospodaření s nimi. Nedílnou součástí jsou představy o cestách a metodách, jak cílů dosáhnout. (18)

Personální politika je prvním, nejvyšším nástrojem realizace organizační strategie lidských zdrojů, resp. personální strategie. Stanovuje pravidla, principy a priority, které by měly být dodrženy při realizaci personální strategie. Je důležitá zejména z toho důvodu, že je tmelem a regulátorem toho, co management organizace podniká a prosazuje směrem k lidem v zájmu dosažení strategických cílů organizace. (23)

Barták personální strategii v oblasti změny zaměřuje na:

Stanovení osobních cílů – především v oblastech jako je sebepoznání, rozvoj osobnosti, správné návyky, rozvíjení nových schopností a dovedností.

Hodnocení dosažených výsledků – ocenění a uznání pracovníka znamená posuzování jeho vlastností, postojů, názorů, jednání a vystupování vzhledem k určité situaci, v níž se pohybuje. Dále se u pracovníka hodnotí kritika a přijímání kritiky a provede se pohovor s hodnocením.

Plán osobního rozvoje, učení a tréninku – vyžaduje přípravu plánu rozvoje, vypracování cílů, odsouhlasení cílů a plánu rozvoje. Cíle vycházejí z potřeb organizace (co potřebuje u svých pracovníků rozvíjet), ale jsou vždy konkretizovány v zadání jednotlivých koučovaných osob (co potřebuji na sobě rozvíjet, abych mohl být pro podnik skutečným přínosem). Plán osobního rozvoje by měl zahrnovat jak plán kariéry, tak další aspekty osobního rozvoje, určitá forma konsensu mezi potřebami a možnostmi podniku a potřebami a možnostmi pracovníka.

Řízení výkonu a rozvoj způsobilosti – systém vzdělávání a rozvoje pracovníků jako nosný personální proces, přístupy k zabezpečení cyklus zdělávání a rozvoje pracovníků – analýza potřeb vzdělávání, realizace vzdělávání na pracovišti, mimo pracoviště, hodnocení efektivity vzdělávání. (2)

2.2.5 Vzdělávání a rozvoj nelékařských zdravotnických pracovníků

Problematika vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání je jednou z klíčových oblastí jejich dalšího profesního růstu. Charakter jejich práce nezbytně vyžaduje celoživotní vzdělávání. Jde zejména o to, aby se zdravotníci neustále seznamovali s nejnovějšími poznatky týkajícími se oboru jejich působení, ale hlavně, aby takto získané poznatky dokázali uplatnit co nejlépe v praxi. Využití teoretických poznatků je někdy v dlouholeté fungující praxi nereálné. Tento problém je výrazný hlavně u absolventů zdravotnických oborů, zejména absolventů bakalářských studijních programů s původně nezdravotnickým vzděláním.

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice je dané především zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících

s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (31) a dalšími vyhláškami.

Do roku 2004 nelékařská zdravotnická povolání neměla vlastní právní normu, která by upravovala jednotlivé obory, celoživotní vzdělávání apod. Osobně se domnívám, že přijetí tohoto zákona v roce 2004 konečně jasně vymezilo podmínky získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.

2.2.5.1 Vyhlášky a nařízení vlády

Vyhláška 424/2004 Sb. – jedná se o vyhlášku, která vymezuje pojmy ošetrovatelské péče a stanoví v souladu s právem Evropských společenství činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků. (32)

V současné době dochází k úpravě této vyhlášky. Pravděpodobně by měla platit od června 2010. Mělo by v ní dojít k úpravě činností jednotlivých nelékařských zdravotnických povolání, doplnění kompetencí nových profesí, např. zdravotnického záchranáře.

Vyhláška č. 4/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb. – stanovuje kreditní systém, na základě kterého jsou ohodnoceny jednotlivé formy celoživotního vzdělávání počtem kreditů, jejichž získání je potřebné pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. (33)

V únoru 2010 došlo ke změně této vyhlášky. Uvádím stručný popis nejpodstatnějších změn: navýšilo se ohodnocení inovačního kurzu, nově a lépe byl upraven e - learningový kurz a jeho jasné kreditní ohodnocení, také limitace vztahující se k této distanční formě vzdělávání. Dále byl definován poster. Odpadá limitace, která se vztahovala k seminářům, lze získat touto cestou např. všech 40 kreditních bodů. Též byla upravena publikační činnost a jasněji definována pedagogická činnost. Dále byla upravena definice mezinárodního kongresu a taktéž byla odstraněna podmínka, že zařízení, která realizují semináře, musí mít vypracován plán celoživotního vzdělávání zaměstnanců. (40)

Vyhláška č. 39/2005 Sb., - zpracovává příslušné předpisy Evropských společenství, stanovuje minimální požadavky na studijní programy vedoucí k získání odborné způsobilosti nezbytné k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. (35)

Vyhláška č. 189/2009 Sb., kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Upravuje závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a postup při ověření znalosti českého jazyka (vyhláška o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních). (34)

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. (36)

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., nabylo účinnosti dne 18. února 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, kterým se zrušuje Nařízení vlády č. 463/2004 Sb. Došlo k redukci, sloučení, vzniku nových oborů specializačního vzdělávání a novému označení odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Současně dochází ke změně všech specializačních vzdělávacích programů, při které se snižuje jejich hodinová dotace.

V současné době MZ ČR vypracovává nové vzdělávací programy. Jejich vznik by nemocnicím měl umožnit vybrat si z nabídky další vhodný vzdělávací program.

Požadavky na znalosti a dovednosti člověka v moderní společnosti popisuje Koubek: „Člověk se neustále mění, aby mohl fungovat jako pracovní síla, byl zaměstnatelný, musí své znalosti a dovednosti neustále prohlubovat a rozšiřovat. Vzdělávání a formování pracovních schopností se v moderní společnosti stává celoživotním procesem. Základním zákonem podnikání a úspěšnosti jakékoliv organizace je flexibilita a připravenost na změnu. Pracovníci změnu akceptují a podporují. Nejdůležitějším úkolem personální práce se v současné době stává péče o formování pracovních schopností pracovníků organizace.“ (18)

Vzdělávání a rozvoj zaměstnanců se staly v dnešní době nástrojem strategického řízení. Prvním krokem úspěšného vzdělávacího procesu je vždy kvalitní identifikace potřeb. Je také prostředkem růstu každého pracovníka a vede k samostatnosti a zlepšení postavení pracovníka v organizaci.

Vzdělávání pracovníků je personální činností, která zahrnuje následující aktivity:

- **Prohlubování pracovních schopností.**
- **Zvyšování použitelnosti pracovníků, aby zvládali znalosti a dovednosti potřebné k vykonávání dalších pracovních míst či prací.**
- **Úsilí o rozšiřování pracovních schopností, rekvalifikační procesy v organizaci.**
- **Formování pracovních schopností v rámci moderní personální práce překračuje hranice pouhé odborné způsobilosti a zahrnuje i formování osobnosti pracovníka. (3)**

2.2.5.2 Formování pracovních schopností člověka a formování pracovních schopností pracovníka organizace

V systému formování pracovních schopností člověka Koubek rozlišuje tři oblasti:

- oblast všeobecného vzdělávání,**
- oblast odborného vzdělávání,**
- oblast rozvoje.**

Oblast všeobecného vzdělávání - formují se základní a všeobecné znalosti, dovednosti, které umožňují člověku žít ve společnosti a v návaznosti na ně získat a rozvíjet specializované pracovní schopnosti a vlastnosti.

Oblast odborného vzdělávání - ve světě se označuje **training**. Je orientována na zaměstnání a zahrnuje základní přípravu na povolání, doškolování - prohloubení kvalifikace. Zvláštním případem je přeškolení – rekvalifikace.

Třetí oblast formování pracovních schopností člověka - **oblast rozvoje**. Je orientovaná na získání širší palety znalostí a dovedností, také na formování osobnosti jedince. (18)

Oblast odborného vzdělávání, neboli prohlubování kvalifikace představuje také specializační vzdělávání a je to jedna z forem celoživotního vzdělávání. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. (31)

MZ ČR ve spolupráci s univerzitami a profesními sdruženími každoročně stanoví a zveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup maximální počet rezidenčních míst v jednotlivých oborech specializačního vzdělávání.

Rezidenčním místem je školicí místo ve zdravotnickém zařízení, na němž je účastníkovi specializačního vzdělávání spolufinancováno specializační vzdělávání ze státního rozpočtu. (31)

Rezidentem je účastník specializačního vzdělávání, který se účastní specializačního vzdělávání na rezidenčním místě. Vybraný uchazeč se stává rezidentem okamžikem uzavření smlouvy (stabilizační dohody) s ministerstvem. Povinností rezidenta je plnit všechny požadavky vzdělávacího programu, dbát pokynů školitele a dokončit specializační vzdělávání úspěšným absolvováním atestační zkoušky. Vykonávat povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka po dobu nejméně 5 let od data ukončení specializačního vzdělávání na území České republiky v oboru, ve kterém získal specializovanou způsobilost jako rezident. (31)

Je to další nabídka jak pro uchazeče, tak pro zdravotnická zařízení. Pro uchazeče možná lepší varianta, protože po absolvování specializačního vzdělávání může stávající zdravotnické zařízení opustit a nastoupit v jiném na území České republiky. Pro zdravotnické zařízení je výhoda dotace poskytované MZ ČR a tím nižší finanční náklady na vzdělávání.

Na konferenci pořádané MZ ČR v červnu 2009 byla představena druhá etapa transformace specializačního vzdělávání zdravotníků. Je z pohledu MZ ČR tím nejdůležitějším opatřením v oblasti stabilizace zdravotnických pracovníků. Pro nelékařské obory se jedná o tři hlavní kapitoly: Redukce specializačních oborů (počet specializačních oborů bude snížen z 85 na 62).

Usnadnění průběhu specializačního vzdělávání – nově nemusí před vstupem do specializačního vzdělávání zdravotník vykonávat povolání, byla dána nová možnost specializačního vzdělávání prostřednictvím dotačního programu MZ – Rezidenční místa, dojde ke zkrácení vzdělávání z 3 (původně 640 hod.) na 2 roky (560 hod.), absolvent/ka získá titul sestra specialista. Dnes se specializační vzdělávání skládá ze třech modulů. (41)

Tato transformace specializačního vzdělávání již probíhá. V únoru 2010 vyšlo již zmíněné Nařízení vlády č. 31/2010, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Jsem přesvědčená,

že pracovníci Ministerstva zdravotnictví České republiky v krátké době zveřejní nové specializační vzdělávací programy ve věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky.

2.2.5.3 Pozitivní aspekty vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Absolvováním vybraných forem celoživotního vzdělávání dochází k získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti pro úzce vymezené činnosti, dochází ke zvyšování kompetencí. Celoživotní vzdělávání vede k získání tzv. Osvědčení (registrace), kterým získávají nelékařští zdravotničtí pracovníci oprávnění vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu.

Dochází k předávání poznatků z vědy a výzkumu a zobecněných zkušeností předních odborníků z ošetrovatelské praxe. Toto je velmi výhodné, protože zdravotnictví za moji devatenáctiletou odbornou praxi prošlo velkými změnami.

Podpora pohybu zdravotnických pracovníků v Evropské unii jim umožňuje získat zkušenosti v rámci odborných stáží, konferencí v rámci zemí EU. Tato podpora přispívá k prestiži českých zdravotníků v zahraničí a prezentaci našich odborných specializovaných pracovišť na odborných sympóziích a seminářích. Zkušenosti získané v zahraničí mohou sestry v budoucnu využít u nás v ČR, např. v rámci zkvalitnění ošetrovatelské péče, nových metod nebo problémové komunikace s pacientem.

2.2.5.4 Překážky bránící účasti ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a jevy snižující efektivitu vzdělávání

Zdravotničtí pracovníci v některých provozech, hlavně v ambulantních složkách, jsou nuceni absolvovat vzdělávací akce ve svém volném čase a na vlastní náklady. Chybí podpora ze strany zaměstnavatele, motivace k účasti na vzdělávání.

Průměrnou úroveň vzdělávacích akcí způsobuje mnohdy existence agentur, které si z pořádání akcí celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků udělaly prosperující obchod a nemají se zdravotnictvím „nic“ společného. Nicméně česká legislativa umožňuje v řadě případů pořádání vzdělávacích akcí i zařízeními, která nejsou poskytovatelé

zdravotní péče. Může tak docházet k tomu, že vzdělávací akce jsou jen formální, nespĺňují úroveň a požadavky pro vzdělávací akci, existují tzv. „jenom kvůli kreditům.“

U účastníků vzdělávání jsou kladeny vysoké nároky na čas (osobní volno jako prevence syndromu vyhoření). Vše si sestry většinou hradí samy a ukrajují si svůj volný čas, který by mohly věnovat rodinám nebo jiným aktivitám.

Účast na celoživotním vzdělávání a výdaje spojené s účastnickými poplatky, dopravou, ubytováním, ale i poskytováním platu/mzdy je povinen hradit zaměstnanci zaměstnavatel v případě, že zaměstnavatel zaměstnance na tuto akci vyšle. Náklady vynaložené na prohlubování kvalifikace hradí zaměstnavatel. Požaduje-li zaměstnanec, aby mohl absolvovat prohlubování kvalifikace ve finančně náročnější formě, může se na nákladech prohlubování kvalifikace podílet.

Nároky na pracovní povinnosti, čas, místo konání, vedou často k neoptimálnímu výběru vzdělávacích akcí. Nedostatek odpočinku a vyčerpání sester se promítá často do syndromu vyhoření.

Každá organizace musí neustále využívat a propojovat nejen materiální, finanční a informační zdroje, ale zejména zdroje lidské. Lze je považovat za klíčový faktor úspěšnosti a prosperity organizace, protože jsou to právě zaměstnanci, kdo uvádějí do pohybu všechny ostatní zdroje. Hlavním úkolem řízení lidských zdrojů je zajištění výkonnosti organizace, a to zvyšováním produktivity a zlepšováním využití lidských zdrojů. Jejich prostřednictvím napomáhat k lepší alokaci a využití zdrojů materiálních, finančních a informačních.

2.3 Rozvoj nelékařského zdravotnického personálu

Tuto podkapitolu teoretické části mé diplomové práce věnuji především největší skupině počtu nelékařských zdravotnických pracovníků, všeobecným sestrám, jejich práci a problémům, které jejich nelehká práce přináší. Dále pak popisují současný stav prostředí nemocnice obecně a jeho hlavní funkční okruhy.

Petr Drucker při vstupu do nového století prohlásil: „Sestry a ošetřovatelství se nacházejí na důležité historické křižovatce. Na jedné straně chaos a turbulence, na straně druhé nesmírné příležitosti a možnosti.“

„Minulé století patřilo lékařské a výpočetní technice. Nové století bude patřit, znalostní sestře“. **Znalostní sestra** je sestra špičkové úrovně, sestra, která umí myslet kriticky a vlastní „intelektuální kapitál“, sestra, jež se nebojí inovovat a aktivně plánovat svou budoucnost. Stává se pro zdravotnické zařízení nepostradatelným aktivem. Znalostní sestra se stane, produktem tohoto nového, turbulentního prostředí, které někomu nahání strach a jiného vyzývá k úspěchu.“ (7)

Práce sestry není v žádném ohledu vůbec jednoduchá, zvláště při každodenním kontaktu s lidmi si musí udržovat určitý odstup a dodržovat profesionální chování, i když je to někdy velmi složité. Sestra je denně vystavována stresu, ponižování a ohrožování ze strany pacientů a jejich příbuzných. Někdy je ohrožená i na životě, např. u dezorientovaných pacientů, kteří nevědí, co se s nimi děje. Povolání sestry je odpovědná a náročná práce, a není dostatečně ohodnocena, ale i přes její negativní stránky je to krásné poslání.

Březinová konstatuje, že je práce sester laickou veřejností oceněna, až když se člověk stává pacientem a je donucen vyhledat pomoc ve zdravotnickém zařízení, kde se pak stává závislý na péči sestry a následně si většinou začíná uvědomovat, že je sesterské povolání nepostradatelné. Můžeme se však setkat i se skutečností, že klient oceňuje hlavně práci lékaře, který ho zbavil onemocnění nebo mu alespoň pomohl zlepšit jeho zdravotní stav a sestru vnímá spíše jako ošetřovatelku, které je vděčný za trpělivost a milý přístup. Názory lékařů na tuto problematiku se různí, někteří sestru vnímají jako podřízeného pracovníka, který plní jejich příkazy, jiní jako nepostradatelného, rovnocenného člena týmu. Náročná práce sester bohužel ve většině českých zdravotnických zařízení není náležitě ohodnocena ani po finanční stránce. Požadavky kladené na sestru mohou být někdy tak náročné, že působí negativně na jejich práci, tedy na kvalitu poskytované péče, ale i na osobní život a zdraví jich samotných. (50)

Ve Wikipedii se dočteme, že kariérní struktura zdravotních sester se na různých místech světa liší. „Existuje více různých úrovní ošetřovatelství, rozlišovaných podle svého zaměření. Hlavní rozlišení je mezi oblastí všeobecnou a specializovanou. Na vrcholu

žebříčku vzdělávání je doktorský přípravená sestra. Sestry mohou získat titul Ph.D nebo jiný doktorský titul, specializovaný na výzkum, klinickou praxi apod. Tyto sestry vykonávají praxi, vyučují a vedou výzkum v oblasti ošetrovatelství. Jak pokročila věda a umění ošetrovatelství, je poptávka po doktorský přípravených sestřích.“ (49)

Jobánková a Kvapilová v roce 2007 určovaly zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. Jednalo se o náročné situace, převažující způsob zpracování sestrou a četnost výskytu situace. Zdroj náročné situace pokrývá problémy ve vztazích mezi sestrou a pacientem, sestrou a rodinnými příslušníky nemocného a vzájemné vztahy mezi zdravotnickými pracovníky na daném pracovišti.

„Ve vztazích mezi sestrou a pacientem vstupují do popředí problémy, s nimiž si sestra v dané chvíli neví rady, cítí se zaskočená, bezradná, prožívá pocity křivdy a ublížení.“ Neví si rady především se slovními projevy strachu pacienta z blížící se smrti, s jeho stesky a bolestí, s verbálními útoky na svoji osobu, sexuálními narážkami a nabízením různých úplatků. Jako zátěžová situace vystupuje do popředí předání pozůstalosti po zemřelém pacientovi a výčitky rodiny týkající se zanedbání péče. (44)

Kritické jsou konflikty mezi sestrou a lékařem, které sestry vnímají jako ponižující, protože se často odehrávají před pacientem. Lékařům je jedno, zda-li je konfliktu přítomen pacient. Dále se jedná o problémy přenášení lékařských kompetencí na sestru, způsobem, kterému se sestra neumí bránit v dané situaci, ale mohla by se o to následně pokusit mezi čtyřma očima. Nejčastější formou některých zátěžových situací je prožitek zlosti a lítosti, zpracovaný pouze vnitřně a neřešený, protože není ventilovaný na verbální úrovni.

Gladkij popisuje současnou nemocnici takto: „Dnešní nemocnice představuje složitý útvar, kde kromě odborných otázek velkou úlohu hrají i otázky vztahů mezi pracovníky a skupinami, mezi pracovníky a nemocnými i prestižní postavení jednotlivých složek.“ Nutnost koordinovat a řídit chování několika set lidí, vyžaduje poznatky společenských věd. Jde o to, aby se v celém zdravotnickém systému dosáhlo jednoty koncepce a součinnosti skupin pracovníků při řešení problémů. (10)

Gladkij pokračuje: „V každé organizaci působí zcela zákonitě kromě sil dostředivých i síly odstředivé. Úplná bezkonfliktnost je nemožná, nezdravá. Celek bez konfliktů začíná stagnovat. Vlastností „dobré organizace“ není bezkonfliktnost, ale umění vítězit nad vnitřními konflikty a využívat je v zájmu celku. Konflikty jsou pro organizaci škodlivé,

nejsou-li „zašlapávány“ a není jich využito jako signálu upozorňujícího, že ve struktuře jejího fungování je třeba něco změnit. Včas zvládnuté a vhodně usměrněné konflikty jsou zdravým a nutným jevem. Každá skupina a pracoviště vznikají v procesu dělby práce a reprezentují větší nebo menší míru vnitřní solidarity a dílčích zájmů.“ (10)

Jarošová, Lednický a Knopová provedli na jaře roku 2002 dotazníkové šetření ve zdravotnických institucích Ostravského kraje a zjistili, jak zdravotní sestry hodnotily znaky vlastností sester manažerek. Průzkum potvrdil, že ve zdravotnictví převažuje týmová práce. Manažeři jsou vybíráni s vlastnostmi vhodnými pro týmovou práci. Jednalo se o tyto vlastnosti: důvěryhodnost, motivační dovednost, konstruktivní kritičnost a v neposlední řadě spolehlivost, přizpůsobivost a pružnost. Efektivní rozvoj ošetrovatelské péče závisí na aktivní participaci všech zúčastněných pracovníků. (39)

Pejznochová z České asociace sester informuje o představení projektu Sestra – nositelka výkonů, který proběhl v roce 2009 a jehož pokračování je i v roce 2010. „Chtěli bychom pokračovat v představování systému práce nelékařů a výkonů jednotlivých odborností odborné veřejnosti. Naším cílem nebylo jakékoliv vstupování či ovlivňování kódů výkonů nelékařů. Naším cílem bylo narovnání a reálné uplatnění kódů výkonů nelékařů.“ (48)

Předkládané výkony nejen dokladují kompetentnost nelékařů při provádění úkonů vyplývajících z jejich pracovního zařazení, ale kladou také vysoké nároky na jejich způsobilost.

Gladkij konstatuje: „Čím větší je zdravotnické zařízení, tím více záleží na promyšleném propojení jednotlivých složek. Organizační řád, vyjadřující skladbu formální organizace, určuje vztahy mezi rolemi a úkoly. Vytyčuje společenský cíl – poskytování optimální zdravotní péče. V každé takové organizaci jsou realizovány prvky: dělba práce, dělba moci – hierarchie řízení, soustava komunikací mezi jednotlivými útvary, soustava sankcí – odměňování a donucování.“(10)

V nemocnici rozlišujeme tyto hlavní funkční okruhy:

- **okruh lékařský**, plní především diagnostické a terapeutické cíle,
- **okruh ošetrovatelský**, zahrnující nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří napomáhají při dosahování diagnostických a terapeutických cílů, zejména zabezpečování vlastní ošetrovatelské péče,
- **okruh komplementu** (laboratoře, zobrazovací metody),
- **okruh technických služeb**, zajišťuje fungování náročnější diagnosticko terapeutické techniky,
- **okruh informačních služeb**,
- **okruh ekonomicko provozní**, zabezpečuje nezbytnou a pro chod nemocnice důležitou ekonomicko provozní podporu. (10)

Podle Gladkého: „Manažer ve zdravotnictví je ovlivněn tím, že pracuje v odvětví, které sleduje veřejnost ostřeji než odvětví ostatní. Má také převážně způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, je vázán profesionálními etickými kodexy. Měl by být autonomní osobnost se silným morálním sebevědomím a schopností korigovat vlastní chování.“ (9)

V teoretické části diplomové práce jsem se věnovala následujícím oblastem: teoretickému řízení změny a změně v ošetrovatelství, personálnímu managementu s řízením lidských zdrojů s důrazem na celoživotní vzdělávání a rozvoji nelékařských zdravotnických pracovníků.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Úvod

Výzkumnou část této práce jsem realizovala ve Fakultní nemocnici Na Bulovce v Praze (FNB). V této nemocnici pracuji od září roku 2009 jako asistentka náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Ke zpracování tématu magisterské práce mě vedla moje osobní zkušenost se získáním akreditací k uskutečňování praktické části specializačních vzdělávacích programů oborů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.“

Získání výše uvedených akreditací bylo cílem, který jsme si daly s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Mgr. Petrou Pipkovou po nástupu do FNB. O stanovení tohoto cíle a jeho postupném plnění byla po celou dobu informována ředitelka MUDr. Kateřina Toběrná, která s procesem přípravy žádostí o udělení akreditací k uskutečňování praktické části specializačních vzdělávacích programů souhlasila a plně nás podporovala.

O provedení výzkumného šetření jsem požádala náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. Před začátkem příprav k získání akreditací jsem mapovala pomocí analýzy vnitřních dokumentů oblast vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB.

3.2 Představení organizace

FN Na Bulovce patří mezi zdravotnická zařízení, která svým rozsahem a zaměřením patří k nejvýznamnějším v České republice. Léčebně preventivní péče je poskytována nejen občanům hlavního města Prahy a blízkého okolí, ale v některých oborech jde o péči vysoce specializovanou s celostátní působností. Mezi taková zařízení patří Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí, Ústav radiační onkologie, Ortopedická a Chirurgická klinika, Klinika pneumologie a hrudní chirurgie, Dermatovenerologická klinika, ale i celá řada dalších pracovišť. Jsou zde prováděna vyšetření a léčba akutně nemocných pacientů přijímaných k hospitalizaci stejně jako vyšetřování a dispenzarizace v ambulantní části.

Řada pracovišť vykonává konzultace vyžádané jinými zdravotnickými zařízeními. Jsou zde prováděny unikátní výkony, jejichž zárukou jsou přední specialisté v různých oborech.

Jsou nabízeny i služby poskytované zájemcům v oblasti preventivní medicíny i manažerské programy.

V roce 2009 se stala FNB součástí KOCu (Komplexního onkologického centra). Celkově je ve FN na Bulovce 10 klinik, 11 oddělení a komplement. V působnosti FNB je Národní jednotka dohledu nad tuberkulózou. V nemocnici je umístěna Protialkoholní záchytná stanice. FNB provozuje slatinné lázně Toušeň. (42).(viz příloha č. 1)

Oblast vzdělávání lékařů je rozsáhlá. FNB byly v roce 2006 MZ ČR uděleny akreditace k uskutečňování specializačního vzdělávání lékařů ve 23 oborech. Jedná se o tyto obory: ortopedie, paliativní medicína a léčba bolesti, radiační onkologie, tuberkulóza a respirační nemoci, patologická anatomie, plastická chirurgie, klinická biochemie, lékařská mikrobiologie, anesteziologie a resuscitace, chirurgie, oftalmologie, gynekologie a porodnictví, vnitřní lékařství, radiologie a zobrazovací metody, dětská chirurgie, alergologie a klinická imunologie, infekční lékařství, dětské lékařství, otorinolaryngologie, soudní lékařství, dermatovenerologie, korektivní dermatologie, dětská dermatologie a rehabilitační a fyzikální medicína.

FNB se v září 2009 po nástupu nového managementu začala připravovat na nelehkou cestu získání akreditace SAK a také na získání ISO certifikace laboratoří. Od konce září 2009 pracuje ve FNB Rada kvality, která se zabývá vypracováváním směrnic, metodických pokynů, standardů. Pro získání akreditace SAK je důležité naplnění 74 akreditačních standardů SAK. Dále ve FNB funguje oddělení pro kvalitu a krizové řízení.

3.2.1 Výchozí stav ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Oddělení vzdělávání spadá pod úsek náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Analýzou vnitřních dokumentů FNB, především organizačního řádu a směrnice o vzdělávání ve FNB č. 3/2007 o poskytování pracovních úlev zaměstnanců FNB v rámci zvyšování nebo prohlubování kvalifikace, internetových a intranetových stránek a komunikací s vedoucí oddělení vzdělávání paní Holadovou, jsem se dozvěděla, že jsou ve FNB pořádány semináře a konference jednotlivých pracovišť, oddělení a klinik. Tyto semináře se nadále uskutečňují v pravidelných čtrnáctidenních termínech. V rámci oddělení vzdělávání jsou organizovány vzdělávací akce, které probíhají ve spolupráci s firmou B – Braun Medical s. r. o.: Péče o rány I. a II., a Péče o stomie I. a II. Mezi další vzdělávací semináře patří: Hygiena rukou, Transfuzní školení a školení Kardiopulmocerebrální resuscitace.

3.2.2 Zjištění vedoucí ke změně v organizaci

Dne 14. září 2009 se uskutečnila schůzka, které se zúčastnily Mgr. Petra Pipková, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FNB, paní Dana Holadová, vedoucí oddělení vzdělávání a Bc. Katarína Flačková, asistentka náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FNB. Na této schůzce jsme se dozvěděly o činnosti a aktivitách vzdělávacího oddělení. Dále jsme se dozvěděly, že specializační vzdělávací programy pro nelékařské zdravotnické pracovníky nebyly ve FNB doposud realizovány. To byl důvod ke změně ve vzdělávání v organizaci. V rámci nemocnice se v roce 2009 uskutečnilo 22 celoústavních konferencí a seminářů na aktuální odborná témata z různých oborů péče.

V říjnu 2009 proběhlo jednání s vrchními sestrami operačních oborů a vrchní sestrou anesteziologicko – resuscitačního oddělení FNB. Na tomto jednání jsme zjišťovaly zájem o zavedení specializačních vzdělávacích programů a názory středního managementu, tj. vrchních sester na specializační vzdělávání. Konkrétně se jednalo o vzdělávací programy „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.“ Z jednání jednoznačně vyplynul zájem vrchních sester operačních oborů chirurgie, gynekologie a porodnictví, urologie, otorinolaryngologie a ortopedie o vzdělávací programy. Ostatní vrchní sestry operačních oborů neprojevíly zájem z důvodů nedostatečného počtu pracovníků se specializovanou způsobilostí. Zájem projevila i vrchní sestra anesteziologicko – resuscitačního oddělení FNB.

V návaznosti na výstupy z tohoto jednání byli požádáni primáři zainteresovaných pracovišť o souhlas s realizací výše uvedených specializačních vzdělávacích programů. Oslovení primáři jednotlivých pracovišť vyjádřili souhlas.

FNB měla k 31. březnu 2010 **1111 nelékařských zdravotnických pracovníků**, z toho jen **449 se specializovanou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání**. Tento nízký počet nelékařských zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí byl dalším důvodem proč realizovat změnu a přistoupit k přípravě žádostí o udělení akreditací k uskutečňování praktické části specializačních vzdělávacích programů.

3.2.3 Akreditační řízení specializačních vzdělávacích programů – úvod do procesu změny

V rámci zahájení příprav k získání akreditací k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů jsem na konci září 2009 absolvovala informační schůzku s referenty odboru vzdělávání a vědy MZ ČR. Na této schůzce jsem se dozvěděla o termínech zasedání akreditační komise dle zákona č. 96/2004 Sb. pro rok 2010 a o termínech pro podávání žádostí o udělení/prodloužení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu nebo jeho části na podatelnu MZ ČR. Byla jsem upozorněna, že tyto termíny jsou pro zahájení správního řízení klíčové, a tudíž bylo nutné je dodržet. Bylo mi řečeno, že jsou tyto termíny stanoveny vždy tak, aby měl odborný posuzovatel, kterému bude po obdržení žádosti odboru vzdělávání a vědy zaslána jedna kopie žádosti, dostatek času na vypracování odborného posudku. Žádost je pak zařazena do programu zasedání akreditační komise. V listopadu 2009 jsem využila nabídky referentů a nechala ověřit veškeré doklady o vzdělání odborného garanta a školitelů praktické části specializačního vzdělávacího programu „Perioperační péče“ pro potřeby MZ ČR. Toto jsem vnímala jako velice vstřícný přístup ze strany referentů, kteří byli ochotni a snažili se mi pomoci. Moje nově nabyté zkušenosti jsem plně zúročila při přípravě žádosti o udělení akreditace k uskutečňování praktické části specializačního vzdělávacího programu „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“. Obě žádosti prošly akreditačními komisemi 2. prosince 2009 a 3. února 2010 bez problémů a akreditace nám byly na poprvé uděleny.

3.3 Cíl výzkumu, výzkumné otázky, hypotézy

V empirické části jsem využila kvantitativní výzkum provedený formou dotazníkového šetření pomocí telefonních interview u sester manažerek, u sester školitelek a účastníků jsem distribuovala dotazník, který byl také doplněn o výpovědi.

Obecným cílem výzkumu bylo zhodnocení praktické části specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče“ ve FNB, a hlavně získání zpětné vazby z řad nelékařských zdravotnických pracovníků. K jeho naplnění byly provedeny následující dílčí dotazníková šetření:

Šetření probíhalo ve 3 cílových skupinách:

1. skupina – střední management - vrchní sestry oddělení a klinik FNB, šetření se zúčastnilo 20 respondentek a proběhlo od 20. dubna do 27. dubna 2010.

Stručně bych charakterizovala první skupinu, kterou tvoří sestry středního managementu, tj. vrchní sestry FNB.

Vrchní sestra je zaměstnancem FNB, který je jmenován do funkce ředitelem FNB na základě výběrového řízení. Vrchní sestra se podílí na řízení a na organizačně-ekonomickém zajištění provozu zdravotnického pracoviště. Je provozně a organizačně podřízena primáři, přičemž jí jsou bezprostředně podřízeny úsekové/staniční sestry, příp. další sestry oddělení. Plánuje, řídí, koordinuje činnost ošetrovatelského personálu na svém pracovišti. (47)

2. skupina – sestry školitelky v akreditovaných specializačních vzdělávacích programech „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ ve FNB (všechny školitelky mají specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jsou zařazeny v 11 platové třídě). Šetření proběhlo u všech 29 školitelek ve dnech 20. dubna – 24. května 2010.

3. skupinu představují účastníci praktické části specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ ve FNB (sestry, které teoretickou a praktickou částí studia získají specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání). Šetření jsem uskutečnila u 13 účastníků v době od února do 31. května 2010.

Původně v projektu mé magisterské práce (viz příloha č. 8) bylo zaměření na 4 cílové skupiny. Ukázalo se, že pro výzkumné šetření je skupina sester z Anesteziologicko – resuscitačního oddělení, jednotek intenzivní péče a standardních oddělení FNB nepodstatná. Nezískala bych od sester potřebné údaje související se zavedením změny, protože tyto sestry nejsou školitelky ani účastnicemi studia a patrně by ve své praxi zavedení specializačních vzdělávacích programů nezaznamenaly. Nedokázaly by popsat pozitivní či negativní stránky zavedení studia.

3.3.1 Metody výzkumu

- **Kvantitativní výzkum – dotazníkové šetření** u skupiny sester školitelek a účastníků specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelské péče

v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ a doplnění výpovědí sester školitelek a účastníků.

- **Telefonní interview** – u skupiny 20 sester manažerek.
- **Ekonomická finanční analýza vzdělávání ve FNB do roku 2015.**

3.4 Poptávka středního managementu – vrchní sestry z oddělení a klinik FNB

V první části výzkumu jsem se věnovala vrchním sestřím. Pro zjištění názoru středního managementu – vrchních sester FNB jsem si připravila krátký dotazník. Dotazník obsahoval 4 otázky, které byly otevřené, uzavřené a škálované (viz příloha č. 2).

Dotazník jsem vyplňovala pomocí telefonních interview. Využila jsem pracovního telefonu, konkrétně interních nemocničních telefonních linek a také možnosti dovolat se jednotlivým pracovníkům středního managementu na zkrácenou volbu mobilního telefonu. Provedení telefonních interview jsem zvládala v poměrně krátkém čase a bez finančních nákladů na provedení dotazníkového šetření. Tato dotazování pomocí telefonu jsem prováděla v období od 20. – 27. dubna 2010.

3.4.1 Hlavní výzkumná otázka

- **Vyhodnocení 1. etapy specializačních vzdělávacích programů z hlediska nabídky a poptávky a jeho subjektivní hodnocení ve FNB.**
- **Bylo zavedení specializačních vzdělávacích programů přínosné, je-li tak hodnoceno pracovníky?**
- **Jaká je ekonomická finanční analýza vzdělávání ve FNB do roku 2015?**
- **Jak vylepšit vzdělávání ve FNB v další etapě?**
- **Jsou nějaké vedlejší problémy spojené se studiem pracovníků?**

3.4.2 Cíle výzkumu

1. Zjistit počet pracovníků se specializovanou způsobilostí a jejich další potřebu.
2. Zjistit jak pracovníci z řad středního managementu hodnotí zavedení specializačních vzdělávacích programů ve FNB.
3. Zhodnotit osobní participaci při zavádění dalších specializovaných vzdělávacích programů.
4. Zjistit největší problémy středního managementu při vzdělávání pracovníků.
5. Zjistit zájem o realizaci dalších specializačních vzdělávacích programů ve FNB do budoucna.
6. Zjistit na jakých odděleních a ve kterých oborech chybí pracovníci se specializovanou způsobilostí.
7. Zjistit kolik pracovníků a kdo by participoval při zavádění dalších specializačních vzdělávacích programů, popřípadě certifikovaných kurzů.

3 4.3 Obecná hypotéza

„Zavedení specializačních vzdělávacích programů bylo přínosné jak pro pracovníky středního managementu, tak pro školené i školitelky a také hodnoceno pozitivně a zároveň bylo efektivní z hlediska nemocnice.“

3.4.4 Dílčí - pracovní hypotézy, týkající se všech 3 dotazníkových šetření

Provedla jsem dotazníková šetření ve 3 skupinách, která budou popsána v následujícím textu.

Hypotézy se týkají tématických okruhů odvislých od skupin respondentů.

- **Poptávka po vzdělávání ve výpovědích sester manažerek**
- **Participace na výuce (školitelky)**
- **Spokojenost s průběhem praktické části - účastníci**

Pracovní hypotéza č. 1: *„Z celkového počtu ošetrovatelského personálu působícího na operačních, interních a ostatních oborech nemá 40% specializovanou způsobilost potřebnou k poskytování ošetrovatelské péče.“*

Odůvodnění: Úroveň 40% byla zvolena s ohledem na to, že nižší počet může vést k pochybení personálu, působí též organizační problémy, vznikají přesčasy.

Pracovní hypotéza č. 2: „Zavedení specializačních vzdělávacích programů pokryje poptávku pracovníků již zařazených do studia během 5 let od tohoto zavedení.“

Odůvodnění: Období 5 let považuji za reálné období, kdy se zavedení specializačních vzdělávacích programů projeví v počtech absolventů.

Pracovní hypotéza č. 3: „Zavedení specializačních vzdělávacích programů bylo pracovníky středního managementu přijato a hodnoceno pozitivně.“

Vzhledem k evaluačnímu charakteru výzkumu jsou dále důležité především explorační cíle výzkumu, kde sleduji 2 otázky.

Otázka č. 4: *Jaké jsou další požadavky ze strany středního managementu a jeho potenciál při další realizaci vzdělávacích programů?*

Otázka č. 5: *Jaké jsou problémy ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na jednotlivých typech pracovišť FNB z pohledu středního managementu?*

3.4.5 Poptávka a potřeba pracovníků ze strany oddělení – výpověď manažerek

Vedení nemocnice nemá k dispozici podrobné informace o potřebách a počtech pracovníků se specializovanou způsobilostí. Proto bylo zapotřebí provést výzkum zaměřený na zjištění těchto údajů pro jednotlivá oddělení. Zkoumaná pracoviště oddělení a kliniky jsem rozdělila do třech kategorií podle oborů na chirurgické, interní a ostatní. Chtěla jsem mít výsledky od zástupců všech třech oborů. Volila jsem pracoviště s větším počtem nelékařských zdravotnických pracovníků, ne s malými kolektivy. Nezjišťovala jsem potřebu pracovníků se specializovanou způsobilostí v laboratořích z důvodu probíhající rekonstrukce, která je naplánovaná na období 3 let a komplikuje i samotný provoz. Pro řádné zajištění specializačního vzdělávání jsou provizorní podmínky krajně nevyhovující. Informace o odděleních jsem získala z výpovědí vrchních sester, výzkum byl proveden v klíčových oborech, kde bylo zavedeno specializační vzdělávání, např. chirurgie, gynekologie a porodnictví, ortopedie, ORL, urologie, ARO, anestézie a vnitřní lékařství.

3.4.6 Výsledky dotazníkového šetření

V rámci výzkumného šetření jsem provedla 20 telefonních interview s vrchními sestrami jednotlivých oddělení a klinik ve FNB. Z celkového počtu 32 pracovišť ve FNB je to 62% z celkového počtu.

3.4.6.1 Chybějící počty pracovníků se specializovanou způsobilostí

Z hlediska úspěšného a dalšího nastavení specializačních vzdělávacích programů bylo třeba zjistit, jaká je skutečná poptávka v jednotlivých oborech. Hypotéza proto předpokládá, že zavedení specializačních vzdělávacích programů pokryje poptávku po pracovnících se specializovanou způsobilostí na následujících 5 let.

Při telefonických interview jsem zjišťovala skutečnou potřebu pracovníků se specializovanou způsobilostí z výpovědí vrchních sester viz tabulka č. 2. Podíváme-li se konkrétně na pracoviště podle oborů v operačních oborech, je největší nedostatek pracovníků se specializovanou způsobilostí na plastické chirurgii, kde je potřeba doplnit 89% pracovníků, nejlepší situace je v urologii, kde je dostatek specializovaných pracovníků. V interních oborech se jedná o II. interní oddělení, kde celkově chybí 77% pracovníků, ARO má z interních oborů nejlepší pokrytí, chybí 22% pracovníků. Z ostatních oborů je největší potřeba na Protialkoholní záchytné stanici, kde 80% pracovníků nemá specializovanou způsobilost v oboru „Ošetrovatelská péče v psychiatrii“, nejlépe je na tom pracoviště radiodiagnostické, kterému chybí pouze 5% specializovaných pracovníků.

Tabulka č. 2: Potřeba pracovníků se specializovanou způsobilostí ve FNB

pracoviště	vrchní sestra	počet pracovníků se specializovanou způsobilostí	potřeba pracovníků	ideální stav	chybí v %
operační	ORL	5	1	6	17%
	Dětská chirurgie	18	7	25	28%
	Oční	6	4	10	40%
	Urologie	21	0	21	0%
	Gynekologie a porodnice	23	5	28	18%
	Plastická chirurgie	1	8	9	89%
	Ortopedie a traumatologie	25	10	35	29%
	Chirurgie	28	15	43	35%
interní	II. Interní odd.	3	10	13	77%
	Infekční klinika	35	20	55	36%
	Neurologie	13	4	17	24%
	ARO - resuscitace + anestézie	36	10	46	22%
	Dermatovenerologie	8	12	20	60%
	Onkologie	16	5	21	24%
ostatní	Protialkoholní stanice	3	12	15	80%
	Nutriční terapeuti	6	1	7	14%
	Centrální sterilizace	5	2	7	29%
	Neonatologie	7	5	12	42%
	Radiodiagnostika	42	2	44	5%
	Fyzioterapie	13	5	18	28%
celkový počet		314	138	452	

(N= 20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry [Fláková, 2010]

Podíváme-li se v grafu č. 1 na potřebu pracovníků se specializovanou způsobilostí v operačních oborech, je počet pracovníků se specializovanou způsobilostí nejvyšší 127 (68%), potřeba je 50 (32%). V interních oborech je situace v počtu 111 (60%), potřebě 61 (40%). U ostatních oborů je se specializovanou způsobilostí 76 (67%), potřebou 27 (33%) pracovníků. Z výsledků vyplývá, že na sledovaných pracovištích celkově chybí 138 (31%) pracovníků se specializovanou způsobilostí z ideálního celkového počtu 452 pracovníků. Podrobně uvádí potřeby pracovníků podle jednotlivých oborů tabulka č. 2.

Podle třídění v klinických oborech v tabulce č. 3 je podíl potřeby k současné době následující: nejhůře jsou na tom interní obory, kde chybí 61 pracovníků, což činí 40% z potřebného stavu. Na druhém místě s počtem 50 (32%) se umístili operační obory. U ostatních oborů chybí 27 pracovníků, což činí 33% z požadovaného stavu.

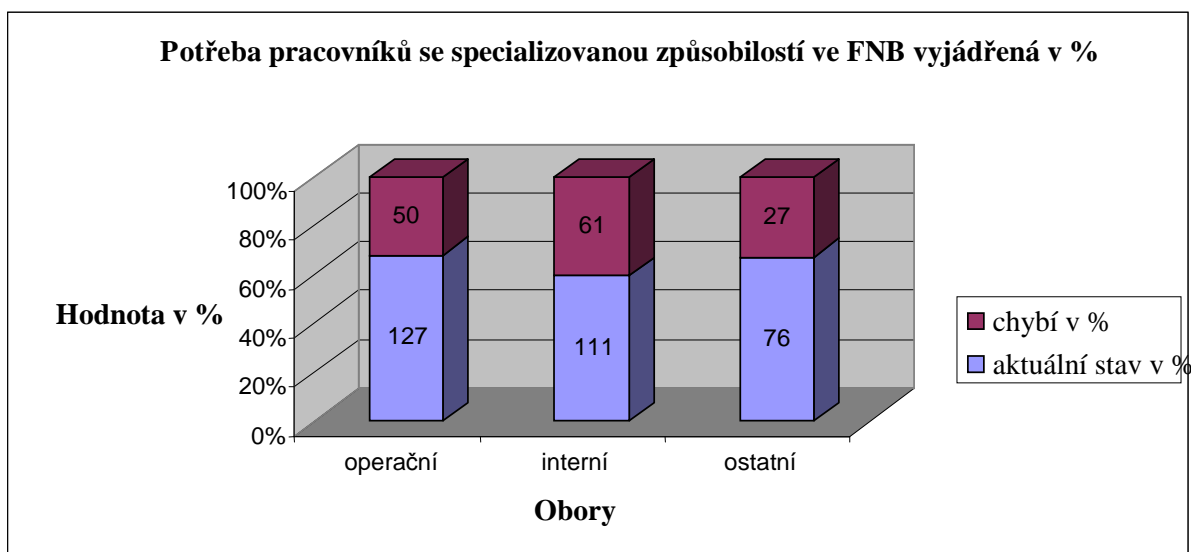
Tabulka č. 3: Potřeba pracovníků se specializovanou způsobilostí v současné době

	operační	interní	ostatní
aktuální stav v %	68%	60%	67%
chybí v %	32%	40%	33%
počet aktuální	127	111	76
chybí	50	61	27

(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB – potřeba pracovníků se specializovanou způsobilostí – vrchní sestry [Fláková, 2010]

Graf č. 1: Potřeba pracovníků se specializovanou způsobilostí ve FNB vyjádřená v %



(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB – potřeba pracovníků se specializovanou způsobilostí – vrchní sestry [Fláková, 2010]

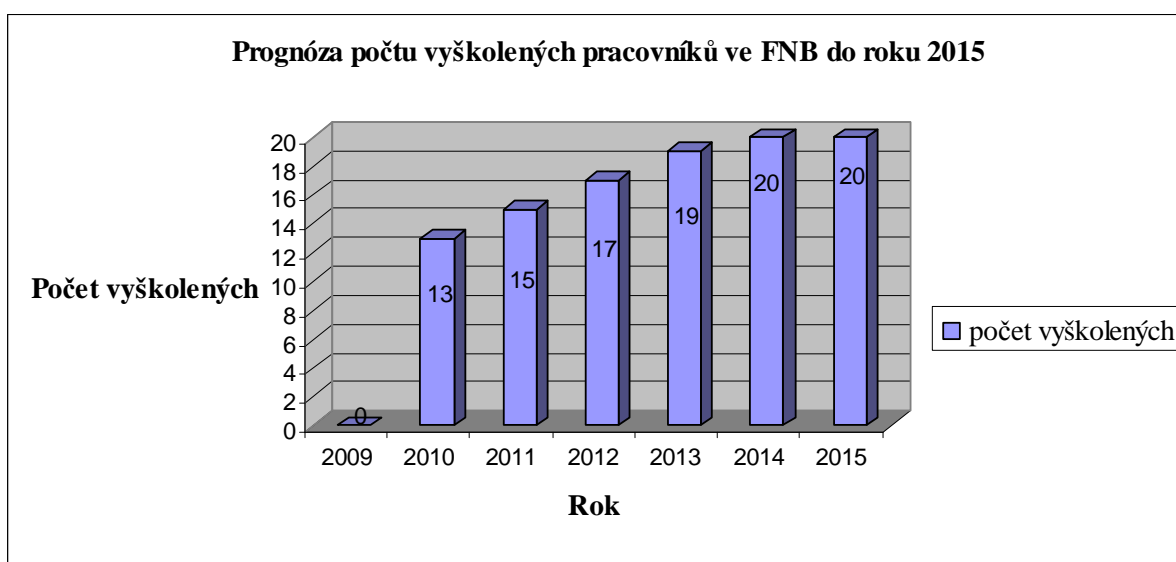
Zavedením praktické části specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ jsme vlastními silami schopní nabídnout absolvování praktické části v naší nemocnici částečně pracovníkům z operačních oborů a interních oborů. Část požadovaných pracovníků již je zařazených do studia právě v těchto specializovaných vzdělávacích programech. Ze skupiny ostatních oborů bohužel nedokážeme pokrýt poptávku, protože se jedná o obory se specializací, na které jsme nezískali akreditaci např. odborný fyzioterapeut, sestra pro péči v psychiatrii, rentgenový laborant apod., jak vyplývá z výpovědí vrchních sester a vedoucích pracovníků.

Pracovní hypotéza č. 1: „Z celkového počtu ošetrovatelského personálu působícího na operačních, interních a ostatních oborech nemá 40% specializovanou způsobilost potřebnou k poskytování ošetrovatelské péče“ se tímto **nepotvrdila**, protože podíl nedostatku

pracovníků se specializovanou způsobilostí, se kterým se sledovaná pracoviště FNB potýkají, je 32% v operačních oborech, 40% v interních oborech a 33% v ostatních oborech. Nicméně výsledky ukazují, že nedostatek na úrovni 2/5 (35%) pracovníků je významný a mohl by působit zejména problémy se zajištěním provozu na některých odděleních a klinikách

Ve druhé hypotéze sledujeme otázku, zda-li novými specializačními vzdělávacími programy dokážeme pokrýt poptávku v době do 5 let. Z grafu č. 2 je zřejmé, že v časovém horizontu 5 let bude vyškolen ve FNB přibližně 91 pracovníků, zejména v oborech intenzivní péče (JIP, ARO a anestézie) a také operačních sálech v akreditovaných oborech. Z této prognózy vyplývá, že v oborech, ve kterých jsme schopní školit při stávajícím nastavení, umožníme získání specializované způsobilosti až 91 pracovníkům do roku 2015. Tato prognóza do roku 2015 odpovídá vyškolení 82% ze 138 pracovníků v operačních a interních oborech. Musíme však počítat s přirozenými odchody pracovníků ze zaměstnání ve FNB nebo se změnou oboru (předpokládá se cca 5 pracovníků). Jde o hrubý odhad, v realitě je třeba počítat s již zmíněnými odchody. Tím se **potvrzuje i pracovní hypotéza č. 2:** „Zavedení specializačních vzdělávacích programů pokryje poptávku pracovníků již zařazených a čekajících na zařazení do studia během 5 let od tohoto zavedení.“

Graf č. 2: Prognóza počtu vyškolených pracovníků ve FNB do roku 2015



(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – prognóza počtu vyškolených pracovníků do roku 2015 [Flaková, 2010]

3.4.6.2 Hodnocení zavedení praktické části specializačních vzdělávacích programů ze strany středního managementu FNB

Hodnocení zavedení praktické části specializačních vzdělávacích programů vrchní sestry prováděly pomocí školní klasifikace na škále od 1 - 5, kdy 1 byla nejlepší známka, 5 známkou nejhorší. Aritmetický průměr hodnocení byl 1,2. Vrchní sestry hodnotily zavedení programů převážně známkou 1 a 2. Zcela převládlo hodnocení známkou 1. Považují toto zavedení za první krok ke zlepšení možností vzdělávání ve FNB. Další názory zachycené ve volných výpovědích a komentářích vrchních sester vyjadřovaly velkou spokojenost s tím, že sestry nemusí dojíždět do jiných nemocnic. Zajistil se větší přístup a dostupnost ke studiu, dále navrhuje, aby se vydal oběžník v tištěné podobě se vzdělávacím programem, jmény sester školitelek. Další vrchní sestra považuje zavedení praktické části specializačních vzdělávacích programů za obrovskou výhodu, která ušetří finanční náklady spojené se vzděláváním, které obvykle činí 14 400,- Kč na vyškolenou osobu. Jiná vrchní sestra to považuje za jednu z cest prestiže nemocnice. Na straně druhé, názory středního managementu ze skupiny ostatní chválí zavedení programů, ale nevidí v něm přínos pro své obory např. neonatologie, fyzioterapie, rentgenologie, apod. Protože tyto obory vyžadují jinou specializovanou způsobilost, než se získá absolvováním specializačních vzdělávacích programů, na které byly FNB uděleny akreditace.

Pracovní hypotéza č. 3: *„Zavedení specializačních vzdělávacích programů bylo pracovníky středního managementu přijato a hodnoceno pozitivně“ se jednoznačně potvrdila.*

3.4.6.3 Participace při zavádění specializačních vzdělávacích programů a certifikovaných kurzů a počet sester spolu participujících.

Jedním z cílů výzkumu je zjištění zájmu o realizaci dalších specializačních vzdělávacích programů v budoucnosti. Dále mě zajímaly certifikované kurzy ve FNB a také případný počet spolu participujících pracovníků. Na tento výzkum se zaměřuje explorační otázka č. 4: *Jaké jsou další požadavky ze strany středního managementu a jejich potenciál při další realizaci?*

Výzkum sledoval možnou participaci vrchních sester při zavádění dalších specializačních vzdělávacích programů nebo certifikovaných kurzů. Nespolupracovaly

by pouze 2 (10%) vrchní sestry. Vrchní sestra z chirurgického oboru by neparticipovala z důvodů, že na své pozici je velmi krátkou dobu, pouze 1 měsíc. Důvodem nespolutpřílení vrchní sestry z interního oboru je naopak její blízký důchodový věk. Naopak spolupracující 18 (90%), by spolupracovaly ve svém oboru, např. neurologie, onkologie viz tabulka č. 4. V otázce na spolu participující kolegy (podíleli by se na vzájemné spolupráci při zavádění dalších specializačních vzdělávacích programů a také na výuce) se obory v podstatě neliší: v chirurgických oborech by spolu participovalo 13 (88%) pracovníků, v interních oborech 29 (83%) a v ostatních oborech 20 (100%). Výsledky uvádím podle jednotlivých oborů viz graf č. 3 a podrobněji je podle oddělení uvádí tabulka č. 4. Tabulka č. 5 pak znázorňuje počty případných participujících pracovníků dle oborů.

Celkově je ochota k aktuální účasti na vzdělávání velmi vysoká. Chápu vedoucí pracovníky ze skupiny ostatních oborů, a této snahy si velmi cením.

Tabulka č. 4: Participace vrchních sester a dalších pracovníků

pracoviště	oddělení	participace	počet dalších pracovníků
operační	ORL	1	0
	Dětská chirurgie	1	1
	Plastická chirurgie	1	2
	Urologie	1	1
	Oční	1	2
	Gynekologie a porodnice	1	4
	Ortopedie a traumatologie	1	3
	Chirurgie	0	0
interní	II. Interní oddělení	0	0
	Infekční klinika	1	5
	Neurologie	1	8
	ARO resuscitace + anestézie	1	10
	Dermatovenerologie	1	1
	Onkologie	1	5
ostatní	Protialkoholní stanice	1	1
	Neonatologie	1	6
	Centrální sterilizace	1	2
	Radiodiagnostika	1	4
	Nutriční terapeuti	1	2
	Fyzioterapie	1	5
celkový počet		18 (90%)	62

(N= 20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry [Fláková, 2010]

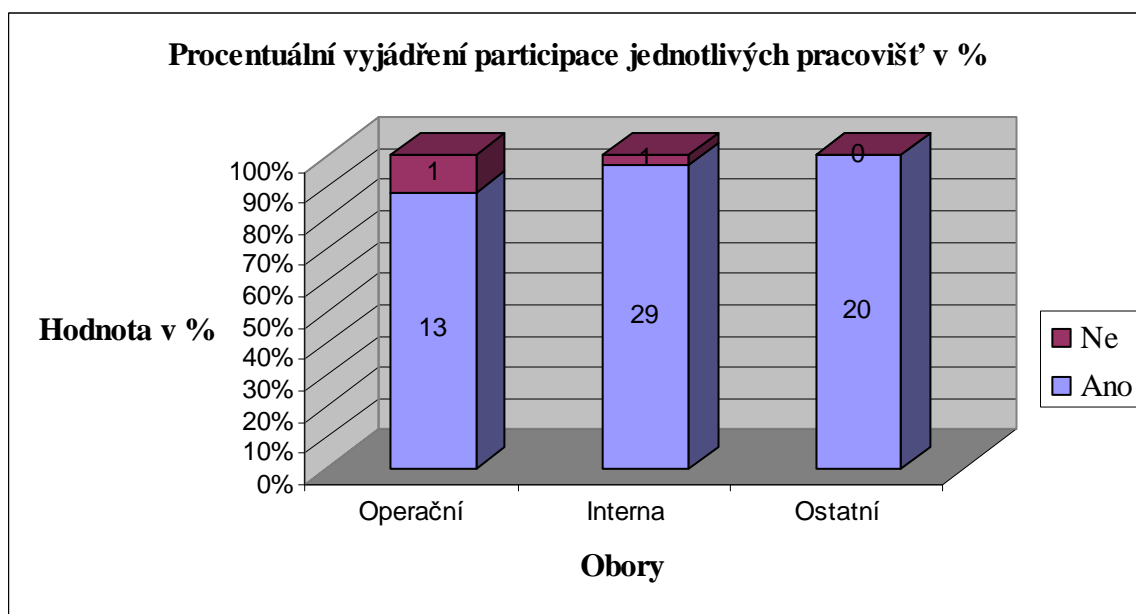
Tabulka č. 5: Ochota k participaci podle jednotlivých oborů, řádková procenta

obory	ano	ne
operační	88% (13)	12% (1)
interna	83% (29)	17% (1)
ostatní	100% (20)	0% (0)

(N= 20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry [Fláková, 2010]

Graf č. 3: Procentuální vyjádření participace jednotlivých pracovišť v %



(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Fláková, 2010]

Otázka č. 5: *Jaké jsou problémy ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na jednotlivých typech pracovišť FNB z pohledu středního managementu?*

Ve FNB jsou nastavené finanční limity na vzdělávání pro jednotlivá pracoviště podle počtů zaměstnanců viz tabulka č. 6. Průměrně vychází ročně na jednu osobu částka 487,- Kč na vzdělávání. Pokud studuje pracovník ve specializačním vzdělávacím programu, finanční náklady na pokrytí jeho studia jsou nedostačující. Za krátkou dobu je tímto způsobem vyčerpán limit celého oddělení nebo kliniky.

FNB letos poprvé zažádala MZ ČR o poskytnutí dotace z programu Rezidenční místa 2010. Přijímání žádostí bylo ukončeno 26. února 2010. Vzhledem k požadavkům z terénu byly přehodnoceny počty míst a výše finančního příspěvku na jednoho rezidenta

v konkrétním oboru specializačního vzdělávání. FNB žádala o poskytnutí dotace z programu Rezidenční místa 2010 pro tyto obory:

„Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ s celkovou délkou studia 36 měsíců a upravenou dotací 125 000,- Kč,

„Ošetrovatelská péče v pediatrii“ s celkovou délkou studia 36 měsíců a upravenou dotací 130 000,- Kč. (40)

Podrobně dle oborů uvádí limity na vzdělávání ve FNB tabulka č. 6.

Dne 27. května se na internetových stránkách MZ ČR objevily počty přidělených rezidenčních míst pro nelékařské zdravotnické pracovníky. FNB bylo přiděleno 7 rezidenčních míst v oboru „Ošetrovatelská péče v pediatrii“ a 4 rezidenční místa v oboru „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“. V současné době FNB vypsal výběrové řízení na obsazení výše uvedených rezidenčních míst pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Tabulka č. 6: Přehled limitů na vzdělávání na rok 2010 na zkoumaných pracovištích

obory	pracoviště	limit pro rok 2010	počet	průměrně na osobu
operační	ORL	8 905 Kč	17	524 Kč
	Dětská chirurgie	10 254 Kč	27	380 Kč
	Oční	8 833 Kč	21	421 Kč
	Urologie	16 213 Kč	27	600 Kč
	Gynekologie a porodnice	26 134 Kč	54	484 Kč
	Plastická chirurgie	6 858 Kč	15	457 Kč
	Ortopedie a traumatologie	42 537 Kč	98	434 Kč
	Chirurgie	33 125 Kč	51	650 Kč
interní	II. Interní odd.	16 646 Kč	35	476 Kč
	Infekční klinika	43 172 Kč	85	508 Kč
	Neurologie	13 533 Kč	20	677 Kč
	ARO - resuscitace + anestézie	22 139 Kč	55	403 Kč
	Dermatovenerologie	7 622 Kč	23	331 Kč
	Onkologie	25 485 Kč	35	728 Kč
ostatní	Protialkoholní stanice	6 225 Kč	10	623 Kč
	Nutriční terapeuti	2 400 Kč	8	300 Kč
	Centrální sterilizace	2 300 Kč	6	383 Kč
	Neonatologie	10 653 Kč	25	426 Kč
	Radiodiagnostika	14 881 Kč	45	331 Kč
	Fyzioterapie	12 112 Kč	20	606 Kč
celkem		330 027 Kč	677	487 Kč

(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Fláková, 2010]

3.4.6.4 Problémy se vzděláváním pracovníků očima vrchních sester FNB

Finanční nedostatek hodnotí také jako závažný problém vrchní sestry v telefonických interview. Finanční částka 487,- Kč na pracovníka nelékařských oborů, která vyplývá z tabulky č. 6 pro rok 2010 na 1 pracovníka nelékařských zdravotnických oborů, nedokáže pokrýt požadavky na studium.

Vrchní sestry operačních oborů považují na nejproblematictější oblast právě stanovení finančních limitů na vzdělávání. K této oblasti se vyjádřilo celkem 6 z 8 vrchních sester. Také 4 vrchní sestry interních oborů vidí jako největší problém ve vzdělávání nedostatek finančních prostředků. Pět vrchních sester ostatních oborů spatřuje nedostatek financí jako největší aspekt ovlivňující úroveň vzdělávání. Výpovědi vrchních sester vyjadřuje kontingenční tabulka č. 9.

V následujících kontingenčních tabulkách pro jednotlivé obory jsou nízké četnosti, víceméně byl šetřen celý soubor oddělení, proto četnosti odpovídají za platné hodnocení. Kontingenční tabulky byly vytvořeny z dat tabulky č. 8 viz příloha č. 6, která vychází z tabulky č. 7 v příloze č. 5.

Tabulka č. 9: Vyjádření středního managementu k nedostatku financí

nedostatek financí		pracoviště			Celkový součet
		interná	operační	ostatní	
0 - ne	Počet z nedostatek financí	2	2	1	5
	Procenta	33%	25%	17%	25%
1 - ano	Počet z nedostatek financí	4	6	5	15
	Procenta	67%	75%	83%	75%
Celkem Počet z nedostatek financí		6	8	6	20
Celkem Procenta		100%	100%	100%	100%

(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Flaková, 2010]

Vrchní sestry jako další problém ve vzdělávání spatřují neochotu a nezáměr sester ke studiu v počtu 5 vrchních sester z interních oborů a 4 vrchní sestry z operačních oborů viz tabulka č. 10. Pro vrchní sestry z ostatních oborů neochota a nezáměr sester ke studiu nepatřila k často vyskytujícím se odpovědím. Daly přednost jiným problémům.

Tabulka č. 10: Vyjádření středního managementu k neochotě a nezájmu sester

		pracoviště			
neochota a nezájem sester	Data	interná	operační	ostatní	Celkový součet
0 - ne	Počet	5	4	4	13
	Procenta	83%	50%	67%	65%
1 - ano	Počet	1	4	2	7
	Procenta	17%	50%	33%	35%
Celkem Počet z neochota a nezájem sester		6	8	6	20
Celkem Procenta		100%	100%	100%	100%

*(N=20, N valid=20)**Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Fláková, 2010]*

Vrchní sestry z interních oborů v počtu 4 a také 4 vrchní sestry z operačních oborů se vyjádřily také k problémům zajištění provozu na oddělení, problémům v rodině a odchodům sester ze zaměstnání po ukončení studia viz tabulka č. 11. Vrchní sestry tento problém nepovažují za prioritní.

Tabulka č. 11: Vyjádření středního managementu k problémům se zajištěním provozu a v rodině, odchody ze zaměstnání

		pracoviště			
problémy se zajištěním provozu a v rodině, odchody ze zaměstnání	Data	interná	operační	ostatní	Celkový součet
0 - ne	Počet	2	4	6	12
	Procenta	33%	50%	100%	60%
1 - ano	Počet	4	4		8
	Procenta	67%	50%	0%	40%
Celkem Počet z problémy se zajištěním provozu a v rodině, odchody ze zaměstnání		6	8	6	20
Celkem Procenta		100%	100%	100%	100%

*(N=20, N valid=20)**Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Fláková, 2010]*

Další problém v oblasti vzdělávání vidí vrchní sestry v nedostatku času a v přísných kritériích pro studium. Mezi další faktory lze zařadit velkou vzdálenost místa studia, např. Brno. Pro čtyři vrchní sestry z interních oborů jsou právě tyto faktory důležité.

Pro střední management operačních a ostatních oborů tyto problémy nebyly tolik důležité viz tabulka č. 12.

Tabulka č. 12: Vyjádření středního managementu k nedostatku času a přísným kritériím pro studium, velká vzdálenost místa studia

		pracoviště			
nedostatek času a přísná kritéria pro studium, velká vzdálenost místa studia	Data	interna	operační	ostatní	Celkový součet
0 - ne	Počet	2	6	5	13
	Procenta	33%	75%	83%	65%
1 - ano	Počet	4	2	1	7
	Procenta	67%	25%	17%	35%
Celkem Počet z nedostatek času a přísná kritéria pro studium, velká vzdálenost místa studia		6	8	6	20
Celkem Procenta		100%	100%	100%	100%

(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Fláková, 2010]

Vrchní sestry FNB jako jiné faktory, které mají vliv na vzdělávání uvedly zvýšení členského poplatku v České asociaci sester a absence praxe u vysokoškolsky vzdělaných sester. Jiný názor sdílí 3 vrchní sestry z ostatních oborů, které uvedly specifičnost oboru a tudíž nedostatečnou nabídku, obtíže s uzavíráním kvalifikační dohody a nedostatečné výukové vybavení viz tabulka č. 13.

Tabulka č. 13: Vyjádření středního managementu k jiným problémům

		pracoviště			
jiné	Data	interna	operační	ostatní	Celkový součet
0 - ne	Počet	6	6	3	15
	Procenta	100%	75%	50%	75%
1- ano	Počet		2	3	5
	Procenta	0%	25%	50%	25%
Celkem Počet z jiné		6	8	6	20
Celkem Procenta		100%	100%	100%	100%

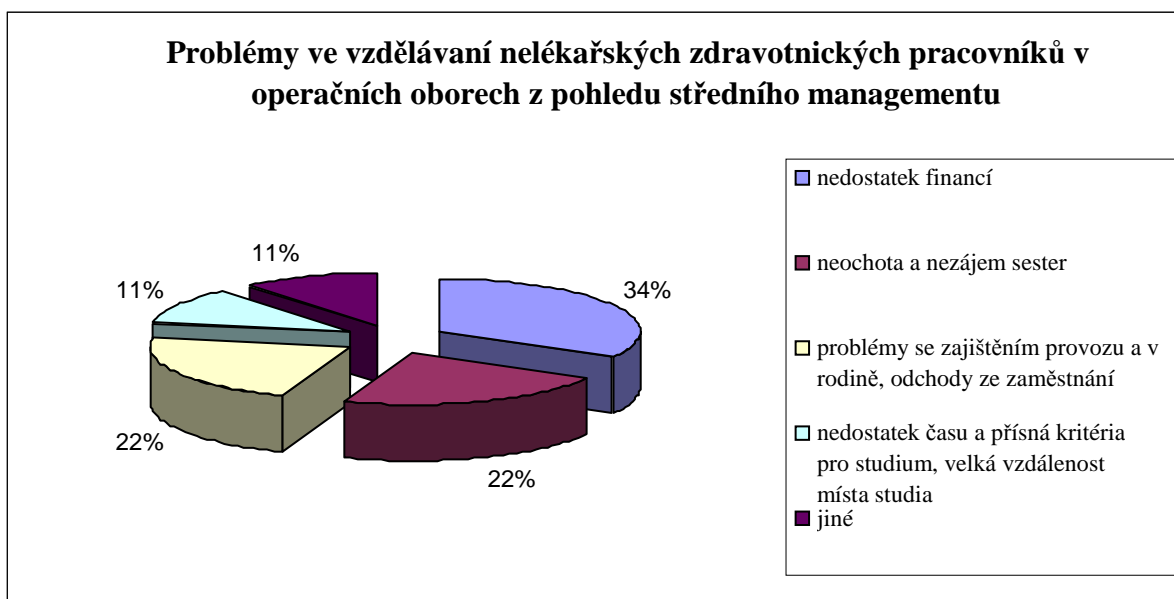
(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Fláková, 2010]

Následující grafy č. 4, 5 a 6 vyjadřují problémy ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v operačních, interních a ostatních oborů z pohledu středního managementu – vrchních sester ve FNB. Liší se od kontingenčních tabulek tím, že vyjadřují profil problémů podle jednotlivých oddělení. Součet 100% činí „problémy“.

V *operačních oborech* je největším problémem z pohledu vrchních sester nedostatek financí ve 34%, vyplývá tak z grafu č. 4. Druhé místo s 22% představuje neochota a nezáměr sester a také stejné procentuální vyjádření problémů se zajištěním provozu a v rodině a též odchody ze zaměstnání. V 11% vidí vrchní sestry jako problém nedostatek času a přísná kritéria pro studium, velkou vzdálenost a jiné problémy, které získaly také 11% odpovědí.

Graf č. 4: Problémy ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v operačních oborech z pohledu středního managementu



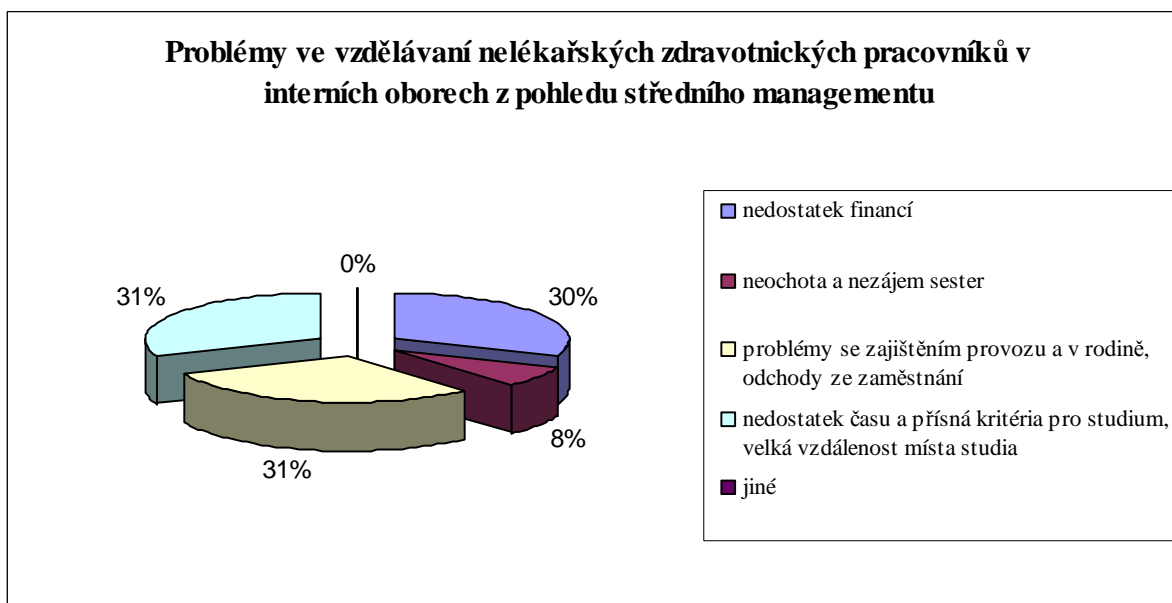
(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Flaková, 2010]

Problémy ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v *interních oborech* ve FNB z pohledu vrchních sester ukazuje graf č. 5. Je zajímavé, že 31% vrchních sester z interních oborů považuje za nejproblematictější oblasti ve vzdělávání pracovníků problémy se zajištěním provozu a problémy v rodině a také odchody ze zaměstnání uvedly v 31%. Stejně procentuální vyjádření zastupuje kategorie nedostatku času a přísných kritérií pro studium, spojené s velkou vzdáleností místa studia. Na třetím místě pro tyto obory

ve 30% je nedostatek financí a v 8% neochota a nezájem sester. Tato skupina vrchních sester neuvedla žádné jiné problémy.

Graf č. 5: Problémy ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v interních oborech z pohledu středního managementu

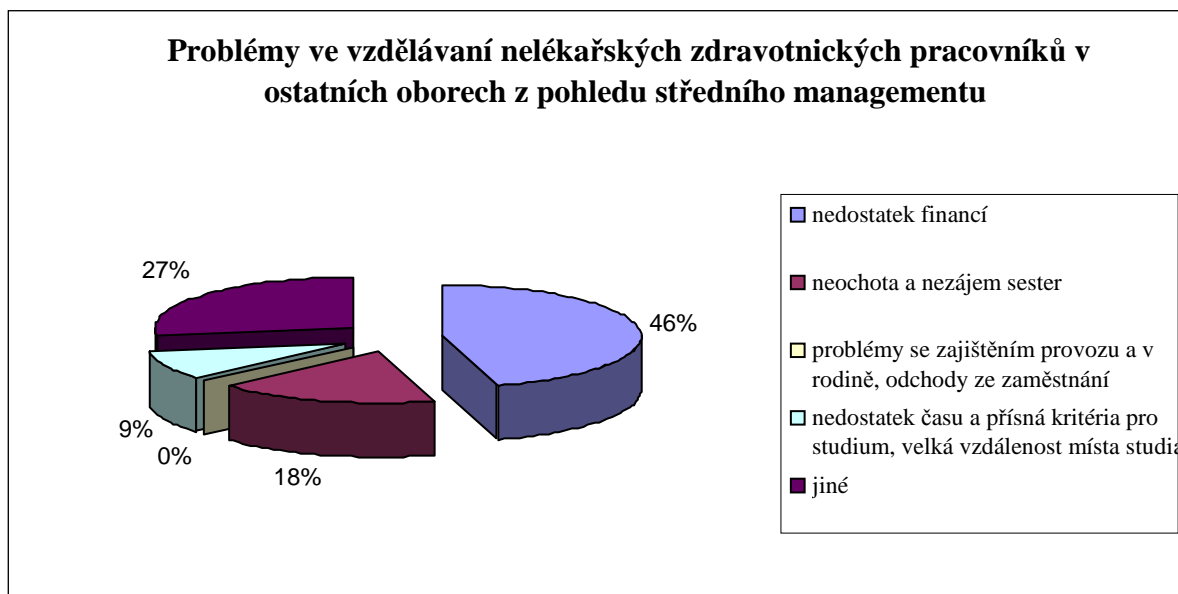


(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Fláková, 2010]

Z grafu č. 6 je patrné, že pro 46% vrchních sester z *ostatních oborů* je největším a nejproblémovějším nedostatek financí, další procentuální zastoupení 27% je charakterizované jinými problémy, např. specifickostí oboru a nedostatečnou nabídku vzdělávání, obtíže s uzavíráním kvalifikační dohody a také nedostatečné výukové vybavení. V 18% se jedná o neochotu a nezájem sester, 9% je zastoupeno nedostatkem času a přísnými kritérii pro studium a velkou vzdáleností místa studia. Problémy se zajištěním provozu a problémy v rodině a též odchody ze zaměstnání se v odpovědích vrchních sester z *ostatních oborů* neobjevily.

Graf č. 6: Problémy ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v ostatních oborech z pohledu středního managementu



(N=20, N valid=20)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – vrchní sestry, [Flaková, 2010]

Když zhodnotím odpovědi vrchních sester na otázky problémů ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků podle oborů, pro vrchní sestry z operačních, a také z jiných oborů, je největším problémem nedostatek finančních prostředků. Další problémy se vzděláváním se ve všech oborech liší.

Shrňme-li problémy operačních vrchních sester a vrchních sester z ostatních oborů, které vidí při vzdělávání pracovníků, jednoznačně převažuje nedostatek finančních prostředků. Jiného názoru jsou vrchní sestry z interních oborů, které nedostatek finančních prostředků řadí na druhé místo. Prioritní pro vrchní sestry z interních oborů jsou problémy se zajištěním provozu a v rodině, odchody ze zaměstnání a také nedostatek času a přísná kritéria pro studium a též velká vzdálenost místa studia.

3.4.6.5 Ekonomická finanční analýza vzdělávání ve FNB do roku 2015

Každé zdravotnické zařízení hledá finanční prostředky na vzdělávání pracovníků z jiných zdrojů nebo se pokouší tyto finanční prostředky ušetřit.

Podíváme-li se na finanční prostředky potřebné na absolvování praktické části specializačních vzdělávacích programů, které jsme ve FNB zavedli, dojdeme k následujícímu:

1 den praktické části = 360,- Kč.

Pro absolvování praktické části specializačního studia je potřeba absolvovat 8 týdnů praxe = 40 dnů, tedy finanční vyčíslení $360 \times 40 = 14\,400$, - Kč za jednoho účastníka praxe.

Tabulka č. 14 znázorňuje počty vyškolených a ušetřené finanční prostředky pro FNB do roku 2015. Jedná se o celkovou ušetřenou částku 1. 274 000,- Kč. V této částce není zahrnuta odměna pro školitelky ta bude představovat částku 691 600,- Kč.

$(1.274\,000 - 691\,600 = 582\,400,- \text{ Kč})$

Odměna pro školitelku činí 200,- Kč za 1 školící den (bez ohledů na počet účastníků), co činí při 40 denní praxi odměnu 8000,- Kč. Odečteme-li od částky 14 400 odměnu pro školitelku, dostaneme sumu 6400,- Kč.

$(14\,400 - 8000 = 6400,- \text{ Kč})$

Částku 6400,- Kč vynásobíme počtem předpokládaných vyškolených účastníků, což je 91 a výsledkem bude celková ušetřená částka pro FNB, která činí **582 400,- Kč**.

$(6400 \times 91 = 582\,400,- \text{ Kč})$

Tabulka č. 14: Vyjádření ušetřených finančních prostředků pro FNB do roku 2015

rok	počet vyškolených	ušetřené finanční prostředky
2009	0	0 Kč
2010	13	187 200 Kč
2011	15	216 000 Kč
2012	17	244 800 Kč
2013	19	273 600 Kč
2014	20	288 000 Kč
2015	20	288 000 Kč
celkem	91	1. 274 000 Kč

Zdroj: Ušetřené finanční prostředky do roku 2015, [Flaková, 2010]

3.5 Participace na výuce (školitelky)

Pojem školitel nebo mentor, není všeobecně nový pojem. První zmínky o moudrém strážci a zároveň učiteli vycházejí z klasicismu. O mentorovi se mluví jako o poradci, vychovateli a otcovským příteli. Mentorství samotné, jak jej dnes známe, se začalo rozšiřovat v osmdesátých letech dvacátého století. Mentorství v ošetřovatelství je přibližně stejně staré -

25 let. Školitel v ošetrovatelství doprovází svého svěřence do odborné praxe. Zpřístupňuje studentovi pracovní úkony, koordinuje chyby, poskytuje tipy a návody. Aktuálnost tohoto tématu v dnešní době je dána změnami uspořádání systému školství nelékařských zdravotnických pracovníků. Studenti různých nelékařských oborů stráví řadu hodin své praxe v nemocnicích i jiných zdravotnických zařízeních bez přítomnosti pedagogického pracovníka. Z toho jasně vyplývá, že je nutné, aby kompetence pedagogického pracovníka zastupoval někdo jiný, nejlépe zkušená a vzdělaná sestra – sestra školitelka.

Průběh specializačního vzdělávání zajišťuje akreditované zařízení, které se v tomto zařízení uskutečňuje. Přidělí každému účastníkovi specializačního vzdělávání školitele, který je zaměstnancem akreditovaného zařízení. Školitelem může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, který je zapsán v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Školitel průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti účastníka vzdělávání a vypracovává studijní plán a plán plnění praktických výkonů, které má účastník vzdělávání v průběhu přípravy absolvovat. (31)

3.5.1 Metody výzkumu

Ve druhé výzkumné části jsem použila metodu kvantitativního výzkumu dotazníkové šetření, které jsem okrajově doplnila o výpovědi sester školitelek. Dotazník byl distribuován respondentům sestrám školitelkám od 20. dubna – 24. května 2010. Obsahoval 10 otázek, které byly otevřené, uzavřené a škálované viz příloha č. 2. Byl navržen tak, aby odpovědi na otázky poskytly informace na to, jak změnu ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků přijaly sestry školitelky a jaký je jejich názor na zavedení změny v organizaci. Dotazník byl doplněn o výpovědi sester školitelek. Výstupy uvádím jako doplnění standardizovaných odpovědí.² K záznamu výpovědí jsem použila mobilní telefon s diktafonem. Všechny školitelky souhlasily se zveřejněním výpovědí.

² Jaká byla Vaše motivace ke školení ve specializačním vzdělávání? Co Vás přivedlo ke vzdělávání? S čím se potýkáte při zavádění změny? Jaké máte problémy při školení? Popište, jak školení probíhalo.

3.5.2 Hlavní výzkumná otázka

- **Jaký je lidský potenciál našich školitelek praktické části specializačních vzdělávacích programů?**

3.5.2.1 Vedlejší výzkumné otázky

- Jaké společné znaky sester školitelek jsou pro ně typické a čím se liší?
- Jaké problémy vidí sestry školitelky při školení účastníků?
- Jaká je zkušenost školitelek při školení v praktické části?
- Jaké nejvyšší dosažené vzdělání mají sestry školitelky?
- Jak dlouhou praxi mají školitelky v jednotlivých oborech?

3.5.2.2 Cíle výzkumu

1. Zjistit, kdo jsou sestry školitelky a co umí.
2. Zhodnotit předchozí zkušenost z jednotlivých oborů a v jakých oborech pracovaly.
3. Zjistit profesní zkušenosti z předchozích pozic školitelek.
4. Zjistit, co sestry školitelky přivedlo ke školení.

Nejprve na úvod uvedu několik výpovědí, kde se školitelky vyjadřovaly k motivaci, co je přivedlo ke školitelství. Nejčastěji se objevovaly následující odpovědi, které odkazují k potřebě odevzdání zkušeností, ale také nenaplnění profesních snů:

R1: „Chtěla jsem předat zkušenost z dlouholeté praxe na chirurgickém operačním sále.“

R2: „Chtěla jsem studovat medicínu, ale nepřijaly mě, tak jsem chtěla zkusit něco jiného a především si dokázat, že na to mám.“

R3: „Motivovalo mě další vzdělávání sester, možnost dalšího rozvoje i vlastních zkušeností, být stále připravená a zvládat všechny problémy v provozu.“

Jinou cestou ke školení byl jakýsi „příkaz shora“, dokumentují to následující výpovědi:

R4: „Dostala jsem to příkazem od vrchní sestry.“

R5: „Musela jsem z pozice vrchní sestry, je to nutnost, předávat zkušenosti, také přednáším ve FNB resuscitaci.“

R6: „Bylo mi to navrženo, jako služebně starší sestře, baví mě školení, které v práci pravidelně provádím.“

3.5.3 Výsledky dotazníkového šetření

3.5.3.1 Hodnocení zavedení praktické části specializačních vzdělávacích programů ve FNB ze strany sester školitelek

Ke spokojenosti se zavedením specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péče se vyjádřilo podle tabulky č. 15 všech 29 sester školitelek. Zavedení specializačních vzdělávacích programů hodnotily školitelky Perioperační péče známkami od 1 – 3. Aritmetický průměr u školitelek Perioperační péče byl 1,50. Také podobně jako školitelky Perioperační péče hodnotily zavedení známkami 1 – 3. Aritmetický průměr u školitelek v ARIP byl 1,46. Školitelky z obou oborů hodnotily průměr stejně.

Tabulka č. 15: Spokojenost sester školitelek Perioperační péče a Ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP) se zavedením specializačních vzdělávacích programů

školitelky Perioperační péče			školitelky ARIP		
známka	počet	procenta	známka	počet	procenta
1	10	63%	1	8	62%
2	4	25%	2	4	31%
3	2	13%	3	1	8%
	16	100%		13	100%
aritmetický průměr	1,50		aritmetický průměr	1,46	

(N=29, N valid=29)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky Perioperační péče a ARIP [Fláková, 2010]

Hodnocení sester školitelek ještě doplňují další výpovědi sester školitelek, které uvádějí, co je přivedlo ke vzdělávání. Uvádím pár následujících odpovědí, které poukazují na předchozí absolvování mentorského kurzu ve FN v Motole a též na jinou zkušenost s přednášením:

R1: „Byla jsem požádána vrchní sestrou, abych se zúčastnila školení a zároveň jsem absolvovala mentorský kurz v Motole, který mě obohatil ve zkušenosti z komunikace, chování a prožívání z psychologického hlediska a také ze znalosti základů pedagogiky.“

R2: „Absolvovala jsem mentorský kurz a mám velký rozhled z oblasti pedagogiky, psychologie a znalost komunikace.“

R3: „Chtěla jsem využít teoretických znalostí a zkušeností z absolvování mentorského kurzu v Motole. Moc mi to pomohlo.“

R4: „Nadřízená mě požádala, abych školila, protože mám předchozí zkušenost, vyučovala jsem na částečný úvazek na Vyšší zdravotnické škole Medea a také přednáším resuscitaci ve FNB.“

3.5.3.2 Pracoviště školitelek

Podle oboru a oddělení, ve kterém sestry školitelky Perioperační péče pracují, největší zastoupení mají školitelky z gynekologicko – porodnické kliniky v počtu 7, jak vyjadřuje tabulka č. 16.

Tabulka č. 16: Pracoviště FNB, na kterém pracují sestry školitelky Perioperační péče

školitelky Perioperační péče		
oddělení	počet	procenta
Urologie, ORL	2	13%
Ortopedie	3	19%
Chirurgie	4	25%
Gynekologie a porodnictví	7	44%
celkem	16	100%

(N=16, N valid=16)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky Perioperační péče, [Fláková, 2010]

Tabulka č. 17 vyjadřuje obor a oddělení, na kterém pracují sestry školitelky ARIP. Nejvyšší počet školitelek 5 je na ARO resuscitaci a také na anestézii.

Tabulka č. 17: Pracoviště FNB, na kterém pracují sestry školitelky ARIP

školitelky ARIP		
oddělení	počet	procenta
ARO, resuscitace	5	38%
Anestézie	5	38%
JIP, I.interní oddělení	3	23%
celkem	13	100%

(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky ARIP, [Fláková, 2010]

3.5.3.3 Délka praxe sester školitelek a jejich reakce na změnu

Z tabulky č. 18 se dozvídáme o délce praxe sester školitelek Perioperační péče. Je zajímavé, že průměrná délka praxe je 27 let. Dvanáct (75%) sester školitelek Perioperační péče má více než 21 letou praxi v oboru. Tady je nutné zmínit, že bude do budoucna žádoucí vyměnit sestry školitelky z důvodů důchodového věku.

Tabulka č. 18: Délka praxe sester školitelek Perioperační péče

školitelky Perioperační péče		
délka praxe	počet	procenta
0 - 5 let	0	0%
6 - 10 let	0	0%
11 - 20 let	4	25%
21 a více let	12	75%
	16	100%
průměrná délka praxe	27 let	

(N=16, N valid=16)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky Perioperační péče, [Fláková, 2010]

U sester školitelek ARIP je průměrná délka praxe 18 let a je tedy o 9 let nižší než u školitelek Perioperační péče viz tabulka č. 19. Je pravdou, že intenzivní péče je oborem velmi náročným a zátěžovým a často právě zde dochází u sester k syndromu vyhoření. Co se týká délky praxe, největší skupinu 7 sester školitelek (54%) tvoří sestry s délkou praxe od 11 až 20 let, teda se jedná o velmi zkušené sestry.

Tabulka č. 19: Délka praxe sester školitelek ARIP

školitelky ARIP		
délka praxe	počet	procenta
0 - 5 let	0	0%
6 - 10 let	2	15%
11 - 20 let	7	54%
21 a více let	4	31%
	13	100%
průměrná délka praxe	18	

(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky ARIP, [Fláková, 2010]

V praxi často dochází ke změnám. S čím se především nejčastěji setkávají školitelky při zavedení změny, uvádím v následujících výpovědích:

R1: „Nejčastěji se setkávám s nepružným myšlením, občas mám pocit jako bych šla proti proudu, nevím jestli má změna někdy cenu. Většinou se snažím o prosazení změny. Pokud to jde.“

R2: „Setkávám se s nepružným personálem – neradi přijímají změny s respektem, když je pak změna zavedená, tak jsou rády a spokojené, myslím tím sestry.“

R3: „Někdy s ničím – myslím, že mě v tu chvíli ignorují. Někdy se podřízeným změna nelíbí – mají jiný názor, ne stejný jako já.“

R4: „Kolegyně zavádění změn nepokládají za nutné, já vidím za nejdůležitější dobrou náladu na pracovišti, která navozuje vhodné podmínky na provedení změny.“

R5: „Nejdůležitější je vysvětlování a edukace personálu a hlavně zdůvodnění, proč chci změnu provést, někdy je přesvědčování velmi obtížné, ale když ke změně dojde, sestry se přizpůsobí.“

V praxi je někdy nutné změnu nařídit „ze shora“ , i když to není zrovna nejvhodnější cesta. Někdy je však nutné jí využít. Uvádějí další výpovědi školitelek:

R6: „Je pravda, že někdy se setkávám při zavádění změny s tím, že změnu jednoduše musím nařídit – udělají to jen, když se musí.“

R7: Podřízené sestry nechtějí přijímat změnu – jednoduše to zdůvodním sestřám a poté nařídím, hlavně je důležité mít dostatek argumentů ke zdůvodnění.“

3.5.3.4 Obory, ve kterých sestry školitelky v minulosti působily

Obory, ve kterých sestry školitelky působily po dobu své praxe, zahrnuje tabulka č. 20. Školitelky Perioperační péče pracovaly dohromady v 31 oborech, průměrně 1,9 - v necelých dvou oborech. U školitelek ARIP je to o tři obory méně tedy působily v 28 oborech, průměrně 2,2 oborů.

Mezi nejčastější sekvence praxe pro obor Perioperační péče se vyskytla chirurgie a gynekologie – porodnictví. Praxí v oboru chirurgie získá sestra velkou zkušenost, absolvování chirurgické praxe je považováno za základ. Obor gynekologie a porodnictví

primárně vychází z chirurgie a je obohacen o operační přístupy v oblasti malé pánve a o operace vaginální cestou.

Mezi nejčastější sekvence oborů, kterými prošly školitelky ARIP, se objevuje ARO resuscitace a anestézie. ARO je v praxi považováno za nejnáročnější oddělení jak z hlediska fyzického, tak i psychického. Na ARO sestra provádí vysoce specializované výkony u ventilovaných pacientů. V návaznosti na ARO je obor anestézie, který se neustále velmi rychle vyvíjí a zdokonaluje.

Tabulka č. 20: Obory působení sester školitelek Perioperační péče a ARIP ve FNB

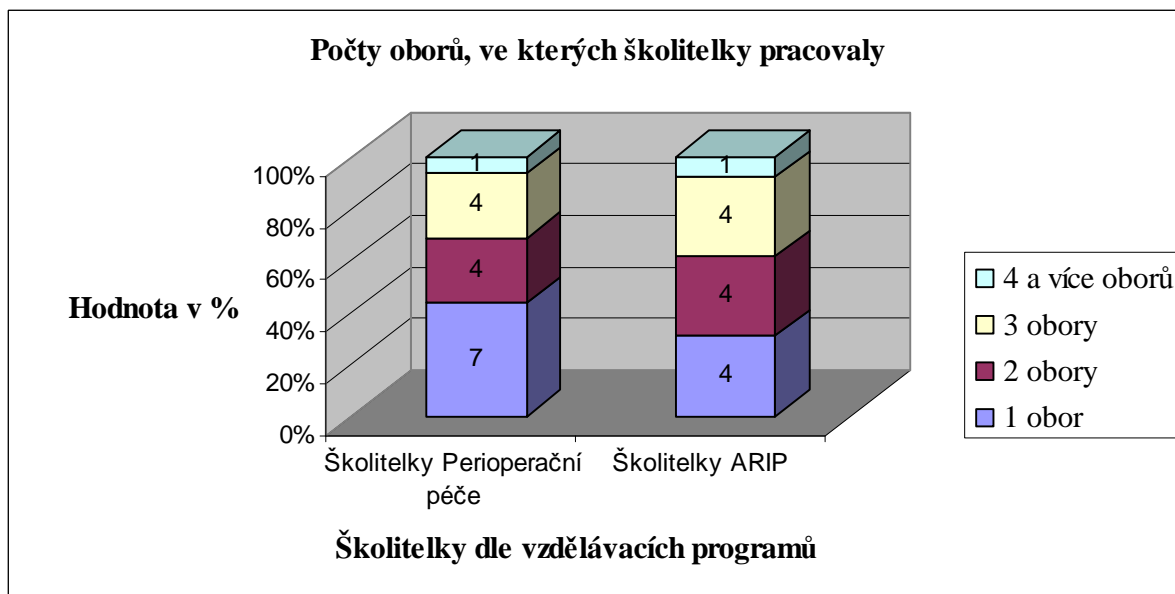
oddělení	školitelky Perioperační péče	školitelky ARIP
Urologie	5	0
Ortopedie	3	2
Chirurgie	6	2
Gynekologie a porodnictví	8	0
ORL	3	0
ARO, resuscitace	0	8
Anestézie	0	5
JIP, I.interní oddělení	0	3
Infekční klinika	4	0
Dětská chirurgie	1	0
Dermatovenerologie	1	0
Dětské oddělení	0	1
Záchrana	0	1
Interní oddělení	0	2
Plicní oddělení	0	1
Kardiologie	0	1
Dialýza	0	1
Asistentka hlavní sestry	0	1
celkem	31	28
průměrný počet oborů	1,9	2,2

(N=29, N valid=29)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky ve FNB, [Fláková, 2010]

Počty oborů, ve kterých sestry školitelky působily za období své praxe, vyjadřuje graf č. 7. Jedním oborem prošlo 7 (44%) školitelek Perioperační péče a 4 (31%) školitelky ARIP. Dva obory absolvovaly stejně 4 školitelky z Perioperační péče a také z ARIP. Podobný stav byl uveden i u třech oborů. Ve čtyřech a více oborech působila pouze 1 školitelka z každého vzdělávacího programu.

Graf č. 7: Počty oborů, ve kterých školitelky pracovaly



(N=29, N valid=29)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky ve FNB, [Flaková, 2010]

3.5.3.5 Současné a předchozí pracovní pozice sester školitelek

Pracovní pozice, jak ukazuje tabulka č. 21, byly rozděleny na řadovou, úsekovou, staniční a vrchní sestru. U Perioperační péče je tento počet 11 řadových sester (69%), u ARIP 7 (34%). Úseková sestra u školitelek Perioperační péče nemá zastoupení u školitelek ARIP v počtu 3 (23%) sestry. Vyšší zastoupení je u staničních sester Perioperační péče 5 (31%), u ARIP 2 (15%). Vrchní sestra je zastoupená pouze jednou a to v ARIP.

Tabulka č. 21: Pracovní pozice sester školitelek Perioperační péče a ARIP

pracovní pozice sestry	školitelky Perioperační péče	procenta	školitelky ARIP	procenta
řadová	11	69%	7	54%
úseková	0	0%	3	23%
staniční	5	31%	2	15%
vrchní	0	0%	1	8%
celkem	16	100%	13	100%

(N=29, N valid=29)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky ve FNB, [Flaková, 2010]

Pracovní pozice sester školitelek v minulosti uvádí tabulka č. 22. Vidíme, že v pozici staniční sestry pracovalo 6 (38%) školitelek Perioperační péče a 1 školitelka ARIP. Nejvyšší je zastoupení v řadových sestřích 10 (63%) v Perioperační péči a 11 (85%) u sester ARIP. Pouze jedna sestra školitelka z ARIP dříve působila na pozici asistentky hlavní sestry.

Tabulka č. 22: Pracovní pozice sester školitelek Perioperační péče a ARIP v minulosti

pracovní pozice sestry	školitelky Perioperační péče	procenta	školitelky ARIP	procenta
staniční sestra	6	38%	1	8%
řadová sestra	10	63%	11	85%
asistentka hlavní sestry	0	0%	1	8%
celkem	16	100%	13	100%

(N=29, N valid=29)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky ve FNB, [Flaková, 2010]

Je obdivuhodné, že sestry školitelky i při nedostatečném personálním zajištění a pracovních problémech svoji činnost zvládají. Na otázku nejčastějších problémů v práci poskytly školitelky tyto výpovědi:

R1: „Nedostatek personálu – především sester. Také mě trápí zbytečné emoce ze strany sester.“

R2: „Často nesmyslné příkazy ze strany lékařů, musíme hledat kompromis.“

R3: „Nařízení ze shora.“

R4: „Nedostatek personálu jak sester, tak i pomocného.“

R5: „Nízké finanční limity na spotřební materiál, léky a také málo informačních materiálů.“

R6: „Nedostatek finančních prostředků na nákup nového přístrojového vybavení a spotřebního materiálu.“

R7: „Nedostatečné materiální a technické vybavení.“

Z přehledu pracovišť a nemocnic, kterými sestry školitelky prošly v průběhu předchozí praxe viz tabulka č. 23 v příloze č. 7, se dozvídáme následující údaje. Nejčastějším pracovištěm je operační sál Gynekologicko – porodnické kliniky ve FNB, tento údaj uvedlo

7 sester školitelek Perioperační péče. Druhým pracovištěm je operační sál Chirurgické kliniky ve FNB, uvedly 4 školitelky, urologickou ambulanci ve FNB, operační sál urologie a ORL, ortopedický operační sál, a operační sál Infekční kliniky ve FNB uvedly 3 sestry školitelky Perioperační péče.

Školitelky ARIP z předchozích pracovišť nejčastěji uvádějí ARO ve FNB 10 sester školitelek a anestézii ve FNB 4 sestry školitelky a též I. interní oddělení ve FNB uvedly 4 sestry školitelky.

Z přehledu tabulky č. 23 vyplývá, že nejčastějšími odpověďmi sester školitelek byla uvedená pracoviště ve FNB. Uvědomuji si, že naše sestry školitelky pracují na jednom pracovišti řadu let. Na jedné straně mají obrovskou zkušenost ve svém oboru, ale na straně druhé by bylo vhodné, aby se občas zúčastnily stáží na jiných specializovaných pracovištích, např. v jiných nemocnicích.

Dále jsem se zaměřila v přehledu na zajímavé a známe nemocnice, ve kterých sestry školitelky pracovaly. Vzpomenu např. Fakultní nemocnici v Motole v Praze, Ústřední vojenskou nemocnici v Praze, Fakultní nemocnici Hradec Králové. Jedná se o nemocnice, které již prošly akreditací SAK nebo JCI a splňují předpoklady pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.

3.5.3.6 Doba od získání specializované způsobilosti

Délka získané specializované způsobilosti u sester školitelek Perioperační péče a školitelek ARIP je vyjádřena v tabulce č. 24. Největší skupinu tvoří sestry, které získaly specializovanou způsobilost před 11-20 lety. U školitelek Perioperační péče je to 6 (38%) sester, u školitelek ARIP je to 7 (54%) sester.

Tabulka č. 24: Délka získané specializované způsobilosti

délka získané specializované způsobilosti v oboru	školitelky Perioperační péče	procenta	školitelky ARIP	procenta
1 - 5 let	1	6%	2	15%
6 - 10 let	4	25%	3	23%
11 - 20 let	6	38%	7	54%
21 a více let	5	31%	1	8%
celkem	16	100%	13	100%

(N=29, N valid=29)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – sestry školitelky ve FNB, [Fláková, 2010]

3.5.3.7 Průběh specializačních vzdělávacích programů a počty vyškolených pracovníků

Ve výpovědích sestry školitelky stručně popisují průběh školení na jejich pracovištích, pro zajímavost uvádím několik z nich:

R1: „Seznámení účastníka s pracovištěm a především s pacienty s metabolickým, neurologickým problémem. Dále následovala příprava pacienta a pomůcek k provedení jednotlivých výkonů jako např. zavádění centrálního žilního katétru a poté seznámení se s dokumentací pacienta.“

R2: „Nejdříve seznámení s operačním sálem a s přilehlými místnostmi, poučení o výkonech, které se nejčastěji v gynekologii a porodnictví provádějí, potom následovalo předání vypracovaných operačních postupů. Začátek asistence při přípravě operačního sálu a nakonec instrumentování a obíhání u jednotlivých operačních výkonů. Účastníčky byly šikovné, manuálně zručné, okamžitě se zapojily do týmové spolupráce.“

R3: „Na začátku jsem teoreticky vysvětlovala základní výkony na ARO, pak jsem je seznámila s pracovištěm, ukázala některé výkony. Poté účastníci pracovali pod vedením sestry školitelky, popřípadě samostatně.“

R4: „Věnovala jsem se sestřičce po dobu 1 týdne. Seznámila jsem jí s našim pracovištěm a kolegyněmi, školená sestra pracovala se mnou a zúčastnila se denního provozu a všech prováděných výkonů.“

R5: „Normálně, standardně jako vždycky předtím. Nejdříve jsem se představila a stanovila pravidla. Ukázala jsem sestřičce oddělení. Během školení po dobu 1 týdne nebyli žádné problémy. Sestřička byla vstřícná a měla velký zájem se hlavně hodně dozvědět.“

Na otázku školení ve specializačním vzdělávacím programu odpovědělo všech 29 sester školitelek. Z oboru Perioperační péče doposud od 15. ledna 2010, kdy byla FNB udělena akreditace, školilo pouze 5 sester Perioperační péče a 11 sester se školení doposud nezúčastnilo. Z oboru gynekologie a porodnictví školily 2 sestry po dobu 10 dnů, z ortopedie školila také 1 sestra po dobu 10 dnů, z oboru chirurgie školila 1 sestra po dobu 5 dnů a totéž 1 sestra z oboru urologie v počtu 5 dnů.

Z oboru ARIP doposud od 15. března 2010, kdy byla FNB akreditace udělena, školilo ve specializačním vzdělávacím programu 8 sester ze 13. Na ARO již školilo 6 sester, a to 1 sestra po dobu 10 dnů, 5 sester po dobu 5 dnů. Na anestézii již školily 2 sestry po dobu 5 dnů. Na I. interním oddělení JIP ještě sestry se školením nemají zkušenost.

Z výzkumu vyplývá, že větší zájem je o praxi v ARIP, protože jenom v Praze jsou 3 nemocnice, kterým byla udělena MZ ČR akreditace k uskutečňování teoretické části tohoto specializačního vzdělávacího programu.

3.5.3.8 Sestry školitelky - předchozí školení ve FNB nebo na jiném pracovišti

Na otázku, zda-li sestry školily již dříve někde jinde, všech 16 sester z oboru Perioperační péče odpovědělo kladně. Na četnost nedokázaly sestry odpovědět přesnými počty, spíše uváděly nespočetněkrát. Na délku školení odpověděly kontinuálně, protože většinou pracují na výukových pracovištích lékařských fakult. Na praxe k nim docházejí medicí, stážisté před atestací, kolegyně, studentky SZŠ, VOŠ a VŠ .

Z oboru ARIP odpovědělo všech 13 sester školitelky kladně. Také podobně jako první skupina odpověděly sestry školitelky na otázku četnosti školení denně, týdně, pořád, kontinuálně. Školení probíhá v rámci stáží mediků, studentek z SZŠ, VOŠ, a také svých kolegyn v rámci adaptačního procesu po nástupu na pracoviště.

3.6 Spokojenost - účastníci

Ve třetí výzkumné části jsem sledovala spokojenost účastníků se zavedením praktické části specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“. Dále jsem se zaměřila na spokojenost účastníků se sestrami školitelkami a celkový průběh praktických částí.

Podmínkou zahájení specializačního vzdělávání je získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Účastník specializačního vzdělávání je v rámci tohoto vzdělávání povinen absolvovat odbornou praxi na pracovišti akreditovaného zařízení v rozsahu určeném příslušným vzdělávacím programem. Školitel započte dosud absolvovanou odbornou praxi, pokud splňuje požadavky stanovené vzdělávacím programem. Na průběh celé odborné praxe dohlíží školitel.

Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou před oborovou atestační komisí podle zkušebního řádu stanoveného prováděcím právním předpisem. Oborové atestační komise zřizuje ministerstvo jako svůj poradní orgán. Předpokladem pro vykonání atestační zkoušky je splnění všech požadavků stanovených příslušným vzdělávacím programem.

Úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou získává zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. (31)

3.6.1 Metody výzkumu

Pro zjištění názorů účastníků specializačních vzdělávacích programů jsem použila metodu kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku. Dotazník obsahoval 14 otázek, které byly otevřené, uzavřené a škálované viz příloha č. 3. Distribuce dotazníků probíhala stejným způsobem jako u sester školitelek. Na oddělení vzdělávání jsem získala informace o účastnících praktické části specializačních vzdělávacích programů. Po vyplnění dotazníku mě zajímali stručné doplňující výpovědi účastníků, praktické části specializačních vzdělávacích programů ve FNB.³ Šetření jsem uskutečnila v době od února do 31. května 2010.

3.6.2 Hlavní výzkumná otázka

- **Jak jsou účastníci spokojeni s absolvováním praktické části specializačních vzdělávacích programů ve FNB?**

3.6.2.1 Vedlejší výzkumné otázky

- Z jakých informačních zdrojů se účastníci praktické části specializačních vzdělávacích programů dozvěděli o získání akreditací?

³ Jak hodnotíte práci školitelek ve FNB? Co Vás přivedlo ke studiu specializačních vzdělávacích programů? Jak hodnotíte praktickou část vzdělávacího programu? Jakou máte zkušenost se školitelkou? Jaký má pro Vás přínos specializační studium?

- Jak často sledují účastníci studia novinky ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků?
- Jak dlouho čekali účastníci na zahájení studia specializačních vzdělávacích programů v oborech „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“?
- Jaká byla spokojenost účastníků se školitelkami a průběhem praktické části specializačních vzdělávacích programů ve FNB?

3.6 2.2 Cíle výzkumu

1. Zhodnotit informační zdroje, ze kterých se účastníci dozvídají o novinkách ve vzdělávání.
2. Zjistit dosavadní délku praxe účastníků specializačních vzdělávacích programů ve FNB.
3. Porovnat možnosti uzavření kvalifikační dohody s FNB.
4. Zjistit důležitost získání specializované způsobilosti pro účastníky.
5. Zjistit možnosti a názory účastníků z hlediska vylepšení vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB.
6. Zjistit, kdo účastníkům doporučil studovat specializační vzdělávací programy.
7. Zjistit zkušenost účastníků s praxí ve FNB.

3.6.3 Výsledky dotazníkového šetření

3.6.3.1 Informační zdroje o získání akreditací

Účastníci specializačních vzdělávacích programů se měli možnost dozvědět o získání akreditací k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů z následujících informačních zdrojů uvedených v tabulce č. 25. Největší počet účastníků 10 uvedl jako zdroj intranetové stránky FNB. Dva účastníci informaci získali prostřednictvím emailu FNB a pouze 1 účastník uvedl jako zdroj informací kolegu.

Tabulka č. 25: Seznam informačních zdrojů, ze kterých se účastníci dozvídali o udělení akreditací, absolutní počty

informační zdroje	počet
ze schůze vrchních sester	0
ze zápisu ze schůze VS	0
z intranetových stránek	10
z internetových stránek	2
od kolegy/ne	1
z jiných zdrojů	0
z žádných zdrojů	0
celkem	13

(*N=13, N valid=13*)

Zdroj: *FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]*

3.6.3.2 Sledování novinek ve vzdělávání a informační zdroje

Sledování novinek ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků považují za přínosné a žádoucí. Hlavně v průběhu specializačního studia, kdy je žádoucí, aby se účastníci dozvídali sami aktivně o novinkách ve vzdělávání. Z tabulky č. 26 vyplývá, že pravidelně sleduje novinky ve vzdělávání 11 (85%) účastníků, občas uvedli 2 účastníci. Možnost vůbec se v odpovědích neobjevila.

Tabulka č. 26: Sledování novinek ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB, absolutní počty a procenta

sledování novinek ve vzdělávání	počet	procenta
pravidelně	11	85%
občas	2	15%
vůbec	0	0%
celkem	13	100%

(*N=13, N valid=13*)

Zdroj: *FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]*

Na otázku informačních zdrojů, ze kterých se účastníci specializačních vzdělávacích programů dozvídají o novinkách ve vzdělávání, 7 (54%) účastníků uvedlo internet, dalším zdrojem informací jsou konference a semináře, ty uvedlo 5 (38%) účastníků. Dalšími zdroji, které uvedli, jsou odborné časopisy 4 (31%) účastníci. Dalšími zdroji byly intranet a jiné zdroje dostupné v tabulce č. 27.

Tabulka č. 27: Informační zdroje o novinkách ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, absolutní počty a procenta

informační zdroje o novinkách ve vzdělávání	počet	procenta
internet	7	54%
odborné časopisy	4	31%
intranet	1	8%
konference, semináře	5	38%
jiné zdroje	1	8%

(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických částí specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.3 Pracoviště účastníků ve FNB

Z přehledu pracovišť ve FNB z tabulky č. 28 je patrné, že na operačním sále pracuje 5 (38%) účastníků, na ARO 4 (31%), na JIP 3 (23%) a pouze 1 (8%) účastník pracuje na standardním oddělení. Je žádoucí, aby zejména na pracovištích JIP a ARO a také na operačních sálech byl dostatek pracovníků se specializovanou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání.

Tabulka č. 28: Přehled pracovišť ve FNB, na kterých pracují účastníci specializačních vzdělávacích programů

pracoviště ve FNB	počet	procenta
standardní oddělení	1	8%
JIP	3	23%
ARO	4	31%
operační sál	5	38%
celkem	13	100%

(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických částí specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.4 Délka praxe účastníků

Podle délky praxe účastníků specializačních vzdělávacích programů ve FNB tvoří nejpočetnější skupinu v počtu 8 účastníci s praxí 6 – 10 let, s praxí 11 a více let jsou to 3 účastníci a pouze 2 účastníci mají praxi do 5 let. Průměrná délka praxe ve FNB je 8,9 let.

Tabulka č. 29: Délka praxe účastníků ve FNB

délka praxe ve FNB	počet
0 - 5 let	2
6 - 10 let	8
11 a více	3
celkem	13
průměrná délka praxe v FNB	8,9

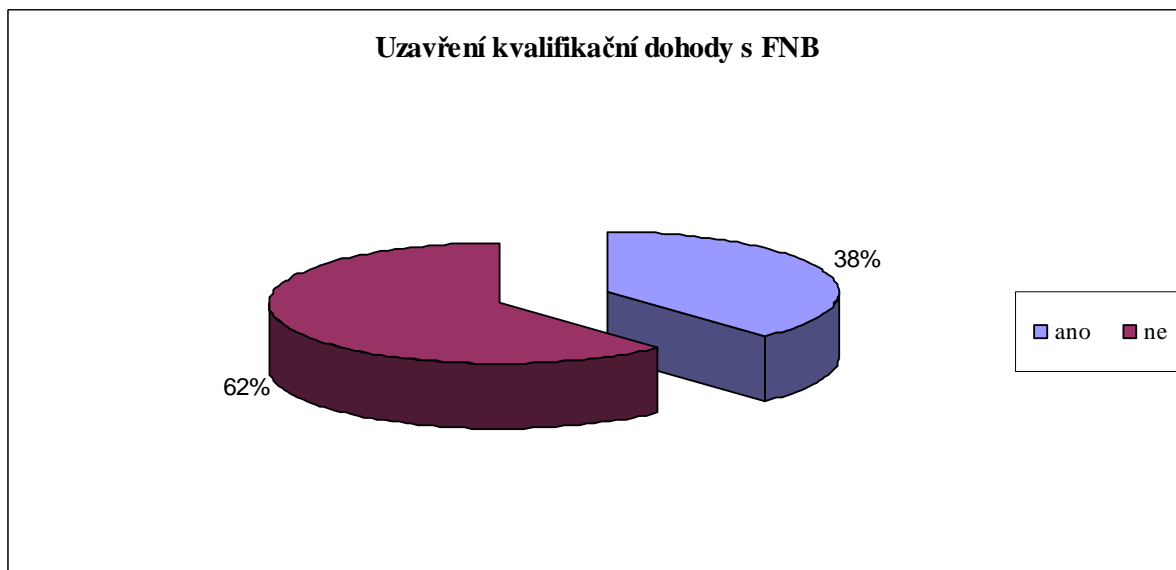
(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.5 Kvalifikační dohoda s FNB

Zaměříme li-se na graf č. 8, který pojednává o počtech pracovníků, kteří uzavřeli s FNB kvalifikační dohodu, zjistíme, že pouze 5 (38%) pracovníků kvalifikační dohodu uzavřelo a 8 (62%) ne.

Graf č. 8: Počty pracovníků, kteří uzavřeli s FNB kvalifikační dohodu



(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.6 Důležitost získání specializované způsobilosti

Také absolvováním praktické části získá účastník specializovanou způsobilost. Podívejme se, jak právě tuto část účastníci hodnotili:

R1: „Výborně, jsem spokojená.“

R2: „Jsem spokojená s organizací praktické části.“

R3: „Kladně, spokojenost, konečně i naše sestry nemusí jezdit do jiných nemocnic.“

R4: „Hodnotím na jedničku, je to super, především přístup lékařů a sester, kvalita řešení pacientů, vysokou profesionalitu.“

R5: „Jsem spokojená, praxe je dostačující.“

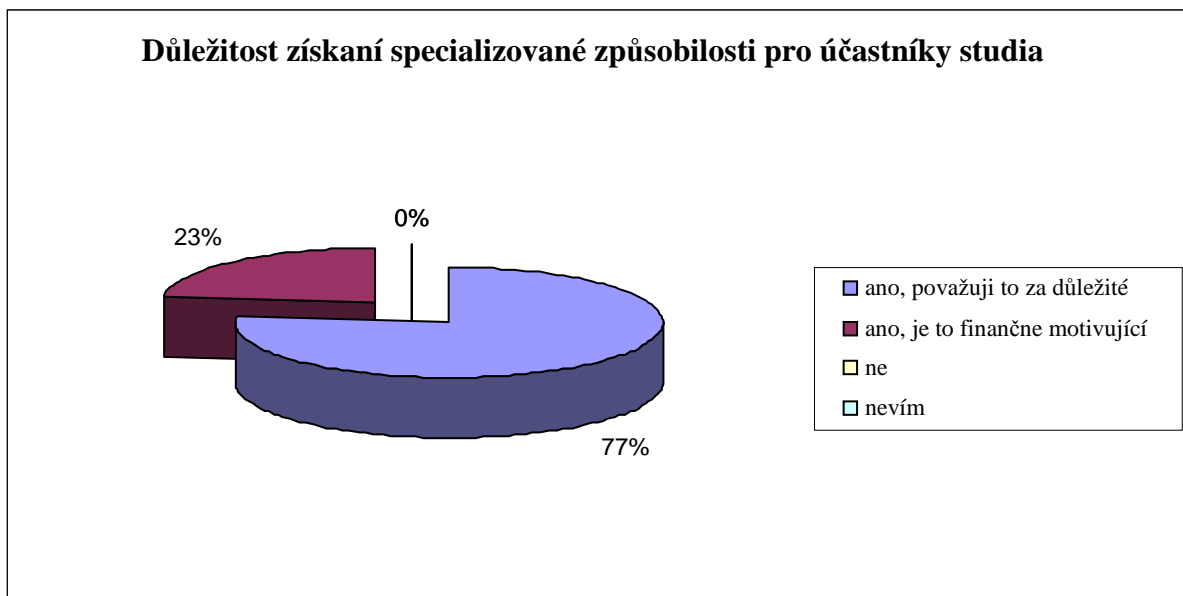
R6: „Super, moc se mi to líbí, jsem spokojená s praktickou částí.“

A nakonec také názor trochu jiný:

R7: „Myslím, že by byla potřeba více praxe, hlavně zvýšit počet povinných výkonů.“

Získání specializované způsobilosti, viz graf č. 9, považují za důležitou všichni účastníci specializačních vzdělávacích programů. Odpověď: „Ano, považuji to za důležité“ uvedlo 10 (77%) účastníků a 3 (23%) účastníci odpověděli „Ano, je to finančně motivující“. Odpověď ne a nevím se nevyskytla.

Graf č. 9: Důležitost získání specializované způsobilosti pro účastníky studia



(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.7 Možnosti zlepšení vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB

Jako nejčastější možnost uvedli 8 (89%) účastníci navýšení finančních limitů na vzdělávání viz tabulka č. 30. Na škále uvedli účastníci hodnocení 1 – nejdůležitější. Jako další možnost zlepšení uvedli účastníci získání akreditací k uskutečňování dalších specializačních vzdělávacích programů a akreditovaných certifikovaných kurzů uvedlo 8 (80%) a hodnotilo na škále známkou 2. Na třetím místě 7 (70%) účastníků uvedlo zlepšit předávání informací a hodnotili na škále známkou 3. Na čtvrtém místě se umístila možnost získat požadovaný počet rezidenčních míst a poslední z vylepšení vzdělávání účastníci uvedli zvýšení počtu vzdělávacích akcí. Při posuzování výsledků je třeba vést v patrnosti, že v jednotlivých polích tabulky se vyskytují nízké četnosti odpovědí.

Tabulka č. 30: Možnosti vylepšení vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB

hodnocení	navýšení finančních limitů	v %	počet rezidenčních míst	v %	počet vzdělávacích akcí	v %	zlepšení předávání informací	v %	získání dalších akreditací	v %
hodnocení 1	8	89%	1	25%	1	17%	1	10%	0	0%
hodnocení 2	0	0%	3	75%	4	67%	2	20%	8	80%
hodnocení 3	1	11%	0	%	1	17%	7	70%	2	20%
celkem	9	100%	4	100%	6	100%	10	100%	10	100%

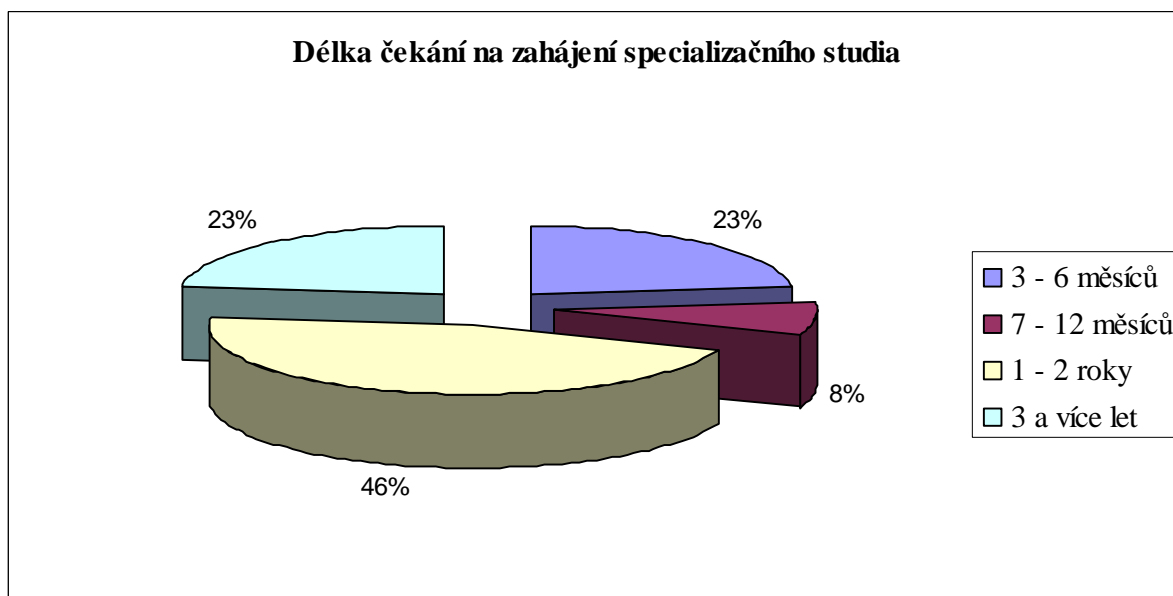
(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.8 Délka čekání na zahájení studia

Jak ukazuje graf č. 10, nejvíce účastníků 6 (46%) čekalo na zahájení studia 1- 2 roky, 3 (23%) účastníci byli zařazeni do studia v době od 3 do 6 měsíců, a také 3 (23%) účastníci čekali na zahájení studia více než 3 roky. Pouze 1 (8%) účastník byl zařazen v době od 7 do 12 měsíců. V současné době je v Praze více pracovišť s akreditací k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů, proto by se i případné čekání v budoucnu mělo zkrátit.

Graf č. 10: Délka čekání na zahájení specializačního studia



(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.9 Doporučení specializačního studia

Jak vyplývá z výpovědí účastníků, ke studiu je přivedlo více faktorů, především zájem o profesní růst, zvýšení platové třídy a kvalifikace, pro doplnění uvádím některé:

R1: „Především jsem si chtěla zvýšit kvalifikaci v oboru. Pracuji jako staniční sestra na gynekologickém JIPu a specializaci potřebuji ke své práci manažerky a také získám dostatek kreditů.“

R2: „Studuji kvůli registraci, tedy studiem nasbírám potřebné body v rámci celoživotního vzdělávání. No a samozřejmě proto, abych měla vyšší platovou třídu – zvýší se mi plat.“

R3: „Hlavně zájem o obor, ve kterém pracuji a chci zůstat a také strach o to, že bych mohla být finančně znevýhodněná, když nebudu mít specializaci.“

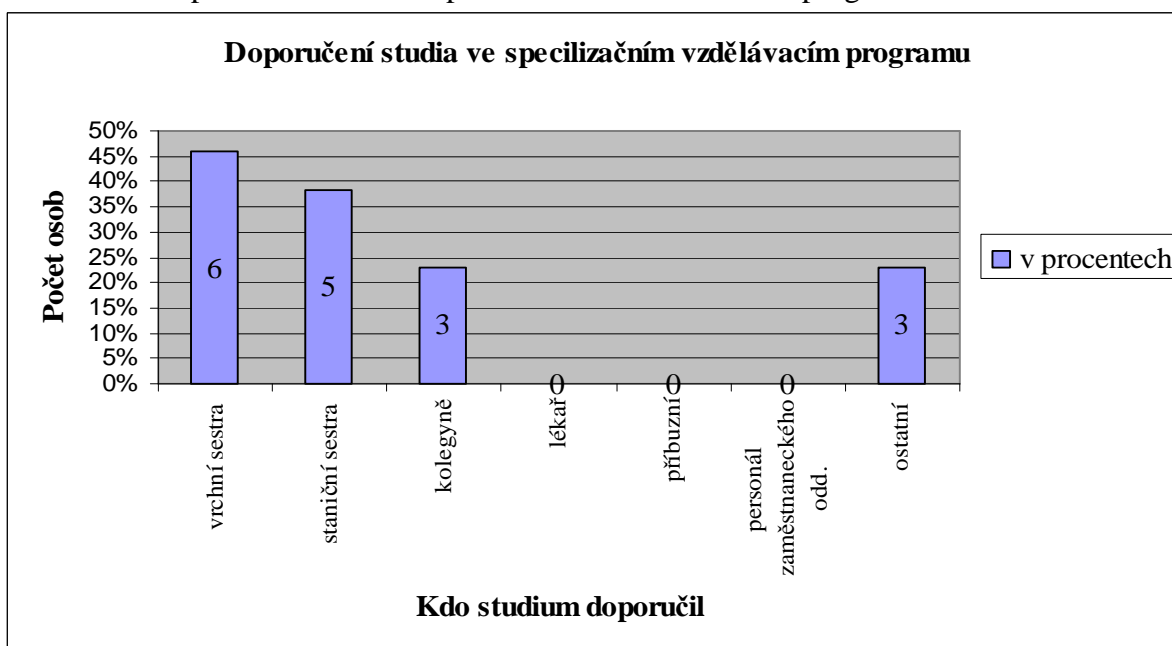
R4: „Profesní růst v rámci celoživotního vzdělávání. Zvýšení kvalifikace, kterou získám specializací a budu mít více peněz.“

R5: „Studovat jsem začala, protože si chci zvýšit kvalifikaci a také abych vydělala více peněz. Když dostuduji, budu v 11. platové třídě.“

R6: „Chtěla jsem si rozšířit vědomosti a získat více informací ze svého oboru.“

Dále mě zajímalo, kdo účastníkům studium ve specializačních vzdělávacích programech doporučil. Účastníci si mohli vybrat z více možností. Z grafu č. 11 vyplývá, že v 6 (46%) případech účastníci odpověděli, že studium jim doporučila vrchní sestra. Staniční sestra na druhém místě v 5 (38%) případech, kolegyně 3 (23%) a totéž ve 3 (23%) uvedli účastníci odpověď ostatní. Možnosti lékař, příbuzní, personál zaměstnaneckého oddělení do odpovědi nevybral žádný účastník.

Graf č. 11: Doporučení studia ve specializačním vzdělávacím programu



(N=13, N valid=13)

Zdroj: FNB hodnocení vzdělávacích programů – účastníci praktických části specializačních vzdělávacích programů ve FNB, [Flaková, 2010]

3.6.3.10 Spokojenost s průběhem praktické části ve FNB a se školitelkou

Ze zachycených otevřených výpovědí účastníků specializačních vzdělávacích programů vyjadřujících se ke spokojenosti se školitelkami a zavedením praktické části ve FNB, uvádím některá pozitivní hodnocení:

R1: „Výkon školitelky hodnotím kladně, dokonce bych to nazvala luxusem protože nemusíme nikam dojíždět, myslím tím do jiné nemocnice a dokonce si školitelku můžeme i samy vybrat.“

R2: „Školitelky byly skvělé, vysvětlily mi všechno na co jsem se ptala a pustily mě ke všem výkonům.“

R3: „Práci školitelek ve FNB hodnotím kladně, na praxi jsem byla se školitelkou spokojena.“

R4: „Skládám školitelkám velkou úctu, hlavně ta příprava, já bych nevěděla hlavně tu odbornou stránku.“

R5: „Práci školitelek hodnotím velmi kladně a jsem ráda, že si praxi můžeme udělat v naší nemocnici.“

Uvědomuji si, že účastníci neodpoví pouze pozitivně, uvádím také několik negativních výpovědí účastníků:

R6: „Práce školitelek je určitě náročná, ale přijala bych více individuálního přístupu.“

R7: „Školitelka se mi neměla čas věnovat, protože bylo málo sester ve službě pro nemoc.“

R8: „Školitelka mě nepustila k odborným a speciálním výkonům.“

Na otázku spokojenosti s průběhem praktické části oborů specializačního vzdělávání odpovědělo všech 13 dosavadních účastníků. Měli možnost označit na škále výsledek od 1 – 10.

Ze zvolené škály účastníci využili pouze dvě možnosti. Možnost 1 využilo 5 účastníků a možnost 2 přidělilo praktické části specializačních vzdělávacích programů 8 účastníků. Průměrné hodnocení tedy bylo 1,6.

Otevřená otázka sledovala spokojenost s praktickou částí ve FNB, hodnotili účastníci nejčastěji těmito výroky:

„Školitelky se mi věnovali.“

„Školitelka byla dobrá, byla jsem s ní spokojena.“

„Školitelka byla dobrá, líbilo se mi jak ke mně přistupuje.“

„Školitelka se mi moc nevěnovala.“

„Školitelka mě nepustila k odborné praxi – k některým výkonům.“

Spokojenost se svoji školitelkou vyjádřili účastníci pomocí známky od 1 do 5. Známkou 1 ohodnotilo školitelky 6 účastníků, známkou 2 hodnotili 4 účastníci. Známkou 3 svoji školitelku ohodnotili 3 účastníci. Známkou 4 a 5 nehodnotil nikdo z účastníků. Aritmetický průměr hodnocení školitelek byl 1,8.

3.7 Shrnutí výsledků výzkumu a další návrhy

Podle vyhodnocení 1. etapy zavedení specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ z hlediska nabídky a poptávky subjektivně hodnotili zavedení vrchní sestry, sestry školitelky a účastníci. Podle výpovědí všech třech skupin bylo zavedení specializačních vzdělávacích programů pro FNB přínosné. Manažerky hodnotily zavedení průměrem 1,2. Sestry školitelky průměrem 1,5. Také účastníci ve výpovědích hodnotili zavedení specializačních vzdělávacích programů kladně a vyjadřovali spokojenost hlavně s možností absolvovat praktickou část ve vlastní nemocnici.

Podle aktuálního stavu zjištěného z výpovědí vrchních sester jsou v počtu pracovníků se specializovanou způsobilostí na tom nejhůře pracovníci v interních oborech, kde chybí 40% z celkového počtu 138 pracovníků. Na druhém místě jsou ostatní obory s celkovým nedostatkem 33% a nejlépe si vedou operační obory, ve kterých je nedostatek 32% pracovníků.

Podle aktuálního nastavení finančních limitů na vzdělávání pro jednotlivé oddělení a kliniky pro rok 2010 činí průměrná částka 487,- Kč na jednoho pracovníka. Tato minimální částka však nedokáže pokrýt finanční náklady na absolvování specializačních vzdělávacích programů, částečně pokryje náklady např. na konferenci, nebo seminář v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Také podle finanční ekonomické analýzy do roku 2015 bude FNB schopná vyškolit vlastními silami přibližně 91 účastníků specializačních vzdělávacích programů a ještě ušetří finanční prostředky v hodnotě 582 400,- Kč. Také umožní sestřím školitelkám získat celkovou částku za jejich školitelskou činnost v hodnotě 691 600,- Kč.

Zavedením praktických částí specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ jsme schopni z vlastních zdrojů nabídnout a zajistit absolvování praktické části částečně pro operační obory a interní obory, zejména pro pracoviště JIP, ARO, anestézii, intermediální oddělení a operační sály. Ze skupiny ostatních oborů nedokážeme pokrýt poptávku, protože pro dané obory naše nemocnice nezískala akreditaci k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů, popřípadě certifikovaných kurzů.

Výzkum odpověděl částečně, zejména v otevřených výpovědích, na nespokojenost sester školitelek s materiálním a technickým zabezpečením, nedostatkem personálu,

jak sester, tak i personálu pomocného. Sestry školitelky upozorňovaly zejména na nízké finanční limity na spotřební materiál a léky, a také na nedostatečné vybavení novými přístroji.

Ve světle výsledků výzkumu bych dále navrhovala další zlepšení informovanosti pracovníků se získáním akreditace k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů, např. vydáním oběžníku, jak navrhovala jedna ze sester manažerek, naskenováním článku o získání akreditací z časopisu *Diagnóza v ošetrovatelství*, ve kterém jsem se o této problematice zmiňovala. Další publikace o získání akreditací bych zmínila v dalších časopisech, jako např. *Sestra a Florence*.

V další etapě vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve FNB je nutné pokračovat ve vylepšení situace, a to pomocí následujících možností.

Především získat další akreditace k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů, popřípadě certifikovaných kurzů a především využívat Dotační program MZ ČR rezidenční místa.

Druhou možností je využití finančních prostředků z Evropských strukturálních fondů pro Prahu, především Operačního programu Praha Adaptabilita v rámci prioritní osy 1 – Podpora znalostní ekonomiky.

Jako poslední možnost jak získat finanční prostředky na vzdělávání, je napsání grantu.

3.8 Diskuse a závěry výzkumu

Pro zpracování této výzkumné problematiky jsem se rozhodla z důvodu zjištění reakce pracovníků nelékařských zdravotnických povolání na zavedenou změnu ve vzdělávání. Změna v tomto případě představovala získání akreditací k uskutečňování praktických částí specializačních vzdělávacích programů „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“ ve FNB.

Největším problémem pro mě bylo propojení výsledků kvantitativního dotazníkového šetření s doplňujícími výpověďmi sester školitelek a účastníků. Při výzkumu jsem se snažila o získání zpětné vazby z řad sester manažerek a jejich případné možnosti spolupráce při zavádění dalších specializačních vzdělávacích programů, popřípadě certifikovaných kurzů.

U vyhodnocení zpětné vazby z řad sester školitelek jsem zase čekala více připomínek k nedostatečné informovanosti, což se mi nepotvrdilo. Školitelky hodnotily zavedení změny

pozitivně. Z výsledků vyplynulo, že školitelky Perioperační péče bude potřeba za několik let obměnit vzhledem k jejich vyššímu věku.

Předpokládala jsem, že účastníci projeví více nespokojenosti se sestrami školitelkami, což se také nepotvrdilo. Účastníci si zavedení vzdělávacích programů pochvalovali a vyjadřovali spokojenost se školitelkou.

Považuji za důležité zavést pravidelné hodnocení – evaluaci praktické části specializačních vzdělávacích programů pro sestry školitelky, a také pro účastníky pomocí dotazníků spokojenosti. Je nutné a žádoucí získávat spolehlivé, a také aktuální informace o průběhu těchto vzdělávacích programů.

Důkladným získáváním sběru aktuálních informací bude mít také management FNB možnost získat zpětnou vazbu, a také spolehlivé podklady pro případné další rozhodnutí k zavedení dalších vzdělávacích programů.

4 DOPORUČENÍ A NÁVRHY

4.1 Doporučení pro vrcholový management ve FNB

Současný stav v oboru zdravotnictví je charakterizován tlakem na všechny zdravotnické organizace. Jedná se o tlak ze strany vnějších, ale i vnitřních procesů. Na jedné straně je to příprava k akreditacím a certifikacím zdravotnických zařízení, která představuje hlavně tlak na kvalitu a vzdělanost personálu.

Manažer nemůže reagovat jinak než systémově a to zejména zajištěním vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Ke vzdělávání může využít vlastní zdroje v podobě finančních prostředků na vzdělávání, v mnoha zdravotnických zařízeních také i ve FNB není dostatek vlastních finančních zdrojů na vzdělávání, které se projevují v podobě nízkých finančních limitů pro jednotlivá pracoviště. Z finanční analýzy ve FNB provedené v rámci této diplomové práce vyplývá, že pro rok 2010 je vyčleněno na vzdělávání 1 nelékařského zdravotnického pracovníka v průměru 487,- Kč. Když se zamyslíme nad cenou vzdělávacích akcí je tento příspěvek ze strany zaměstnavatele nedostačující.

Druhým finančním krytím mohou být cizí zdroje a to v podobě získání finančních prostředků konkrétně z operačních programů OPPA (Operační program Praha – Adaptabilita), IOP (Integrovaný operační program), OLZZ (Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost) z Evropských strukturálních fondů.

Nedostatek finančních prostředků na vzdělávání má také důsledek na organizační strukturu, je potřebné, aby ve FNB zahájilo činnost oddělení klinických studií a grantů, které v současné době neplní svoji funkci. Proto navrhuji vrcholovému managementu změnu v obsazení oddělení klinických studií a grantů, která povede ke zvýšení efektivity a ke prospěchu celé nemocnice.

Nechceme a také nemůžeme dovolit, aby si nelékařští zdravotničtí pracovníci hradili vzdělávání z vlastních finančních zdrojů, vznikl by tím nezájem a hlavně by vzdělávání bylo neefektivní.

Jako jedinou cestu vidím získávání dalších akreditací k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů nebo certifikovaných kurzů a využití Dotačního programu MZ ČR Rezidenční místa. Další možnou cestou je napsat projekty z již zmíněných operačních programů. Na napsání takového projektu je potřebná zkušenost. Sama jsem měla v měsíci

květen 2010 možnost podílet se na napsání takového projektu. FNB reagovala na výzvu z OPPA. Posledním zmiňovaným zdrojem financí je napsání grantu na vzdělávání.

Proto vidím jako potřebnou změnu organizační struktury a přijetí zkušených pracovníků do oddělení klinických studií a grantů. Především je potřeba zaměřit se na vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti získávání specializované způsobilosti v různých oborech a také zvláštní odborné způsobilosti pro úzce vymezené činnosti absolvováním certifikovaných kurzů. Dále vidím další možnosti vzdělávání především v komunikaci zdravotnických pracovníků, managementu a také v jazykových kurzech. Je nutné zavést do organizace supervizi zdravotnických pracovníků.

V podpoře vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků neexistuje cesta zpět. I při nedostatku sester na trhu práce, jsou na nemocnice kladeny vysoké požadavky na vzdělávání především nelékařských zdravotnických pracovníků. Pokud nemocnice sama nezajistí finanční možnosti na jejich vzdělávání, protože má nízké finanční limity, není jiná možnost než využití již zmíněných cizích finančních zdrojů.

4.2 Návrh na zjednodušení procesu akreditačního řízení k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů nebo jeho částí pro MZ ČR

Vzhledem k vlastní zkušenosti s přípravou a realizací specializačních vzdělávacích programů, bych navrhovala ulehčení procesu akreditace.

Důkladně bych využila Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, který je dán zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Vstoupil v platnost dne 1. dubna 2004 a byl novelizován 1. července 2008. Vedení Registru delegovalo MZ na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno. V Registru jsou zpracovávány údaje, které slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu pro Českou republiku, který má podobu Rozhodnutí a jejich držitelé jsou zapsáni do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Z Registru bych dále využila informace o získání odborné, specializované způsobilosti, případně jiné způsobilosti odborných garantů a školitelů a povinnost jejich dokládání pro akreditační řízení bych naopak vypustila ze zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Tím se především sníží náklady spojené s úředním ověřováním těchto dokumentů a odbourá se obtížná spolupráce

při získávání originálů dokumentů od osob participujících, na vzdělávacích programech v daném zařízení (odborní garanti, školitelé). Na jednotlivých činnostech Registru se podílejí nelékařští zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci. (37)

Dále bych navrhovala odstranit složitý proces dokládání materiálního a technického zabezpečení specializačního vzdělávacího programu. Místo inventářů jednotlivých klinik a oddělení daného zdravotnického zařízení, které obsahuje někdy desítky stránek, by mohlo postačit výhradně čestné prohlášení statutárního zástupce daného zařízení (ředitel, předseda představenstva).

Také by bylo přínosem, aby zařízení, kterým byla udělena nebo prodloužena akreditace k uskutečňování vzdělávacích programů nebo jejich části, mohly participovat na modifikaci stávajících a tvorbě nových specializačních vzdělávacích programů nebo je alespoň připomínkovat.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce je věnována jedné z možností změny ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Změnou je rozšíření možností v oblasti vzdělávání o akreditované specializační vzdělávací programy „Perioperační péče“ a „Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

K zavedení změny měly možnost vyjádřit svůj názor 3 skupiny respondentů: sestry manažerky - vrchní sestry ve FNB, sestry školitelky specializačních vzdělávacích programů a účastníci.

Získáním akreditací je FNB nejenže schopna zajistit realizaci praktických částí specializačních vzdělávacích programů pro svoje zaměstnance, ale nabízí možnost vyškolení zájemců o studium z jiných zdravotnických zařízení, a tak přispívá k zefektivňování vzdělávání a následnému zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Navíc byla v současné době FNB udělena akreditace k uskutečňování prvního certifikovaného kurzu s neurologickou tematikou s názvem „Certifikovaný kurz v elektrodiagnostice nervového systému – elektroencefalografie (EEG), evokované potenciály (EP).

V návrhové části předkládám ke zvážení doporučení vrcholovému managementu FNB, jak v další etapě zlepšit a rozšířit vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Druhý návrh je určen Ministerstvu zdravotnictví České republiky. Jedná se o doporučení na zjednodušení procesu akreditačního řízení.

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je povinné ze zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Protože financování vzdělávání je velmi náročné pro všechna zdravotnická zařízení, je nutné hledat různé další zdroje jeho financování.

Tato diplomová práce ukazuje příklad jednoho ze způsobů financování vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků pomocí získání akreditací k uskutečňování specializačních vzdělávacích programů nebo jejich částí a využití Dotačního programu MZ ČR Rezidenční místa na rok 2010.

LITERATURA

Bibliografie

1. Armstrong, M. *Řízení lidských zdrojů*. 10. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1407-3.
2. Barták, J. *Personální management v procesu změn*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 80-86307-05-0.
3. Berka, J., Kleibl, J., Petermann, F. *Personální management*. Nakladatelství: Dr. Josef Raabe, s.r.o., Praha: 2001. ISBN 80-86307-05-0.
4. Bělohávek, F. *Řízení lidských zdrojů*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1994. ISBN 80-7076-447-4.
5. Byars, L., Rue, L. *Human resource management*. Irwin“ Homewood, 1987, ISBN 0-256-03630-6.
6. Covey, S. R. *7 návyků skutečně efektivních lidí. Zásady osobního rozvoje, které změni váš život*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-156-0.
7. Drucker, P. F. *Výzvy Managementu pro 21. století*. Praha: Management Press, 2002. ISBN 80-7261-X.
8. Drucker, P. F. *Řízení v turbulentní době*. 1. vyd. Praha: Management Press, 1994, ISBN 80- 85603-67-5.
9. Gladkij, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
10. Gladkij, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0176-2.
11. Grobar - Murray, M. E., DiCroce H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0267-3. přeloženo z anglického originálu „Leadership and Management in Nursing“, vydaného v roce 1997 nakladatelstvím Appleton & Lange, Four Stamford Plaza.
12. Kaňáková, Z., Bláha, J., Babicová, J. *Řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Ostrava: Akademie J. A. Komenského, 2000. ISBN 80-7048-020-3.
13. Kilíková, M., Jakušová, V. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 987-80-8063-290-8.

14. Kleibl, J., Dvořáková, Z., Šubrt, B. *Řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2001. ISBN 80-7179-389-2.
15. Kotter, J. P., Cohen, D. S. *Srdce změny. Skutečné příběhy o tom, jak lidé mění své organizace*. Praha: Management Press, 2003. ISBN 80-7261-095-3.
16. Kotter, J. P. *Vedení procesu změny. Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press, 2004. ISBN 80-7261-015-5.
17. Kotter, J. P. *Vědomí naléhavosti První a nejdůležitější krok realizace změny*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-193-5.
18. Koubek, J. *Řízení lidských zdrojů, Základy moderní personalistiky*. 3. vydání. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-033-3.
19. Kovář, F., Hradilová, K. *Management změny*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2007. ISBN 978-80-86730-28-8.
20. Lepiešová, M. *Manažment v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0352-0.
21. Mallya, T. *Základy strategického řízení a rozhodování*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1911-5.
22. Mateiciuc, A. *Návrh systému hodnocení rizik při strategickém manažerském rozhodování*. Disertační práce. Vedoucí P. Šnapka. Ostrava: EkF VŠB-TU, 2005.
23. Mateiciuc, A. *Personální management pro krizové manažery*. Skripta. Ostrava: Fakulta sociálních studií, 2008.
24. Moselská, H., Rosický, S., Šabatová, M. *Personální management. Aplikační systematický přehled*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-485-5.
25. Mullins, L. J. *Management and Organizational Behaviour*. 4th edition. London: Pitman Publishing, 1996. ISBN 0 273 61598 X
26. Russel, J., N. *Management změny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-142-5.
27. Škrla, P., Škrlová, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent - Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
28. Tománek, J. *Reengineering a management změn sborník článků, přednášek a studií*. Praha: Computer Press, 2001. ISBN 80-7226-428-1.
29. Vodáček, L., Vodáčková, O. *Moderní management v teorii a praxi*. Praha: Management Press, 2006. ISBN 80-7261-143-7.

30. Walker, A. J. *Moderní personální management: nejnovější trendy a technologie*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0449-8.

Právní předpisy

31. *Zákon č. 96/2004 Sb.*, ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění zákona č. 189/2008 Sb.

32. *Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb.*, ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

33. *Vyhláška MZ ČR č. 4/2010 Sb.*, ze dne 17. prosince 2009, s účinností od 1. února 2010, o kreditním systému, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., ze dne 30. června 2004, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.

34. *Vyhláška MZ ČR č. 189/2009 Sb.*, ze dne 10. června 2009, o zkouškách k vydání osvědčení, o atestační zkoušce, zkoušce k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušce akreditovaných kvalifikačních kurzů a aprobační zkoušce a o postupu při ověření znalosti českého jazyka (vyhláška o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních).

35. *Vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb.*, ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.

36. *Nářízení vlády č. 31/2010 Sb.*, ze dne 11. ledna 2010, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Časopisy a internetové zdroje

37. Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů. [Online]. *Vzdělávání*. [Citace 12.4.2010]. <http://www.nconzo.cz>.

38. Wikipedie, otevřená encyklopedie. [Online]. *Změna*. [Citace 10.4.2010]. <http://cs.Wikipedia.org/>.
39. Jarošová, D., Lednický, V., Knopová, V. *Vlastnosti zdravotních sester – manažerek ve zdravotnictví*. Časopis MMM. 2002, ročník IX, č. 3.
40. Vlasáková, D. *Kreditní systém opět dostal změny!* Diagnóza v ošetrovatelství. 2010, ročník VI., č. 1, Praha, Promediamotion. ISSN 1801-1349.
41. Škubová, J. *Transformace specializačního vzdělávání zdravotníků*. Florence. 2009, ročník V., č. 9, Praha, Ambit Media, a.s. ISSN 1801-464X
42. Fakultní nemocnice Na Bulovce. [Online]. Výroční zpráva r. 2008. [Citace 19.4.2010]. <http://www.fnb.cz>
43. Slovník cizích slov. [Online]. *Fůze, akvizice*. [Citace 1.5.2010]. <http://www.slovník-cizich-slov.net>.
44. Jobánková M., Kvapilová, J. *Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi*. 2007, ročník 17, č. 7-8, Praha, Mladá fronta, a. s. ISSN 1210-0404.
45. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online]. *Změna v počtu vyhlášených rezidenčních míst pro rok 2010 a ve výši dotace v jednotlivých specializačních oborech*. [Citace 5.5.2010]. <http://www.mzcr.cz>.
46. Wikipedie, otevřená encyklopedie. [Online]. *Personální management*. [Citace 3.5.2010]. <http://cs.Wikipedia.org/>.
47. Fakultní nemocnice Na Bulovce. *Organizační řád*. Interní dokument. [Citace 6.5.2010].
48. Pejznochová, I. *Sazebník výkonů nelékařů pro rok 2010*. [Online], [Citace 7.5.2010]. <http://www.cnaa.cz>.
49. Wikipedie, otevřená encyklopedie. [Online]. *Vzdělávání a regulace oboru*. [Citace 3.5.2010]. <http://cs.Wikipedia.org/>.
50. Březinová, J. *Povolání sestry*, Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. 2006, ročník 16, č. 11. Praha, Sanoma Magazines, spol. s. r. o. ISSN 1210-0404.
51. Mudd, D. *Organizační chování ve zdravotnictví*. MEDICAL TRIBUNE CZ s. r. o. 2010, ročník VI, č. 12. Praha, MEDICAL TRUBUNE CZ. ISSN 1214-8911.
52. Průša, J. *Organizační vůdcovství a řízení změny ve zdravotnictví*. MEDICAL TRIBUNE CZ s. r. o. 2010, ročník VI, č. 5. Praha, MEDICAL TRUBUNE CZ. ISSN 1214-8911.