

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Řízení lidí v procesu zvyšování kvality

Autorka práce: Bc. Ivana Kupečková

Vedoucí magisterské práce: Mgr. Dana Hradcová

Praha 2006

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem magisterskou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedení pramenů a literatury.

V Praze dne 12. května 2006

Bc. Ivana Kupečková

Poděkování

Děkuji Mgr. Daně Hradcové za odbornou konzultaci, cenné rady a vedení magisterské práce. Dále děkuji i dalším členům katedry oboru Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích, kteří pomohli nemalou radou a vstřícným přístupem. A v neposlední řadě pak svým kolegům na pracovišti.

Abstrakt

Magisterská práce je rozdělena na dvě části - část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou nastíněny definice procesu zvyšování kvality. Proces zvyšování kvality je možný provádět s lidmi, kteří tento proces chápou a ztotožňují se s ním. Teoretická část popisuje řízení kvality, řízení lidí a jeho překážky, možnosti motivace pracovníků, komunikaci i její problémové oblasti a možnosti kontrolních mechanismů.

Empirická část práce popisuje prostředí výzkumu. Pro vstupní hodnocení využívá výsledků metody sebehodnocení pracoviště v rámci Akreditačního pracovního sešitu dle SAK. Dále popisuje použité metody akčního výzkumu SWOT analýzy, Focus group a rozhovorů s pracovníky a jejich výsledky. Cílem výzkumu je zjistit, co posiluje nebo oslabuje lidi při zaváděném procesu zvyšování kvality a závěrem vytvořit doporučení pro management pracoviště, která posílí kvalitu v oblasti komunikace, motivace lidí a zakotví kontrolní mechanismy do jejich práce. V konečné fázi podpoří novou úroveň vztahu lidí ke změnám.

Klíčová slova: Kvalita, audit, akreditace, řízení lidí, řízení změny, motivace, komunikace, kontrola.

Summary

The thesis is divided into two parts - the theoretical and the practical one. The definitions of the process of quality improvement are outlined in the theoretical part. The process of quality improvement can be realized on condition of attracting people fully understanding its principles and being identified with them. In the theoretical part the management of quality, management of changes and its difficulties, the potential of motivation of the staff, communication and its troublesome fields, as well as the possibilities of control mechanisms are discussed.

In the practical part the background of the research study is described. The results of the self - evaluating method of the workplace in the framework of the Accreditation work notebook SAK are used for the entering assessment. The main principles of the methods used in the action research the SWOT analysis, Focus Group and interviews are explained, as well as their results are shown. The aim of the study is to define the supporting and suppressing factors during starting the process of quality increase, and to create such recommendations for the management of the workplace, which improve the quality in the field of communication and motivation of people and ancor the control mechanisms into the work of people. These recommendations should encourage new attitude of people towards changes.

Key Words: Quality, Audit, Accreditation, Management of the staff, Management of changes, Motivation, Communication, Control.

OBSAH

1.	Úvod	8
2.	TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1.	Pojmy kvality	9
2.1.1.	Akreditace	11
2.1.2.	Audit	11
2.1.3.	Řízení kvality v České republice	12
2.1.4.	Řízení kvality ve zdravotnické organizaci	13
2.2.	Řízení lidí	14
2.2.1.	Týmová práce	18
2.2.2.	Problémy při řízení lidí	20
2.2.3.	Řízení změny	23
2.3.	Motivace	26
2.3.1.	Pocity lidí z práce	27
2.3.2.	Faktory ovlivňující motivaci lidí	28
2.3.2.1.	Negativní faktory ovlivňující motivaci lidí	28
2.3.2.2.	Pozitivní faktory ovlivňující motivaci lidí	29
2.3.3.	Strategie ovlivňování motivace lidí	30
2.4.	Komunikace a informace	32
2.4.1.	Komunikační kanály v organizaci	34
2.4.2.	Metody komunikace manažera	35
2.4.3.	Problémová komunikace	37
2.5.	Podstata kontroly v procesu řízení	40
2.6.	Shrnutí	44
3.	PRAKTICKÁ ČÁST	45
3.1.	Popis použitých metod výzkumu	45
3.2.	Popis prostředí výzkumu	49
3.2.1.	Organizace / nemocnice	49
3.2.2.	Pracoviště / klinika	49
3.3.	Sběr dat metodou sebehodnocení pracoviště	51
3.3.1.	Zjištění sebehodnocení pracoviště	51

3.3.2.	Plánovaná opatření	52
3.3.3.	Postupná realizace plánovaných opatření	55
3.4.	Sběr dat metodou SWOT analýzy	56
3.4.1.	Zjištění metodou SWOT analýzy	57
3.4.2.	Shrnutí SWOT analýzy	59
3.5.	Sběr dat metodou Focus group	60
3.5.1.	Zjištění metodou Focus group	61
3.5.2.	Shrnutí výsledků Focus group	63
3.6.	Sběr dat metodou multivotingu	63
3.6.1.	Zjištění metodou multivotingu	63
3.6.2.	Shrnutí výsledků multivotingu	65
3.7.	Sběr dat metodou rozhovorů	67
3.7.1.	Zjištění metodou rozhovorů	68
3.7.2.	Shrnutí rozhovorů	70
3.8.	Shrnutí výsledků použitých výzkumných metod	70
3.9.	Návrh zlepšení řízení lidí v procesu změny při zvyšování kvality	72
3.10.	Závěr	74
4.	Seznam použitých zdrojů	75
5.	Seznam příloh	78

1. Úvod

...Zázraky existují, ale musíš je začít hledat ...; to není citát, ale myšlenka, která na tomto světě napadla jistě mnoho lidí. Zázrakem bývá v lidské společnosti často i to, co se na začátku zdálo velmi obtížné či neuskutečnitelné.

Dovolte mi začít touto myšlenkou, která mě provází celou mojí dlouholetou prací s lidmi. Je o tom, vědět co chci a kam chci dojít, vzít na svoji cestu i ty druhé, poslouchat jejich názory, hledat společné cesty, při pádu či neúspěchu znovu vstát a jít pokračovat dál.

Když jsem hledala téma pro svoji magisterskou práci, jevil se mi jako nejlepší zpracovat to, co dělám, co si myslím, že je správné, a co je jedinou možnou cestou, jak přispět k obecnému procesu, který nastavilo 21. století – dělat věci správně, bezpečně, efektivně, kvalitně. Na počátku svého konání jsem byla plná nadšení z možnosti využití nabytých znalostí a začala jsem velmi tvrdě pracovat. Časem jsem stále více zjišťovala, že těch nadšených jako já je příliš málo a většina lidí mi vlastně vůbec nerozumí nebo ani rozumět nechce. Pochopila jsem, že ten, kdo musí změnit přístup k lidem, jsem já - management a pak „pevně doufat“, že ve výsledném efektu se změní i oni. Ve své práci bych ráda popsala, co znamená řízení kvality ve zdravotnictví, a jak v tomto procesu pracovat s lidmi, jejichž přirozeností je mít klid. Myslím, že typicky českou vlastností je pracovat rutinně, manuály, návody či doporučení ignorovat a tím se neustále vystavovat „netušenému“ nebezpečí, že ublížím sám sobě nebo někomu druhému. A protože součástí řízení kvality jsou jasně stanovená kritéria, daná písemnou formou, bude důležité pomáhat lidem se s nastavenými pravidly ztotožnit a pochopit jejich důležitost v každodenní práci. To lze zabezpečit pouze novými přístupy v komunikaci mezi managementem a lidmi, které mohou ovlivnit jejich rigiditu, podporou motivace, kontrolou a dobrou oboustrannou zpětnou vazbou.

2. Teoretická část

2.1. Pojmy kvality

Kvalita je pojem, který doznal v průběhu vývoje mnoha definic. Jak uvádí Bourek (2001: 2) je to určitá použitelnost, užitečnost, užitná hodnota výrobku či služby. Je to také souhrn vlastností a charakteristik produktu či služby založené na schopnosti uspokojit deklarované nebo zjevné potřeby, také schopnost odpovídat požadavkům.

Madar (2004: 27) si klade otázku, co je to vlastně kvalita? Problém slova citovaného ve všech pádech vidí ve dvou dimenzích. Subjektivní – jak já jsem jako jedinec spokojen a objektivní – jaké jsou výsledky sledování dohodnutých a nastavených kritérií. Dále pak Madar (2004: 30) uvádí pohledy různých autorů na definování kvality – jakosti:

- kvalita je celkový soubor znaků entity, které ovlivňují schopnosti uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby
- kvalita je způsobilost pro užití
- jakost je shoda s požadavky
- jakost je to, co za ni považuje zákazník
- jakost je míra výsledku, která může být kategorizována v různých třídách
- jakost je stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků

Všechny myšlenky i normy mají společné znaky – zákazníka a jeho požadavky na výrobek či službu. Ve zdravotnictví je pak možné kvalitu definovat jako schopnost uspokojit potřeby a očekávání klientů.

Jak uvádí Bourek (2001: 1-2), jedná se o neurčitou veličinu, která sama o sobě nemůže být přesně změřena. Měření mohou být jen její elementy, které se označují pojmem *standardy*. *Standard – norma* definuje podmínky a zároveň k nim připojuje kritéria a indikátory kvality. *Kritérium* kvality je míra dosažení standardu. Kritérium musí být jasně definováno, aby mohlo být zhodnoceno jeho plnění či neplnění. *Indikátory* ve zdravotní péči jsou ukazatelé, podle kterých může docházet

k hodnocení a klasifikování sledovaných veličin. Mohou se týkat různých oblastí na úrovni mezinárodní, národní, systémové, odborné, oborové apod.

Obecně lze shrnout, že kvalitu v rámci výrobku dokážeme velmi dobře posoudit a dokonce i vyžadovat, avšak při kvalitě služby, kterou sami provádíme, diskutujeme o tom, proč se máme řídit stanovenými pravidly, proč ta pravidla musí být písemná, proč musíme svoji činnost dokumentovat a mnoho dalších.

Na mnoho dotazů „proč“, bych použila slova české sestry, která uvádí Černá-Šípková (2005: 6-7) jako pohled na ošetrovatelství v Saudské Arábii. Na dotaz, jak reagovala na nutnost dodržovat pravidla a vše dokumentovat, říká: *„I přes mou nelibost jsem ale musela uznat jednu věc: veškeré to papírování je pro pacientovu bezpečnost.“* Dále pak uvádí, že absolutně to nejpodstatnější je vlastně ochrana sebe sama, své správně provedené práce. Ona tuto situaci pochopila ve světě, který pro cizince nemusí být vždy přátelský. Pacient má právo si stěžovat na cokoliv a spolupracovníci, většinou také cizinci, „bojují“ každý sám za sebe.

Myslím, že pokud by se všichni čeští zdravotníci ocitli v takto nastavených podmínkách, velmi rychle by si také zvykli a systém by v rámci obecné bezpečnosti nepodceňovali. My jsme v České republice, a tak mějme dostatek trpělivosti přesvědčit naše zdravotníky v relativně přátelském prostředí, že kvalita je především bezpečí pacientů i zaměstnanců a efektivní poskytování zdravotní péče.

Jak uvádí Bourek (2003: 1): *„Pojmy zajištění kvality a kvalitní management ovládají delší dobu diskuse kolem úrovně péče o pacienty v českém zdravotnictví. Stále častěji se objevují také pojmy certifikace a akreditace.“* Dále pak Bourek (2003: 3) uvádí vysvětlení těchto pojmů: *„Certifikát potvrzuje shodu. Důvěryhodná autorita prověří a potvrdí, že řádně označený výrobek, řízení nebo také poskytnutí služby je v soulase s normou nebo určeným normativním dokumentem.“* Naproti tomu *akreditace* a její získání je potvrzením známky kvality pro uživatele péče a veřejnost. Akreditace je tedy potvrzení o způsobilosti a jako její minimální formu lze chápat licencování.

Jak uvádí Struk (2001: 1): „*Měření a řízení kvality ve zdravotnictví má oproti jiným odvětvím výroby a služeb řadu odlišností a s tím spojené časové prodlení.*“ Od poloviny 80. let se začíná o kvalitě mluvit a v 90. letech se stává tématem prioritním. Téma kvality není nové, ale je spíše tématem stále znovu a v jiných kontextech se opakujícím.

Důležité v této oblasti je to, že zájem o řízení kvality neustále stoupá a stává se naprostou samozřejmostí i v oblasti služeb, které poskytuje také zdravotnictví.

2.1.1. Akreditace

Akreditace je proces, při kterém specializovaná externí organizace hodnotí jinou organizaci, která o akreditaci dobrovolně požádá. Komisaři, kteří akreditaci provádějí, posuzují, do jaké míry postupuje organizace ve shodě s požadavky na zvyšování kvality. K objektivnímu porovnávání slouží akreditační standardy. Dále pak akreditace slouží hodnocené organizaci k tomu, aby se jasně zavázala ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajišťování bezpečí prostředí při poskytování péče a k systematické snaze o snižování rizik jak pro pacienty, tak pro personál. Akreditace je účinným nástrojem hodnocení a řízení kvality. (11, str. 11)

Již v roce 1918 byly ve Spojených státech amerických publikovány první minimální standardy pro nemocnice a v roce 1951 byla založena Spojená komise pro akreditace zdravotnických organizací (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations – JCAHO). Organizace sleduje kvalitu péče dle standardů u různých poskytovatelů zdravotní péče a tento proces je dobrovolný. (21, str. 3)

2.1.2. Audit

Audit, jak uvádí Bourek (2001: 1), je jednorázové měření kvality. Je nástrojem užívaným v procesu akreditace a má retrospektivní nebo souběžný charakter.

Dále pak Vašátková (2004: 8) uvádí: „*Audit je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazu a objektivní hodnocení s cílem stanovit rozsah, v němž jsou splněna kritéria*“. Je běžně využíván středním a vyšším

managementem ke kontrolám hospodaření, kvality poskytovaných služeb a dodržování standardů v různých oblastech. Management organizace pak používá údaje obsahující objektivní a faktické informace pro potřeby plánování, přezkoumávání a zlepšování činností.

2.1.3. Řízení kvality v České republice

Osvědčené postupy řízení kvality byly v České republice po roce 1989 převzaty z rozvinutých zemí a řízení kvality bylo zapojeno do příslušných forem mezinárodní spolupráce. V roce 1990 byla založena Česká společnost pro jakost, která iniciuje a koordinuje rozsáhlé aktivity a podílí se na udělování ocenění – např. Ceny České republiky za jakost. Tato společnost se také podílela na přípravě zásad Národní politiky jakosti přijaté vládou České republiky. (21, str. 5)

Řízení kvality zdravotní péče vedoucí k dobrovolné akreditaci nemocnic je již mnoho let stále aktuální. Proces zvyšování kvality je možné nastavit pomocí programů kvality zdravotní péče, které vycházejí z různých systémů. V České republice si managementy nemocnic mohou vybrat ze systému *ISO norem*, které jsou výhodné převážně v oblasti technických provozů a laboratoří. Dále je možné zvolit *systém mezinárodní akreditace organizace Joint Commission International*, která hodnotí kvalitu ve více než 300 standardech a jejich měřitelných indikátorech nebo je možné akreditovat zdravotnické zařízení v méně detailním národním systému *Spojené akreditační komise České republiky* (dále SAK ČR) na základě plnění 50 akreditačních standardů. (23, str. 1-5)

Tyto standardy jsou rozděleny do 10 základních kapitol:

- I. Standardy kvality
- II. Standardy diagnostických postupů
- III. Standardy péče o pacienty
- IV. Standardy kontinuity zdravotní péče
- V. Standardy dodržování práv pacientů
- VI. Standardy podmínek poskytované péče
- VII. Standardy managementu
- VIII. Standardy péče o zaměstnance
- IX. Standardy pro sběr a zpracování informací

X. Standardy protiepidemických opatření

SAK ČR je nezávislou organizací poskytovatelů zdravotní péče, která byla v roce 1998 založena Asociací nemocnic ČR a Asociací českých a moravských nemocnic. Organizace prosazuje akreditaci jako dobrovolný proces, který zvyšuje kvalitu péče a bezpečí pacientů. Také Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále MZ ČR) definovalo tento systém v roce 1998 ve Věstníku č. 6/98, částka 7, 50 akreditačních standardů. V roce 2000 podpořila vláda svým usnesením č. 458/2000 Národní politiku podpory jakosti a na úrovni MZ ČR vznikla ve stejném roce Rada pro kvalitu ve zdravotnictví. V roce 2001 vzniká Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví jako součást Státního zdravotního ústavu. Tyto zlomové události pomohly rozvíjet nový přístup k chápání kvality ve zdravotnictví České republiky a respektování jejích principů. (20, str. 32)

2.1.4. Řízení kvality ve zdravotnické organizaci

Fakultní nemocnice Hradec Králové (dále FN HK) se zapojila v rámci Sdružení fakultních nemocnic (dále SFN) do projektu Integrované implementace managementu kvality v českých fakultních nemocnicích. Tyto vypracovaly společný manuál řízení kvality péče a vytvořily předpoklady pro připravenost na akreditační proces. FN HK definovala zlepšování kvality zdravotní péče dle akreditačních standardů SAK ČR. Od roku 2001 byly managementy klinik pověřeny přípravou podkladů pro zavedení auditních standardů. V letech 2002 - 2003 bylo provedeno základní seznámení pracovišť s nimi a základní kvalitativní hodnocení jednotlivých pracovišť dle akreditačních standardů SAK ČR. V roce 2004 byla provedena kontrola stupně naplnění standardů formou sebehodnocení pracovišť v Akreditačním pracovním sešitu. V roce 2005 se staly akreditační standardy SAK ČR základem pro odborné hodnocení pracovišť. V letech 2003 a 2004 byla 4 pracoviště FN HK certifikována dle ISO 9001. V roce 2005 byl proveden vnitřní audit standardů SAK ČR jako předstupeň externího hodnocení. FN HK na základě zvolené koncepce definovala priority, dosažitelné cíle a plány řízení a zlepšování kvality. Zejména pak stanovila úlohy členů vrcholového řízení a stanovila odpovědnosti v oblasti kvality péče pro vedoucí pracovníky zdravotnických i

nezdravotnických segmentů. Vytvořila Radu kvality a Radu kvality pro ošetrovatelskou péči a bylo ustaveno Centrum kvality péče. V rámci SFN spolupracovala na tvorbě standardů do společného Manuálu kvality SFN.

(24, str. 1-4)

2.2. Řízení lidí

Lidé jsou nejcennější hodnotou, kterou organizace disponuje. Cesta k nim je však plná překážek, často je nutné se vracet, protože lidské chování nelze předpovědět. Základním kamenem lidských zdrojů je pochopit jejich význam, zabezpečovat je, udržovat a rozvíjet. Jak dále uvádí Plamínek (2003: 68): „*Definovat produkty, zdroje nebo procesy bez aktivní podpory zaměstnanců je ještě možné, ale od okamžiku zavádění zpětných vazeb, učení se z dosažených výsledků a zejména podpory firemní dynamiky jsou lidé nepostradatelnou součástí motoru, který pohání další vývoj firmy.*“ Pokud chceme lidi řídit, nesmíme zapomenout, že potřebujeme jejich podporu. Cesta k loajálním a schopným lidem působícím na správném místě není lehká.

Jak uvádějí Donnelly, Gibson a Ivancevich (2004: 543): „*Řízení lidských zdrojů lze definovat jako proces dosahování podnikových cílů prostřednictvím získávání, stabilizování, propouštění, rozvoje a optimálního využívání lidských zdrojů v organizaci.*“

Drla a Rais (2001: 5) citují zajímavý názor Johna Rockefellera: „*Schopnost řídit lidi je zboží, které se dá koupit jako cukr a káva, a já jsem ochoten za ni zaplatit více, než za cokoli jiného.*“

Jinými slovy jde tedy o manažerské dovednosti, které jsou základem. Dá se říci, že je to umění vhodně jednat s lidmi, protože cesta k úspěch vede pouze přes aktivní, motivované a zúčastněné lidi.

Jak tedy dosáhnout role úspěšného a uznávaného manažera? Tuto a mnoho dalších otázek si kladou postupně všichni, kteří se manažery stávají. Realita současnosti je tvrdá. Svět 21. století změnil technickým pokrokem tradiční postupy,

posílil odpovědnost jedince a přispěl ke vzniku týmové práce. Manažeři mají také nové možnosti, jak provádět změny v přístupu při řízení lidí. Je to spíše vedení, koučování či partnerství vůči svým podřízeným. Avšak manažeři jsou neustále odpovědní za všechno, co se stalo, jsou obviňováni za nezdary a sami dostávají pokyny, které jsou v rozporu s jejich přístupy. Jejich podřízení nechtějí žádné změny a posílení svých pravomocí také odmítají. Můžeme tedy říct, že přechod od řízení k vedení může být navzdory dobré vůli velmi obtížný. (12, str. 16-19))

Drla a Rais (2001: 5) uvádějí, že při řízení se obvykle setkáváme se dvěma styly. Při *autokratickém* způsobu řízení většinou vedoucí rozhoduje sám, vylučuje zapojení a účast ostatních, podřízení nemají možnost ovlivnit jeho rozhodnutí. Naopak *demokratický* způsob řízení je spojen s vyšší mírou spolupráce podřízených na řízení. Vedoucí zvažuje nápady a návrhy, může, ale nemusí brát v úvahu názory ostatních a konečné rozhodnutí provede sám.

K dalším stylům řízení můžeme přidat i řízení formální a liberální. Obecně pak platí, že úspěšní manažeři se spíše pohybují od řízení *direktivního* k *týmovému*. Jak uvádí Plamínek (2003: 140): „Úspěšní manažeři ... svůj řídicí styl jakoby míchali z *direktivní* a *týmové složky* v poměru, který je dán hned několika faktory. Především závisí na *charakteru úkolu* a na *povaze lidí, kteří úkol vykonávají*.“ U méně kvalifikovaných lidí se používá více дирекce a naopak u lidí vzdělaných, schopných samostatného uvažování, s přirozenou odpovědností se jejich potenciál využívá pro spolupráci.

Co je tedy vedení lidí? Je to jen jiné slovo vyjadřující to samé nebo jiný styl nového přístupu manažera? Zkusíme si odpovědět. Vedení bude pravděpodobně efektivní řízení manažera, lídra či vůdce, který má určité ideální vlastnosti a schopnosti, věří v sebe a ostatní. Je to vůbec možné? Není to nereálný sen?

Kamp (2000: 30) uvádí seznam vlastností ideálního vůdce:

- hrát roli vzoru pro ostatní
- znát sama sebe
- soustavně se vzdělávat

- mít potěšení ze změny
- mít vizi
- plně si uvědomovat současnou realitu
- mít vysokou úroveň etiky a hodnot
- myslet systémově
- správně komunikovat
- pozitivně myslet
- umět se nadchnout
- být opravdový

Svým chováním pak manažer může demonstrovat tyto charakteristiky a vlastnosti. Ve skutečnosti je nutné si říci, že „dokonalým“ manažerem se může člověk stát, pokud je ochoten se stále učit, vzdělávat, rozvíjet, přebírat zkušenosti jiných, vše vidět v souvislostech, změnu vidět jako pozitivní faktor a mít neustále cíl a vizi.

Při strategii vedení lidí je možné vycházet z „pyramidy firemní kultury“. Plamínek uvádí (2003: 69) postupné kroky, které čekají manažera, chce-li získat podporu lidí. Jsou to:

1. *Definice.* Jsou *definovány* firemní myšlenky a stanoveny role jednotlivců při jejich uskutečňování.
2. *Orientace.* Lidé jsou seznámeni s myšlenkami a je jim vysvětlena souvislost myšlenek s jejich prací. Lidé *znají* firemní myšlenky.
3. *Motivace.* V této fázi potřebujeme, aby lidé myšlenky nejen pochopili, ale aby je také akceptovali. Lidé *podporují* firemní myšlenky.
4. *Habilitace.* Lidé sice chtějí, ale neumějí. Zde je potřeba harmonizovat skutečné a požadované individuální schopnosti. Lidé mají *odpovídající schopnosti*.
5. *Synergetizace.* Individuální schopnosti nezaručují úspěch celku. Proto je nutné rozvíjet vztahové dovednosti a dobré mezilidské vztahy. Lidé mají *kvalitní vztahy*.
6. *Integrace.* Vše se zdá seřízené, ale někteří lidé začnou být konfliktní. Zvládnutí konfliktních lidí. *Lidé mají prostor k osobnímu rozvoji*.

Pokud se budeme dále zabývat samotnými manažery a skutečností, že vše mezi lidmi obsahuje komunikaci, pak je nutné si říci, že existují manažerské styly, které vyjadřují určité schopnosti komunikace manažera.

Donnelly, Gibson a Ivancevich (2004: 518-519) je dělí na čtyři typy:

A – *manažeři* nepoužívají tzv. „nechráněné polohy“, to znamená, že nejsou otevření a čestní a nepoužívají ani zpětnou vazbu. Jsou nepřátelští, vytvářejí dojem chladnosti. Lze tedy očekávat špatnou a neefektivní komunikaci, ztrátu individuální tvořivosti lidí. Styl řízení je autokratický.

B – *manažeři* toužící po dobrých vztazích, ale protože nejsou schopni otevřít se a vyjádřit své pocity, nemohou proto použít nechráněnou polohu, a tak spoléhají pouze na zpětnou vazbu. Fasáda je potom převažujícím rysem interpersonálních vztahů. Manažeři si nechávají názory a nápady pro sebe, a proto jim podřízení nedůvěřují. Většinou tento styl praktikují manažeři, kteří používají některou formu permisivního vedení, kdy věcem ponechávají volný průběh či projevují nezájem.

C – *manažeři*, kteří vysoce hodnotí vlastní názory a nápady, ne však názory druhých. Používají nechráněnou polohu na úkor zpětné vazby. Tito manažeři nemají zájem na komunikaci s ostatními, ale mluví pouze sami. Mezi nimi a lidmi vzniká hluchý prostor. Podřízení jsou pak nepřátelští, nejistí a otrávení. Tito manažeři se zajímají hlavně o zachování vlastní důležitosti a prestiže.

D – *manažeři*, kteří vyváženým způsobem používají nechráněné polohy i zpětné vazby. Jsou to manažeři jistí ve svých funkcích, sdílejí své pocity s ostatními a přijímají od nich zpětnou vazbu. Při úspěšném praktikování tohoto chování se zvětšuje pozitivní aréna a komunikace se stává efektivnější.

Pokud chceme provést změnu v řízení či vedení, je nutné si uvědomit, s kolika souvislostmi musíme počítat. Manažer tedy musí neustále pracovat sám se sebou. Uvědomovat si kolik míry otevřenosti je nutné a zároveň únosné, co a jak moc otevřeně lidem říci, protože oni neustále sledují a hodnotí jeho výstupy. Zároveň umět dobře naslouchat a využívat zpětné vazby od lidí. Část svých kompetencí delegovat, posílit sebevědomí lidí, dát jim autonomii a využít jejich potenciálu.

2.2.1. Týmová práce

Jak vytvářet efektivní tým, co pomáhá a co překáží společné práci, co se od týmu očekává? Tyto a mnoho dalších otázek si můžeme klást, když přemýšlíme o společné práci lidí a jejím týmovém charakteru. Jak odlišit tým od skupiny?

Jak uvádí Mikuláščík (2003: 190): „*Tým je taková skupina, v níž všichni členové mají společný cíl, přičemž jejich činnosti ve skupině na sebe navzájem navazují a jsou na sobě závislé.*“ Aby se skupina stala týmem, musí splnit několik základních podmínek:

- členové si uvědomují společný cíl a podporují jeho dosažení
- myšlení jednoho člena týmu je inspirací pro ostatní členy týmu
- členové mají vymezené role, kompetence a odpovědnost
- tým je heterogenní jak profesionálně, tak v účasti na spolupráci
- v týmu funguje efektivní komunikace a spolupráce
- konflikty jsou považovány spíše za zranění a řešení problémů
- existuje vzájemná návaznost a závislost týmových rolí

Mezi týmy koordinující práci nebo specializovanou činnost bychom mohli zařadit týmy profesionálů ve zdravotnictví, které vykonávají a realizují určité plynulé procedury, které musejí být prováděny kvalitně a efektivně. Týmová práce ve zdravotnictví je charakterizována vysokou specializací odborné práce a odlišnostmi v kompetencích jednotlivých spolupracujících členů týmu. Pokud existuje vysoká specializace práce, má obvykle i své důsledky, které z ní vyplývají.

Ukažme, co je tedy charakteristické pro týmovou práci lidí ve zdravotnictví:

- odlišnost postavení vyplývající ze vzdělání a kompetencí
- vysoké požadavky na kvalifikaci
- nutnost zapracování v praktických procesech a jejich osvojení
- opakování se procesů práce, ale zároveň jejich možná proměnlivost nebo nepředvídatelnost
- vysoká osobní odpovědnost za zvolený postup a správně provedenou práci

- nutnost dodržování stanovených standardních postupů, zajišťujících kvalitní, efektivní a bezpečné procesy
- řízení systémem decentralizace odpovědnosti
- nutnost kontroly jednotlivých systémů a procesů v rámci vnitřních auditních šetření

Jakých změn tedy chceme dosáhnout? Je v našich týmech vše v pořádku? Proč některé týmy nefungují? Týmy ve zdravotnictví nejsou bohužel výrobní linkou, ale působí na ně mnoho faktorů.

Můžeme je rozdělit na faktory týkající se výsledku výkonu práce souvisejícího s pacientem a kvalitou vykonané práce, efektivity procesu, který má svou hodnotu vyjádřenou v nákladech, které jsou spotřebovány či výsledku péče v časovém horizontu a vlastním uspokojením z práce pracovníka, který práci vykonává.

Kvalita vykonané práce souvisí se vzděláním, zkušenostmi a osobní odpovědností pracovníka. A zde je obvykle problém. Vzdělání bez zkušeností, získaných praxí, samo o sobě nezaručuje kvalitu. V rámci praxe je nutné dodržovat standardně stanovené postupy a jejich platnost nepodceňovat a neignorovat. Do tohoto procesu je nutné také zavést etiku, komunikaci a přístup k pacientovi.

Pracovníci ve zdravotnictví podceňují pocity z vlastní práce a často jediným měřítkem bývá to, jak moc práce vykonali, aniž by si kladli otázku, jak správně ji vykonali, a zda-li neohrozili svým konáním pacienta nebo sami sebe.

Na tomto poli se tedy otevírá možnost pro změnu myšlení pracovníků v oblastech, které se týkají nejen jich samých, ale i v posílení úlohy role týmu, který má společný cíl.

Jak tedy vytvořit efektivní tým? Jak uvádí Mikuláščík (2003: 196-198), je nutné při utváření týmu dodržet určitou strukturu, která umožňuje vzájemnou závislost a spolupráci týmových rolí. V podobě ujasňování si rolí, kompetencí a odpovědnosti tým zraje.

Spontánnost vzniku pravidel musíme v našich zdravotnických týmech vyloučit a již zavedená pravidla začít respektovat a vyžadovat. Pro týmovou práci se více hodí lidé, kteří jsou optimisté, mají dar intuice a věří ve spolupráci. V našich týmech jsou

však zastoupeni všichni: individualisté, pesimisté, cynici, kverulanti i lidé konfliktní. I tak musí tým fungovat. Pro předcházení vzniku problémů je dobré předem vědět, co je práce týmu, jaká je jeho odpovědnost, co se od týmu očekává, jaké jsou potřeby členů týmu, co pomáhá a co překáží společné práci.

Někdy nemusí být používání tradičního názvu „pracovní tým“ úplně optimální. Jak uvádí Payne (1993: 42), je někdy lépe používat neutrální označení „pracovní skupina“, jejímž základem je vzájemná spolupráce. Avšak musíme si uvědomit, že žádné aktivity ve skupinách nejsou jen optimální. Cesty k vytváření týmů mohou být buď řízené procesy, nebo se vzájemnou spoluprací lidí tým vytváří.

Pro zlepšení práce týmu nebo nutnou změnu je možné použít některé ze scénářů vytvořených Napierem a Gershenfeldem dle Wahlstroma 1992, citovaných Mikuláščíkem (2003: 198):

- společně upřesnit s členy týmu jejich specifické oblasti působení, odpovědnosti a kompetencí, jejich role a také závislosti mezi jednotlivými rolemi
- zapojit skupinu do definování podstaty skupinových cílů
- projevit opravdovou snahu o poznání potřeb jednotlivých členů týmu a vzít je v úvahu v rámci celé skupiny

Jen pomocí zapojení se většiny a získání důvěry lze prosazovat změny efektivním způsobem.

2.2.2. Problémy při řízení lidí

K základním úkolům manažerů patří obecně *řízení a vedení* zaměstnanců, kteří jsou v různé míře ochotní či neochotní sdílet společné hodnoty, být loajální k firmě a jejímu vedení, a kteří jsou ochotní či neochotní měnit svoje postoje.

Plamínek (2003: 64) uvádí, že loajalita k myšlenkám a loajalita k lidem by se v dobře nastaveném systému neměla dostat do rozporu, protože manažeři v optimálním případě reprezentují a personifikují firemní myšlenky. Pokud lidé věří firemním myšlenkám a jednají i pracují podle nich, nemusí být neustále hlídání

nadřazenými. Dále se pak zamýšlí nad tím, jaké mohou být příčiny nežádoucího stavu, který se v naší společnosti trvale opakuje:

- jako příčinu první vidí to, že *firma nemá myšlenky*, které by lidé mohli sdílet
- jako druhou příčinu uvádí, že *firma myšlenky má, ale lidé je neznají nebo je nechápou*
- příčinou třetí pak může být stav, že *myšlenky jsou pochopeny, ale nejsou podporovány*

Když se zamýšlíme nad naším problémem, tak většinou můžeme první příčinu vyřadit. Jsme v situaci, kdy organizace myšlenky má, manažeri je svým zaměstnancům předávají. Chtějí je lidé znát? Část zaměstnanců se nejen o cíle organizace nezajímá, ale pravděpodobně jim opravdu nerozumí. Těm, kteří jim nerozumí, je možné opakovaně myšlenky vysvětlovat a pomoci jim pochopit jejich význam v každodenní práci. Obávám se však, že část zaměstnanců tyto myšlenky nepodporuje, protože nemají pocit, že jsou v jejich zájmu. Jak tedy skloubit zájmy organizace a zaměstnanců?

Dále Plamínek (2003: 65) vysvětluje, že pokud tedy není zřejmý užitek systému firemních myšlenek pro konkrétního jedince, tak je nutné jej motivovat.

Lze ale motivovat všechny stejnými stimuly? Asi nelze, je nutné rozlišit, k jakému typu člověk patří, zda nemá existenční či jiné životní problémy a co by mohl dostatečně ocenit.

Také Forsyth (2003: 14) říká: „*Na lidi se můžeme spolehnout, že budou plnit úkoly skutečně dobře, jedině tehdy, jestliže je budou chtít dělat a my je při tom budeme stimulovat. Motivace poskytne lidem důvody, proč mají dobrý výkon podávat.*“ A dále pak v souvislosti s Maslowovou teorií uvádí, že lidi lze účinně motivovat jedině tehdy, jestliže je hierarchie uspokojování potřeb respektována. Pokud není uspokojena základní potřeba na nižší úrovni – jako například plat a možnost opatřit si to nejzákladnější, je úsilí motivace na vyšším stupni odsouzeno k neúspěchu.

Maslowovu pyramidu potřeb člověka používá jako pomůcku také Plamínek (2003: 85) a dělí ji pro potřeby našich stimulů na patra *přežití, bezpečí, příslušnosti, výlučnosti a smysluplnosti*. K těmto patrům přiřazuje stimuly, které postupují po žebříčku hodnot a mohou být vyjadřovány jako:

- snesitelné pracovní podmínky
- dostatečný finanční příjem
- zajištěná budoucnost
- kvalitní mezilidské vztahy
- image firmy
- výhody a kariéra, oceňování a respekt
- prostor pro osobní rozvoj a smysl užitečné práce

Když se sama zamyslím nad tím, co může stimulovat naše zaměstnance, tak pro většinu z nich jsou dobré pracovní podmínky, slušný finanční příjem, určitá jistota budoucnosti státní organizace, výhody vyplývající ze zaměstnaneckého poměru, benefity, které poskytuje organizace v rámci Fondu kulturních a sociálních potřeb zaměstnanců, oceňování práce v rámci mimořádných odměn z fondu vedoucích, možnosti dalšího vzdělávání v rámci kurzů, školení a konferencí hrazených zaměstnavatelem „*naprostá samozřejmost*“.

Čím tedy vlastně motivovat tyto lidi? Říkat jim, že to jinde zaměstnanci nemají? Posílat je na stáže do jiných organizací, vysílat je do zahraničí a nechat je porovnávat? Určitě ano. To může být část cesty pro ty, kteří nemají srovnání, protože pracují v organizaci dlouhý čas nebo naopak jsou v ní krátce.

Další část lidí lze motivovat stimuly, které jim dávají prostor pro osobní rozvoj ve výzkumu nebo při řešení zadaných témat, která tyto pracovníky stimulují a mohou navodit pocit výlučnosti. Většina pracovníků ve zdravotnictví by mohla ve své práci najít smysl užitečnosti. *Obávám se však, že tato hodnota se z většiny lidí vytrácí.*

Nakonec vztahy mezi lidmi. Tato kapitola je asi nejbolestnější. Ve zdravotnictví pracuji několik desítek let a vím přesně, jak se neustále vztahy mezi lidmi zhoršují. Týmy lidí, kteří by spolu měli spolupracovat se neustále dělí na my a oni. Je to bohužel jev, který má horizontální i vertikální linii. Oddělují nás nadřizenost a

podřízenost, typ vzdělání a z něj vyplývající znalosti a kompetence, neochota k toleranci, nerespektování rolí druhých a mnoho dalších negativních faktorů, které neumíme nebo nechceme překonat.

2.2.3. Řízení změny

Změny jsou běžnou součástí života a lidé na ně musejí opakovaně reagovat celý svůj život. Kamp (2000: 53) cituje zajímavou myšlenku Toma Peterse: „*Dnes je pozitivní vztah ke změně, rozruchu a dokonce i k chaosu předpokladem pro přežití, pomíneme-li úspěch.*“ Změny se nám tedy nemohou vyhnout, pokud o ně usilujeme nebo o ně usilují jiní.

Změna se může přihodit, ale může být i plánována a řízena. Pro udržení efektivní a konkurenceschopné organizace je nutno tento proces řídit. Při řízení změn je důležité používat různé strategie a postupy, které mohou být standardní, ale i nekonvenční. Většina organizací jsou otevřenými systémy v prostředí, které není stabilní, a proto si musí vyvinout vnitřní mechanismus podporující plánované změny. Pokud je cílem změny jedinec a jeho chování, je možné využít poradenství, socializace nebo školení. Porady a mapování zpětné vazby mohou být prostředkem pro změnu chování skupin. (6, str. 28-31)

Proč se organizace brání přijímat změny? Drdla a Rais (2001: 34) odpovídají, že v nich pracují lidé, kteří neuznávají změny jako odpověď na hrozby, které hrozí jim samým. Jedním ze způsobů jak předvídat reakci lidí je uvažování v termínu „*investice členů*“. Čím větší investici jedinec na současný stav vynaložil, tím větší hrozbu ze změny pocítuje, a tím silnější odpor vynakládá. K vyvolání odporu obvykle stačí pouze obava, nedostatek či nesprávné informace, nedostatek důvěry nebo rozdílné odhady.

Příčiny změn vyvolávají jak dále uvádějí Drdla a Rais (2001: 35-37) různé faktory. Pro potřeby zdravotnictví bych vybrala:

- nová, technologicky vyšší vybavení
- zavádění informačních systémů
- nová legislativa

- rostoucí tlak ze strany spotřebitelů péče
- rozpor mezi náklady a zdroji, tlak na efektivitu využívání zdrojů
- konkurence
- úpadek morálky, fluktuace
- krizové situace, neočekávaná nepřátelství
- nedostatek vnitřních kandidátů na výkonné pozice

Organizace a jejich vedení, které by tyto faktory prostředí ignorovaly, nemohou být v 21. století ani konkurenceschopné ani životaschopné.

Jak jsem již na začátku uvedla, změny se týkají lidí a ti se brání. Obvyklým problémem tedy bývá, že i nutná a prospěšná změna je většinou lidí předem odsuzována k nezdaru a lidé, kteří se ji snaží prosadit a přesvědčují o jejich výhodách, příliš brzy sklouznou k její obhajobě.

Jak uvádí Mikuláščík (2003: 249-250), pokud mají být změny přijaty, je nutné změnit celou řadu věcí u lidí, se kterými komunikujeme:

- začínáme tím, že *lidi posloucháme*, ptáme se na jejich potřeby a snažíme se je pochopit
- *nepředpokládáme jejich víru* ve vyhlídky ani jejich sebevědomí
- *díváme se komplexně* na jejich perspektivu výhod i nevýhod plánované změny
- *nevyjadřujeme apriorní nesouhlas*, který ještě více podněcuje lpění na starých postojích

Snažíme se tedy změnit jejich sebevědomí, jejich perspektivu, jejich styl, jejich rigiditu ve vnímání stálosti a neměnnosti okolí a změnit jejich předpoklady – otevření se změnám a možnosti adaptace. Na počátku procesu zjišťujeme pomocí otevřených otázek potřeby lidí, posloucháme a následně tyto informace používáme tak, aby byly stavěny na zájmech lidí, kterých se změna týká. Nepoužíváme domněnky. V této fázi dochází i k vytvoření vřelejších a přátelštějších vztahů mezi zaměstnanci a vedením. Zaměstnanec si musí vytvořit důvěru a věřit argumentům vedení o budoucím efektu změny nebo o průběhu okolností při jejich dopadech.

Lidem, kteří nejsou změnám otevřeni a oponují, musíme dát dostatek prostoru a snažit se z nich dostat jejich výhrady či stanoviska. V praxi je někdy nutné a taktnější v některých případech při silném odporu nechat problém nedořešený, v jiných případech je nutné použít „sílu“. Ve velkém kolektivu lidí je někdy nemožné všechny podmínky dodržet, ale je dobré na ně nezapomínat.

Jaké předpoklady musíme znát, abychom mohli *zahájit proces řízené změny*. Drdla a Rais (2001: 45-46) uvádějí základní pravidla, bez kterých není možné proces změn efektivně ovlivňovat:

- *Maximální znalost dané problematiky a organizace*, které se změna týká je logickým předpokladem iniciace celého procesu. Při něm je možné využít k získání informací neformálních vazeb nebo naopak odstranit klapky z očí, pokud jsme v organizaci dlouhou dobu.
- *Lidé budou rezistentní vůči všemu, co je může ohrozit*. Přirozená lidská rezistence je velkým problémem. Systém příkazů nevede ke ztotožnění se se změnou a nezabezpečuje například očekávanou kvalitu.
- *Změna zásadního charakteru vždy vyvolá stres*. Reakce lidí ve vypjatých situacích bývají neadekvátní a rozhodnutí špatná. Pokud je situace krizová nebo konfliktní, je dobré získat čas a informace, nechat vychladnout hlavy všech aktérů a vyhnout se rychlým rozhodnutím.
- *Nelze změnit pouze jeden element systému a ostatní ponechat ve stejném stavu*. Hledat jednoduchá řešení je přirozené, bohužel nepřinášejí efekt, který očekáváme. V důsledku provázanosti jednotlivých komponentů, které spolu souvisejí, je nutné provést analýzu chování ostatních systémů a problém řešit komplexně.
- *Změna v chování lidí je dlouhodobý a složitý proces*. Chování lidí je možné měnit pouze po určitých krocích, a to ještě velice pomalu. Je uváděno, že „měnit sama sebe dokáže pouze silná osobnost, změnit druhé je téměř nemožné“.
- *Participace na připravovaných změnách snižuje osobní rezistenci a obavy*, které jsou spojeny s nepoznaným. Participace kolegů nebo podřízených zjednoduší řízení procesu a může upozornit na existující nedostatky.

Každá změna má své iniciátory – *hybné síly*. Již na začátku změny je nutné vědět, jaký má být požadovaný stav na konci procesu změny – *budoucnost*. Proces bude realizován *s lidmi*, kteří jej budou podporovat i bojkotovat. Během procesu budou prováděny *intervence*, které budou systém měnit. Intervence musí být implementovány a je nutné *znát jakým způsobem to všechno budeme provádět*. Dosažené výsledky pak hodnotíme a *vyvozujeme z nich závěry*. Nakonec si musíme odpovědět na otázku, jak celý proces dopadl. (6, str. 47)

2.3. Motivace

Motivování lidí patří k velmi důležitým úkolům manažera. Jak uvádí Mikuláščík (2003: 231): „*Motivační funkce úzce souvisí s přesvědčováním, neboť ten, kdo je přesvědčen, bývá většinou i motivován.*“ Údělem manažera je nutnost motivovat sebe sama, ale i ostatní, protože řadoví pracovníci se často sami motivovat nedovedou. Proto motivování a přesvědčování stojí blízko sebe a může se doplňovat. Při přesvědčování jde o ovlivňování postojů, názorů nebo motivů a používá se k němu různých forem argumentace. Motivační stimulování může mít dvě podoby:

- podobu *krátkodobou* pro každodenní pobízení a podporu
- *dlouhodobou – podpůrnou*, která má podobu očekávání pozitivních úspěchů či zisků, ale i sankcí

Motivace, jak říká Kamp (2000:156), znamená uvádět se do pohybu, ale pohyb neznamená v této rovině plnění pracovních úkolů, nýbrž pracovní nadšení. Pokud sami chceme, snažíme se věci udělat co nejlépe. Dále pak uvádí, že motivace vzniká pouze tehdy, když existuje dostatek motivačních faktorů, které stojí jedinci za to, aby vynaložil svůj čas a energii na vlastní výkon. Co lidi motivuje? Mezi mýty patří domněnka, že lidi motivují nejvíce peníze. Tento motivační faktor je krátkodobý a pro dlouhodobou motivaci nestačí.

Kamp (2000:157-158) uvádí, že z průzkumu, který prováděla, vyplývají zásadní skutečnosti, které dlouhodobě ovlivňují motivaci lidí a je nutné, aby byly přítomny všechny současně. Jedná se o skutečnosti:

- úcta k lidem

- projevy uznání lidem
- předání odpovědnosti lidem
- zábava

Manažer tedy může vždy vytvořit prostředí, kde existují motivační faktory a ty využívat tak, aby lidé mohli být motivováni. Pokud totiž chce uskutečňovat změny, musí mít kolem sebe lidi, kteří se do změn aktivně zapojí. Je nutné si připomenout, že motivovaní lidé uskutečňují změny, protože sami hledají způsoby, jak zlepšit práci.

2.3.1. Pocity lidí z práce

Hned na počátku této kapitoly bych použila slova, která říká Forsyth (2003: 27): *„Žádný manažer, ať už si o své osobní přitažlivosti myslí cokoli, se přece nemůže domnívat, že pro něj lidé budou pracovat jen proto, že je to samo o sobě něco úžasného.“*

V současném světě nemají lidé obecně danou jistotu práce. Proto se převážná většina lidí pracujících v soukromém sektoru snaží ve své práci vidět více než jen zdroj obživy. To, co zaměstnavatel poskytuje – auto, telefon, počítač, zařazují do svého soukromí a vidí v tom užitek.

Co ale říci lidem, kteří pocit nejistoty nezažili. Pracují ve státní organizaci, která má relativně bezpečné zázemí a s vyšší svého platu počítají často i mnoho let dopředu (mají půjčky, hypotéky a jiné splátkové povinnosti). Jejich práce bývá často rutinní, obnáší opakující se mechanické postupy. Pracují v kolektivu, který vytváří „ponorkové“ prostředí. Jak motivovat tyto lidi?

Pro praxi lze využít teorii, jak uvádí Forsyth (2003: 17-18), která vychází z Hertzbergových faktorů, jež se dělí na *hygienické a motivační*:

- Faktory *hygienické nebo také faktory prostředí* jsou vnějšími faktory, mají na jedince dopad, mohou vzbuzovat negativní pocity, mohou lidi odrazovat. Patří sem politika a administrativní procesy společnosti, dohled, pracovní

podmínky, plat, vztahy s kolegy, osobní život a vliv práce na něj, společenský statut, jistota.

- Naopak mezi *faktory motivační*, které v lidech mohou vzbuzovat kladné pocity, lze definovat dosažení cíle, uznání, práce sama o sobě, odpovědnost, postup, růst. Pokud je na úrovni prostředí vše v pořádku, lze tyto faktory posilovat. Dochází-li však k problémům, a jsou motivační stránky oslabeny, vzniká nebezpečí bloků, které oslabují práci lidí.

2.3.2. Faktory ovlivňující motivaci lidí

Faktory, které ovlivňují motivaci lidí, mohou být buď posilující, nebo oslabující. V našem případě se budeme nejprve zabývat faktory negativními, které můžeme lehce identifikovat v naší praxi, a následně popíšeme faktory pozitivní, ve kterých můžeme hledat cestu ke změnám.

2.3.2.1. Negativní faktory ovlivňující motivaci

Jak uvádí Forsyth (2003: 25), je dobré znát a mít pod kontrolou faktory, které negativně ovlivňují běh věcí a vždy postupovat tak, aby se jejich negativní efekt minimalizoval.

Pokud se díváme na zdravotnictví, lze všechny tyto oblasti hodnotit ze dvou odlišných pohledů. Mají svůj rub i líc. Negativní faktory jsou:

- *politika a administrativní postup společnosti* – nutnost bezpečí, pravidel, efektivity / *pravidla vnímaná jako byrokracie, zdržování od práce*
- *dohled* – povinnost manažera / *neochota přijímat zjištění či připomínky, strach*
- *interpersonální vztahy* – podpora týmové práce, spolupráce, neformální setkávání / *konflikty, nedostatek komunikace, střet rolí*
- *pracovní podmínky* – prostory, vybavení, pohodlí, funkčnost, bezpečí / *kritika, nedostatek srovnání, přetěžování při výkonu práce*
- *osobní život* – skloubení / *ovlivňování, omezení*
- *bezpečí při práci* – výkon práce, nutná školení, legislativa / *podceňování, nedodržování*

- *společenský statut* – postavení ve společnosti, oceňování profese společností / *nízký statut, nedocení*
- *plat* – plat za vykonanou práci, odměna / *nespokojenost, omezení*

(9, str. 25-32)

Manažeři vidí v plnění podmínek *administrativních postupů* a dodržování pravidel více rovinu bezpečí a mívají větší vnitřní smysl pro odpovědnost. Kontrolu či *dohled* vidí spíše v rovině preventivní. Obecně mohou mít *pracovní podmínky* manažerů charakter určitých nadstandardů, avšak ve zdravotnictví často nepřesahují běžného standardu. *Společenský statut* a *plat* bývá mírně vyšší, avšak rovina *osobního života* je často ovlivněna chronickým nedostatkem času.

Naopak lidé hledají spíše negativa v *administrativních postupech*, vidí v nich pouze ztrátu času a oblast bezpečí při dodržování pravidel silně podceňují. *Kontroly* manažerů lidé vnímají často jako „buzeraci“ a z chyb si neberou ponaučení. Nároky na *pracovní podmínky* částečně přeceňují a pokud nemají srovnání, nebývají objektivní. *Osobní život* zdravotníků je ovlivněn profesí, která vyžaduje skloubit pracovní a osobní požadavky, které bývají protichůdné. *Společenský statut* zdravotníků není v naší společnosti příliš vysoký a bohužel sami lidé, kteří ve zdravotnictví pracují a tvoří týmy z odlišně specializovaných kategorií, dost často neuznávají vzdělání a kompetence těch druhých. Také *plat* se nachází na negativní straně vah, i když je lidsky přirozené, chtít stále více.

Z výše uvedeného vyplývá, že více negativně pociťují negativní faktory lidé než manažeři. Nenechme se však mýlit, manažeři pociťují mnohem více stresu z trvalého nedostatku času a velkého rozsahu zodpovědnosti.

Je tedy dobré mít stále na zřeteli, co všechno může lidem práci ztrpčovat a tato hrozící negativa dostupnými prostředky a postupy zmírňovat.

2.3.2.2. Pozitivní faktory ovlivňující motivaci

V této části se budeme zabývat druhou miskou vah, kterou můžeme v praxi využívat k aktivní podpoře kladných pocitů. Jak uvádí Forsyth (2003: 33-46), jsou to faktory:

- *dosažení cíle* – dobrý pocit, pochvala, ocenění, odměna

- *uznání* – pochvala, odměna, povýšení, benefity
- *práce sama o sobě* – zajímavá práce, radost z práce, prostředí, vybavení
- *odpovědnost* – pečlivost, kontrola, pochopení
- *postup* = „*vertikální kariéra*“ – pozice, moc, peníze
- *růst* = „*horizontální kariéra*“ – košatění, posílení výjimečnosti

Člověk sám může mít radost z dobře vykonané práce a při ocenění pochvalou či odměnou může jít i o pocit *dosažení cíle*. *Uznání* úspěchu má v motivačním procesu velmi důležitou roli. Jeho projevem jsou jak neformální ocenění, jako je veřejná pochvala či pozvání na oběd, tak i hmotné odměny. Pokud *práce sama o sobě* člověka zajímá a má ji rád, bývá motivován přirozeně. Prostor, ve kterém je práce vykonávána, lze posilovat například vybavením, které ulehčuje práci, spoří čas apod. *Odpovědnost* může mnoha lidem dělat potíže. Pokud jsou však plněny podmínky jasné organizace práce a přidělených kompetencí, nebývá problémem. Je-li člověk ambiciózní, odpovědnost si přirozeně uvědomuje, nebývá pro něj přítěží. Těm druhým musí naopak manažer pomoci. *Postup* jako motivační prvek funguje velmi dobře, pokud bývá spojen s finančním efektem. Doprovází jej dále i pocit naplnění kariéry či dosažení vyšší pozice. Vyšší formou je dále pak *růst*, který se od postupu odlišuje tím, že člověk, který dosáhl určitou pozici na pracovišti, může pak v rámci vlastního růstu přestoupit někam jinam, kde zúročí svoji výjimečnost, nebo je přesunut v rámci firmy na významnější postavení do ústředí apod.

Všechny tyto pozitivní motivační faktory jsou dobře využitelné i ve zdravotnictví a pokud si jejich dosah manažer uvědomuje a využívá je, může alespoň část lidí významně ovlivnit.

2.3.3. Strategie ovlivňování motivace lidí

Pokud se shodneme, že motivaci lidí můžeme ovlivňovat, tak ale nemůžeme očekávat, že ji budou ovlivňovat pouze ti nejvyšší nebo sebelépe vypracované dokumenty organizace. Podpora vysokých míst je velmi důležitá, ale bez podpory nižších manažerů a vytvoření určité linie, která mapuje i výsledný efekt, proces nepřináší očekávané výsledky.

Vytváření vhodné kultury v organizaci má zásadní význam a motivace stojí jak na *lidech*, tak na *systémech*. Forsyth (2003: 50-51) uvádí, že manažeři mohou, pokud jim není motivace lhostejná, *vytvářet dobré pocity u lidí* a sami svým dobrým výkonem lidi kolem sebe ovlivňovat. Jiní lidé často v pozadí bez formálního pověření mohou zastávat roli tzv. „zastávce motivace“ a motivovat tak široké okolí. Dobrovolně se chápou úkolů, které přispívají k všeobecnému prospěchu organizace, a dokonce mohou vysvětlit problém ještě před tím, než dojde ke škodám.

Dále pak autor uvádí, že *systémy mohou působit i nezávisle na lidech* a soustřeďovat pozornost jak na specifika motivace, tak na potřebu odpovědnosti. Existují možnosti, jak lze systémově zapracovat motivaci do kultury organizace, jako například:

- popisy práce manažerů musí specificky vymezovat jejich úlohu jakožto motivátorů
- komunikaci je třeba pojímat jako součást motivačního procesu, čímž lze předejít různým fámám, v organizaci musí existovat komunikační metody věstníkem počínaje, nástěnkou konče
- podporovat a iniciovat sportovní, společenské aktivity nebo jiné aktivity
- pravidelně hodnotit práci lidí a adekvátnost jejich finanční odměny nebo jiné formy odměn

Dále pak je nutné využívat i neformálních přístupů setkávání s lidmi. Tato setkávání by měla mít svoji pravidelnost a manažeři jim musí věnovat dostatek času, aby lidé měli dobrý pocit, že jde o skutečný zájem a tato setkávání v nich nevyvolávala spíše odpor. Osobní zkušenost manažerů s názory lidí má větší váhu, než zprostředkované názory přes nižší vedoucí pozice. Tyto metody nazývá Forsyth (2003: 54) metodami „přímého měření“ a ukazuje na nich, jak získat maximum informací za krátkou dobu pro ostatní přijatelným způsobem. Jsou to:

- umět naslouchat a dávat najevo, že posloucháte
- přestat mluvit, vcítit se a číst mezi řádky
- zpětně se ptát a věci si vyjasnit
- soustředit se a nevzrušovat se
- dívat se lidem do očí
- vyhnout se osobním dojmům, hádkám, negativnímu vymezování věcí

- dělat si poznámky, zaznamenávat si klíčové body
- testovat si získané informace u dalších lidí

Při jakýchkoliv metodách zjišťování názorů lidí musíme mít na paměti, že lidé budou hovořit otevřeně jen tehdy, když si budou jisti, že tak mohou činit beze strachu z následků. Při osobních setkáních může manažer informace získávat, ale i sám poskytovat a tím motivaci podporovat.

Dále pak je nutné myslet na to, že lidé se mohou vyhýbat komunikování z důvodů strachu, protože nechtějí vzbudit dojem, že jsou např. neschopní. Proto jak uvádí Mikuláščík (2003: 232), je možné využít v rámci motivačního působení formu řízení koučování, které vychází z předpokladu, že při dostatku podnětů se lidé učí lépe. Podnětem pro lidi může být i vlastní styl práce manažera. Předávání informací je pak prováděno postupně, v rámci pracovního procesu a pracovník je podporován v přemýšlení a hledání vlastních řešení, přičemž vedoucí se mu stává radcem či partnerem a tím posiluje jeho sebevědomí. Tato forma je však možná tehdy, je-li vedoucím zkušený odborník a podřízený se chce od svého nadřízeného něco naučit a respektuje ho.

Pokud chceme být dobrými manažery je důležité si znovu připomenout, že nesmíme nikdy zapomenout na lidi, se kterými pracujeme. V maximální možné míře je musíme zapojit do systému komunikace, zpětné vazby, ocenění, inspirace, využití znalostí a zkušeností všech, podporovat rozvíjení jejich tvořivosti a sebeuplatnění, přenášet na ně odpovědnost a pravomoci. Tím vším podpoříme motivaci lidí a zajistíme plnění toho, co je pro organizaci či pracoviště prospěšné.

2.4. Komunikace a informace

Komunikace a informace jsou pojmy, které spolu úzce souvisejí. Bez nějaké formy komunikace nelze předat informaci. Jak víme, je komunikace vždy přenos vzájemného porozumění pomocí verbálních nebo neverbálních symbolů. V manažerské práci by bylo obtížné hledat nějakou stránku, ve které by komunikace nebyla obsažena. K problémům v komunikaci dochází, protože pokyny či informace

bývají často nepochopené, špatně interpretované nebo zkreslené. Problémem tedy není vlastní komunikace, ale její efektivita. Na znázornění neefektivní komunikace můžeme použít názor, který uvádějí Donnelly, Gibson a Ivancevich (2004: 504): „*Říkat neznamená učit se a poslouchat neznamená učit se. Psát neznamená komunikovat a číst neznamená porozumět.*“

A zde jsme u našeho častého problému. Proč lidé nedodržují pravidla nastavených dokumentů, se kterými jsou prokazatelně seznámeni? Co je tedy příčinou neefektivní komunikace? Proces komunikace je velmi složitý, ale většina lidí má tendenci jej vidět velmi jednoduše. Komunikování se také týká použitých emocionálních prostředků. To, co chtělo být sděleno, může být vzdáleno od toho, co bylo skutečně sděleno a jak to bylo pochopeno.

Dalším problémem bývá množství informací, které jsou sdělovány. Nedostatek i nadbytek způsobuje riziko. Je tedy velmi důležité věnovat pozornost informacím, protože je lze označit za klíčové zdroje úspěchu jakéhokoliv subjektu.

Informace lze definovat dle Smejkal a Raise (2003: 165) jako:

- poznaček týkající se jakýchkoliv objektů, fakt, událostí, procesů, myšlenek a pojmů, které mají v daném kontextu specifický význam
- data jsou fakta a informacemi se stávají tehdy, když jsou v kontextu a nesou význam pochopitelný lidmi
- každé sdělení obohacuje vědomí příjemce
- informace je jakýkoliv energetický či hmotný projev, který může mít smysl pro toho, kdo sděluje nebo informace přijímá
- znalost, kterou je možné jakoukoliv formou sdělovat

Co dále souvisí s našim problémem? Jak uvádějí Gladkij a kolektiv (2003: 196): „*Problémy mezilidských vztahů jsou zpravidla problémy komunikace.*“

Bohužel vše, co souvisí se špatným pochopením zadání a následným nedodržováním předpisů, může být ovlivněno mnoha faktory, které komunikační proces doprovázejí. Manažer si tedy na začátku musí ujasnit, pro jaký účel

informace sbírá, ale i vydává, k jakému cíli směřuje. Součástí komunikace musí být minimalizace šumů jako jsou například nesrozumitelné sdělování rozhodnutí, neurčité zadávání úkolů či používání nejasných symbolů.

2.4.1. Komunikační kanály v organizaci

Komunikace v organizaci umožňuje její samotnou existenci. Prostředí, kultura a etika organizace úzce souvisí se způsoby komunikace. Jak uvádí Mikuláščík (2003: 214-215), vysoká míra informovanosti pracovníků zaručuje funkčnost celého systému. Efektivní chod komunikace je předpokladem pro rozvoj lidí i organizace a umožňuje utváření a změny postojů, které jsou předpokladem tzv. učící se organizace. Systémy řízení komunikace využívají buď *více formálnější* možnosti komunikace, jako jsou písemné formy sdělení – standardizovanými formami jsou oběžníky, zprávy z porad, podnikové dopisy, a nebo *méně formální* – tváří v tvář, kterými může manažer zvýšit účinek sdělení svým osobním přístupem. Avšak tyto formy nestandardizované komunikace jsou proměnlivé, závislé na emocích a prostředí. Pozitivním je, že často se při této formě komunikace pokládají otázky, na které lze získat ihned odpovědi a tím více poznat a pochopit.

Výběr komunikačních kanálů je ovlivněn kulturou a prostředím organizace, schopností využívat nových forem. Komunikační kanály se liší rychlostí, přesností, efektivitou, náklady, množstvím oslovených lidí a prezentací nebo reprezentací. Dále pak záleží, pro které cíle nebo posluchače je zřizován a používán. Mikuláščík (2003: 218) uvádí možné formy komunikačních kanálů v organizaci:

- individuální rozhovor s pracovníkem
- skupinový rozhovor – porada, diskuse týmu
- konference, seminář, shromáždění
- vzdělávání – přednášky, vzdělávací prostředky, video, knihy ...
- časopisy a noviny organizace
- nástěnky
- externí komunikace s partnery nebo zákazníky
- kolektivní vyjednávání
- dopisy

- písemné zprávy
- telefony, faxy, záznamníky, telegramy ...
- dotazníky, průzkumná šetření
- oběžníky, metodická opatření, předpisy
- internet, elektronická pošta
- obřady a tradice organizace, obleky, uniformy ...
- reklama
- public relations

Všechny tyto formy umožňují různé podoby vztahů, ze kterých lze vytvářet podoby pavouků či diagramů, které mohou být využity jako pomůcka pro ujasnění vzájemných návazností a závislostí komunikačních toků a mohou se také stát dobrým prostředkem při objasňování nefunkčních toků či hodnocení komunikačních nedorozumění.

Pokud tyto možnosti v organizaci existují, ale výsledky kontrolních šetření či běžné zpětné vazby ukazují, že nefungují, je nutné zvolit co nejindividuálnější přístup k lidem tam, kde opakovaně dochází k problémům a hledat jejich příčiny. Manažer musí zvolit více forem neformální komunikace, při kterých bude nejen předávat informace, ale zároveň cíleně sbírat, poznávat a objektivně hodnotit to, co se touto cestou dozví.

2.4.2. Metody komunikace manažera

Proč nezačít jedním spartánským rčením: „*Vaše řeč byla tak dlouhá, že jsem zapomněl začátek, a to mi brání, abych pochopil konec.*“ Mohlo by se zdát, že formální vztahy v organizaci souvisejí s hierarchickým uspořádáním, které stanovuje, kdo rozhoduje, kdo má pravomoc, kdo zodpovídá a kdo musí rozhodnutí respektovat. Vše vypadá zdánlivě bezproblémově, dokud se nedotkneme role moci, důvěrnosti vztahů, respektu, empatie a výchovy. Každý manažer musí regulovat a kontrolovat chování svých podřízených. Tato jasně daná skutečnost skrývá mnoho problémů. (16, str. 223)

Většina podřízených nemá stejný náhled na problém jako nadřízený, a tím vznikají projevy nesouhlasu nebo nedůvěry. Otevřenost je tedy velmi důležitá. Nadměrná pomoc a důvěrnost vztahů nebývá ku prospěchu a pomoc autoritativní osobnosti bývá vnímána okolím jako nespravedlivá nebo protěžující. Manažer musí být rádcem, koučem nebo „vychovatelem“ a působit tak svým vlastním příkladem. Na jedné straně může být odborník, ale na druhé hlavně člověk, aby získal důvěru svých podřízených. Často bývá manažer vnímán jako osoba, která se povyšuje, aniž by bylo pochopeno, že určitá distanc ve vztahu k podřízeným je nutná a žoviální chování může vést k nerespektování manažera. Problémem, který vychází z lidské povahy, je závist a ta potom vytváří napjaté vztahy. Jak vyjít z těchto a mnoha dalších problémů?

Jak uvádí Mikuláščík (2003: 223): „*Když manažer po podřízených něco chce, tak jim to musí umět říct tak, aby to pochopili. Podřízení musí mít pocit, že jejich manažer je pro ně užitečný. Manažer by se stále měl tázat sám sebe – jsem pro své spolupracovníky užitečný, nebo ne? – jinak veškerá komunikace vázne.*“ Manažer tedy musí v sobě stále nacházet trpělivost a sebekontrolu, aby strohým rozkazováním nevyvolával ve svých podřízených pocit méněcennosti či ponižování. Podřízení by měli příkazy vnímat jako stimul či impuls, který v nich podpoří aktivitu a vyvolá autonomii.

Nepochopení a neporozumění nebývají pouze problémem manažerů, ale je dobré si uvědomit, že doprovází lidské konání vůbec. Moderní typ manažera umí naslouchat, koordinovat aktivity lidí a rozvíjet jejich nápady, respektovat jejich různé zájmy, předvídat chování druhých, vycházet s lidmi a pochopit je. I zde se dá použít rčení, že by se k nim měl chovat tak, jak by si přál, aby se k němu choval jeho nadřízený. Mikuláščík uvádí (2003: 224) komunikační funkce v jednotlivých bodech a manažer, který vede skupinu lidí:

- řídí
- informuje
- přikazuje
- přesvědčuje
- motivuje

- kontroluje a monitoruje
- kritizuje
- organizuje a koordinuje
- dělá rozhodnutí

Co se týká vlastního informování, je dobré si uvědomit, říká Mikuláščík (2003: 227), že manažer působí jako:

- *„monitor, který zachycuje dění uvnitř i vně organizace, zúčastňuje se formálních i neformálních schůzek, studuje aktuální interní i externí zprávy a změny;*
- *špičák, který vytváří efektivní komunikační kanály pro šíření informací uvnitř organizace;*
- *mluvčí, který distribuuje informace o organizaci a jejích aktivitách externímu komunikačnímu prostředí.“*

Je tedy důležité, aby informace byly sdělovány v autentické podobě, aby manažer byl připraven sdělit své stanovisko a o informaci diskutovat. Vzniklé emoce uklidnit a pro předejití překrucování určité informace tuto předkládat v písemné podobě. Pomocí zpětné vazby si zkontrolovat, zda bylo informaci porozuměno.

2.4.3. Problémová komunikace

Pod problémovou komunikaci můžeme zařadit mnoho pojmů. Pro naše účely vybereme problémy, které vznikají při nezdravé komunikaci, kritice a při konfliktech.

Nezdravá komunikace se projevuje nedostatečnou flexibilitou, přizpůsobivostí, nedostatečnou citlivostí, chápavostí a porozuměním. Projevem je extrémní formalismus či extrémní spontánnost, nebo je také projevována naprostým nezájmem o lidi a jejich potřeby, o jejich pocity a sdělování. Nezdravou komunikací se může projevovat jednak člověk duševně nemocný, ale i člověk poznamenaný nevhodnou výchovou či člověk, který je v zátěži. (16, str. 208-209)

Problémem pak bývá, pokud je takový člověk v manažerské pozici, ale nemalým problémem je i člověk podřízený. Některé projevy se však vyskytují i u duševně zdravých lidí, při překročení určité míry stresu či jiných osobních vlivech, které ovlivní jejich chování.

Na některých lidech trvale pozorujeme jakési skrývání. Nereagují, nemluví a tím většinou zakrývají svoji neinformovanost či nekompetentnost. Bohužel tito lidé dost často později fakta překrucují a cíleně páchají zlo. Jiný typ lidí naopak využívá možnosti vlichocení a taktických omluv, kterými se snaží zlepšit svůj profil, který nemusí být vždy špatný. Také stres může ovlivnit chování lidí, které se projeví chaotičností, ztíženou sebekontrolou a zhoršenou kontrolou myšlení i úsudku.

Kritika doprovází lidstvo v celém jeho kontextu bytí. Jak uvádí Mikuláščík (2003: 202): „*Kritika je nezbytnou součástí života i pracovní aktivity, ale když je jí příliš mnoho, snižuje sebevědomí kritizovaného. Ne vždy je akceptována v plné šíři. Často vyvolává obranný postoj, odmítání spolupráce a nepřátelství.*“ Pokud chceme, aby byla kritika efektivní, musí mít kultivovanou formu. V první fázi je důležité najít pozitivní ohodnocení kritizovaného a pak je možné použít kritiku, která se tak snadněji přijímá a nezraňuje tolik sebevědomí a lidskou pýchu. Někdy je dokonce lepší vyzvat samotného pracovníka ke zhodnocení vlastní činnosti a vzbudit v něm dojem našeho zájmu pomoci mu s problémem.

Často se stává, že kritizují lidé, kteří jsou trvale se vším nespokojeni a stávají se tak neschopnými spolupráce. Bohužel jejich sděleními se pak nikdo nezabývá. Ti, kteří kritizují, by si měli uvědomovat, že se protistrana může zeptat na řešení. Pokud tedy chceme něco kritizovat, měli bychom mít připravené konstruktivní návrhy k řešení situace. Kritiku nemusíme tedy chápat jako něco, co nám život znepríjemňuje, ale jako něco, čím se dokonce můžeme učit. Zároveň kritikou můžeme i pracovníka motivovat k lepšímu výkonu. Je důležité zachovat důstojnost kritizovaných a slušnost chování při nutnosti sdělit nepříjemné skutečnosti.

Konflikty jsou pocitově negativní situace, kterými procházíme celý život, ale bez nich by nebylo růstu a vývoje. Pokud se konflikty opakují a nikam nevedou, bývají nepříjemným, stresujícím zážitkem. Pokud však argumenty pomohou vytlačit přežitě, staré a neefektivní, může být konflikt vnímán pozitivně a vyvolat určité

uspokojení. Konflikty na pracovišti mohou být čistě pracovními záležitostmi, ale velmi často bývají podpořeny osobními vztahy vzniklých přátelství a nepřátelství. Každý má své silné i slabé stránky. Někteří jedinci využívají své dominantní pozice a neférovými prostředky manipulují s jinými lidmi tak, že oběť za zády pošpiní a její i sebelepší snahy vyjdou naprázdno. Jak dále uvádí Mikuláščík (2003: 203): „*V takových situacích se snaží protagonista ukazovat v nejlepším možném světle, ale současně v zákulisí praktikuje a využívá všechny prostředky k tomu, aby opozici pošpinil, odstranil nebo využil.*“

Konfliktní situace bývají často těžko zvládnány samotným protagonisty konfliktu. Při zapojení emocí a vzájemné rivality, při neschopnosti zvládnout situaci a naslouchat druhému je lepší si přivolat nezávislou třetí osobu, která umožní kontrolu a dodržování pravidel. Jak by mělo vypadat řešení konfliktu uvádí Mikuláščík (2003: 203) ve čtyřech fázích:

1. *V první fázi* si musí účastník konfliktu problém rozebrat ze svého pohledu, jak ho sám cítí a jak se cítí v roli opozičníka. Popsat si chování druhé osoby a co jsou fakta této osoby. Neplést si fakta s vyvozenými závěry.
2. *Ve druhé fázi* oba účastníci sporu posuzují problém společně. V této fázi je důležité uvědomovat si rozdílné vnímání, pozorně poslouchat a parafrázováním dávat zpětnou vazbu o porozumění jeho názoru, včetně pocitů, které jednání doprovázejí. Tam, kde je shoda možná, ujasnit si ji. Tam, kde jsou rozpory, hledat dál cestu k řešení na obou stranách.
3. *Ještě jednou* se zaměřit na přání a potřeby obou stran a hledat nezbytné kompromisy.
4. *V poslední fázi* se řešení zhodnotí a posoudí míra spokojenosti obou stran. Tuto fázi lze opakovat po uplynutí určité doby od konfliktu, aby nedošlo jen k zdánlivému vyřešení problému a ten nezůstal v latentní podobě.

Bohužel ne vždy je možné spor vyřešit. Buď strany nemohou nalézt žádné společné cíle, nebo jedna strana nesouhlasí s řešením, které by mohlo vést k uspokojivému cíli. Uspokojení v hádkách a neústupnost dominantních a agresivních lidí mohou veškeré snahy zničit. Pro řešení konfliktů je tedy nutné zachovat dodržování pravidel komunikace, která pozitivně ovlivňují výsledky jednání. Jde o jednoduchá pravidla komunikace, jak uvádí Mikuláščík (2003 : 205):

- právo říci svůj názor
- právo na stejný čas
- naslouchat druhému
- respektovat názor druhého
- nekřičet, neurážet, neironizovat
- parafrázovat myšlenky druhého, potvrdit porozumění
- neznehodnocovat to, čeho si oponent váží
- nekritizovat člověka, ale pouze konkrétní, aktuální čin
- nepřipomínat staré prohřešky, mluvit k aktuálnímu problému
- nenechat se ovládnout emocemi, zachovat sebekontrolu
- cílem není vítězství, ale pravda, efektivní řešení, lepší postup
- hledat cesty ke kompromisům, ukázat pozitiva u oponenta, na druhé straně svoje i sebemenší negativa sebekriticky označit

I konflikt tedy může být cestou řešení některých problémů a může nám otevřít cestu ke změnám. Je na manažerech uvědomit si všechna úskalí, která konflikt doprovázejí a obrnit se trpělivostí a sebekontrolou. Jen tak může být řešení úspěšné a změny efektivní. Důležité je nezapomenout na příčinu vzniku konfliktu, která by se mohla opakovat. V první fázi konflikt řešit, vydat nápravná opatření a tato pak opakovaně kontrolovat.

2.5. Podstata kontroly v procesu řízení

Kontrola všech procesů lidského konání má své kořeny v hluboké historii. Není tedy výjimkou, že je nutným prvkem procesu řízení a v práci manažerů má nezastupitelnou roli. Začlenění procesu kontroly do procesu řídicí práce je prvkem nezbytným, plánovitým a zaručujícím částečné bezpečí při předcházení problémů, které při práci s lidmi běžně přicházejí.

Jak uvádějí Gladkij a kolektiv (2003: 277): „*V pojetí manažerských funkcí můžeme kontrolu definovat jako proces soustavného sledování stavu plnění úkolů, cílů a plánů organizace a provádění takových intervencí, které by vedly k požadovanému výsledku.*“ Dále pak uvádějí, že kontrola plní v procesu řízení

funkci zpětné vazby. Proto při zjištění nežádoucích odchylek musí manažer určitými nástroji tento stav změnit. Poté je nutné vyvinout úsilí, aby se problém znovu neopakoval. Tato část kontroly má pak svoji preventivní funkci.

Také Mikuláščík (2003: 233) uvádí kontrolování a monitorování jako součást práce manažera a dále pak říká: „*Kontrolu je možno označit jako permanentní sledování hospodárnosti porovnáváním plánu se skutečností, jako pořizování, zhušťování a poskytování informací pro potřeby rozhodování.*“ Průběžná kontrola je nezbytná a bez ní není možné zaručit kvalitní práci. Problémy s kontrolou bývají v přístupu samotných pracovníků, kteří nedokáží kontrolu přijmout a smířit se s ní. Kontrolní práce manažera musí mít úroveň, která není příležitostí ukázat moc nad podřízenými, ale ukázat její preventivní složku a podnět ke změnám.

Určité segmenty kontroly je možné delegovat na nižší úrovně řízení a tak vychovávat pracovníky k větší samostatnosti a odpovědnosti.

Autoři Donnelly, Gibson a Ivancevich (2004: 326) uvádějí: „*Důležitá funkce managementu kontrolování zahrnuje veškeré aktivity, jejichž pomocí manažeři zjišťují, zda dosahované výsledky odpovídají výsledkům plánovaným.*“ Dále pak uvádějí důležitost stanovení měřitelných standardů, uplatnění korekčních akcí, možnosti uplatnění korekčních opatření, ke kterým mají manažeři pravomoci a zaměřují se na praktickou aplikaci kontrolních metod.

Donnelly, Gibson a Ivancevich (2004: 328-339) dělí základní typy kontrol na preventivní, průběžné a kontroly se zpětnou vazbou:

- *Preventivní kontrola* se obecně týká lidských zdrojů, kvality materiálu a finančních zdrojů. Hraje zde důležitou roli implementace zásad a pravidel do činnosti lidí a sledování stanovených zásad v chování lidí. Tento proces začíná již v popisu práce, kterou pracovník vykonává, a je tedy nutné jej kontrolovat. I výběr pracovníků podléhá kontrole, která zajišťuje ověření jejich kvalifikace.
- *Průběžná kontrola* zjišťuje, zda procesy či činnosti probíhají v souladu se stanovenými cíly. K této kontrole používají provozní manažeři standardy a provádějí je většinou formou pozorování a zjišťování, zda stanovené procesy

probíhají daným způsobem. Patří do ní například i instrukce o nových pracovních postupech a metodách. Tento proces manažerského instruování podřízených je nazýván „usměrňování“. Usměrnovací funkce hraje důležitou roli v manažerské práci nižšího managementu. Čím je vyšší postavení manažera v hierarchii organizace, tím je menší usměrňovací funkce. Usměrňování je typicky komunikační záležitostí. Efektivita tohoto procesu je závislá na efektivitě komunikování, na předávání informací a vhodné formě informací. Jak jsou nebo nejsou požadavky plněny, se musí manažer přesvědčit dohledem nad prací podřízených. Pokud se způsob provádění odchyluje od požadovaných standardů, je úkolem manažera usměrnit pracovníky tak, aby došlo k nápravě.

- *Kontrola zpětnou vazbou* umožňuje analýzu nákladů, financí, kontrolu kvality a hodnocení výkonnosti a výsledků. Všechny podklady je možné využít pro budoucí korekční aktivity.

Pro naše potřeby se budeme zabývat *kontrolou kvality a hodnocením výkonnosti pracovníků*.

Ve výrobní sféře se jedná o *kontrolu jakosti* výrobků, ve sféře služeb jde o *kvalitu péče či služby*, která je spotřebiteli poskytnuta. Pro tyto procesy jsou využívány různé systémy řízení kvality mezinárodní či národní, dle kterých je možné systém nejen nastavovat, ale i kontrolovat. Důležitost této kontroly je rozprostřena na všechny články řízení, protože výsledek může být ovlivněn některými nižšími procesy, které mohou mít v rámci konečného výsledku i následky fatální. Bohužel některé ekonomické skutečnosti bývají překážkou zvyšování kvality.

Hodnocení výkonnosti pracovníků patří mezi nejobtížnější metody kontroly zpětnou vazbou. Jak uvádějí Donnelly, Gibson a Ivancevich (2004: 345-346): „Význam této kontroly vyplývá z faktu, že lidé jsou nejcennějším zdrojem všech organizací. Také nelze pochybovat o tom, že za jakýmkoli odchylkami vždy stojí lidé.“ Mnoho příčin však hodnocení pracovníků komplikuje. Sebelépe sestavené standardy hodnocení nemusejí vždy vyjadřovat objektivní hodnocení a subjektivnost názoru manažera může pracovníka poškodit nebo naopak vyzdvihnout. Do procesu je zařazován prvek sebehodnocení, aby sám pracovník měl možnost obrany, nebo

naopak o svém problému začal více přemýšlet. Pokud se však trvale vyskytují nedostatky v hodnocení, je nutné zavést korekční opatření formou přeškolení, přeřazení na jinou práci či odejití pracovníka.

Autoři Gladkij a kolektiv (2003: 278-279) dělí kontroly na dva typy:

- kontrolu s *dopřednou vazbou*, u které si kladou otázku: „*Zajistí vstupy, procesy a činnosti plánované cíle?*“
- kontrolu se *zpětnou vazbou* s otázkou: „*Je výsledek dané činnosti konzistentní s plánovanými cíli?*“

Dále pak uvádějí, že má-li být kontrola efektivní, musí být zaměřena především do budoucna – „dopředně“. Při kontrole je nutné uvědomit si některé negativní vlivy, které mohou kontrolní proces ovlivnit. Jde zejména o jednostranný pohled, nadměrnou kontrolu, vakuum, formalismus nebo kritickou náročnost. Všechny tyto vlivy je nutné z procesu kontrolování odstranit.

Závěrem je tedy důležité si uvědomit, že atributy efektivní kontroly se skládají z *metody, standardů, informací a korekčních opatření*. Kontrolní procesy nejsou nástrojem strachu pro podřízené, pokud tito dodržují stanovená pravidla. Naopak, pokud sami dojdou k názoru, že nové okolnosti vedou k rozporu mezi stanovenými pravidly a praxí, jsou toto povinni hlásit svým nadřízeným, kteří situaci budou řešit. Bohužel pravdou je, že pracovníci ignorují jak stará, tak nová pravidla a manažeři musí neustále posilovat prvky kontroly ve svých činnostech, aby vykonávané procesy nebyly nebezpečné či ohrožující a v systému řízení kvality jsou nuceni tato pravidla opakovaně zdůrazňovat.

Prvek kontroly by proto potřeboval posílit o samostatnou funkci kontrolora či „kvalitáře“, neboť v rámci všech povinností manažera se stává časově neúnosnou. I zde platí, že opakování je matkou moudrosti, a tak opakované kontroly mohou posílit u lidí prvky vlastní odpovědnosti. Pozitivní změnou je pak jejich autonomní chování s přirozeným smyslem pro zodpovědnost.

2.6. Shrnutí

Teoretická část shrnuje poznatky různých autorů citovaných z použitých zdrojů a praktické zkušenosti autorky z provozu zdravotnické organizace, která tvoří podmínky pro řízení kvality. Za procesy kvality nelze vidět pouze nastavovaná pravidla, ale je nutné vidět hlavně lidi, kteří se s těmito pravidly musí ztotožnit a řídit se jimi. Je potřeba vytvářet jim podmínky pro kvalitní práci, protože lidé sami obvykle nechtějí měnit zaběhané zvyky, a proto je nutné na tuto překážku myslet a pomoci jim ji překonat. Zde se ukazuje velká úloha manažerů na všech úrovních řízení. Je nutné lidem pomoci se orientovat v problematice, motivovat je, spojovat je do týmů, které vytvářejí efektivní procesy a mají společné cíle. Při řízení lidí je nutné myslet na problémy samotných lidí, odhalovat příčiny neochoty spolupracovat, či příčiny jejich rigidity. V tomto procesu pak využít různých možností komunikace, které pomohou problémy identifikovat, dále pak s nimi pracovat a postupnými kroky je odstraňovat. V neposlední řadě je nutné zavést takový kontrolní systém, který přinese uvědomění si odpovědnosti na všech úrovních řízení i odpovědnosti pracovníků samotných. Tento proces bývá obvykle velmi dlouhý a ne všichni vydrží či „zvítězí“.

3. Praktická část

Cílem výzkumné části je zjistit postoje lidí ke změně a způsob, jakým lidé přijímají změny. Pokusit se hledat a doporučit vhodnou strategii vedení kliniky v přístupu k lidem, kteří nejsou ochotní přizpůsobit se změnám souvisejícím se zaváděním kvality. Praktická část magisterské práce popisuje prostředí výzkumu, metodu sebehodnocení pracoviště, která byla použita jako vstupní proces na začátku řízení kvality na pracovišti, a následné kvalitativní výzkumné metody – SWOT analýzu, Focus group a rozhovory, které vedly k získání informací od samotných zaměstnanců. V konečném důsledku pak využití získaných dat k navrženým opatřením.

3.1. Popis použitých metod výzkumu

- **Akreditační pracovní sešit – sebehodnocení pracoviště (modifikovaný formulář FN HK)**

Sebehodnocení pracoviště dle systému 50 akreditačních standardů SAK ČR je standardní metodou sledování implementace akreditačních standardů v organizaci. Praktickým významem pro kandidáty akreditace je popsání silných a slabých stránek pracoviště jako východiska pro změnu nebo další zlepšování.

Pro potřeby FN HK byl formulář modifikován (příloha č. 2). Formulář se skládá z čísla standardu, popisu standardu, typu odpovědi, kódu odpovědi a poznámky.

Doporučená metodika postupu spočívá v přiřazení kódu odpovídajícímu stupni naplnění standardu dle vnitřního expertního posouzení. Je nutno respektovat typ odpovědi (logická, kvantitativní, kvalitativní). Do poznámky je možné nestrukturovaně zapsat doplňující nebo vysvětlující údaje. Kódování provádí úzký kruh vedoucích pracovníků kliniky (2-3 osoby), čas trvání je plánován na 1 hodinu. Vyplněný formulář je předán na ředitelství FN HK.

- **Metoda SWOT analýzy**

Metoda je odvozena z počátečních písmen anglických slov, které ji charakterizují.

1. *Strengths* – neboli silné stránky, které souvisí s úspěšností, pozitivitou a lidé je cítí v rovině posílení a splněných očekáváníí.
2. *Weaknesses* – slabé stránky jsou nevýhody, překážky nebo jinak pocitově či fyzicky vnímané negativní faktory.
3. *Opportunities* – příležitosti neboli možnosti, které jsou ovlivněny okolím a pozitivně ovlivňují naše konání a pomáhají nám.
4. *Threats* – ohrožení neboli hrozby, které zvolenou cestu ovlivňují negativně a mohou způsobit ztráty, problémy či jiné překážky.

Jsou to čtyři kategorie, které SWOT analýza zkoumá, a které nám mohou dát důležité informace o vnitřním prostředí, jež posiluje nebo naopak oslabuje dění či lidi v organizaci, a vnějším prostředí, jež vytváří příležitosti nebo hrozby, ty mohou být pozitivem nebo negativem ve vnímání okolí, které s prací lidí souvisí a není jej možno přímo ovlivnit. Jasně nám říká, na čem můžeme stavět a uspět, a kde bychom mohli mít problém či neúspěch. (25)

Obecně nám SWOT analýza dává popis či přehled v mnoha oblastech, které potřebujeme zjistit. Je využívána v řízení strategií firem při změnách a rozvoji, v řízení lidských zdrojů, při přípravě projektů, může být využívána i v rovině sebehodnocení vlastních plus a mínus, k rozvoji strategie území a podobně. Dále pak nalézá a označuje příčiny problémů, objasňuje důsledky a ukazuje možnosti ovlivnění dalšího vývoje. Pomáhá při řešení problémů, při specifikování kroků a formulování strategií. Posiluje pozitiva. Metodu je možné použít v různých pracovních skupinách a týmech. (27)

- **Metody Focus group a multivoting**

Použitá metoda Focus group umožňuje sběr většího množství informací a zahrnutí většího počtu lidí. Současně mohou být účastníci dotazováni víc do hloubky. Dynamika skupiny podněcuje k vyjadřování myšlenek. Skupinu vede facilitátor a řídí tok informací mezi účastníky, zaznamenává odpovědi. Homogenní skupina účastníků je schopna diskutovat o nastolených problémech. Efektivní moderátorská osnova je zaměřena na získání požadovaných informací o skutečnostech.

1. stanovení cílů pro jednání – shrnutí v písemném dokumentu – cíle jednání, očekávání, k čemu budou získané informace použity
2. moderátor zajišťuje, aby se do diskuse zapojili všichni členové, a aby skupina nebyla nikým ovládána
3. sestavení homogenní skupiny, určení doby a místa
4. příprava moderátorské osnovy
 - úvod – účel jednání, představení účastníků
 - zahřívací kolo – diskuse o obecných bodech vztahujícím se k tématům
 - detaily – vedení diskuse hlouběji do zkušeností a postojů účastníků
 - klíčová sdělení – důkladná diskuse k jádru problému
 - souhrn – shrnutí nebo doplnění toho, na co se zapomnělo nebo zůstalo opomenuto
5. výběr účastníků – optimum 10 lidí, stejnorodost podporuje kvalitu diskuse a získání požadovaných informací, pozitivní i negativní interakce
6. vedení jednání focus group
 - definice a vysvětlení jasných cílů jednání
 - zvyšování dynamiky skupiny, všichni stejně, nedopustit ovlivňování ostatních např. dvěma silnými účastníky
 - vzájemné působení mezi účastníky – živá součást procesu, maximalizace kvality výstupu
 - nekvantifikovat výsledky – metoda neposkytuje obecně platné statistické výsledky (účastníci nejsou vybráni náhodně a skupina je malá) (26)

Multivoting je metoda, která pomocí přiřazování hlasů pomůže vyjádřit preference kvantitativně (výsledek vyjadřuje preference dané skupiny). Preferování názorů může probíhat různými formami přiřazování hlasů např. do obálek, přiřazování barevných značek nebo zaškrťování na předem připraveném materiálu. Účastníci disponují s omezeným počtem hlasů, které většinou anonymně přiřazují k odpovědím, které preferují. Výsledky hlasů jsou po odevzdání sečteny a seřazeny dle preferencí. Metoda umožňuje odkrýt nejvíce preferované oblasti, které byly předem získány jinou výzkumnou metodou.

- **Metoda rozhovoru**

Rozhovor je ústní jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, které směřují ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané realitě. Jde o vzájemnou interakci „tváří v tvář“. Přitom příznačný je jednosměrný tok informací od respondenta k tazateli.

Individuální standardizovaný rozhovor probíhá mezi tazatelem a respondentem. K záznamu rozhovoru je možné použít různých audio nebo videotechnik, se kterými musí respondent projevit souhlas. Tyto záznamy jsou později přepisovány. Pokud respondent nedá souhlas k těmto formám záznamu, je možné odpovědi písemně zaznamenávat a s respondentem kontrolovat. Standardizovaný rozhovor probíhá na základě předem připravených otázek a drží se jejich formulací a pořadí. Formální podobou se blíží dotazníku. Tazatel musí zaujímat nestranný postoj, výroky respondenta nesmí hodnotit ani komentovat. Data získaná standardizovaným rozhovorem bývají snadněji zpracovatelná.

Během vedení rozhovoru je důležité navodit vstřícnou atmosféru, která naladí a motivuje respondenta. Rozhovor koncipovat jako nenásilný dialog, vhodně vysvětlit jeho smysl, počítat s únavou a poklesem pozornosti respondenta a trvání rozhovoru naplánovat na únosnou míru (obvykle do 1 hodiny). Názory respondenta pak mohou být interpretovány individuálně nebo mohou sloužit ke srovnání názorů s ostatními respondenty. (1, str. 27-29)

3.2. Popis prostředí výzkumu

3.2.1. Organizace / nemocnice

Fakultní nemocnice Hradec Králové se v rámci řízení kvality postupně připravuje na budoucí akreditační proces v rámci národního systému Spojené akreditační komise ČR. Do systému řízení a zvyšování kvality se zapojila již v roce 2001 a postupně se v rámci Sdružení fakultních nemocnic zapojila do přípravného procesu a začala vytvářet prostředí pro změny ve vlastní organizaci. Také managementy jednotlivých pracovišť se od roku 2001 začaly postupně seznamovat s pravidly procesu plánované akreditace. V roce 2004 byla provedena kontrola stupně naplnění standardů formou sebehodnocení klinik a v roce 2005 se staly akreditační standardy SAK ČR základem pro odborné hodnocení pracovišť.

3.2.2. Pracoviště / klinika

Výzkum probíhal na klinice, která poskytuje servisní anesteziologickou a lůžkovou intenzivní péči v rámci FN HK. Rozsah péče poskytuje 100 zaměstnanců na 12 – 15 úsecích práce denně. Důraz je kladen na samostatnou odbornou práci pod vedením vedoucích úseků / oddělení lékařů a sester. Management kliniky má pravidelné týdenní schůzky s nižším managementem a vydává zápisy z těchto porad. Jeho součástí jsou všechny nově vytvářené dokumenty kliniky. Denně se na ranním hlášení kliniky setkává s převážnou většinou lékařů. Sestry jsou v denním kontaktu s nižším managementem sester, který řídí jejich denní činnosti. Na klinice je zaveden systém vzdělávání lékařů formou týdenních seminářů, které jsou rozděleny pro lékaře dle jejich odborné způsobilosti a přípravy v kontinuálním vzdělávání. Sestry jsou kontinuálně vzdělávány v systému měsíčních odborných seminářů, jejichž součástí jsou provozní schůze. Dokumenty kliniky a FN HK jsou přístupné jak formou písemnou, tak částečně intranetovou všem zaměstnancům. Zaměstnanci jsou průběžně seznamováni se svými povinnostmi, což potvrzují podpisem. Během roku probíhá na klinice několik neformálních setkání s pracovníky celého pracoviště (pracovní snídane, letní posezení, krajský seminář, předvánoční večírek). Přesto na pracovišti vznikají problémy, které pramení z nedostatku vlastní odpovědnosti

pracovníků při práci, z nedostatečného uvědomění si svých povinností převážně u nižšího managementu a neochoty měnit zaběhnuté, často i nebezpečné chování při práci.

Popisované pracoviště, na kterém probíhal výzkum, řídilo kvalitu do roku 2004 tradiční formou přijímání dokumentů FN HK a jejich předávání pracovníkům. Systém nebyl mnohdy kompatibilní se zvláštnostmi provozu, a proto management začal postupně samostatně zpracovávat další dokumenty jak organizační, tak odborné. Tyto dokumenty byly zařazovány do systému příloh Provozního řádu kliniky. Pracovníci byli s dokumenty FN HK i pracoviště seznamováni přes nižší management, který měl s vedením pracoviště pravidelné týdenní schůzky. Dále pak tyto dokumenty byly běžně dostupné v písemné formě na základních úsecích / odděleních kliniky.

Přijímání a zavádění dokumentů bylo na úseku ošetrovatelské péče chápáno nejen jako nutnost, ale i jako prvek, který pomáhá, a tak jejich závaznost byla od začátku více respektována. V oblasti medicíny na úrovni lékařů byly často obecné dokumenty přijímány s úsměvem a seznamování s nimi bylo velmi povrchní a často nezávazné. Tato část lidí byla po dlouhou dobu ponechána mýtu vlastní neomylnosti a nezdravé demokracie. Tato situace se však postupně stávala neúnosnou a nutně musely nastoupit změny. Nebyly sice systémové, vycházely převážně z nutnosti provozu, ale měly již atributy závazných pravidel písemnou formou s povinností vzít je na vědomí a podepsat. Nižší vedoucí pracovníci byli do jejich tvorby zapojováni, avšak ochota podílet se na spoluvytváření dokumentů byla velmi nízká. Při připomínkování tvořených dokumentů mívali tito lidé velmi málo připomínek a proto se zdálo, že praxi budou vyhovovat. Postupem času a při kontrolách bylo zjištěno mnoho neshod s dokumenty a teprve při konkrétních dotazech vedení kliniky se tito lidé bránili a vysvětlovali, proč postupy nebo nařízení nedodržují. Někdy byly jejich připomínky oprávněné, někdy ne. Obecně se dá konstatovat, že lidé jsou vynalézaví, mnoho situací vyřeší, ale bohužel za cenu, která může někdy vést k neodstranitelným následkům. Proto bylo nutné postupně měnit charakter přístupu nejen k tvorbě dokumentů, ale i k jejich zavádění. Bylo nutné zavést posilující prvky v opakovaných revizích vytvořených dokumentů, v posílení zpětné vazby od lidí směrem k vedení a určit kontrolní prvky na všech úrovních řízení.

3.3. Sběr dat metodou Sebehodnocení pracoviště

Sebehodnocení pracoviště bylo provedeno v říjnu 2004 a prováděl je tým ve složení přednosta, primář a vrchní sestra kliniky. K sebehodnocení byl použit modifikovaný formulář FN HK Akreditační pracovní sešit – sebehodnocení pracovišť (příloha č. 2). Pracovní tým přiřazoval kód odpovědi odpovídající stupni naplnění standardu klinikou dle svého posouzení. Záznamem kódů a poznámek byly identifikovány slabé a silné stránky kliniky.

3.3.1. Zjištění metodou Sebehodnocení pracoviště

Sebehodnocení ukázalo zjištění slabých stránek v kapitolách I., II., VII., VIII.:

1. *Kapitola I. Standardy kvality* – pracovišti chybí projekt zvyšování a rozvoje kvality zdravotní péče s pravidelným vyhodnocováním [I/1]¹ a sledování spokojenosti pacientů [I/3]¹.
2. *Kapitola II. Standardy diagnostických postupů* – pracovišti chybí písemný standard týkající se četnosti a rozsahu záznamů, které mají být obsaženy v dokumentaci kliniky [II/7]¹ a standard týkající se závazných postupů průběhu vyšetření před anestézií lékařem [II/9]¹.
3. *Kapitola VII. Standardy managementu* – není stanovena část zřetelných postupů písemnou formou, která se týká kompetencí a vztahů mezi nadřízenými a podřízenými na pracovišti [VII/31]¹. Částečně není plněn standard týkající se personální politiky, plánu rozvoje a hodnocení pracovníků [VII/33]¹. Standard, který se týká pochopení a sdílení poslání, cílů a strategií nemocnice / kliniky není v současné době oficiálně zjišťován, neoficiálně však zaměstnanci tyto hodnoty nesdílejí [VII/34]¹.
4. *Kapitola VIII. Standardy péče o zaměstnance* – chybí náplně práce lékařů [VIII/37]¹, není systematicky prováděna průběžná kontrola a hodnocení kvalifikace a výkonů v procesu vzdělávání lékařů [VIII/39]¹ a není systematicky monitorována spokojenost zaměstnanců [VIII/41]¹.

(8)

¹ Poznámka: Uváděná čísla v závorkách [] znamenají číslo Kapitoly Standardu / číslo vlastního standardu.

Pro účely této magisterské práce jsem se zaměřila na klíčový prvek, což byli lidé na klinice, kteří proces zvyšování kvality zpočátku nechápali a nepodporovali.

V procesu sebehodnocení se ukázaly v kapitolách I., II., VII. a VIII. slabé stránky managementu kliniky, který neměl stanovené některé zásadní dokumenty spojené s řízením lidí, nebyla dostatečně sledována zpětná vazba a chyběl monitoring spokojenosti zaměstnanců. Problém lidí a managementu byl propojen. Nepřítomnost zpětné vazby a hodnocení spokojenosti na straně zaměstnanců i pacientů neumožňovalo managementu přijímat dostatek informací, které by mohly vést k odstraňování nedostatků, a tím vést ke zvyšování kvality v péči o zaměstnance i pacienty. Pro účely výzkumu této magisterské práce byly vybrány oblasti *I. – Standardy kvality, VII. – Standardy managementu a VIII. – Standardy péče o zaměstnance.*

Standardy diagnostických postupů nebudou v této magisterské práci součástí výzkumu.²

3.3.2. Plánovaná opatření

Byly identifikovány jasné oblasti slabých stránek a částečně známa i jejich možná řešení. Byl vypracován plán tvorby chybějících dokumentů.

Z širšího pohledu se postupně začal ukazovat velký problém v *komunikaci* mezi vlastními zaměstnanci a nižším vedením jednotlivých úseků / oddělení kliniky. Při kontrolách platných postupů a směrnic vycházelo najevo, že část vedoucích nepředávala dostatečnou formou informace a písemné dokumenty platné pro všechny pracovníky kliniky, a později tito vedoucí nekontrolovali jejich dodržování.

Zde můžeme hledat začátek problémů, které vedou k nedorozuměním mezi vedením kliniky, které se snaží vést pracoviště k zvyšující se kvalitě na základě jasně stanovených pravidel, a vlastními pracovníky, kterými je tato aktivita chápána jako obtěžování a přidělování práce, nebo naopak mají pocit, že se jich to netýká, protože jim tato souvislost není jasná.

² Poznámka: Kapitola II. - Standardy diagnostických postupů jsou řešeny na jiné úrovni.

Jak k situaci přistoupit, aby proces řízení kvality, který byl požadován vedením FN HK, mohl být plněn? Bylo nutné začít u *lidí a komunikace* s nimi, vést lidi k ochotně spolupracovat, řešit problémy. Postupně vytvořit prostředí důvěry a čínorodosti, podporovat *motivaci* a posílit prvek *kontroly*. Plánované kroky nápravných opatření se týkaly posilování jak zavedených přístupů, tak nových prvků.

- **Pro oblast komunikace a zpětné vazby byla naplánována tato opatření:**
 1. V rámci provozních schůzí bylo plánováno seznámení všech pracovníků kliniky se systémem řízení kvality v nemocnici a s výsledky sebehodnocení pracoviště, včetně plánovaných kroků ve výhledu jednoho roku (říjen 2004 – říjen 2005).
 2. Pravidelné týdenní seznamování nižšího managementu s jednotlivými plánovanými a zaváděnými kroky a jejich spoluúčast při tvorbě dokumentů a řešení problémů.
 3. Zavedení a využívání možnosti zpětné vazby pro pracovníky kliniky. Dát možnost neformálních či anonymních sdělení do schránky. Zavést 1x ročně rozhovory managementu kliniky s pracovníky. Při řešení aktuálních problémů využívat možnosti dotazníků.
 4. Zjistit formou SWOT analýzy silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby, které vidí pracovníci nižšího managementu v procesu řízení kvality na klinice a dále s těmito informacemi pracovat.
 5. Průběžně posilovat roli managementu kliniky jako roli spolupracovníků a ochránců, kteří jsou ochotni vyslechnout, sdílet a řešit problémy a podpořit spravedlivé zájmy svých zaměstnanců. Veřejně informovat o řešených problémech, jejich dopadech či úskalích, která mají často souvislost v kontextu celé nebo části FN.
 6. Každé hodnotící období jednoho roku vydávat výroční zprávu kliniky (první za rok 2006).
 7. Posilovat vědomí sounáležitosti s cíly a posláním pracoviště jako hodnoty, která je důležitá pro dobré pracovní klima, bezpečí a efektivitu pracovních procesů a vlastní spokojenosti zaměstnanců.

- **Pro oblast kontroly byla naplánována tato opatření:**

8. Zavedení nového kontrolního systému celé kliniky, který zapojí všechny úrovně řízení a zároveň posílí kompetence a adresnou zodpovědnost jednotlivých řídicích úrovní (od 2006).
9. Zavedení nové formy kontrolních návštěv vedení kliniky na všech úsecích / odděleních 4x ročně.

Protože nebylo možné z metody sebehodnocení pracoviště jasně určit, zda jsou pracovníci dostatečně motivováni pro svoji práci a cítí sounáležitost s FN a klinikou, byla k posílení vybrána preventivně „dopředně“ i oblast motivace.

- **Pro oblast motivace byla naplánována tato opatření:**

10. Vysílat pracovníky na stáže do jiných organizací, aby mohli objektivně posoudit stav svého a jiných pracovišť, získat srovnání a přinést nové podněty.
11. Motivovat aktivní pracovníky možnostmi zahraničních stáží a zahraničních konferencí, které hradí organizace.
12. Podporovat celoživotní vzdělávání pracovníků, plánovat jejich osobní rozvoj.
13. Dále motivovat pracovníky finanční formou odměn a osobního ohodnocení. Chválit veřejně pracovníky, kteří mají zájem pracovat na změně, spolupracují, vedou svůj úsek / oddělení aktivně, bez závad apod. Naopak pracovníky, kteří trvale neplní své povinnosti, upozorňovat na možnost sankcí a sankce využívat.
14. Seznámit pracovníky s benefity FN HK a kliniky, které přinášejí nemalé výhody v oblastech kultury, sportu, vzdělávání, stravování apod.

3.3.3. Postupná realizace plánovaných opatření

V období listopad 2004 – říjen 2005 byly vedením kliniky vypracovány zásadní dokumenty, které se týkaly oblastí VII/31, VII/33, VIII/37, VIII/39. Tyto umožnily ujasnit základní vazby v nadřízenosti, podřízenosti a kompetencích lékařů a zavedly systém vzdělávání, rozvoje a hodnocení této kategorie zaměstnanců. Dále pak byly rozpracovány základní organizační a provozní dokumenty úseků / oddělení, které následně navazovaly na Provozní řád kliniky.

V období listopad 2005 – prosinec 2005 začaly postupné kroky, které sledovaly nové přístupy managementu kliniky v oblastech komunikace, zpětné vazby a motivace pracovníků.

V listopadu 2005 v rámci provozní schůze kliniky byli všichni pracovníci seznámeni s vyhodnocením ročního „sebehodnotícího“ období říjen 2004 – říjen 2005 v rámci systému zvyšování kvality ve FN. Tato data byla prezentována technickou formou zpětného projektoru. Byly ukázány výsledky, které se podařilo během hodnoceného období uskutečnit, a plán aktivit pro další hodnotící období. Management kliniky seznámil pracovníky s dalšími kroky v nastaveném procesu zvyšování kvality a vysvětlil nutnost stanovená pravidla dodržovat.

Pro posílení v oblasti motivace byl pracovníkům předložen materiál, na kterém byly zpracovány všechny oblasti benefitů, které FN a klinika pracovníkům poskytuje. Z následných reakcí bylo zřejmé, že tuto oblast pracovníci považují za naprosto samozřejmou a nedoceňují její praktický význam jako pozitivní motivace v rámci svého zaměstnání.

Dále pak bylo pracovníkům oznámeno zřízení schránky na klinice, k posílení zpětné vazby od pracovníků. Pracovníci byli vyzváni k jejímu využívání a ujištění, že s jejich návrhy nebo stížnostmi bude vedení kliniky dále pracovat.

Bohužel musím konstatovat, že lidé převážně poslouchali, do diskuse se nezapojovali a jejich přístup byl velmi pasivní. O sděleních pak diskutovali mimo toto fórum, tak jako již v minulosti mnohokrát.

3.4. Sběr dat metodou SWOT analýzy

Jako následující krok byla naplánována na začátek prosince 2005 metoda SWOT analýzy, která zjišťovala slabé a silné stránky vážící se k procesu zavádění kvality, definované nižším managementem.

SWOT analýza byla v tomto plánovaném projektu použita ve skupině 15 lidí, kteří se skládali ze středního a nižšího managementu pracoviště. Tato skupina lidí se pravidelně setkává na schůzích vedení kliniky, a proto bylo provozně jednodušší začít práci na výzkumném projektu právě s nimi. Tito pracovníci řídí různé velké úseky / oddělení kliniky a mají zodpovědnost na dvou úrovních řízení, a to léčebné a ošetrovatelské. Byli přítomni lékaři i sestry, kteří řídí tyto úseky, nebo jejich zástupci. Tito lidé byli přítomni na provozní schůzi kliniky a o připravovaném projektu byli informováni. Vedení kliniky tuto aktivitu podpořilo a její výsledky bude používat při plánování strategie zvyšování kvality na klinice.

O vlastní metodě SWOT analýzy a jejím průběhu byli zúčastnění informováni krátkou prezentací metody na začátku setkání. Byla jsem si vědoma neznalostí účastníků jak použité metody, tak i nového přístupu v komunikaci s nimi. Abych jim metodu přiblížila, vytvořila jsem jednoduchý materiál, na kterém jsem prezentovala, co si mohou pod jednotlivými částmi SWOT analýzy představit. Také moje nové postavení v této skupině bylo pro nás všechny nové a nelehké. Zúčastnění se velmi dobře pracovně znají, ale doposud používané metody v komunikaci s nimi byly odlišné. Začít mluvit o tom, co je může pozitivně posílit nebo naopak negativně oslabit, bylo pro část lidí těžké, i když byli opakovaně upozorňováni na to, že se nezaznamenávají žádná jména, jen jednotlivé názory.

K záznamu jsem použila velkou nástěnnou tabuli, na kterou je vidět ze všech stran prostoru, ve kterém jsme byli. Tabuli jsem rozdělila na čtyři kvadranty a postupně zaznamenávala to, co účastníci říkali. Všimla jsem si, že většina sester neměla s použitou metodou SWOT analýzy problém a velmi rychle strhla svoji otevřeností i ostatní. Asi tři lidé ze skupiny ani jednou nepromluvili. Buď měli nějakou obavu nebo to, co probíhalo, bylo pro ně příliš nové, a proto se nezapojili. K těmto lidem patřili pouze lékaři. Bohužel právě tato kategorie pracovníků je nejvíce rigidní a nepřístupná změnám při řízení kvality. Setkání skupiny trvalo 45 minut. Skupina by jistě vymyslela mnohem více podnětů k zamyšlení, ale byli jsme omezeni časem, který byl limitován provozem. Nakonec jsme určili podobné oblasti, ve kterých většina našla shodu.

3.4.1. Zjištění metodou SWOT analýzy

<i>Strengths</i>	<i>Weaknesses</i>
Jsme vzorem pro jiné v rámci ostatních klinik nemocnice.	Velká zodpovědnost za svoji práci.
Máme dostatek informací od vedení kliniky.	Velký stres v práci.
Máme dostatek jasných pravidel v písemné formě, máme standardy.	Nedostatek času.
Máme jasná pravidla organizace práce, vedení kliniky práci přehledně plánuje.	Nezájem a neochota mezi některými spolupracovníky navzájem.
Dobrá komunikace mezi některými lidmi.	Neochota porozumět si.
Večírky a setkání během roku pro pracovníky.	Udělat si práci a rychle odejít domů.
Peníze stojí za to, abychom chodili do práce.	Nedostatek odpovědnosti.
Peníze stojí za to, abychom chodili do stresu.	Nedostatek slušnosti mezi spolupracovníky.
	Donášení informací k vedení kliniky a neschopnost si vyříkat věci mezi sebou.
	Nedostatek otevřenosti v komunikaci.
	Bariéra komunikace směrem k vedení kliniky.
	Vytváření skupinek a diskuse uvnitř nich.

	<p>Málo setkání pro řešení problémů.</p> <p>Nedostatečná zpětná vazba z provozu směrem k vedení kliniky.</p> <p>Problém dostat dovolenou.</p> <p>Nedostatek času na oběd.</p> <p>Časté pozdní odchody z práce z provozních důvodů.</p> <p>Nedostatek sester.</p> <p>Nedostatek lékařů.</p> <p>Odvolávání k práci, která mi nepřísluší, zneužívání.</p> <p>Špatná atmosféra mezi lidmi a vedením kliniky.</p> <p>Používání slov, když se ti tu nelíbí, nemusíš tu být.</p> <p>Způsoby podání a forma komunikace není vždy dobrá.</p> <p>Málo lidskosti v zacházení s pracovníky.</p> <p>Část lidí na klinice se vůbec nezná.</p>
<i>Opportunities</i>	<i>Threats</i>
<p>Sociální jistoty státní organizace.</p> <p>Dobrá jistota benefitů FKSP.</p> <p>Dobrá jídelna a výběr obědů.</p> <p>Dobré vztahy na některých pracovištích.</p> <p>Dostupnost informací na úrovni nemocnice.</p>	<p>Nemocnice je něco jako velká fabrika.</p> <p>Rivalita mezi obory – každý upřednostňuje své pracoviště.</p> <p>Chirurgické obory vnímají pouze svoji jedinečnost a chtějí, aby jim všichni ustoupili.</p> <p>Chirurgové nerespektují anesteziologické postupy.</p> <p>Donášení na ředitelství a obcházení těch, kterých se daný problém týká.</p>

3.4.2. Shrnutí SWOT analýzy

V rámci SWOT analýzy byly vnímány velmi silně jak vnitřní slabé stránky kliniky, tak vnější hrozby v rámci působení FN HK. Z vnitřních faktorů převládala špatná komunikace a mezilidské vztahy uvnitř kliniky, z vnějších faktorů opět negativa v rámci komunikace a mezilidských vztahů mezi pracovníky souvisejících oborů. Skupina se shodla na hlavních bodech:

- Mezi hlavní silné stránky skupina zařadila dostatek informací a jasná pravidla v písemné formě směrem od managementu k vlastním pracovníkům. Velkým motivem, proč lidé chodí do práce, byly uvedeny peníze, které za ni dostávají. Motivy, které by se týkaly vlastní práce či uspokojení z ní se zde neobjevily.
- Mezi hlavní slabé stránky skupina zařadila velmi *špatné vzájemné vztahy* jak mezi vlastními pracovníky, tak v přístupu vedení kliniky k lidem. Další slabou stránkou byla označena *špatná komunikace* v obou rovinách, a to jak mezi spolupracovníky, tak mezi vedením a lidmi. Částečně byl vnímán i *nedostatek pracovníků*, nemožnost jít včas domů nebo si vzít dovolenou.
- Mezi příležitosti pak skupina zařadila jistotu zaměstnání ve státní organizaci a benefity poskytované organizací.
- Hrozby pak vidí ve velikosti organizace, která má atributy „továrny“. Dále pak neustálý problém mezi operačními obory a jejich *neochota dohodnout se*. Hlavní problém vidí v *nerespektování oboru anesteziologie chirurgie*.

Použitá metoda SWOT analýzy byla pro celou skupinu nová. Pozitivně však byla některými lidmi označena za přínosnou ve smyslu „první vlaštovky“. Jako požadavek zaznělo opakování podobných setkání. Prospěšnost této formy komunikace se mi jeví jako nezbytný prvek, bez kterého nejde realizovat celý výsledek procesu zvyšování kvality na pracovišti. Vedení kliniky bylo s výsledky SWOT analýzy seznámeno.

3.5. Sběr dat metodou Focus group

Pro prohloubení šetření jsem použila metodu Focus group ve smíšené skupině vytvořené z pracovníků a nižšího managementu. Použitá metoda zjišťování dat navazovala na zjištění metodami sebehodnocení pracoviště a SWOT analýzy.

Před jednáním jsem si ujasnila cíle, ke kterým bych vedením vybrané skupiny lidí chtěla dojít. Setkání bylo naplánováno a skupina lidí oslovena týden dopředu. Moderátorem skupiny jsem byla já, protože jiní lidé na pracovišti nemají žádné zkušenosti s vedením tohoto typu jednání. Na začátku jednání jsem pak krátkou prezentací uvedla, co je očekáváno od setkání této skupiny a k jakým výstupům budou výsledky použity. Využila jsem počítačové techniky k prezentaci cílů jednání i zaznamenávání výsledků.

Skupina 15 účastníků se skládala z části nižšího managementu i části vlastních pracovníků a sešla se v únoru 2006 ve známém prostoru pracoviště. Účastníci byli vybráni tak, aby mezi nimi nebyly příliš velké rozdíly, všichni pracoviště dobře znali a také se dobře znali mezi sebou. Všichni účastníci byli usazeni do půlkruhu, aby viděli sami na sebe i na moderátora. Doba trvání setkání byla 1,5 hodiny. První hodina byla určena k diskusi účastníků, 15 minut bylo plánováno na přestávku, kterou jsem využila na zpracování dat a přípravu materiálu na multivoting. Posledních 15 minut bylo určeno na doplňující metodu multivotingu.

Úvodem jednání jsem vysvětlila jeho účel, který měl za cíl zjistit více do hloubky vnitřní problémy pracoviště, které nastínili již účastníci SWOT analýzy. S výsledky SWOT analýzy byli tito lidé již dříve seznámeni. Všichni ve skupině jsme se znali, takže nebylo nutné představování, a proto jsem je vyzvala k obecné diskusi o bodech programu.

Témata programu:

1. Co vidíte jako největší problém v provozu pracoviště?
2. Jak vnímáte komunikaci mezi vedením kliniky a pracovníky?
3. Jak vnímáte zodpovědnost za svoji práci?

4. Jak vnímáte závaznost dokumentů, které vám určují pravidla?
5. Co sami navrhuje pro zlepšení?

Jako pracovní hypotézu jsem si stanovila, že lidé budou nejvíce pociťovat problémy v oblasti komunikace a nejméně v oblasti zodpovědnosti za svoji práci.

Začátek setkání byl těžkopádný. Účastníci projevovali zábrany říci vlastní názor. Několikrát byli ubezpečeni, že se zaznamenávají pouze názory, „ne jména“. Hned na začátku jsem musela opakovaně vysvětlit, že řešíme pouze vnitřní oblasti kliniky, protože účastníci měli tendenci sklouzávat k diskusím o problémech souvisejících s jinými obory, kterým naši pracovníci poskytují servis. To nebylo účelem jednání naší skupiny. Názory účastníků byly zaznamenávány písemně a elektronickou formou přiřazovány k jednotlivým tématům. Z jejich názorů byl poté vytvořen seznam hlavních myšlenek. Bylo zajímavé, že mnoho názorů se shodovalo s názory účastníků SWOT analýzy, jejichž zastoupení bylo při Focus group třetinové. Jejich zastoupení ve skupině mnou bylo vybráno záměrně, aby nedocházelo k velkým časovým prodlevám, než nezkušení účastníci budou ochotni říci názor. Tito lidé byli aktivnější v počátcích, protože jejich zkušenost s vedením podobné skupiny byla pozitivní. Opakovaně byli všichni vyzýváni, aby se vyjádřili. Nakonec skupina působila na sebe navzájem a lidé cítili, že mohou říci, v čem vidí problém, a být v procesu změn, které mohou ovlivnit.

3.5.1. Zjištění metodou Focus group

Témata a přiřazené názory:

1. Co vidíte jako největší problém v provozu pracoviště?

- Na některých pracovištích je časový stres.
- Máme problém dostat dovolenou, kdy chceme.
- Máme málo času na oběd, půl hodina je málo.
- Z některých pracovišť odcházíme opakovaně z provozních důvodů domů po pracovní době.
- Cítíme trvale celkový nedostatek pracovníků obou kategorií (lékařů i sester).

2. Jak vnímáte komunikaci mezi lidmi na klinice?

- Někteří lidé donášejí informace k vedení kliniky a nejsou schopni vyříkat si problémy mezi sebou.
- Trvá dlouhodobý nedostatek otevřenosti v komunikaci mezi většinou lidí na klinice.
- Je bariéra komunikace směrem k vedení kliniky z důvodů strachu si neublížit.
- Je nedostatečná zpětná vazba z provozu směrem k vedení kliniky, vedení kliniky je málo účastno v provozu.
- Při diskuzích jsou používána slova, „když se ti tu nelíbí, nemusíš tu být“.
- Forma komunikace a způsoby podání od vedení k lidem nejsou vždy dobré.

3. Jak vnímáte zodpovědnost za svoji práci?

- Často máme velkou zodpovědnost za svoji práci.
- Cítíme stres z odpovědnosti za druhé.
- Někdy si zodpovědnost nepřipouštíme.
- Někdy nevíme, jaký je rozsah kompetencí nižšího manažera, a zda-li můžeme lidem dávat úkoly, nechtějí nás poslouchat.

4. Jak vnímáte závaznost dokumentů, které vám určují pravidla?

- Je jich mnoho, jsme jimi přetížení.
- Často zapomínáme, co v nich je.
- Často si neuvědomujeme jejich důležitost.

5. Co sami navrhuje pro zlepšení?

- Zlepšit vzájemnou zpětnou vazbu, více oboustranné otevřenosti.
- Více kontrol a návštěv vedením kliniky na jednotlivých pracovištích.
- Ověřovat si nová nařízení v praxi.
- Více chválit pracovníky.
- Zvýšit stav pracovníků.
- Spravedlivěji přerazovat pracovníky na jednotlivá pracoviště.

3.5.2. Shrnutí výsledků Focus group

Získané výsledky metodou Focus group mohou být považovány za převažující názor lidí zkoumaného pracoviště. Lidé, kteří se tohoto setkání zúčastnili, měli dobrý pocit, že mohou svoje názory prezentovat a nebát se.

Pro potřeby užší kvantifikace výsledků jsem následně použila metodu multivotingu, která výsledky názorů skupiny více zpřesnila.

3.6. Sběr dat metodou multivotingu

Výsledky zaznamenané metodou Focus group byly během přestávky účastníků zpracovány a poté rozdány v písemné podobě. Každý účastník skupiny disponoval 9 hlasy, které mohl přiřadit zaškrtnutím dle svých preferencí. Toto hlasování bylo anonymní a účastníci odevzdali po zaškrtnutí lístky do schránky. Po ukončení setkání jsem hlasy přiřadila a sečetla. Výsledky jsem pak seřadila do jednotlivých segmentů. Všichni účastníci měli dohromady 135 hlasů, které přiřadili dle svých preferencí. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 1. a grafech č. 1. a 2. (příloha č. 1).

3.6.1. Zjištění metodou multivotingu

Tabulka č. 1.:

Počet hlasů	
32	Co vidíte jako největší problém v provozu pracoviště?
10	Cítíme trvale celkový nedostatek pracovníků obou kategorií (lékařů i sester).
9	Z některých pracovišť odcházíme opakovaně z provozních důvodů domů po pracovní době.
6	Máme problém dostat dovolenou, kdy chceme.
4	Na některých pracovištích je časový stres.
3	Máme málo času na oběd, půl hodina je málo.

41 Jak vnímáte komunikaci mezi lidmi na klinice?	
8	Někteří lidé donášejí informace k vedení kliniky a nejsou schopni vyříkat si problémy mezi sebou.
8	Při diskuzích jsou používána slova, „když se ti tu nelíbí, nemusíš tu být“.
7	Je nedostatečná zpětná vazba z provozu směrem k vedení kliniky, vedení kliniky je málo účastno v provozu.
7	Forma komunikace a způsoby podání od vedení k lidem nejsou vždy dobré.
6	Je bariéra komunikace směrem k vedení kliniky z důvodů strachu si neublížit.
5	Trvá dlouhodobý nedostatek otevřenosti v komunikaci mezi většinou lidí na klinice.
14 Jak vnímáte zodpovědnost za svoji práci?	
5	Někdy si zodpovědnost nepřipouštíme.
3	Často máme velkou zodpovědnost za svoji práci.
3	Cítíme stres z odpovědnosti za druhé.
3	Někdy nevíme, jaký je rozsah kompetencí nižšího manažera, a zda-li můžeme lidem dávat úkoly, nechtějí nás poslouchat.
19 Jak vnímáte závaznost dokumentů, které vám určují pravidla?	
9	Je jich mnoho, jsme jimi přetíženi.
5	Často zapomínáme, co v nich je.
5	Často si neuvědomujeme jejich důležitost.
29 Co sami navrhuje pro zlepšení?	
8	Zvýšit stav pracovníků.
6	Více kontrol a návštěv vedení kliniky na jednotlivých pracovištích.
5	Více chválit pracovníky.
5	Spravedlivěji přerazovat pracovníky na jednotlivá pracoviště.
3	Zlepšit vzájemnou zpětnou vazbu, více oboustranné otevřenosti.
2	Ověřovat si nová nařízení v praxi.
Celkem: 135	

Metoda multivotingu pomohla názory Focus group kvantifikovat a zjištění celkového počtu hlasů pro jednotlivá témata byla následující:

41 hlas = 30% - Jak vnímáte komunikaci mezi lidmi na klinice?

32 hlasy = 24% - Co vidíte jako největší problém v provozu pracoviště?

29 hlasů = 22% - Co sami navrhuje pro zlepšení?

19 hlasů = 14% - Jak vnímáte závaznost dokumentů, které vám určují pravidla?

14 hlasů = 10% - Jak vnímáte zodpovědnost za svoji práci?

I z těchto výsledků vyplývá slabá stránka v oblasti *komunikace* mezi lidmi a vedením. Dále se ukazuje i můj předpoklad, že lidé oblast *osobní zodpovědnosti* značně podceňují. Moje hypotéza se potvrdila.

3.6.2. Shrnutí výsledků multivotingu

Tabulka č. 2.:

Hlasy:	Seřazený počet hlasů od nejvyšší po nejnižší preferenci
10	Cítíme trvale celkový nedostatek pracovníků obou kategorií (lékařů i sester).
9	Z některých pracovišť odcházíme opakovaně z provozních důvodů domů po pracovní době.
9	Je jich (dokumentů) mnoho, jsme jimi přetížení.
8	Někteří lidé donášejí informace k vedení kliniky a nejsou schopni vyříkat si problémy mezi sebou.
8	Při diskusích jsou používána slova, „když se ti tu nelíbí, nemusíš tu být“.
7	Je nedostatečná zpětná vazba z provozu směrem k vedení kliniky, vedení kliniky je málo účastno v provozu.
7	Forma komunikace a způsoby podání od vedení k lidem nejsou vždy dobré.
6	Máme problém dostat dovolenou, kdy chceme.
6	Je bariéra komunikace směrem k vedení kliniky z důvodů strachu si neublížit.

5	Trvá dlouhodobý nedostatek otevřenosti v komunikaci mezi většinou lidí na klinice.
5	Někdy si zodpovědnost nepřipouštíme.
5	Často zapomínáme, co v nich je. (v dokumentech)
5	Často si neuvědomujeme jejich důležitost. (dokumentů)
4	Na některých pracovištích je časový stres.
3	Máme málo času na oběd, půl hodina je málo.
3	Často máme velkou zodpovědnost za svoji práci.
3	Cítíme stres z odpovědnosti za druhé.
3	Někdy nevíme, jaký je rozsah kompetencí nižšího manažera, a zda-li můžeme lidem dávat úkoly, nechtějí nás poslouchat.

	Preference navrhovaných zlepšení
8	Zvýšit stav pracovníků.
6	Více kontrol a návštěv na jednotlivých pracovištích managementem kliniky.
5	Více chválit pracovníky.
5	Spravedlivěji přezkoušovat pracovníky na jednotlivá pracoviště.
3	Zlepšit vzájemnou zpětnou vazbu, více oboustranné otevřenosti.
2	Ověřovat si nová nařízení v praxi.

Pokud se podíváme na problém z úhlu pohledu preferencí jednotlivých hlasů, tak z celkového počtu 15 účastníků se dá shrnout, že u více než poloviny účastníků byla vybrána témata *nedostatku lidí, špatné komunikace a nedostatku kontrol*.

10 a 9 účastníků využilo možnosti označit preference, které souvisejí s *nedostatkem pracovníků*. Dvakrát 8 účastníků a dvakrát 7 účastníků využilo možnosti označit preferenci pro „špatnou“ komunikaci. Zároveň pak 8 účastníků označilo preferenci v oblasti navrhovaných zlepšení – *zvýšit stav pracovníků*, 6 účastníků by preferovalo *více kontrol*.

Dalo by se usoudit, že tito lidé mají pravděpodobně převažující názor, že by některé provozní problémy mohl vyřešit vyšší počet lidí na klinice. Oblast komunikace se pak jako problém objevuje opakovaně.

3.7. Sběr dat metodou rozhovorů

Jako doplňující metodu jsem zvolila strukturované rozhovory se čtyřmi pracovníky různých úrovní řízení. Dva z oblasti středního managementu a dva z oblasti nižšího managementu. Zastoupeny byly obě oblasti jak ošetrovatelská, tak medicínská. Rozhovory probíhaly v březnu 2006. Pracovníci byli předem seznámeni, k jakým účelům budou výsledky rozhovorů zpracovány. Pracovníci nedali souhlas s nahráváním rozhovorů, proto jsem zvolila pro ně přístupnější formu kladení otázek a získání odpovědí, které jsem si písemně zaznamenala. Datum a čas rozhovorů byl s pracovníky předem naplánován. Jednotlivé rozhovory trvaly 45 minut. Pracovníci byli označeni písmeny abecedy A, B, C, D. Všem pracovníkům jsem kladla stejné, předem připravené, otevřené otázky. Cílem této metody bylo získání kvalitativních dat a doplnění obráceného pohledu na řešený problém z čistě manažerské oblasti směrem k ostatním pracovníkům.

Předpokládala jsem, že lidé, kteří mají dostatek jasných kompetencí a zároveň také velkou odpovědnost, budou mít pohled směrem k odpovědnosti za svoji práci více posílený, a budou ho chápat jako velkou zátěž. Naopak nezodpovědnost svých podřízených budou vidět jako hlavní problém nedařících se změn.

Pro rozhovory jsem využila stejných témat, která byla stanovena pro metodu Focus group a vytvořila jsem z nich otevřené otázky. Nakonec jsem zařadila otázku, jejíž odpověď mohl každý doplnit dle svého názoru.

Otázky se týkaly okruhů:

1. Co vidíte jako největší problém v provozu pracoviště?
2. Jak vnímáte komunikaci mezi lidmi na klinice?
3. Jak vnímáte zodpovědnost za svoji práci?
4. Jak vnímáte závaznost dokumentů, které vám určují pravidla?
5. Co sami navrhuje pro zlepšení?
6. Chcete něco dodat?

3.7.1 Zjištění metodou rozhovorů

Odpovědi jsem pro přehlednost názorů zaznamenala v tabulce pouze heslovitě tak, jak hlavní vyjádření respondenta vyznělo. S formulací odpovědí souhlasili.

Tabulka č. 3.:

Odpovědi respondentů:	Otázka č. 1: Co vidíte jako největší problém v provozu pracoviště?
A	<i>Neustále mi chybí lidé. Dělán práci, kterou by mělo dělat více lidí. Dělán práci i za jiné profese.</i>
B	<i>Mám nedostatek lidí. Práci nemůžu rozdělit tak, jak by bylo pro provoz dobré, neustále někam odbíhám a za někoho zaskakuji.</i>
C	<i>Trvalý nedostatek lidí. Lidé se nehlásí, když mají hotovo, mají tendenci se „zašít“. Neustálý růst požadavků ze strany ostatních oborů.</i>
D	<i>Cítím velkou přetíženost v provozu. Nemám dostatek času na svoje povinnosti manažera.</i>
	Otázka č. 2: Jak vnímáte komunikaci mezi lidmi na klinice?
A	<i>Komunikace probíhá hlavně formou „drbů“. Všichni mají dostatek dokumentů, jen na to kašlou. Občas je problém udržet se. Lidé jsou až agresivní, když požadují například dovolenou nebo naopak nejsou ochotní vyjít vstříc.</i>
B	<i>Kdo chce komunikovat, může. Vedení kliniky je přístupné. Je to v lidech.</i>
C	<i>Komunikace funguje hlavně na „inspekčácích“. Tam proberou všechno, ale když to mají říct, tak mlčí. Je tady málo lidí, kteří mají zájem na spolupráci.</i>
D	<i>Je to hodně těžké, všechno se musí opakovaně připomínat. Pořád myslet za druhé. Málokdo je ochotný říct problém, aby na sebe neupozorňoval.</i>

	<p>Otázka č. 3:</p> <p>Jak vnímáte zodpovědnost za svoji práci?</p>
A	<i>Zatěžuje mě mít pořád odpovědnost za všechny. Je toho příliš mnoho.</i>
B	<i>Mám pocit, že lidé kolem mě jsou jak malé děti. Pořád si myslí, že odpovědnost mám jen já. Odpovědnost mě hodně stresuje.</i>
C	<i>Odpovědnost je velká, snažím se příliš si ji nepřipouštět.</i>
D	<i>Odpovědnost cítím jako velmi zatěžující. Často zodpovídám za nemožné (nemohu být najednou na dvou místech).</i>
	<p>Otázka č. 4:</p> <p>Jak vnímáte závaznost dokumentů, které vám určují pravidla?</p>
A	<i>Pravidla jsou jasná. Je jich ale stále více a více. Stále něco hledám, jak to má být. Když nevím, jdu se poradit.</i>
B	<i>Dokumentů je stále víc. Je to někdy až nepřehledné a nelze si vše pamatovat. Je však dobré je mít.</i>
C	<i>Dokumentů je dost, bohužel stále nestačí obsáhnout všechno. Někdy se v tom neorientuji.</i>
D	<i>Závaznost je jasná, ale někdy těžko splnitelná.</i>
	<p>Otázka č. 5:</p> <p>Co sami navrhuje pro zlepšení?</p>
A	<i>Přijmout další lidi.</i>
B	<i>Neplnit všechny požadavky ostatních oborů.</i>
C	<i>Lépe koordinovat všechny aktivity.</i>
D	<i>Více lidí.</i>
	<p>Otázka č. 6:</p> <p>Chcete něco dodat?</p>
A	<i>Nikdy nejsme schopni vyhovět všem a to si lidé neuvědomují, vidí jen sebe.</i>
B	<i>Lidé jsou málo zodpovědní sami za sebe a spoléhají na druhé.</i>
C	<i>Ne, nemělo by to konce.</i>
D	<i>Je toho stále víc a víc. Cítím často velké vyčerpání.</i>

3.7.2. Shrnutí rozhovorů

Rozhovory s pracovníky proběhly bez výrazných problémů. Účastníci aktivně odpovídali na mnou kladené otázky. Občas bylo těžší jasně formulovat myšlenku do zápisu. *Výsledek rozhovorů potvrdil moji hypotézu, že budou své povinnosti a odpovědnost chápat jako velkou zátěž. V komunikaci vidí spíše problémy v neformálních kanálech komunikace, která je lidmi na klinice využívána více než komunikace formální. Také mají pocit, že pracovníků na klinice je trvalý nedostatek. Vnímají to jako tlak a neustálý nárůst práce. Na kontrolu svých podřízených musí věnovat mnohem více času než dříve. Velký tlak cítí v oblasti nové legislativy a z ní neustálého nárůstu dokumentace v různých oblastech. Obecně měli tito lidé názor, že běžní pracovníci mají nízkou míru odpovědnosti a neuvědomují si následky, které mohou jejich rizikovým chováním vzniknout.*

3.8. Shrnutí výsledků použitých výzkumných metod

- Metoda **Sebehodnocení pracoviště** ukázala slabé stránky v oblastech komunikace, zpětné vazby, kontroly a motivace.
- Metoda **SWOT analýzy** ukázala slabé stránky v oblastech vztahů mezi lidmi, v komunikaci a v nedostatku pracovníků.
- Metody **Focus group a multivoting** ukázaly preference pro nedostatek pracovníků, problémy komunikace a nedostatečnou kontrolu.
- Metoda **Rozhovory** ukázala podobné názory respondentů v oblastech komunikace, nedostatku pracovníků a nezodpovědnosti lidí.

Celkový souhrn zjištění, týkající se slabých oblastí, která mohou proces řízení kvality na klinice ohrozit, je následující:

1. problémy v oblasti komunikace a nedostatečná zpětná vazba
2. nedostatečná kontrola
3. nízká motivace lidí
4. špatné vztahy mezi lidmi
5. nedostatek pracovníků
6. nezodpovědnost lidí

V souhrnu celkových zjištění je nutné se podívat na výše uvedené ze dvou pohledů.

Z pohledu lidí na klinice, kteří si uvědomují více negativ směrem k vedení v oblastech nedostatečné či nesprávné komunikace a problém vidí spíše v rovině malého osobního kontaktu vedoucích pracovníků s jednotlivými pracovišti. Méně si však uvědomují, že mnoha problémům by sami mohli předejít, pokud by byli vstřícnější a komunikovali více formálními než neformálními kanály. I když přiznávají, že dokumentů, které jim určují jak odborné, tak provozní postupy, je dostatek, dělá jim jejich dodržování problémy. Odpovědnost za vlastní práci si příliš nepřipouštějí. Nejjednodušší řešení vidí spíše v nárůstu pracovníků.

Z pohledu managementu mají zjištění jinou rovinu. Komunikaci a zpětnou vazbu vidí jako určitý nedostatek, který by se dal cíleným posilováním částečně odstranit, a tím by mohlo dojít i ke zlepšení vztahů mezi lidmi. Do oblasti kontroly byly od ledna 2006 zapojeny všechny úrovně vedoucích pracovníků a výsledky tohoto nového prvku budou postupně hodnoceny. Tím by mohlo dojít k posílení odpovědnosti u jednotlivých lidí. Nedostatek pracovníků je však problém dlouhodobějšího charakteru a samo vedení kliniky jej nemůže odstranit, protože v rámci FN HK je dán plán pracovníků. Sami vedoucí pracovníci mají spíše názor, že lidé sami na sobě nechtějí nic měnit, nejsou dostatečně odpovědní a sami vedoucí se cítí ve své práci velmi přetížení.

3.9. Návrh zlepšení řízení lidí v procesu změn při zvyšování kvality

1. Při *komunikaci* s lidmi využívat všech dostupných kanálů, které jsou zavedeny. Dále pak pokračovat v nových možnostech komunikace, které byly využity v tomto výzkumu a neustále posilovat vědomí lidí o možnostech otevřené komunikace, která může problémy řešit. Nově zavést možnost sběru informací pomocí dotazníků jako jedné z forem *zpětné vazby* a v rámci hodnocení a plánování osobního rozvoje pracovníků využívat možnosti rozhovorů, které pomohou odstranit bariéru na obou stranách. V rámci kontrolních návštěv vedení kliniky na jednotlivých úsecích / odděleních získávat *zpětnou vazbu*, která objasní jejich problémy a zároveň posílí pocit lidí, že se o jejich problémy vedení zajímá. S takto získanými informacemi dále pracovat a výsledky zpětně hodnotit.
2. V *kontrolní oblasti* posilovat zavedený prvek kontrolního systému, pozitiva či negativa vyhodnotit v ročním hodnotícím období a výsledky uveřejňovat. Se zjištěními pak dále pracovat, zjištěné neshody odstraňovat.
3. Posilovat a motivovat opakovaně kladně hodnocené pracovníky. V oblasti *motivace* využít plánů osobního rozvoje pracovníků, které jim pomohou vytvořit si krátkodobé i dlouhodobé cíle svého růstu. Podporovat kontinuální vzdělávání a stáže mimo FN. Motivovat pracovníky formou finančních odměn za příkladnou nebo nadstandardní práci. Využívat možnosti veřejných pochval v rámci provozních schůzí.
4. Postupně zaváděnými kroky ve všech oblastech měnit klima kliniky, a tím nepřímo působit na *zlepšení vztahů* mezi lidmi. Zdůrazňovat lidem jejich potřebnost, posilovat v nich vědomí, že vedení kliniky se o jejich problémy zajímá a je ochotné je řešit, pokud je požadavek objektivní, správný a potřebný. Více s lidmi na všech úrovních aktivně komunikovat, a tím měnit vztahy v dlouhodobém horizontu.
5. V oblasti celkového chodu a provozu pracoviště se více individuálně zabývat jednotlivými specifiky v provozu. Trvale vést statistická data

pracovišť, která budou jasně ukazovat vytíženost lidí při práci a při problémech hledat společná řešení jak v rámci kliniky, tak souvisejících oborů. Vedení nemocnice průběžně informovat o problémových oblastech, které provoz brzdí z důvodů nevyužívaných kapacit lidí nebo naopak o trvale přetěžovaných pracovištích jednat. Tyto situace pak následně řešit s vedením FN HK *nárůstem pracovníků*, pokud bude odůvodněný.

6. V oblasti vnímání a posilování *zodpovědnosti* nastavená pravidla revidovat a kontrolovat jejich plnění. Při zjištění neshod či pochybení lidí upozorňovat na jejich chyby, při zjištění systémových chyb seznamovat všechny pracovníky s nápravnými opatřeními a ty pak následně kontrolovat. Opětovně zdůrazňovat jasné kompetence a povinnosti pracovníků. Do tvorby dokumentů kliniky zapojit ve zvýšené míře pracovníky nižšího managementu, a využít tak jejich potenciálu.

3.10. Závěr

Ve své magisterské práci jsem se chtěla zaměřit na problémy vznikající při zavádění a zvyšování kvality na zdravotnickém pracovišti. Úzce se zaměřit na aspekt řízení lidí při zavádění kvality a návrh strategie efektivního řízení lidí v procesu změn.

Do celého procesu řízení kvality na klinice jsem aktivně zapojena nejen jako vrchní sestra, ale zároveň jako manager pro kvalitu. Jsem pověřena přednostou kliniky vést proces zvyšování kvality, hodnotit a plánovat jednotlivé kroky ve spolupráci s ostatními spolupracovníky vedení kliniky. V problematice se orientuji, pracoviště velmi dobře znám a v rámci zvýšení a posílení svých kompetencí jsem absolvovala kurz Audity jakosti a ošetrovatelský management a kurz Akreditace zdravotnických zařízení v NCO NZO Brno. V rámci týmové spolupráce na úrovni nemocnice pracuji průběžně na úkolech vedoucích ke zvyšování kvality.

Při zavádění kvality jsem se mnohokrát setkala s velkou rigiditou lidí, jejich neochotou a nezájmem dojít ke společnému cíli. Během řízení procesu zvyšování kvality a následně v rámci výzkumu jsem si potvrdila, že s lidmi, kteří nemají dostatek správných a opakovaných informací, nelze nikam dojít. Změnou v přístupu pouze jedné strany nelze dosáhnout změny. Je proto opravdu nutné, aby management pracoviště procesy nejen správně nastartoval, ale lidi neustále zapojoval, motivoval, dal jim nejen kompetence, ale i zodpovědnost a následně vše opakovaně kontroloval.

Řízení změny je nutné vést postupnými kroky, které určí směr vývoje pracoviště a budou podporovat ochotu ke změně při práci. Vytvořit prostředí důvěry a čínorodosti, zabezpečit změny v přístupu a chování při zavádění nových procesů, které pomohou postupně zakotvit novou kulturu pracoviště a celkově podpoří snahu o trvalou změnu.

Seznam použitých zdrojů:

1. Bártlová, S., Hnilicová, H. (2000). *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, str. 27-29. ISBN 80-7013-311-2
2. Bourek, A. (2001). „Vysvětlení základních pojmů“. *Programy kvality a standardy léčebných postupů*. Praha: VerlagDashöfer, listopad. 3/2.1 díl 2, Teoretické minimum, str. 1-5. ISBN 80-86229-29-7.
3. Bourek, A. (2003). „Stručné srovnání systémů pro zavádění kvality v rámci certifikace a akreditace ve zdravotnictví.“ *Programy kvality a standardy léčebných postupů*. Praha: VerlagDashöfer, srpen. 2/5 díl 5, Srovnání systémů pro zavádění kvality v rámci certifikace a akreditace ve zdravotnictví, str. 1-9. ISBN 80-86229-29-7.
4. Černá-Šípková, H. (2005). „Ošetrovatelství v Saúdské Arábii pohledem instrumentárky“. *Sestra* 9, ročník 15, Praha: Mladá fronta, a. s., str. 6-7. ISSN 1210-0404.
5. Donnelly Jr., J. H., Gibson, J. L., Ivancevich, J. M. (2004). *Management*. Praha: Grada, str. 261-262, 326-346, 504, 518-519, 543. ISBN 80-7169-422-3.
6. Drdla, M., Rais, K. (2001). *Řízení změn ve firmě*. Brno: Computer Press. str. 5. 28-37, 45-47. ISBN 80-7226-411-7.
7. Fakultní nemocnice Hradec Králové (2004). „Pracovní akreditační sešit sebehodnocení pracoviště - modifikovaný formulář FN Hradec Králové“. Interní dokument.
8. Fakultní nemocnice Hradec Králové (2004). „Pracovní akreditační sešit sebehodnocení KARIM - říjen 2004“. Interní dokument.
9. Forsyth, P. (2003). *Jak motivovat lidi*. 2. vyd. Brno: Computer Press, str. 13-46, 50-54. ISBN 80-7226-386-2.
10. Gladkij, I., Ivanová, K., Koldová, Z., Králová, J., Strnad, L., Zlámal, J. (2003). *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, str. 196-198, 277-279. ISBN 80-7226-996-8.
11. Joint Commission International (2004). *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, komentovaný oficiální překlad*. 2. vyd. Praha: Grada. str.11. ISBN 80-247-0629-6.

12. Kamp, D. (2000). *Manažer 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 16-19, 30, 53, 156-161. ISBN 80-247-0005-0.
13. Kupečková, I. (2005). „Řízení a plánování změny v procesu přípravy pracoviště k auditu v rámci systému zvyšování kvality ve zdravotnictví dle SAK ČR“. *Projekt diplomové práce*. Nepublikovaný text.
14. Kupečková, I. (2006). „Jak motivovat spolupracovníky při zavádění změn v organizaci týkajících se procesu zvyšování kvality ve zdravotnictví“ *Návrh projektu akčního výzkumu*. Nepublikovaný text.
15. Madar, J. a kol. (2004). *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 27-30. ISBN 80-247-0585-0.
16. Mikuláščík, M. (2003). *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 190-198, 202-218, 222-233, 249-250. ISBN 80-247-0650-4.
17. Payne, M. (1993). *Working in teams*. London: Macmillan, str. 5-42. ISBN 0-333-30887-5.
18. Plamínek, J. (2003). *Vedení lidí, týmů a firem*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 57-142. ISBN 80-247-0403-X.
19. Smejkal, V., Rais, K. (2003). *Řízení rizik*. 1. vyd. Praha: Grada, str.164-165. ISBN 80-247-0198-7.
20. Sovová, E. (2003). „Historie programů kvality zdravotní péče“. *Bulletin 6*, Praha: OSZSP ČR. 16.6, str. 32. IČ 225509.
21. Struk, P. (2001). „Historický vývoj problematiky kvality ve zdravotní péči“. *Programy kvality a standardy léčebných postupů*. Praha: VerlagDashöfer. listopad 3/2.2 díl 2, Teoretické minimum, str. 1-6. ISBN 80-86229-29-7.
22. Vašátková, I. (2003). „Měření a sledování kvality ošetrovatelské péče“. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha: VerlagDashöfer 1. 4/6.3.1., str. 1-10. ISSN 1214-0074.
23. Vašátková, I. (2004). „Akreditace – jeden z nástrojů zajišťování kvality“. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha: VerlagDashöfer 2. 4/6 3.2. str. 1-14. ISSN 1214-0074.

Internetové zdroje:

24. Fakultní nemocnice Hradec Králové (2006). „Průběžné hodnocení programu kvality v letech 2003-2005“ na

- http://intra/data/informace/kvalita/Prubezne_hodnoceni.htm str. 1-4. dne 28. ledna 2006.
25. Hrbáčová, L. (2005) „Co to znamená SWOT“ na http://www.peoplecomm.cz/public/archive/Pr_sl_10_3_04_swot.doc dne 14. prosince 2005.
26. „MH 24 Focus groups (účelové pracovní skupiny)“ (2006) na http://www.strukturalni-fondy.cz/upload/1086189831040507_mh24focusgroups_jbv_cz.doc dne 6. února 2006.
27. „SWOT Analysis“ (2005) na <http://www.quickmba.com/strategy/swot/> dne 14. prosince 2005.

5. Seznam příloh:

č. 1 Graf č. 1, graf č. 2

č. 2 Akreditační pracovní sešit sebehodnocení pracovišť

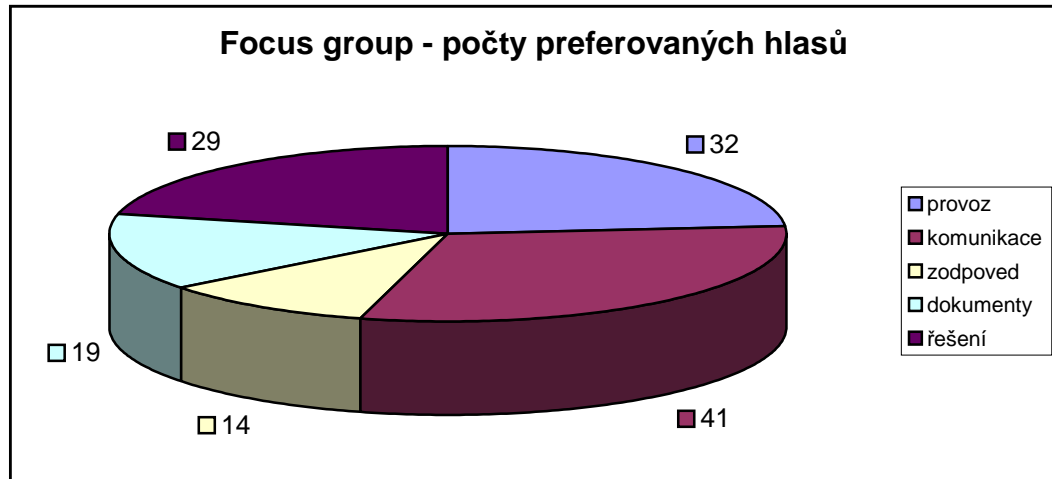
č. 3 Plán kontrolní činnosti

č. 4 Projekt diplomové práce

Příloha č. 1.

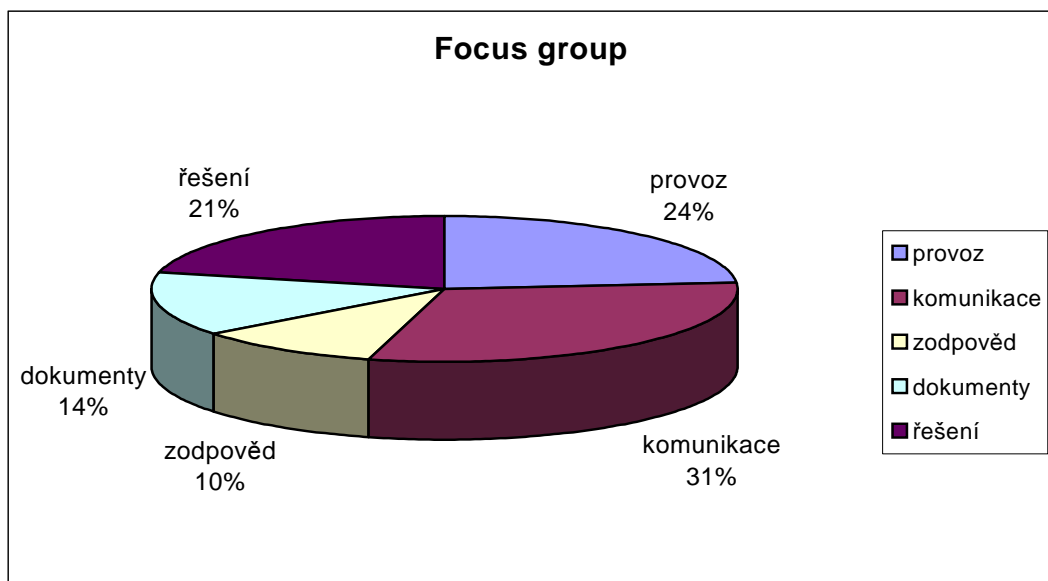
Graf č. 1.: Výsledky Focus group vyjádřené počtem preferovaných hlasů

	počet hlasů
provoz	32
komunikace	41
zodpoved	14
dokumenty	19
řešení	29



Graf č. 2.: Výsledky focus group vyjádřené v % preferovaných hlasů

	počet hlasů	%
provoz	32	24
komunikace	41	30
zodpověď	14	10
dokumenty	19	14
řešení	29	22



Příloha č. 2.:

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Klinika/samostatné odd. _____

<i>Akreditační pracovní sešit – sebehodnocení pracovišť, říjen 2004</i>				
Č. ST.	Popis	Typ hodnocení	Hodnocení	Poznámka
1	Klinika/n odd. má projekt zvyšování a rozvoje kvality zdravotní péče s pravidelným vyhodnocováním.			
2	Klinika/odd. má pro všechny klinické obory metodiku standardních postupů, které modernizuje.a doplňuje.			
3	Klinika/odd. má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů včetně vyhodnocování.			
4	Do 24 hod. od přijetí pacienta jsou stanoveny lékařské, ošetrovateľské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta příslušně kvalifikovaným personálem.			
5	Kompletní příjmové vyšetření lékařem (anamnéza a fyzikální vyšetření je provedeno do 24 hod.			
6	Klinika/odd. má určený rozsah a obsah anamnézy a klinických vyšetření při přijetí na jednotlivá oddělení.			
7	Klinika/odd. má stanovenou četnost a rozsah záznamů (vývoj zdravotního stavu pacienta), které mají být obsaženy v dokumentaci.			
7.1	Každý pacient je vyšetřen lékařem alespoň jednou denně a toto je zdokumentováno.			
8	Při změně směny sester a při překladau pacienta na jiné oddělení je předání provedeno kvalifikovanou sestrou a proveden záznam v oš. dokumentaci.			
9	Každý pacient je před anestézií vyšetřen podle interních směrnic nemocnice nebo oddělení.			
10	Diagnóza a plán zdravotní péče jsou pro každého pacienta stanoveny a sepsán a to do 24 hodin po příjmu pacienta.			
11	Pro každého pacienta je minimálně 1x týdně vyhotovována epikríza a zaznamenána v NIS.			
12	V průběhu anestézie jsou vitální funkce monitorovány a zaznamenávány.			
13	Klinika/odd. má seznam léků (positivní listy FN) a ten je pravidelně kontrolován.			
14	Klinika/odd. respektuje existující písemná metodika pro přípravu a výdej léků.			
14.1	Nemocnice stanovila požadovanou kvalifikaci personálu pro přípravu a výdej léků.			
15	Klinika/odd. má přístroje, léky a pomůcky pro urgentní stavy			
16	Personál je vyškolen ve správném zacházení s léky, v používání přístrojů a pomůcek pro naléhavou potřebu.			
17	Léky pro naléhavou potřebu jsou na všech odděleních stále přístupné v příručních lékárnách. Kontrola počtu balení a expirační doby je prováděna			

	pověřeným pracovníkem alespoň jednou týdně a o této kontrole je proveden zápis.			
18	Klinika/odd. respektuje definovaná standardní pravidla pro přípravu, rozvoz a podávání jídla, která odpovídají potřebám pacientů.			
18.1	Celý postup přípravy, rozvozu a podávání jídla je přísně kontrolován odpovědnou osobou. Sestra je odpovědná za sledování dietního režimu pacientů.			
19	V nemocnici existují standardy ošetrovatelské péče pro všechny kategorie pacientů (pediatrie, geriatric, psychiatrie atd.)			
20	Propouštěcí zpráva předběžná nebo definitivní je sepsána pro každého pacienta v den, kdy opouští nemocnici. To co se sleduje, si určí každé oddělení.			
21	Stav pacienta musí být stabilizován, než je přemístěn do jiné nemocnice. Nemocnice musí mít potvrzeno, že bude pacient přijat, ještě před jeho přepravou. Zprávy musí být přehledné a jasné: musí obsahovat popis jak a proč byl pacient přijat, jaká péče byla pacientovi poskytnuta, předpokládanou diagnózu atd.			
22	Íhned po příjmu je pacient informován o svých právech a je o tom záznam v dokumentaci.			
23	Kodex práv pacientů popřípadě Charta práv dětí jsou vyvěšena na viditelném místě na oddělení.			
24	Pacientovi je možné omezit pohyb nebo jej jinak omezit pouze v případech, které jsou zřetelně ospravedlnitelné a zdokumentované, jsou v zájmu pacienta samotného a odpovídají zákonům ČR.			
25	Klinika/odd. sleduje povinná nařízení a instrukce vydávané Ministerstvem zdravotnictví ČR a uveřejňované v oběžníku FN.			
26	Klinika/odd. je postavena a provozována podle platných konstrukčních a sanitárních předpisů. Jsou zdokumentovány ty části, které nevyhovují platným normám.			
27	Je pravidelně kontrolován systém protipožární ochrany, který musí odpovídat příslušným normám a zákonům			
28	Zaměstnanci kliniky/odd. jsou informováni o opatřeních v případě požáru nebo pohromy, o evakuačním plánu a musí být schopni ho uskutečnit.			
29	Klinika/odd. - je náhradní generátor el.proudu, který je schopen zásobit el.proudem alespoň JIP, chirurg. sály a pohotovost.			
30	Klinika/odd. má stanovený plán prevent. prohlídek přístrojů (zdroje ionizač. záření, monitory vitálních funkcí, defibrilátory, respirátory atd)			
31	Jsou stanoveny předpisy pro provoz kliniky/oddělení. Zřetelně, písemnou formou určí vztahy mezi podřízenými a nadřízenými a kompetence odpovědných pracovníků na všech úrovních organizace.			
32	Na každém oddělení existuje písemný seznam služeb, které jsou poskytovány nemocným.			

33	Každý vedoucí oddělení dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který se zabývá personální politikou, zvyšováním odbornosti a spoluprací s ostatními odděleními.			
34	Management a zaměstnanci nemocnice si jsou vědomi poslání, hlavních cílů a regulačních strategií nemocnice.			
35	Vedení kliniky/oddělení postupuje podle stanovených metodik při zavádění změn vplývajících z oborové legislativy do interních předpisů nemocnice.			
36	Klinika/odd. pravidelně předává informace orgánům státní správy statistiky - podle směrnice FN.			
36.1	Klinika/odd. je pravidelně kontrolováno zástupcem nadřízené instituce. Výsledky těchto kontrol jsou předávány řediteli FN.			
37	Obsah a rozsah práce všech zaměstnanců je písemně doložen. (Náplň práce)			
38	Vedení kliniky/oddělení respektuje standardy kvalifikace, standardy práce a výkonnosti pro všechny pracovníky a formy spolupráce mezi jednotlivými odděleními stanovené vedením FN.			
39	Lékařský management kliniky/odd. systematicky rozvíjí proces vzdělávání lékařů pro specifické služby a provádí průběžnou kontrolu jejich kvalifikace a výkonů.			
40	Ošetrovatelský management systematicky rozvíjí proces vzdělávání a pověřování sester pro poskytování specifických služeb a průběžně kontroluje kvalifikaci a výkon sester.			
41	Nemocnice zvolí některou z metod monitorování stupně spokojenosti svých zaměstnanců.			
42	Klinika/odd. respektuje směrnice k bezpečnosti a ochraně zdraví při práci včetně rozsahu osobních ochranných pomůcek.			
43	Klinika/odd. předává vedení nemocnice informace o počtech pacientů, diagnózách a ošetřeních uskutečněných v dané struktuře a používá tyto informace jak k vlastním účelům, tak pro potřeby Hlavního lékařského informač.systému.			
44	Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.			
45	Operační protokol je sepsán bezprostředně bezprostředně po operaci. Obsahuje jméno operátora, asistentů, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případně komplikace.			
46	Pooperační dokumentace obsahuje informace o vitálních funkcích pacienta, stavu jeho vědomí, požadované medikaci (včetně infúzí), transfúzi a krevních derivátech, i neobvyklých komplikacích a důležitých okolnostech.			
47	Klinika/odd.má stanovené standardy pro přípravu dokumentace při propuštění pacienta. Všechny nezbytné informace musí být zkompletovány před propuštěním. Závěrečná zpráva musí být sepsána do 10 dnů po propuštění.			

48	Klinika/odd. má metodiku kontroly vyplňování a včasného doručení propouštěcí dokumentace.			
49	Klinika/odd. má vypracovaný program ke snížení rizika nosokomiálních infekcí mezi pacienty a zaměstnanci, monitoruje nosokomiální infekce a uskutečňuje preventivní opatření.			
50	Zaměstnanci jsou poučeni a zaškoleni v tom, jak nakládat s infekčním odpadem.			

Tabulka 1 – typ odpovědi a vysvětlivky kódu hodnocení

Typ odpovědi	Bodovací stupnice	
A = Logická	Ano	= 2
	Ne	= 1
	Nehodnotí se	= 0
B = Kvalitativní	Vždy	= 5
	Většinou	= 4
	Občas	= 3
	Málokdy	= 2
	Nikdy	= 1
	Nehodnotí se	= 0
C = Kvantitativní	90-100%	= 5
	80-89%	= 4
	70-79%	= 3
	60-69%	= 2
	59 a menší	= 1
	Nehodnotí se	= 0

Dne:

Podpis:

Příloha č. 3.:

Plán kontrolní činnosti na rok 2006

	Oblast	Dokument	Pomocná kritéria	Četnost kontrol	Úrovně kontrol
1.	Dokumenty kliniky	PŘ kliniky a jeho přílohy	PPŘ – revize nebo prodloužení platnosti Přílohy I., II. Havarijní plán	2 x R	QM(VS)
2.	Dokumenty FN	Portfolio FN	Vedení portfolia/řízených dokumentů	1 x R	QM(VS)
3.	Dokumentace pacientů AN kopie záznamů LO chorobopisy	Směrnice ředitele FN Standard kliniky LO, AN	Formální vedení – Identifikace pacienta, datum, kompletnost, čitelnost záznamu, identifikace personálu razítkem a podpisem archivace* Ordinace – název léku, dávka, způsob podání, maximální dávka u ordinace dle potřeby, kontinuální dávkování a jeho ordinace, bolusová ordinace Podání ordinace sestrou – stvrzení, pověření Podávání transfuzí(dokumentace)	1 x T 1 x T 1 x M 2 x R 1 x R	STS/VÚS VLO/VLÚ ÚS* PRIM AN VEDENÍ
4.	Informované souhlasy LO, AMBB	Dle spektra pracoviště	Písemný dokument – stvrzení podpisy, založení v dokumentaci	1 x T 1 x T	VLA VLO
5.	Informovaný souhlas AN		Informace od pacienta/zpětná vazba	1 x R	VEDENÍ
6.	Návykové látky	Směrnice ředitele FN Standard kliniky	Inventura NL Uložení NL Uzamčení NL Předávání klíčů a jejich zabezpečení Dokumentace evidence NL v Knize NL, dokumentace pacienta, Záznam vedení spotřeby NL sestrou na AN úseku*	1 x M 1 x M 1 x T 1 x T 1 x R 1 x R	ZO STS/VÚS* ÚS/VŠAB VLO/VLÚ/ VLAB VS VEDENÍ
7.	PŘÍSTUP k pacientovi na operačním sále	Standard kliniky	Předávání mezi sestrami před AN Představení personálu, chování, intimita Kontrola identity pacienta Zajištění komunikace s cizincem Přítomnost personálu na sále během výkonu Předávání pacienta po výkonu	1 x M 1 x R	VÚS/VLÚ VEDENÍ
8.	DOSPÁVACÍ jednotky	PŘ DJ Harmonogram prací	Identifikace personálu Přístup k pacientovi Kontrola dokumentace pacienta Předávání pacienta Provozní dokumentace, vybavení DJ	1 x M 2 x R	VÚS/VLÚ VEDENÍ
9.	TECHNICKÉ vybavení pracovišť	Směrnice ředitele FN Standard kliniky	Školení pracovníků, záznam Dostupnost manuálů Dostatečnost vybavení vzhledem k náročnosti pracoviště a výkonů Kontrola revizí a vedení provozních deníků Uložení, dostupnost, stav techniky	2 x R 2 x R 2 x R 1 x R	STS/VLO VÚS/VLÚ PRIM LO/AN VEDENÍ
10.	Vybavení pro mimořádné situace	Harmonogram prací	Základní vybavení pro KPR Vybavení pro obtížné zajištění DC Funkčnost defibrilátoru Uložení a dostupnost O2 Dostupnost ostatního vybavení	1 x M	STS/VÚS/ ÚS
11.	HYGIENICKO-PROTIEPIDEMICKÉ předpisy	Směrnice ředitele FN	Používání ochranných oděvů a pomůcek, prevence NN Dodržování vyhlášky 195 – šperky, nehty, jednorázový materiál Dodržování třídění odpadů Dodržování harmonogramů práce sester – lednice teplota, expirace, doplňování, úklid, materiál na sterilizaci, uložení materiálu, léků, infúzních roztoků	1 x M 1 x R	STS/VÚS VS
12.	BOZP	Osnova BOZP a PO kliniky Směrnice PO	Dokumentace docházky Bezpečné pracovní prostředí Ochrana RTG, laser Ochranné pomůcky na ředění dezinfekčních prostředků Manipulace s ostrými předměty, likvidace použitých jehel	1 x M 1 x R 1 x R	STS/VÚS VS VEDENÍ

			<i>Manipulace s kontaminovaným materiálem Dodržování třídění odpadu</i>		
13.	PO Tlakové lahve	Standard kliniky	<i>Systém školení Uložení hasičích přístrojů, únikové cesty, sklady, směrnice</i>	2 x R 2 x R	POŽPR PRIM AN
14.	Klíčový systém kliniky	PPŘ	<i>Uložení a zabezpečení klíčů</i>	2 x R	HOSP/ST S/VÚS
15.	Dokumentace kontrol	Plán kontrol	<i>Kontrola kontrolních sešitů, knih</i>	2 x R	VEDENÍ

Zkratky:		Písemný záznam kontroly:
QM	Manažer pro kvalitu	Protokol o kontrole založený u dokumentů
ZO	Zodpovědné osoby uvedené na knize evidence NL	Kniha NL
STS	Staniční sestra LO	Kniha kontrol LO, Kniha docházky
VÚS	Vedoucí úseková sestra AN	Kniha kontrol úseku/DJ, Kniha docházky AN
ÚS	Úseková sestra AN	Kniha kontrol úseku
VSAB	Vedoucí sestra ambulance bolesti	Kniha kontrol AB
VS	Vrchní sestra	Kniha kontrol dle kontrolovaného úseku, Sešit kontrol VS, Kniha docházky dle kontrolovaného úseku
VLO	Vedoucí lékař LO	Kniha kontrol LO, Kniha docházky
VLÚ	Vedoucí lékař AN úseku	Kniha kontrol úseku/DJ
VLAB	Vedoucí lékař AB	Kniha kontrol AB
PRIMLO	Primář LO	Kniha kontrol LO, Kniha docházky LO
PRIMAN	Primář AN	Kniha docházky AN, kniha PO
POŽPR	Požární preventista	Kniha PO
HOSP	Hospodárka kliniky	Kniha kontrol úseku
PŘED	Přednosta	Kniha dle kontrolovaného úseku
VEDENÍ	Přednosta, primáři, vrchní sestra	Kniha kontrol úseku, Protokol o kontrole VEDENÍ kliniky
T	Týdenní kontrola	
M	Měsíční kontrola	
R	Roční kontrola, 2 x R = odpovídá dvěma pololetím	

Provádění kontrol:

1. Pracovníci kontrolují sledované oblasti v časovém harmonogramu určeném plánem kontrol, kritéria kontroly volí dle závazného dokumentu FN a kliniky a pomocných kritérií.
2. Časový plán kontrol zpracují a založí do Knihy kontrol daného pracoviště všichni vedoucí oddělení/úseků/ambulance v ročním časovém harmonogramu. Plán kontrol přizpůsobí dle specifik pracoviště.
3. O kontrole provedou záznam do určeného dokumentu.
4. Záznam obsahuje popis sledovaných oblastí, stav zjištění, datum a identifikaci s podpisem kontrolora.
5. Bezpečnost ohrožující zjištění hlásí bezprostředně nadřízenému.
6. O kontrolách VEDENÍ kliniky jsou vedoucí pracovníci informováni na poradě vedoucích úseků (dále PVÚ) v měsíčním předstihu.
7. S výsledky kontrol jsou vedoucí pracovníci seznamováni na PVÚ do měsíce po kontrole.
8. VEDENÍ kliniky nebo kterýkoliv jeho člen může dle potřeby vstoupit do systému formou namátkové kontroly a provést o ní záznam do Knihy kontrol.

Rozpis kontrolní činnosti VEDENÍ kliniky:

Doba plánované kontroly 2006 - 2007	Oblasti kontroly v plánu
Březen - duben	6, 8, 12
Červen - červenec	3, 7, 15
Září - říjen	8, 9
Prosinec - leden	5, 15
<i>Ostatní oblasti kontrol jsou kontrolovány namátkově</i>	

Oblasti dalších činností v rámci personálního managementu vedoucích:

	Navrhuje a zpracovává	Kontroluje
PLÁN osobního rozvoje	Každý pracovník má vypracován 1 x R navrhuje STS/VÚS – sestry, PZP 1 x R navrhuje VS – pro funkční místa sester 1 x R navrhuje zástupce pro výuku – lékaři s OZ 1 x R navrhuje přednosta	1 x R VS 1 x R PŘED
		Provádí
HODNOCENÍ	Každý pracovník je hodnocen dle systému zapracování – za 3 M, za 1 R STS/VÚS hodnotí – sestry, PZP VS hodnotí – STS, VÚS, HOSP PŘED hodnotí – lékaře, sekretářky	1xR STS/VÚS 1 x R VS 1 x R PŘED

Příloha č.4.:

Projekt diplomové práce

Bc. Ivana Kupečková, R., č.: 9565, imatrikulační ročník 2003 - 2004

Fakulta humanitních studií UK Praha

magisterský obor Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Předběžný název práce:

Řízení a plánování změny v procesu přípravy pracoviště k auditu v rámci systému zvyšování kvality ve zdravotnictví dle standardů Spojené akreditační komise ČR

Vstupní diskuse problému:

Řízení kvality zdravotní péče vedoucí k dobrovolné akreditaci nemocnic je v současné době velmi aktuální. Proces zvyšování kvality je možné nastavit pomocí programů kvality zdravotní péče, které vycházejí z různých systémů. V České republice si managementy nemocnic mohou vybrat ze systému *ISO norem*, které jsou výhodné převážně v oblasti technických provozů a laboratoří. Dále je možné zvolit *systém mezinárodní akreditace organizace Joint Commission International*, která hodnotí kvalitu ve více než 300 standardech a jejich měřitelných indikátorech nebo je možné akreditovat nemocnici v méně detailním systému *Spojené akreditační komise ČR* (dále SAK) na základě plnění 50 akreditačních standardů, které jsou rozděleny do 10 základních kapitol Standardů: I. kvality, II. diagnostických postupů, III. péče o pacienty, IV. kontinuity zdravotní péče, V. dodržování práv pacientů, VI. podmínek poskytované péče, VII. managementu, VIII. péče o zaměstnance, IX. pro sběr a zpracování informací a X. protiepidemických opatření.

Management nemocnice zvolil systém 50 akreditačních standardů SAK v národním systému zvyšování kvality.

SAK je nezávislou organizací poskytovatelů zdravotní péče, která byla v roce 1998 založena Asociací nemocnic ČR a Asociací českých a moravských nemocnic. Organizace prosazuje akreditaci jako dobrovolný proces, který zvyšuje kvalitu péče a bezpečí pacientů. Také MZ ČR definovalo tento systém v roce 1998 ve Věstníku

č. 6/98, částka 7, 50 akreditačních standardů. V roce 2000 podpořila vláda svým usnesením č. 458/2000 Národní politiku podpory jakosti a na úrovni MZ ČR vznikla ve stejném roce Rada pro kvalitu ve zdravotnictví. V roce 2001 vzniká jakou součástí SZÚ Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví. Tyto zlomové události pomohly rozvíjet nový přístup k chápání kvality ve zdravotnictví ČR a respektování jejich principů.

„V samotném procesu akreditace nemocnic nejde o vybavení, ale o kvalitu procesů, bezpečí pacientů i zaměstnanců a efektivní poskytování zdravotní péče.“
[Marx, 2004]

Popis výchozí situace kliniky:

Vedení jednotlivých klinik bylo seznámeno v roce 2004 se záměrem managementu nemocnice v budoucnu akreditovat nemocnici v rámci systému 50 akreditačních standardů dle SAK.

Na základě této výzvy bylo provedeno v říjnu roku 2004 „sebehodnocení“ pracoviště, které je standardní metodou sledování implementace akreditačních standardů v organizaci. Praktickým významem pro kandidáty akreditace je popsání silných a slabých stránek pracoviště jako východiska pro změnu nebo další zlepšování. Následným kontrolním stupněm bude „vnitřní audit“, kdy kontrolu plnění standardů provede nezávislá osoba mimo pracovní kolektiv. Na přípravu k vnitřnímu auditu byla pracovištěm určena doba 1 roku.

Sebehodnocení pracoviště prováděl tým ve složení přednosta, primář a vrchní sestra kliniky. K sebehodnocení byl použit modifikovaný formulář akreditačních standardů, ve kterém je číslo standardu, popis standardu, typ odpovědi, kód odpovědi a místo na poznámku. Pracovní tým měl za úkol přiřadit kód odpovídající stupni naplnění standardu klinikou dle svého posouzení.

V rámci sebehodnocení byly odhaleny slabé stránky, které se týkaly dokumentů, které jsou obsaženy v kapitolách:

- *Kapitola I. Standardy kvality* – pracovišti chybí projekt zvyšování a rozvoje kvality zdravotní péče s pravidelným vyhodnocováním (I./1) a sledování spokojenosti pacientů (I./3).
- *Kapitola II. Standardy diagnostických postupů* – pracovišti chybí písemný standard týkající se četnosti a rozsahu záznamů, které mají být obsaženy

v dokumentaci kliniky (II./7) a standard týkající se závazných postupů průběhu vyšetření před anestezií lékařem (II./9).

- *Kapitola VII. Standardy managementu* – není stanovena část zřetelných postupů, písemnou formou, která se týká kompetencí a vztahů mezi nadřízenými a podřízenými na pracovišti (VII./31.). Částečně není plněn standard týkající se personální politiky, plánu rozvoje a hodnocení pracovníků (VII./33.). Standard, který se týká pochopení a sdílení poslání, cílů a strategií nemocnice/kliniky není v současné době oficiálně zjišťován, neoficiálně však zaměstnanci tyto hodnoty nesdílejí (VII./34).
- *Kapitola VIII. Standardy péče o zaměstnance* – chybí náplně práce lékařů (VIII./37.), není systematicky prováděna průběžná kontrola a hodnocení kvalifikace a výkonů v procesu vzdělávání lékařů (VIII./39.) a není systematicky monitorována spokojenost zaměstnanců (VIII./41.).

Poznámka: Uváděná čísla v závorkách znamenají číslo kapitoly a číslo vlastního standardu.

Formulace problému:

Sebehodnocení ukázalo slabé stránky v oblastech řízení lidí, sledování zpětné vazby jak u zaměstnanců, tak pacientů a nedokonalý systém v tvorbě dokumentů a standardů kliniky.

Z širšího pohledu vidím velký problém v komunikaci mezi vedením kliniky, vedením jednotlivých úseků a zaměstnanci v obou směrech. Na straně vedení kliniky je určitá snaha informace předávat pravidelnou ústní i písemnou formou v rámci systému porad a vypracovaných dokumentů příloh provozního řádu (bohužel ne vždy systémově). Na straně zaměstnanců je naopak tato aktivita chápána jako obtěžování a přidělování práce. Ústní projevy zaměstnanců jsou převážně negativní, vyvolávají celkovou nespokojenost, která se odráží v kvalitě péče a chování k pacientům.

Nepřítomnost zpětné vazby a hodnocení spokojenosti na straně zaměstnanců i pacientů neumožňuje managementu přijímat dostatek informací, které by mohly vést k odstraňování nedostatků a naopak vést k zvyšování kvality v péči o zaměstnance i pacienty.

V současném systému nejsou pracovníci ztotožněni s cíli nemocnice/pracoviště. Je nutné v nich vybudovat porozumění s hodnotami nemocnice/pracoviště, vytvořit pozitivní přístup ke změnám a pomocí motivačních nástrojů postupně změnit jejich postoj.

Jako hlavní problém vidím neochotu lidí přijímat nové věci, změnit svoje myšlení a chování. Největším problémem je rigidita lidí, kteří nejsou ochotní přijímat změnu, jsou rezistentní a odmítají nové cíle. Cítí se ohroženi a proto je nutné pracovníky postupnými kroky mobilizovat, získat je a zapojit do tohoto procesu. Ukázat cestu změn jako pozitivní nástroj přinášející zvýšení kvality nejen v oblasti poskytování zdravotní péče pacientům, ale i v oblasti péče o zaměstnance.

Cíl práce:

Cílem práce je vytvoření plánu změny, který zvýší kvalitu v oblastech personálního managementu a v přístupu zaměstnanců k péči o pacienty.

Očekávaným výsledkem budou návrhy na:

- Zlepšení znalostí, pochopení a sdílení poslání, cílů a hodnot organizace/kliniky jejími zaměstnanci.
- Zlepšení monitorování spokojenosti zaměstnanců.
- Zlepšení komunikace mezi vedením kliniky a vedoucími úseků a dalšími zaměstnanci.
- Zlepšení komunikace a dokumentace ve vztahu k pacientům.
- Nová úroveň vztahu lidí ke změnám.

Postup:

Ve své diplomové práci bych se chtěla obecně zabývat řízeným zaváděním a zvyšováním kvality ve zdravotnictví a úzce se zaměřit na *oblast managementu změny při vedení lidí a popis plánované strategie vedoucí ke změně na klinice.*

Do celého procesu řízení kvality na klinice jsem aktivně zapojena nejen jako vrchní sestra, ale zároveň jako manager pro kvalitu. *Jsem pověřena přednostou kliniky vést proces zvyšování kvality, hodnotit a plánovat jednotlivé kroky ve*

spolupráci s ostatními spolupracovníky vedení kliniky. V problematice se orientuji, pracoviště znám velmi detailně a v rámci zvýšení a posílení své kompetence jsem absolvovala kurz Audity jakosti a ošetrovatelský management a kurz Akreditace zdravotnických zařízení v NCO NZO Brno. V rámci týmové spolupráce na úrovni nemocnice pracuji průběžně na úkolech vedoucích k zvyšování kvality.

Řízení změny je nutné vést postupnými kroky, které určí směr vývoje pracoviště, budou podporovat ochotu ke změně při práci, vytvoří prostředí důvěry a činorodosti, zabezpečí změny chování při zavádění nových procesů, pevně zakotví novou kulturu pracoviště a podpoří snahu o trvalou změnu.

Vedoucí práce Mgr. Dana Hradcová souhlasí s vedením diplomové práce.

Prohlašuji, že uvedená data souhlasí.

Dne 16.5. 2005 Bc. Ivana Kupečková, R.

Zdroje:

1. Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví, <http://www.szu.cz/cekz/index.php>, 2005
2. Di Kamp.: Manažer 21. století, Grada Praha 2000, ISBN 80-247-0005-0
3. Donnelly,J.,H.,Jr., Gibson,J.,L., Ivancevich,J.,M.: Management, Grada Praha dotisk 2004,2002,2000, ISBN 80-7169-422-3
4. Gladkij,I., a kol.: Management ve zdravotnictví, Computer Press Brno 2003, ISBN 80-7226-996-8
5. Chaloupková,V.: Kvalitně a efektivně, ZDN 3/2005 ONE MEDIA Praha, ISSN 0044-1996
6. Madar,J a kol.: Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, Grada Praha 2004, vyd.1, ISBN 80-247-0585-0
7. Marx,D.: Akreditace nemocnic: nejde o vybavení, ale o kvalitu procesů, <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=40958>, 2004
8. O akreditaci usilují další zařízení, ZDN 17/2005, ročník 54, Mladá fronta,a.s. Praha, s.14
9. Plamínek,J.: Vedení lidí, týmů a firem, Grada Praha 2002, dotisk 2003, ISBN 80-247-0403-X
10. Smejkal,V., Rais,K.: Řízení rizik, Grada Praha 2003, vyd.1, ISBN 80-247-0198-7
11. Sovová,E.: Historie programů kvality zdravotní péče, Bulletin 6, 2003, OSZSP Praha ČR IČ 225509
12. Vašátková,I.: Akreditace – jeden z nástrojů zajišťování kvality, Osobní rádce zdravotní sestry, VerlagDashofer Praha 2/2004, 4/6.3.2, ISSN 1214-0074
13. Walker,A.,J., a kol.: Moderní personální management Nejnovější trendy a technologie, Grada Praha 2003, vyd.1, ISBN 80-247-0449-8