

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Lucie Kramešová

Hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2013

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

V Praze dne 30. prosince 2012

.....

Lucie Kramešová

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc, za čas, odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování diplomové práce poskytla. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

Obsah.....	4
Abstrakt	7
Abstract	8
Úvod.....	9
Teoretická část.....	12
1.1. Řízení lidských zdrojů.....	12
1.2. Hodnocení pracovníků	15
1.3. Pracovní výkon.....	18
1.4. Řízení pracovního výkonu	19
1.5. Hodnocení pracovního výkonu	20
1.6. Hodnocení pracovního výkonu versus řízení pracovního výkonu	20
1.7. Metody hodnocení pracovního výkonu.....	22
1.7.1. Cíle hodnocení pracovního výkonu	27
1.7.2. Chyby v realizaci hodnocení pracovního výkonu	28
1.8. Profil manažera	28
1.9. Motivace.....	30
2. Kvalita	34
2.1. Řízení kvality – management of quality	34
2.2. Řízení kvality ve zdravotnictví	36
2.3. Akreditace	38
2.4. Řízení kvality ve zkoumané organizaci	39
3. Řízení změny	42
3.1. Druhy změn.....	43
3.2. Modely změny.....	44

3.3.	Realizace změny.....	45
3.4.	Problematické oblasti při zavádění změn v organizaci	45
3.5.	Realizace změny.....	47
3.6.	Shrnutí	47
4.	Organizační kultura	48
4.1.	Prvky organizační kultury	49
4.2.	Úrovně organizační kultury.....	50
4.3.	Organizační kultura ve zdravotnictví	51
4.4.	Shrnutí	53
5.	Empirická část	54
5.1.	Popis organizace.....	54
5.2.	Výzkumný problém.....	54
5.3.	Cíle výzkumu	55
5.3.1.	Kvalitativní výzkum	55
5.3.2.	Závěr kvalitativního výzkumu	67
5.3.3.	Etické aspekty	67
5.3.4.	Kvantitativní výzkum	68
5.3.5.	Interpretace výsledků kvantitativního výzkumu.....	72
5.3.6.	Hodnocení oblastí pracovního života	84
5.4.	Výsledky	88
5.5.	Sebereflexe.....	90
6.	Diskuse	92
6.1.	Doporučení pro organizaci	94
7.	Závěr.....	96
	Literatura	98
	Přílohy	103

Seznam tabulek a obrázků.....	103
Projekt diplomové práce.....	105
Hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků.....	110
Dotazník	111
Rejstřík	116

Abstrakt

Tato magisterská práce se zabývá problematikou pravidelného hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků. Cílem je zjistit postoj vedoucích i řadových pracovníků k hodnocení a navrhnout smysluplné změny systému hodnocení. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se věnuje problematice řízení lidských zdrojů, v souvislosti s řízením kvality a zaváděním změny v organizaci. Poslední kapitola je zaměřena na organizační kulturu, která má značný vliv na implementaci změn.

Ve druhé, praktické části, práce popisuje výzkumné šetření ve zdravotnické organizaci. Probíhal zde jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum. Při kvalitativním výzkumu byly vedeny rozhovory s vedoucími pracovníky. V kvantitativním výzkumu bylo využito dotazníku pro řadové nelékařské zdravotnické pracovníky, který obsahoval jednak otázky týkající se hodnocení a dále otázky, kterými se zkoumá organizační kultura z pohledu šesti oblastí pracovního života – AWLS dotazníku, který byl doplněn o otázky týkající se důvěry. Výzkum probíhal ve zdravotnické organizaci (nemocnici) od dubna do srpna 2012. Poukázal na to, že pravidelné hodnocení je nejednotné a neprobíhá v celé organizaci. Toto zjištění je přínosné pro zavádění systému hodnocení. Praktickým výstupem je vytvoření hodnotícího formuláře a vytvoření směrnice, podle které se bude hodnocení provádět.

Klíčová slova: pravidelné hodnocení, řízení lidských zdrojů, kvalita, organizační kultura, AWLS.

Abstract

This thesis deal with s periodical evaluation paramedical staff problem s. Find manager and paramedical staff stand and make a suggestion meaningful changes of system evaluation is object of this thesis. Thesis is divided in two sections. Theoretical section devote to problems of human resources in context with management quality and introduction change in organization. Last chapter is concentrate on organizational culture, what has significant influence to implementation changes.

In second, practical part, thesis describes research in health organization. Qualitative and quantitative research was preceded. Interview with managers was held in qualitative research. In quantitative research was used questionnaire for paramedical staff, what contained questions about evaluation and questions about organizational culture research from six work life area views (AWLS). Questions regarding confidence were added to questionnaire. Research proceeded in health organization (hospital) from April to August 2012th. It referred to periodical evaluation inconsistency and does not take place trough the organization. This discovery is beneficial for evaluation system implementation. Establishing evaluation form and directive for performing this evaluation is practical output.

Keywords: periodical evaluation, human resource, quality, change, organizational culture, AWLS

Úvod

Již v prvním ročníku mého studia na katedře řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, jsem při své praxi ve zdravotnickém zařízení v rámci předmětu Diagnostika organizace spolupracovala na výzkumu spokojenosti nelékařských zdravotnických pracovníků (dále NLZP, které přesně vymezuje zákon 96/2004 Sb.)¹. Svě zjištěné závěry jsem přednesla tehdejší náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. V mých doporučeních pro organizaci bylo mimo jiné i zavedení pravidelného hodnocení personálu. Vzhledem k zájmu managementu nemocnice jsem na své doporučení mohla navázat i v předkládané diplomové práci.

Práce ve zdravotnictví je velice náročná nejen po psychické, ale i po fyzické stránce. V současné době jsou na pracovníky kladeny obrovské nároky z mnoha oblastí. Je to nejen z hlediska kvalitní péče o pacienty, ale i z hlediska vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, dodržování standardů, přípravy nebo probíhající akreditace pracovišť, dalšího vzdělávání a odborné přípravy pracovníků. Doba je velice turbulentní, vede k řadě změn v pracovním procesu a nutí zaměstnance k adaptaci na nové pracovní postupy. Ekonomické tlaky na tento obor, díky šetření financemi a materiálem, díky zavádění a zvyšování regulačních poplatků a regulací lůžek, vedou k nejistotě a stresu nejen u pacientů, ale i u zdravých občanů. To vše se odráží na práci zdravotnických pracovníků.

Z těchto důvodů je důležité, aby management se zaměstnanci pracoval a věnoval se jim nejen po stránce odborné, ale i po stránce lidské.

Hodnocení pracovníků vychází ze specifických potřeb každé organizace. Je důležité nejen pro manažery působící na všech úrovních, v našem případě pro vrchní sestry, vrchní laboranty a pro staniční sestry, úsekové laboranty, ale hlavně pro řadové zaměstnance, kterým podává zpětnou vazbu a může významně ovlivnit jejich spokojenost. Slouží k pravidelnému setkávání vedoucích pracovníků se zaměstnanci, při kterém se hodnotí nejen pracovní výkon dotyčného. Mělo by sloužit jako motivační prvek, tím, že se o zaměstnance zajímáme, plánujeme spolu s ním jeho kariérní rozvoj, poskytujeme mu

¹ Zákon 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

zpětnou vazbu. Dobrá péče o zaměstnance a kvalitní komunikace posiluje vztahy na pracovištích, zlepšují se postoje řadových zaměstnanců vůči organizaci. Tím se zlepšuje i pracovní klima. To vše se pak odráží ve kvalitě odevzdávané práce, spokojenosti pacientů a jejich blízkých.

Hlavním úkolem mé diplomové práce je prozkoumání stávající situace a zjištění přístupu vrchních sester a vrchních laborantů k otázkám hodnocení personálu. Zároveň se snažím seznámit s postoji řadových pracovníků k hodnocení. Vzhledem k tomu, že v organizaci neexistuje žádná metodika, není vytvořen jednotný systém hodnocení nelékařského zdravotnického personálu, dívám se na zkoumaný problém komplexněji, z více stran. Z oblasti řízení lidských zdrojů, kvality, řízení změny a organizační kultury.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí. Z části teoretické a části praktické. Teoretická část shrnuje poznatky z oblasti řízení lidských zdrojů se zaměřením na hodnocení pracovníků a řízení pracovního výkonu. Snažím se definovat tyto dva přístupy a charakterizovat rozdíly mezi nimi. V další části této kapitoly se věnuji metodám hodnocení pracovního výkonu a pozastavuji se nad tím, jaké chyby mohou nastat při hodnocení pracovního výkonu. V neposlední řadě se zabývám i profilem manažera, který pracovníky hodnotí. Samotný proces hodnocení pracovníků by měl sloužit i jako motivační prvek, proto zde definuji přístupy odborníků k motivaci pracovníků. Další kapitola v teoretické části se týká problematiky kvality, protože s ní hodnocení pracovníků úzce souvisí. V současné době se mění se pohled na poskytování zdravotních služeb a vlivem standardizace a akreditace je důležité hodnocení pracovníků zavést do praxe. Třetí kapitola je zaměřena na řízení změny. Každá implementace změny do organizace přináší spoustu problémů a úskalí, proto jsem se chtěla dotknout i této problematiky. V poslední kapitole se zabývám organizační kulturou a jejím vlivem na vztahy mezi pracovníky, výkonnost pracovníků.

Praktická část této práce popisuje zkoumanou zdravotnickou organizaci. Cílem mého výzkumu bylo prozkoumat názory a podněty zaměstnanců ohledně potřeb a způsobu hodnocení a na základě toho vytvořit formuláře, pravidla a postupy pro hodnocení NLZP. Data jsem získávala pomocí kvalitativního a kvantitativního šetření. V kvalitativním výzkumu jsem vedla rozhovory s 15 manažerkami. V kvantitativním výzkumu jsem pomocí dotazníkového šetření oslovila 230 NLZP, hodnocených bylo 173 dotazníků.

Získané výsledky z celého empirického šetření jsem zpracovala do doporučení pro náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a navrhla jsem další postupy při zavádění pravidelného hodnocení personálu do praxe. Zároveň jsem vytvořila směrnici, kde jsou uvedeny pravidla a postupy, kterými se mají vedoucí pracovníci řídit při samotném hodnocení pracovníků.

Teoretická část

Vzhledem k tomu, že diplomová práce se zabývá hodnocením personálu, začínám teoretickou část kapitolou řízení lidských zdrojů. Zde se zamýšlím nad hodnocením pracovního výkonu a řízením pracovního výkonu, metodami hodnocení, profilem manažera, dále popisuji chyby, které mohou vzniknout při špatném pochopení a realizaci systému hodnocení. V neposlední řadě se zabývám i motivací, protože hodnocení pracovníků je jedním z motivačních prvků v organizaci.

1.1. Řízení lidských zdrojů

Personální práce, neboli také personalistika, jak uvádí Dvořáková (2012, s. 5) prošla během 20. století několika stádii. Od personální administrativy, personálního řízení, přes řízení lidských zdrojů, až po řízení intelektuálního kapitálu. O řízení lidských zdrojů se začíná hovořit v padesátých a šedesátých letech dvacátého století, kdy se stává nejdůležitější složkou v řízení organizace. Vyjadřuje význam člověka pro organizaci. Má sloužit k tomu, aby organizace byla výkonná. Výraz řízení lidských zdrojů nahradil dřívější pojem personální řízení. Je zaměřeno na získávání lidí, organizování práce, sledování pracovních výsledků, chování a dalšího rozvoje pracovníků, přesněji na „vše, *co se týká člověka v pracovním procesu*.“ (Koubek, 2001, s. 17).

Armstrong definuje řízení lidských zdrojů: „*jako strategický a logicky promyšlený přístup k řízení toho nejcennějšího, co organizace mají – lidí*“ (Armstrong, 2007, s. 27).

Proč zrovna strategický přístup? Ve 21. století se klade důraz na jednotný přístup k personálnímu řízení, které pomáhá organizacím dosahovat svých cílů. Strategii definovali Johnson a Scholes jako: „*dlouhodobější směřování a oblast působnosti organizace, která se dokonale přizpůsobuje svému měnícímu se prostředí.....*“ (Armstrong, 2007, s. 115). Strategie ukazuje směr, kterým se organizace ubírá. Organizace mají vytyčené strategické cíle, ke kterým chtějí dospět pomocí strategických plánů. Strategické řízení lidských zdrojů je politika, která se zaměřuje získávání a výběr pracovníků, na jejich vzdělávání a rozvoj, na řízení pracovního výkonu. Jeho výhodou je, že se jedná o dlouhodobý proces, který se týká řízení lidí, ukazující cestu v dnešním turbulentním

prostředí. Řízení je zaměřeno na vysoký výkon, vysokou míru oddanosti a vysokou míru zapojení a participace pracovníků. Z toho vyplývá, že organizace se pečlivě vybírá své zaměstnance, kteří dosahují vysoké produktivity práce a pracují kvalitně, jejich chování vůči organizaci je ovlivňováno sebe samým a ne podněty z vnějšku a je s nimi zacházeno jako s rovnocennými partnery, jejichž názory jsou respektovány. (Armstrong, 2007)

Řízení lidských zdrojů můžeme podle Storeye rozdělit na „tvrdé“ a „měkké“. Tvrdý typ zdůrazňuje, že lidské zdroje musí být rozvíjeny, získávány a řízeny tak, aby z nich měla organizace přínos. Leggeová charakterizovala tento typ tak, že lidské zdroje musí být řízeny racionálně a využity k co největšímu užitku. Měkký typ dává důraz na vedení a komunikaci, jde o získání oddanosti pracovníků. Podle Gesta, tento typ vidí lidské zdroje více jako prostředky k dosažení cílů, než jako předměty. (Armstrong, 2007, s. 33)

Existují však i výhrady k řízení lidských zdrojů. Na rozdíl od výše zmiňovaných autorů Peter Drucker zdůrazňuje: „lidé se neřídí, úkolem je lidi vést, cílem je produktivní využití konkrétních předností a znalostí každého jedince.“ (Drucker, 2002, s. 76)

Mnoho autorů řízení lidských zdrojů odsuzuje. Tvrdí, že je to jen květnatá mluva, která je nepřátelská vůči jedincům. Guest se domnívá, že je to optimistické řízení plné naděje a nadsázky. Na něj navazují se svými myšlenkami i Mabey a kolektiv, kteří tvrdí že: „ohlašované výsledky jsou nerealisticky veliké.“ Někteří odborníci se shodují na myšlence, že řízení lidských zdrojů je v podstatě nástrojem k manipulaci s jedinci. Armstrong však oponuje tím, že organizace vznikly proto, aby dosahovaly určitých výsledků a cílů, proto zájem jak managementu, tak samotných pracovníků by měl být totožný a to prosperující organizace. Záleží však na chování manažerů k pracovníkům a podle toho bude zpětná vazba od zaměstnanců. (Armstrong, 2007, s. 36)

S těmito myšlenkami se mohou pouze ztotožnit, jelikož pracovníci by měli být nějakým způsobem vedeni a řízeni. Je důležité, aby věděli, proč v organizaci jsou, jaké je jejich pracovní zařazení a hlavně co se od nich očekává. Avšak jakákoliv manipulace vede k tomu, že pracovníci se chovají jak „stroje“, nevnáší do pracovního procesu myšlenku, nápad, kreativitu. Taková činnost je pro ně samotné velice vyčerpávající a ubíjející. V podstatě vede k demotivaci jedince.

Bez lidí by žádná organizace nemohla fungovat, nemohla by plnit své cíle a uskutečňovat vize. Jejich řízením a vedením se v dnešní době zabývají linioví manažeři.

Lidské zdroje využívají v pracovním procesu další zdroje a těmi jsou materiální, finanční, informační.

Někteří autoři užívají místo termínu lidské zdroje **lidský kapitál**, například Vodáček s Vodáčkovou uvádějí: „lidé jsou totiž považováni za největší kapitál dobrých firem.“ (Vodáček, Vodáčková, 2006, s. 118)

Lidský kapitál Bontis charakterizuje tak, že se jedná se o jedince, kteří jsou charakterizováni inteligencí, zkušenostmi, znalostmi i praktickými dovednostmi. Mají schopnost a vůli dalšího vzdělávání a zlepšování sama sebe i pracovního procesu. Je-li toto úsilí dobře motivováno, odráží se v dalším setrvávání organizace na trhu. (Armstrong, 2007)

Z výše uvedeného vyplývá, proč by se management měl lidmi v organizaci zabývat, není to jen kvůli zaměstnancům konkrétně, ale také kvůli samotné organizaci. Pokud se má organizace dál rozvíjet, obstát v konkurenčním boji na trhu, je nutné si uvědomit, že největší potenciál, který má, je v lidech. Špičkové vybavení, moderní technika nenahradí kvalitní personál.

Mayo popsal rozdíl mezi řízením lidského kapitálu a řízením lidských zdrojů tak, že: „první koncepce chápe lidi jako bohatství, jako aktiva, zatímco druhá jako náklady.“ (Armstrong, 2007, s. 48) Dvořáková popisuje, že některé organizace považují lidské zdroje za zdroj budoucích hodnot. Zaměstnanci jsou jediným intelektuálním kapitálem, proto se v těchto firmách hovoří o „*řízení intelektuálního kapitálu či lidského kapitálu*.“ (Dvořáková, 2007, s. 9) Intelektuální kapitál znamená vědomostní. „Je založen na znalostech, které organizace vlastní.“ (Kocianová, 2012, s. 63)

Na řízení lidských zdrojů se v současnosti nejvíce podílí linioví manažeři ve spolupráci s personálním útvarem.

Mezi nejdůležitější oblasti personalistiky podle Vebera (2005) patří:

- Plánování pracovníků
- Získávání, výběr a rozmisťování pracovníků
- Hodnocení pracovníků
- Hodnocení práce a popis pracovních míst
- Podnikové vzdělávání
- Odměňování

- Pracovní vztahy a kolektivní vyjednávání
- Bezpečnost práce a ochrana zdraví a pracovní podmínky
- Sociální péče a aktivity volného času
- Personální informační systém

Personální útvar by měl být významnou oporou vedoucího pracovníka. Od něj by měly vycházet veškeré podněty ohledně řízení lidských zdrojů, v našem případě hodnocení pracovníků. Některé studie v oblasti zdravotnictví však ukazují, že tomu tak často není. Na téma hodnocení pracovníků existuje mnoho diplomových prací. Například Cermanová (2005) řeší problematiku hodnocení zdravotních sester na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kdy se snaží stávající systém hodnocení nahradit novým. Zde se jedná jen o jedno oddělení zkoumané organizace. Další diplomová práce se týká hodnocení zdravotních sester v nemocnici Most (Zemanová, 2008). Zde se již problematika řeší v rámci celé organizace. V obou organizacích je již hodnocení pracovníků zavedeno, ale je nevyhovující. Podnět na zkvalitnění nebo zavedení systému hodnocení pracovníků v obou případech vždy pochází od manažerů a řadových pracovníků. Tyto práce ukazují, že hodnocení pracovníků není v oblasti zdravotnictví pevně zakotveno a chápáno jako přínos. Jestliže v organizaci existuje, většinou je opředeno různými nedostatky, které ovšem nevnímá personální útvar, ale druhá strana, hodnotitelé a hodnocení. To jsou hlavně manažeři, kteří hodnotí a také samotní pracovníci.

Mnoho organizací začíná uplatňovat hodnocení ve svém personálním řízení až v dnešní době. A to hlavně pod tlakem dodržování standardů pro sociální a zdravotní péči, které nutí organizace obrátit pohled i tímto směrem.

1.2. Hodnocení pracovníků

Jak již jsem uvedla v úvodu diplomové práce, hodnocení pracovníků vychází ze specifikace každého pracoviště. Slouží k pravidelnému setkávání vedoucích pracovníků se zaměstnanci, při kterém se hodnotí nejen pracovní výkon dotyčného. Mělo by sloužit jako motivační prvek, tím, že se o zaměstnance zajímáme, plánujeme spolu s ním jeho kariérní rozvoj, poskytujeme mu zpětnou vazbu. Dobrá péče o zaměstnance a kvalitní komunikace posiluje vztahy na pracovištích, zlepšují se postoje řadových zaměstnanců vůči organizaci. Tím se zlepšuje i pracovní klima. To vše se pak odráží ve kvalitě odevzdávané práce,

spokojenosti pacientů a jejich blízkých. Pravidelné hodnocení pracovníků poskytuje manažerům důležité informace o jednotlivých zaměstnancích a jim pak zpětnou vazbu na již vykonanou práci. Řadí se mezi hlavní úkoly vedoucích pracovníků. Ti na základě jeho závěrů mohou plánovat rozvoj daného zaměstnance. Proces hodnocení přímo určuje § 302 zákona č. 262/2006 Sb.² (Zákoník práce) Je žádoucí, aby se na systému podíleli vedoucí zaměstnanci zainteresovaní na jeho používání.

Při zavádění nového modelu hodnocení pracovníků je důležité se zaměřit na jeho provázání s náplní práce, motivací, kompetencemi, firemní kulturou a strategií firmy (Hroník, 2006). Dále tento autor (s. 15) popisuje tři důvody, proč bychom hodnocení pracovníků měli provádět:

1. Změna či posílení organizační kultury a komunikace strategie (hodnocení pracovníků slouží jako nástroj ke změně organizační kultury)
2. Sladování zájmu všech zúčastněných
3. Zvýšení výkonnosti

Štěpaník a Kohoutek citují americké autory W.B. Werthera Jr. a K. Davise, kteří upozorňují na to že: „organizace nevystačí jen s tím, že má nějaký systém hodnocení. Tento systém musí být efektivní a všeobecně přijatelný. Jako takový pak může napomáhat sledování rozvoje, informací o plánování pracovního postupu...“ (Štěpaník, Kohoutek, 2000, s. 86)

Hodnocení personálu je důležitá věc, nelze mít zavřené oči a doufat, že organizace bude sama nějak fungovat. Měl by to být proces, který bude dobře fungující a pochopitelný pro všechny účastníky. Jestliže hodnotitel nebude vědět, proč hodnotí a jakou používá metodu a zároveň hodnocený nebude rozumět výstupům z hodnocení, bude takový proces kontraproduktivní a demotivující. Přesně jak uvádějí Grohar Murray a Di Croce (2003), dobrý vedoucí má mít personál, který je dobře informován a který přesně rozumí účelu hodnocení (Tab. 1).

² § 302 zákona č. 262/2006 Sb. – vedoucí pracovníci jsou dále povinni řídit a kontrolovat práci podřízených zaměstnanců a hodnotit jejich pracovní výkonnost a pracovní výsledky

Tab. 1; Povinnosti vedoucího pracovníka a řadových sester (Murray, Di Croce, 2003, s. 221)

Povinnosti vedoucího	Odpovídající reakce řadových sester
Informuje personál o programu hodnocení v organizaci a interpretuje jej tak, aby zahrnoval:	Je-li sestra řádně informována o programu hodnocení, očekává se, že bude:
<ul style="list-style-type: none"> • Účel • Čeho si management cení • Jaké výsledky lze očekávat • Jaké metody se používají • Jaké jsou prostředky k dispozici k dosažení cílů • Zda se očekává aktivní účast • Na kolik je podporováno sebeurčení 	<ul style="list-style-type: none"> • Chápat hodnocení jako důležitou činnost • Jednat podle stanovených priorit • Znat systém odměňování a disciplinárního řízení • Znat formulář hodnocení • Využívat prostředky za účelem ovlivnění osobního úspěchu • Aktivní při hodnotících pohovorech • Samostatně pracovat v rámci daných kompetencí a bude zodpovědná za vlastní rozhodnutí

Výše uvedená tabulka se sice týká hodnocení zdravotních sester, ale myslím si, že je na tolik univerzální a použitelná pro zaměstnance různých oborů.

Podle Koubka je hodnocení pracovníků možné popsat jako klasifikování pracovníků v souvislosti s pravidelným setkáváním. Hodnocení pracovního výkonu je zaměřeno spíše na minulost. Na rozdíl od řízení pracovního výkonu, které má za úkol vyjasnit si představy o budoucnosti a které klade velký důraz na vedení manažerů a podporu zaměstnanců. Je-li dobře vedeno, přináší všem zainteresovaným mnoho výhod, které popisuje Koubek (1995):

- Poskytuje prostor pro zaměstnance k samostatnému rozhodování
- Šetří čas manažerovi

- Neustálá komunikace pomáhá předcházet spoustě problémů
- Soustavné vzdělávání snižuje výskyt chyb a omylů
-

Arhtur (2010) uvádí, že hodnocení by mělo mít přínos a využití pro:

- a) Vedoucí pracovníky – kdy si manažer uvědomí silné a slabé stránky podřízeného
- b) Zaměstnance – kdy si jednotlivec upřesní to, co se od něj očekává.
- c) Organizaci – získává informace o zaměstnancích

Hodnocení neslouží jen k posuzování pracovních výkonů, ale slouží také k rozpoznání rezerv lidských zdrojů, ke stimulu a motivaci, k posouzení potřeby kvalifikace a rekvalifikace. (Vodáček, Vodáčková, 2006, s. 110)

1.3. Pracovní výkon

Abychom lépe pochopili, co znamená sousloví pracovní výkon, je důležité znát jeho význam. Existuje mnoho definic a názorů. V podstatě se dá říct, že co odborník, to definice. Na pracovní výkon se musíme podívat komplexně, nejen z hlediska odvedené práce, ale zaměřit se i na vlivy, které působí na samotný výkon. Pracovní výkon není jen o množství odevzdané práce, ale zahrnuje i obsáhlejší prvky pracovního a sociálního chování ve vztahu k ostatním zaměstnancům, k cílům organizace a k zákazníkům, s kterými pracovníci přicházejí do styku (Pokořová, 2010). Koubek (2001) charakterizuje pracovní výkon nejen jako množství práce, ale i pracovní chování, mezilidské vztahy, ochotu, absenci, dochvilnost a další atributy spojené s vykonávanou prací, zaměřuje se i na předpoklady, schopnosti jedince na daném pracovním místě.

Pracovní výkon se úzce vztahuje k náplni práce každého zaměstnance, kde je vždy přesně uvedeno, jaká práce se od něho očekává. Je důležité také přihlédnout k tomu, čím je pracovní výkon ohrožen. Působí na něj mnoho vnějších činitelů, které zaměstnanec nemůže ovlivnit – nedostatek personálu, nedostatečné materiální vybavení, špatná organizace práce, špatné zaškolení. Při hodnocení pracovního výkonu je tedy nutné brát na zřetel i tyto faktory.

1.4. Řízení pracovního výkonu

Moderní pojetí řízení lidských zdrojů zdůrazňuje vytváření pracovních míst přímo na míru danému pracovníkovi. Jedná se o nový přístup k pracovnímu výkonu a to k řízení pracovního výkonu. (Koubek, 2004). Koubek dále definuje řízení pracovního výkonu jako přístup, který je založený na dohodě mezi vedoucím zaměstnancem a pracovníkem. Ta se týká vzdělávání, rozvoje, hodnocení, odměňování pracovníka a vytváření pracovních úkolů (s. 190). Odměňování nemusí být jen finanční, může se jednat o odměnu v podobě pochvaly, uznání.

Armstrong (2011) uvádí definici řízení pracovního výkonu, jak ji v roce 2007 uvedli Latham, Sulsky, MacDonald:

Proces řízení pracovního výkonu se podle těchto autorů skládá ze čtyř kroků:

1. Definování žádoucího pracovního výkonu
2. Stanovení konkrétních, podnětných a náročných cílů, týkající se toho, co by daná osoba, nebo tým měli začít dělat, přestat dělat nebo dělat jinak
3. Pozorování pracovního výkonu jednotlivých pracovníků
4. Poskytování zpětné vazby a rozhodování pro případné vzdělávání, převedení na jinou práci, povýšení, přeřazení na nižší funkci nebo ukončení pracovního poměru pracovníka

Řízení pracovního výkonu se zaměřuje nejen na zkvalitnění výkonu jednotlivce, ale i celého týmu. Je to nepřetržitý proces, který se stále opakuje. Objevilo se jako reakce na negativní stránky, které přinášelo hodnocení pracovního výkonu. Jedná se o soustavný proces, který je založený na dialogu mezi liniovým manažerem a pracovníkem. Je zaměřen nejen na cíle, ale i hodnoty a chování (Armstrong, 2007) Dále tento autor charakterizuje řízení pracovního výkonu jako: „*systematický proces směřující k zlepšování výkonu organizace pomocí zlepšování pracovního výkonu jednotlivců a týmů.*“ (Armstrong, 2011, s. 23)

Řízení pracovního výkonu procházel a stále prochází vývojem. Ne všichni odborníci jsou s tímto procesem ztotožnění. Řízení pracovního výkonu má jak své příznivce, tak své odpůrce. Mnoho odborníků (Crosby, Deming, Furnham a jiní) se k této problematice vyjadřuje velice negativně: zbytečná byrokracie, manažeři nejsou vyškoleni

v této problematice, složitost celého systému, rozdíly v posuzování výkonu od různých manažerů, může vést k demotivaci apod. (Armstrong, 2011) Tato kritika je však důležitá, k tomu, aby se manažeři zamysleli nad způsobem vedení hodnocení.

1.5. Hodnocení pracovního výkonu

Hodnocení pracovního výkonu neboli hodnocení pracovníků Armstrong (2007, s. 416) charakterizoval: „formální posuzování a hodnocení pracovníků jejich manažery, obvykle při každoročním setkání.“ Townley tento proces vnímal jako: „nástroj výkonu manažerské moci a kontroly.“ (tamtéž)

Hroník (2006) rozdělil hodnocení výkonu na tři oblasti – vstup, výstup a pracovní proces. Vstup charakterizuje jako to, co pracovník přináší do své práce, jaké má předpoklady např. předchozí praxe, vzdělání, ambice. Výstup je samotný pracovní výkon. Pracovní proces je střední článek mezi vstupem a výstupem, charakterizuje chování pracovníka při vykonávání svých pracovních povinností, úkolů.

Dobry pracovní výkon je jeden ze zdrojů zajištění kvality. Hlavní kritériem hodnocení pracovního výkonu u nelékařských zdravotnických pracovníků jsou profesní standardy. Požadavky na pracovní výkon nelékařských zdravotnických pracovníků nacházíme v pracovní náplni, která výše zmiňované standardy odráží. (Grohar-Murray, Di Croce, 2003)

1.6. Hodnocení pracovního výkonu versus řízení pracovního výkonu

Systém hodnocení pracovního výkonu je v současné době odsunut do pozadí. Byl shledán jako nevyhovující, jelikož se zaměřoval na minulost. V současné době se personalisté stále častěji zaměřují na řízení pracovního výkonu, které je založeno na domluvě a podpoře, než na nařizování.

Jelikož existují rozpory mezi hodnocením pracovního výkonu a řízením pracovního výkonu, pro lepší pochopení je shrnuli Armstrong a Baron do následující tabulky (Tab. 2.)

Tab. 2; Rozdíly mezi hodnocením pracovního výkonu a řízením pracovního výkonu (Armstrong, 2007, s. 417)

Hodnocení pracovního výkonu	Řízení pracovního výkonu
<ul style="list-style-type: none"> • Posuzování a hodnocení shora dolů • Hodnotící setkání (rozhovor) jednou za rok • Používání klasifikace a bodování • Monolitický systém • Zaměření na kvantitativní cíle • Často propojeno s odměňováním • Byrokratický systém – složité papírování • Záležitost personálního útvaru 	<ul style="list-style-type: none"> • Společný proces založený na dialogu • Soustavné zkoumání a posuzování pracovního výkonu s jedním nebo více formálními setkáními • Klasifikace, bodování méně obvyklé • Flexibilní proces • Zaměření na hodnoty a chování ve stejné míře jako na cíle • Přímá vazba na odměnu je méně pravděpodobná • Dokumentace udržována na minimální úrovni • Záležitost liniových manažerů

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla používat pojem hodnocení pracovníků, protože ve své empirické části jsem se dotazovala na problematiku hodnocení a ne na problematiku řízení pracovního výkonu. I když v průběhu studia literatury jsem zjistila, že je mi bližší termín i sama podstata řízení pracovního výkonu. Myslím si, že slovo „hodnocení“ evokuje v zaměstnancích návrat do školních lavic, kdy se bude známkovat jejich pracovní činnost. Ono to v podstatě tak je, když používáme hodnotící škálu, ale ta nám je jen nápomocna a vede nás. Ačkoli slovo „řízení“ také může cokoli připomínat, ale já ho vnímám jako podání „pomocné ruky“ zaměstnanci při pracovní činnosti a tak ho interpretuji dále mezi spolupracovníky.

1.7. Metody hodnocení pracovního výkonu

Je důležité hned na začátek uvést, že neexistuje jedna nejlepší a nejkvalitnější metoda pro hodnocení pracovního výkonu. Záleží na typu organizace, kde se hodnocení provádí, na tom, jakým směrem je hodnocení zaměřeno, zda do minulosti, či budoucnosti, na specifikaci hodnocených pracovníků. Ne vždy je stejná metoda vhodná pro všechna odvětví.

Koubek definuje hodnocení pracovního výkonu následovně: „důležitá personální činnost zabývající se zjišťováním toho, jak pracovník vykonává svou práci, plní úkoly, jaké je jeho pracovní chování a jaké jsou vztahy mezi ním a spolupracovníky, zákazníky“ (Koubek, 2001, s. 191). Tento autor hodnocení dělí:

- a) **Formální** - pravidelné hodnocení, které probíhá podle předem daných pravidel. Koubek dále vyzdvihuje výhody tohoto hodnocení, tak, že je komplexnější, rozpoznává silné a slabé stránky pracovníka, rozpozná potřebu dalšího vzdělávání jedince.
- b) **Neformální** – náhodné hodnocení, které není strukturované, nevede se o něm písemný záznam, probíhá kdykoliv. Bývá to většinou pochvala nebo výtka. Neformální hodnocení může probíhat dennodenně. Není na škodu své pracovníky chválit i za maličkost. Seběmenší pochvala působí motivačně na zaměstnance.

Hodnocení pracovníků provádí prakticky kdokoliv. Jejich výkon, chování posuzuje jednak vedoucí pracovník, ale zároveň i spolupracovníci, zákazníci, podřízení.

Hodnotitelem podle Dědiny a Cejthamra (2005) může být:

- Přímý nadřízený
- Nadřízený bezprostředně nařízeného
- Pracovník personálního útvaru
- Nezávislý externí hodnotitel
- Zákazník
- Spolupracovník nebo skupina spolupracovníků
- Podřízený
- Pracovník sám – sebehodnocení

Hodnotitelem ve zdravotnických organizacích je mimo jiné přímý nadřízený – staniční sestra nebo vrchní sestra (dalšími hodnotiteli jsou pacienti, jejich rodiny, blízcí, k těmto osobám se vrátím později), tedy linioví a střední manažeři. Ti řídí pracovní činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků a mají nejlepší přehled o tom, jak hodnocený pracovník vykonává svou činnost, jak je manuálně zručný, jaký má přístup k pacientům. Vidí zaměstnance přímo v „akci“ a mohou ho tedy hodnotit podle konkrétních situací. Nevýhodou podle Koubka (2001) může být nedostatek kontaktu s jednotlivými pracovníky a může se jednat o hodnocení z „příliš velkého odstupu.“ (s. 200)

Pracovník personálního útvaru, nebo nezávislý externí hodnotitel může být na pozici svědka, obzvláště při hodnocení problematických zaměstnanců. Nelékařští zdravotničtí pracovníci nevyrobí výrobky, nehodnotí se podle počtu aplikovaných injekcí či infuzí, ale provádí velice specifické činnosti, které určitým způsobem působí na pacienta. Uvedené osoby nejsou na pracovišti permanentně a tudíž, jak již jsem výše uvedla, nemohou zaměstnance hodnotit v konkrétní situaci. Jak uvádí Koubek (2001) hodnocení personalistou se „obtížně organizuje a bývá založeno na různé kvalitě podkladů.“ (s. 201)

Zákazník je v našem případě pacient, nebo také jeho rodina, blízcí. Hodnotí pracovníky při vyplnění dotazníku spokojenosti. Nebezpečí tohoto přístupu hodnotí Koubek (2001) tak, že zákazník je k provádění hodnocení častěji stimulován v případě nespokojenosti než spokojenosti“ (s. 201). Dále uvádí, že toto hodnocení zákazník velice často dělá jen „formálně a aby vyhověl.“

Hodnocení skupinou spolupracovníků se zdá jako přijatelné, protože spolupracovníci daného jedince znají po pracovní stránce nejlépe. Často se však stává, že nechtějí participovat na tomto způsobu hodnocení (Koubek, 2001). Zároveň si myslím, že nevýhodou tohoto hodnocení jsou osobní vztahy s daným jedincem, které mohou být nadřazeny pracovním vztahům a ovlivnit tak průběh daného procesu.

Hodnocení podřízeným se používá velice málo, protože podřízení neznají všechny pracovní povinnosti nadřízeného. Hodnotí nejvíce jeho chování. Výhodou je, že nadřízený dostává zpětnou vazbu od svých pracovníků a ví, co má na svém chování změnit, nevýhodou je na jedné straně vyřizování účtů a na druhé straně snaha se zalíbit (Koubek, 2011).

Sebehodnocení je metoda, která se stále více dostává do popředí. Má sloužit jako příprava hodnoceného k hodnotícímu rozhovoru. Pracovník se zamýšlí nad svými schopnostmi, nad svým přístupem k vykonávání pracovních povinností. Mezi její nevýhody však podle patří to, že lidé nejsou schopni objektivně hodnotit sami sebe a mají „spíše tendenci se přeceňovat.“ (Koubek, 2001, s. 205)

Jak již jsem v úvodu této kapitoly napsala, existuje mnoho metod hodnocení pracovního výkonu. Jejich výběr záleží na dané organizaci, kde hodnocení probíhá. Jiné hodnocení bude, kde se plní určité normy, jiné v pomáhajících profesích. Werther a Davis rozdělují metody hodnocení do dvou skupin. Metody, které jsou zaměřeny na minulost a metody zaměřené na budoucnost (Dvořáková a spol., 2007) Podle Hroníka (2006) je však přínosné, když hodnocení pracovníka zabírá jak minulost, přítomnost, ale i budoucnost a probíhá napříč všemi oblastmi.

Motivačně – hodnotící pohovor

Je nejdůležitější součástí každého hodnocení pracovníků. Jedná se o rozhovor mezi nadřízeným a podřízeným zaměstnancem. Jsou jim známa témata, o kterých se bude hovořit. Podřízený zaměstnanec si připraví sebehodnocení, které je pak srovnáno s hodnocením od vedoucího pracovníka. Při sebehodnocení jedinec hovoří o svých splněných cílech, o vnímaných problémech, o svých plánech do budoucna. Na tento systém musí být pracovníci dobře připraveni. Mnoho jedinců neumí kvalitně a pravdivě sama sebe zhodnotit, hlavně hovořit o svých kladech a záporech. (Hroník, 2006)

Cílem motivačně – hodnotícího pohovoru je zhodnotit zaměstnance za uplynulé období a naplánování pracovního rozvoje do budoucna. Důležité je, aby se hodnocený zaměstnanec cítil dobře. Při hodnotícím pohovoru musíme dodržovat určitá pravidla (Bělohávek, 2009):

- Hodnotitel musí být objektivní
- Pokládá otevřené otázky zaměřené na výsledky sebehodnocení
- Hodnotí celé období
- Drží se dohodnutých kritérií
- Postupuje od pozitivního k negativnímu
- Hodnocení dokládá fakty

Velký význam má také styl pohovoru. Pro obě strany je nejlepší, když je pohovor rovnoprávní neboli **participativní**. Nejlepší je, když vedeme konstruktivní diskuzi, při které identifikujeme problémy a zároveň se je snažíme při rozhovoru řešit, nebo alespoň nacházíme cestu k řešení těchto problémů. Je dobré si uvědomit, že pohovor může nejen zlepšit pracovní výkon, ale i naopak (Koubek, 2001). Kvalita hodnotícího pohovoru se odvíjí od kvality osob, které se pohovoru zúčastní. Za úspěšně provedený rozhovor jsou zodpovědní jak vedoucí pracovník, tak podřízený (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Úspěšnost hodnotícího pohovoru je dána: „kombinací tří faktorů: schopností poznání druhé osoby, vcítění se do ní, zdravého selského rozumu, ale také postupů, jež jsou ověřeny praxí“ (Bělohávek, 2009, s. 11).

MBO – management by objectives, řízení podle cílů

Tento termín poprvé popsal Drucker. Dědina a Cejthamr citují Odiorne, který ho popsal jako „proces, ve kterém se nadřízení i podřízení manažeři společně ztotožňují s hromadnými cíli organizace“. (Dědina, Cejthamr, 2005, s. 68) Jedná se o metodu, která je zaměřena na budoucnost. Může se zaměřovat jak na vstup, výstup i procesy, ale nejvíce je zaměřená na hodnocení výstupů. Záporná stránka této metody je velká administrativa. Je založen na hodnocení plnění cílů, tento systém je propojen s odměňováním a kariérním růstem. V jeho obsahu jsou jasně popsány pracovní a rozvojové cíle. Cíle musí splňovat kritéria SMART. (Pilařová, 2008)

S – specific - specifický

M – measurable - měřitelný

A – achievable - dosažitelný

R – realistic - realistický

T – timed - termínovaný

MBC – management by competencies, řízení podle kompetencí

Vychází z popisu konkrétního pracovního místa, které je popsáno v organizační struktuře. Každé toto místo lze popsat pomocí souboru činností, které osoba vykonává.

K tomu, aby osoba dobře plnila svěřené úkoly, musí mít odpovídající znalosti a schopnosti. (Pilařová, 2008)

Při používání tohoto modelu dochází ke srovnávání schopností a znalostí pracovníka s požadavky na danou pracovní pozici. Tyto požadavky jsou specifikovány v náplni práce, která je specifická pro různé pozice.

BARS – behaviorally anchored rating scalec

Jedná se o metodu, která hodnotí pracovní chování jednotlivce. Je více zaměřena na přístup k práci. Jedná se o kvalifikační stupnici, kdy každý úkol je ohodnocen pomocí stupňů od 1 do 5 popřípadě až do 7. Kdy 1 znamená nepřijatelné chování a 7 vynikající chování. (Koubek, 1995) Velkým přínosem pro hodnotitele je, že jednotlivé stupně hodnocení obsahují popis pracovního chování. (Veber, 2005)

V naší organizaci máme vytvořen systém hodnocení práce všeobecných sester. Byl vytvořen jednou z předešlých náměstkyň pro ošetrovatelskou péči, avšak v podstatě není využíván pro hodnotící proces. Tabulku, která tento systém tvoří, používají jen manažerky, které provádí pravidelné písemné hodnocení pracovníků. Vrchní sestry, které hodnotí ústně někdy na tuto tabulku poukazovaly, v podstatě tak, že vědí, že existuje

Máme vytvořeny následující kategorie:

- Jednání s nemocnými
- Spolupráce
- Organizační schopnosti
- Odbornost
- Výkonnost, manuální zručnosti
- Spolehlivost
- Odborná příprava

Jednotlivé kategorie jsou rozděleny a důkladně popsány do 5 skupin. V našem případě 1-5, kdy čísla znamenají body. 1 – nepřijatelné chování, 5- vynikající chování.

360°

Metoda, která se začala rozvíjet v 90. letech 20. Století. Jedná se o vícenásobné hodnocení. Jde o hodnocení jedince z více stran. 360° je to proto, že hodnocená osoba je ve středu pomyslného kruhu. Hodnotí ji jak kolegové, nadřízení, podřízení, tak i zákazníci. Měly by to být osoby, které s hodnoceným přicházejí často do styku. Hodnotitelé anonymně vyplňují dotazník, kde jsou popsány jednotlivé kategorie například komunikace, týmová spolupráce, organizační schopnosti. Stejně tak, jako ostatní modely má i tento své kladné a záporné stránky. Mezi kladné můžeme zařadit – poskytuje ucelený přehled na výkon jedince, jedinci získají přehled o tom, jak je vnímá okolí aj. Mezi záporné – lidé nejsou vždy upřímní, daná metoda je může stresovat, může být náročná na čas, příliš mnoho byrokracie. (Armstrong, 2011)

1.7.1. Cíle hodnocení pracovního výkonu

Cílem hodnocení pracovního výkonu je pravidelně a objektivně zhodnotit práci zaměstnance. Konkrétně to znamená:

- Rozpoznat silné a slabé stránky pracovníka
- Zvýšení motivace
- Rozvíjení kariéry a vzdělávání
- Řešení pracovních problémů
- Zlepšení vztahů mezi nadřízeným a zaměstnancem
- Podklad pro odměňování

Koubek zdůrazňuje, že při hodnocení pracovníků se manažeři musí řídit lidskými právy a platnými zákony. Zároveň je nepřipustná jakákoliv diskriminace. (Koubek, 1995)

Manažeři mají také povinnost zachovávat mlčenlivost o zjištěných skutečnostech.³

V České Republice proběhly výzkumy systému hodnocení pracovní výkonnosti a řízení pracovní výkonnosti, které se v současné době používají. Bylo sledováno několik velkých firem, kde se hodnocení již používá. Samotné hodnocení je vnímáno vedoucími

³ Podle právního řádu České republiky výsledky hodnocení mají povahu informace o osobních údajích zaměstnance ve smyslu zákona č. 256/1992 Sb. O ochraně osobních údajů v informačních systémech, který je modifikací práva na ochranu osobnosti, jež je zakotveno v občanském zákoníku.

pracovníky i řadovými zaměstnanci často jako přítěž, společnosti často používají moderní názvy, anglická slova, ale podstata systému jim často uniká. (Wagnerová, 2008)

S ohledem na tento výzkum mám obavy, aby naše hodnocení nedopadlo, tak jak v ostatních firmách. Je proto důležité, aby všichni zaměstnanci, ať hodnotitelé, tak hodnocení dobře pochopili význam hodnocení a zároveň se vyvarovali chyb, které mohou nastat při realizaci systému do praxe. V následující kapitole se tedy na ně zaměřím.

1.7.2. Chyby v realizaci hodnocení pracovního výkonu

Veber (2005) uvádí šest nejčastějších chyb v realizaci hodnocení pracovního výkonu, které mohou být kontraproduktivní:

Špatně zvolené měřítko stupnice hodnocení – manažer může být při hodnocení buď velmi benevolentní, nebo naopak velmi přísný. Tento způsob vede ke snížení motivace.

Nivelizační trend v hodnocení – hodnotitel používá pouze střední neboli průměrný stupeň hodnocení. Pracovníci jsou tak všichni průměrní. Toto také vede ke snížení motivace.

Předčasné závěry, zaujatost manažera – jedinec je již zařazen do určité přihrádky, hodnotitel nebere na zřetel současnou situaci.

Kumulativní chyba – hodnotitel se stále vrací do minulého již hodnoceného období, nebere zřetel na současnost.

Arogantní postoj „pouze já mám pravdu“ – hodnotitel nevede diskusi s hodnoceným

Úmyslné chyby proti etice hodnocení (zneužitá hodnocení) - Obava hodnotitele z možné konkurence.

1.8. Profil manažera

Při řešení problematiky pravidelného hodnocení zaměstnanců se musím také pozastavit nad profilem manažera. Jaký má být manažer, jaké jsou jeho úkoly, poslání. Vlastnosti manažera velice ovlivňují vztah hodnocených k jeho osobě. Čím více jednotlivci důvěřují svému nadřízenému, tím lépe se jim hovoří o svých problémech, dokážou se mu svěřit, a tím lépe přijímají případnou kritiku svého výkonu. Vedoucí pracovník by měl být empatický, aby se dokázal vcítit do druhé osoby. Měl by se zaměstnanci navázat důvěryhodným vztahem, nesmí své podřízené zklamat. Důvěra, která je zničena se těžko obnovuje. Manažer je osoba, která dohlíží nad tím, jak lidé pracují, jakých dosahují

výsledků. Vedoucí pracovníci musí dobře využívat zdroje, jak už ekonomické, technické, ale hlavně ty lidské Veber (2005). Vedoucí pracovníci mají nejvíce času ze své pracovní doby trávit řízením lidských zdrojů. (Drucker, 2002)

Nyní se zaměřím na střední a liniové manažery. V pozici středních manažerů jsou vrchní sestry a vrchní laboranti pracující, na pozici liniových manažerů jsou staniční sestry a úsekoví laboranti. Tito pracovníci jsou jakýmsi prostředníkem mezi top managementem a řadovými pracovníky. Mají celou řadu povinností, které se týkají nejen odborné práce, řízení kvality, tak i v posledních letech k nim řadíme i řízení lidí. Manažeři jsou vzorem pro svůj personál. Ten velmi dobře vnímá, jak se manažer chová, komunikuje, jak řeší úkoly.

Jedním z nejdůležitějších úkolů manažera je, aby všichni zaměstnanci věděli, co se od nich očekává. Je důležité, aby definoval cíle. Cíle znamenají to, co má být dosaženo, splněno. Můžeme je rozdělit na osobní a pracovní. Osobní cíle se týkají jedince, jedná se především o zlepšení pracovního výkonu, zvýšení vzdělání, osobní rozvoj. Pracovní cíle jsou ty, které má stanoveny organizace a pracovníci by se měli s nimi shodovat a usilovat o jejich dosažení. (Dědina, Cejthamr, 2005)

Manažer v osobě hodnotitele

Velkou roli při hodnocení zaměstnanců hraje manažer, který je v tomto procesu v roli hodnotitele. Jelikož některé činnosti pracovníků nelze objektivně změřit – nejedná se o počet vyrobených kusů, prodaných aut a podobně, je hodnocení pracovníků ohroženo **nebezpečím subjektivismu**. (Koubek,1995) Tento autor rovněž charakterizuje chyby, kterých se hodnotitelé nejčastěji dopouští:

- Přílišná shovívavost
- Přílišná přísnost
- Tendence k hodnocení pracovníků ze středu stupnice
- Tendence hodnotit pracovníky podle vlastních měřítek
- Tendence nechat se ovlivňovat osobními sympatiemi, antipatiemi
- Tzv. halo efekt, kdy se hodnotitel nechá unést prvním dojmem
- Přihlížení k sociálnímu postavení
- Přílišné přihlížení k hlavnímu účelu hodnocení

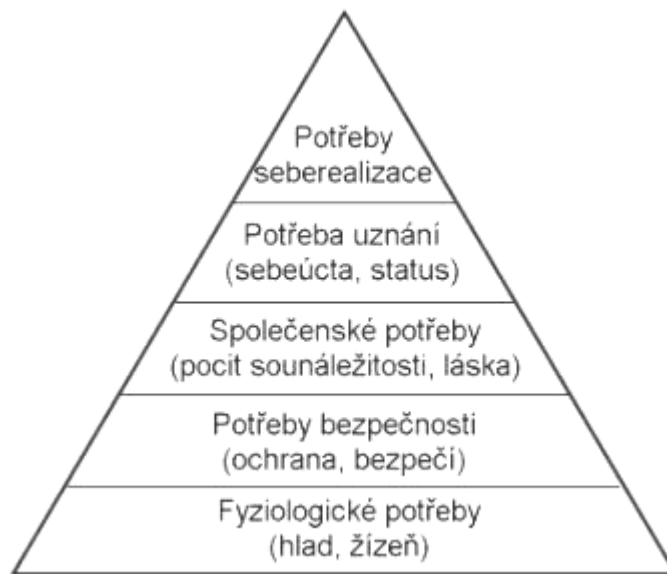
1.9. Motivace

Hodnocení pracovníků je jedním z typů motivace. Jde o souhrn pohnutek a jednání. Motiv je důvod pro to, abychom něco udělali. Grohar-Murray a DiCroce definují motivaci jako: „podníčené chování, psychologický proces, který chování udává cíl a směr.“ (Grohar-Murray, DiCroce, 2003)

Důležitost motivace vystoupila v minulých letech do popředí. Proto, aby lidé dosahovali vysokých výkonů, které od nich očekává management, je třeba věnovat velkou pozornost tomu, abychom je dobře motivovali. Motivaci lze zvýšit tím, že si manažeři zaměstnanců váží, umí je chválit. Existují celé systémy, jak správně motivovat zaměstnance.

Koncepce uspokojování potřeb – lidé motivují sami sebe tím, že mají práci, která uspokojuje jejich potřeby. Proto tedy také koncepce uspokojování potřeb, která vychází z Maslowovy pyramidy potřeb (Obr. 1), ve které pokud nejsou uspokojeny potřeby z daného oddílu, nelze uspokojit potřeby, které jsou v hierarchii výše. Například, pokud nejsou uspokojeny fyziologické potřeby, kam můžeme zařadit jídlo, pití, spánek, nemůžeme uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty. Tato teorie byla kritizována s tím, že každý člověk má svoje priority. Potřeba seberealizace se řadí mezi nejvyšší potřeby a je označována jako metapotřeba (nebo také „nadpotřeba“). Ta nemá takovou aktuální naléhavost jako potřeby na nižších stupních, ale je dlouhodobá. Není nikdy plně uspokojena, vyskytuje se u malé skupiny osob, které žijí jen svou prací. (Štěpaník, Kohoutek, 2000)

Obr. 1; Maslowova pyramida – hierarchie potřeb



Na teorii Maslowa navázal Frederick Herzberg, ten na základě průzkumu došel k závěru, že existují dva typy faktorů, které vedou k uspokojení nebo k nespokojení z práce. Herzberg opravil názory, které tvrdily, že spokojení jedinci jsou motivováni k pracovní výkonnosti a naopak nespokojení jsou demotivováni. Tvrdil podle výsledků svých výzkumů, že spokojenost a nespokojenost nejsou dvě stránky jednoho problému, ale zcela protikladné problémy, které spolu nesouvisejí. Faktory (Tab. 3), které způsobují nespokojenost, označil jako faktory hygienické či disatisfactory, naopak ty, které vyvolávají spokojenost, nazval motivační faktory nebo také satisfactory. (Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2006)

Tab. 3; Hygienické a motivační faktory (Bělohlávek, Košťan, Šuleř, 2006, s. 542)

Faktory hygienické	Faktory motivační
Pracovní postupy	Výkon
Technické vedení	Uznání
Pracovní podmínky	Práce samotná
Vztahy k nadřízeným	Odpovědnost
Vztahy ke spolupracovníkům	Služební postup
Osobní život	
Výdělek	

Drucker charakterizuje motivační faktor pracovníků jako stejný faktor, který motivuje dobrovolníky. Ti musí ze své práce čerpat větší uspokojení, protože nejsou placeni, na rozdíl od zaměstnanců. Potřebují znát poslání organizace, potřebují nekonečné vzdělávání, potřebují vidět výsledky. (Drucker, 2002) Motivace penězi působí jen krátkou dobu, vždy nadejde čas, kdy dosavadní peněžní suma začne být nedostačující, zaměstnanci budou požadovat větší sumu, aby byli lépe motivováni. Ale tak to nelze praktikovat donekonečna. Drucker cituje Fredericka Herzberga, který v roce 1959 ve své knize *The Motivation to Work* píše: „spokojenost s platem je však jen **hygienický faktor**“. Plně s ním souhlasí i Drucker, který hovoří o tom, že peníze nejsou **dostatečným výkonnostním motivačním faktorem**. (Drucker, 2002, str. 75)

Na Maslowovu teorii také navazují McClelland a Atinson, kteří nabízí její modifikaci. McClelland popsal trojici potřeb: afiliace (osvojení), moc, úspěch. Podle této obměny mají jedinci každou z těchto potřeb na vysoké, střední, nebo nízké úrovni. Další často citovanou teorií je Vroomova teorie očekávání, ta je založena na třech proměnných – valenci, prostředcích a očekávání. (Grohar-Murray, DiCroce 2003)

Bělohlávek vyslovuje tři otázky, které bychom si měli položit, pokud chceme řešit problematiku motivace:

- Proč chceme motivovat pracovníky? – účel motivace
- Jakým způsobem je chceme motivovat? – nástroje motivování
- Jaké jsou překážky motivování? (Bělohlávek, Košťan, Šuleř, 2006)

Manažer by měl znát, jaké potřeby mají jeho pracovníci. Má vědět o co jedinci usilují, kam směřují jejich cíle, jaká mají přání. Podle toho pak zaměřovat jejich profesní vývoj. K tomu všemu slouží pravidelné hodnocení pracovníků.

Shrnutí

Proces řízení lidských zdrojů prochází neustálým vývojem. Mění se pohled na lidské zdroje, na pracovní výkon. V dnešní turbulentní době jde organizacím o získávání pracovníků, kteří mají odborné znalosti, dosahují vysokého pracovního výkonu, jsou loajální k firmě a dokážou spolupracovat. Hodnocení pracovníků slouží nejenom k zpětné vazbě pro zaměstnance, ale je jedním z motivačních prvků. Z tohoto hlediska je přínosné, aby byla vybrána správná forma hodnocení a samotné hodnocení probíhalo v přátelské a nediskriminující atmosféře. V tomto ohledu velice záleží na osobě hodnotitele, jaké má zkušenosti, praxi.

2. Kvalita

V této kapitole se budu věnovat problematice řízení kvality. Kvalita je v současné době velmi diskutované téma. V posledních letech se stále více hovoří o kvalitě služeb a to jak sociálních, tak zdravotnických. Mění se pohled na poskytování péče. Organizace se co nejvíce snaží zaměřit na potřeby zákazníků. Jejich spokojenost je nejdůležitějším měřítkem pro organizaci. V novém pojetí řízení kvality ve zdravotnických zařízeních se nezaměřujeme jen na konečný výsledek, to znamená spokojený pacient, ale i na postupy a okolnosti, které vedou k tomuto cíli. Mezi ně můžeme zařadit i řízení lidských zdrojů, v našem případě konkrétně hodnocení zaměstnanců. Pokud probíhá kvalitně, výsledkem je spokojený, motivovaný pracovník. Ten pak poskytuje kvalitní péči a na konci je spokojený zákazník – pacient. Velkého významu dosahuje externí kontrola této péče. Ta se netýká jen léčebných a ošetrovatelských postupů, ale i problematiky personálního řízení.

Kvalita a jakost je synonymum, které se v současnosti často vyslovuje v návaznosti na řízení podniku. V minulosti tato slova popisovala něco výjimečného, nadstandardního. Kvalita byla nejčastěji zaměřena na charakteristiku výrobků. V dnešní době se ovšem hovoří i o dalších okolnostech, které s daným výrobkem souvisí a to jsou například cena, způsob obsluhy, servis. (Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2006, s. 333)

2.1. Řízení kvality – management of quality

Management kvality se historicky vyvíjel. Do konce 19. století převládala řemeslná výroba a za své výrobky odpovídali sami řemeslníci. Na začátku dvacátého století se začala rozšiřovat hromadná výroba v továrnách a docházelo k dělbě práce, při které za konečný proces, tedy za výrobek odpovídala technická kontrola. V průběhu válečných let vzniklo statistické řízení procesů (SPC), které řídilo výrobní proces a v případě jeho zhoršení podalo zpětnou vazbu. Jedná se o základ komplexního managementu jakosti (TQM). V osmdesátých letech dvacátého století vznikají normy jakosti ISO 9000. V současné době se při řízení jakosti dbá nejenom o kvalitu výrobků, procesů, služeb, ale pohled je zaměřen i na péči o životní prostředí a bezpečnost a ochrany zdraví při práci. (Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2006)

Mezi základní koncepce řízení kvality patří TQM, EFQM, normy ISO. Nyní se na ně zaměřím podrobněji.

Total Quality Management – TQM

Jedná se o jeden z nejpoužívanějších modelů řízení jakosti. TQM vznikl v padesátých letech 20. století. Reprezentuje názory „otců kvality“ Deminga, Ishikawi, Jurana a postupně i dalších teoretiků např. Feigenbauma (Veber, 2007, s.70). Jde o nejkompexnější systém řízení kvality, který je zaměřen především na konečného zákazníka. Znamená změnu od kontroly kvality na konci procesu, protože klade důraz již na fázi plánování. Zdůrazňuje, že kvalita se týká všech jedinců v organizaci pracujících na všech úrovních (Armstrong, 2008). Pešek (2003) dodává, že je dobré znát současné i budoucí potřeby a požadavky zákazníků a rovněž znát své zaměstnance, kteří se mají snažit o neustálé zdokonalování kvality. (s. 45)

Plevová a spol. citují Madara a popisují, že hlavní strategie TQM ve zdravotní péči jsou: zaměření na pacienty, řízení lidských zdrojů, spolupráci celého týmu a odstranění profesionálních bariér. Cílem je, aby proběhla transformace celého zdravotnického systému a všechny činnosti byly zaměřeny na uspokojování potřeb pacientů. (Plevová a kol., 2012, s. 194)

Excellence Model – EFQM

Vznikl v Evropě podle koncepce TQM, představuje nástroj, který ukazuje přednosti a slabiny organizace a pomáhá organizacím určit, kde se právě nacházejí. Vychází ze sebehodnocení firmy. Skládá se z devíti kritérií, které popisují Bělohlávek, Košťan, Šuleř (2006) následovně:

Pět předpokladů:

- Vedení
- Politika a strategie
- Lidé
- Partnerství a zdroje
- Procesy

Čtyři výsledky:

- Výsledky vzhledem k zaměstnancům
- Výsledky vzhledem k zákazníkům
- Výsledky vzhledem ke společnosti
- Klíčové výsledky výkonnosti

Cílem tohoto modelu je, aby evropské organizace dosahovaly vysokého stupně spokojenosti zákazníků a zaměstnanců. (Plevová a kol., 2012)

International Organisation for Standardization – Koncepce podle ISO 9000

Jedná se o soubor norem, které stanovují minimální požadavky na řízení kvality, jsou stěžejní pro řízení organizací. Mají zajistit, aby byly splněny požadavky zákazníků. Normy stanovují, jaké požadavky musí organizace splnit, ale nikde není uvedeno, jakým způsobem jich mají dosáhnout. (Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2006)

Normy byly přijaty v roce 1987 a postupně novelizovány. V podstatě lze říci, že normy ISO 9000 jsou zaměřené na prevenci chyb a zabezpečení bezchybného chodu organizace. (Pešek, 2003)

Při sestavování norem se podle Peška (2003) uplatňovalo sedm základních principů řízení jakosti:

- Organizace orientovaná na zákazníka
- Vedení
- Zapojení pracovníků
- Procesní přístup
- Neustálé zlepšování
- Věcný přístup při přijímání rozhodnutí
- Oboustraně výhodné dodavatelsko-odběratelské vztahy (s. 36)

2.2. Řízení kvality ve zdravotnictví

České zdravotnictví od 90. let minulého století prochází velkými změnami. Mění se vztah mezi lékařem a pacientem. Z paternalistického přístupu, kdy lékař byl nadřazen pacientovi, se stává vztah partnerský, kdy lékař a pacient jsou na stejné úrovni. Pacient má právo diskutovat s lékařem o svém zdravotním stavu i léčbě. Dostává se do pozice zákazníka, klienta, který požaduje po zdravotnictví kvalitní služby. Může si vybrat lékaře, nebo zdravotnické zařízení. Na trhu se zdravotnickými službami vzniká konkurence. Stejně jako u jiných firem, či organizací vítězí ten, kdo je lepší, „kvalitnější.“

S problémy v oblasti kvality se setkávají zdravotnická zařízení v různých státech celého světa. Glickman a kol. uvádějí, že se nemocnice potýkají s problémy týkající se řízení kvality – nejsou určeny priority, nejsou vytvořené rámce pro zvyšování kvality.

Upozorňují na pět klíčových prvků v organizaci – výkonný management, organizační kultura, organizační design, motivační struktury, výměna informací a technologií. Akcentují, že kvalita bude měřítkem zdravotní péče ve všech organizacích tohoto typu, proto se všechny síly musí zaměřit na tuto výzvu. (Glickman a kol., 2007)

V roce 2006 proběhla velká mezinárodní studie, do které byly zapojeny Velká Británie, Španělsko, Polsko, Belgie, Francie, Irsko, Nizozemsko a také Česká republika. Studie byla zaměřena na průzkum nemocnic poskytujících akutní péči, a které mají více jak 100 lůžek. Dotazník byl rozdělen na čtyři části, první se zaměřovala na popis a strukturu nemocnic, na systém řízení jakosti. Další na léčbu akutního srdečního selhání, apendicitidy a porody. Autoři sice upozorňují, že nelze srovnávat nemocnice z jednotlivých států (vzhledem ke kultuře, ekonomice aj.), dále popisovali, že pro hodnocení výsledků výzkumu byla provedena špatná operacionalizace pacientů, byl hodnocen nedostatečný počet názorů pacientů. Ale i přesto z výzkumu jasně vyplývá, že systémy pro zvyšování jakosti se zdají být efektivní, ale nejsou dostačující v rámci celé organizace. (Groene, Lombarts, Klazinga, Alonso, Thompson, Suño a kol, 2009) Tento výzkum dokazuje, že kvalita se musí řešit v rámci celé organizace a napříč všemi procesy, které ve zdravotnických zařízeních probíhají.

Kvalita ve zdravotnictví je pojem, který popisuje úroveň poskytované zdravotní péče či poskytovaných služeb. Je záležitostí managementu definovat požadavky na péči. (Gladkij a kol., 1999)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se pojmem kvalita zdravotní péče rozumí: „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxí.“(Pešek, 2003, s. 19)

Jak již jsem výše uvedla, řízení kvality se týká všech procesů a útvarů v organizaci. Pešek (2003) uvádí: **jediný nejakostní útvar organizace může způsobit nejakost zdravotnického zařízení jako celku v očích veřejnosti a narušení vztahu zařízení – pacient.**“ (s. 21)

V roce 1997 vydala Rada Evropy doporučení k zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb. Ve světě se hodnocením kvality zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA), ta společně s WHO stanovila požadavky na hodnocení kvality:

- Zaměření na pacienta, respektování jeho práv
- Odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování
- Optimální využívání zdrojů
- Řízení rizik
- Proces jasného řízení v organizaci
- Zahnutí všech činností do strategického plánování
- Kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu
(www.mzcr.cz)

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR

V dubnu 2012 nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, které se zabývá hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb v České republice. Proces hodnocení kvality se dělí na:

- **Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb** – poskytovatel zdravotních služeb je povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (§ 47 odst. 3 písm. (b) zákona 372/2011 Sb.)
- **Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb** – poskytovatel je podle § 98 zákona č. 372/2011 Sb. A podle prováděcí vyhlášky č. 102/2012 posuzovat tyto procesy:
 - Řízení kvality a bezpečí
 - Péče o pacienty
 - *Řízení lidských zdrojů*
 - Zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče (www.mzcr.cz)

2.3. Akreditace

„Akreditace zdravotnických zařízení je důležitá objektivizující metoda hodnocení a zlepšování kvality zdravotní péče, poskytované v jednotlivých zdravotnických organizacích.“ (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, str. 134)

Akreditace znamená ověření způsobilosti vykonávat určitou činnost. Vychází ze standardů zdravotnické péče a týká se nejen lékařské a ošetrovatelské péče, ale i personálního řízení, bezpečnosti práce aj. Oblasti hodnocení pracovního výkonu se věnuje standard SQE neboli Staff Qualifications and Education (kvalifikace a vzdělávání personálu), který přesně popisuje, kdy se hodnocení provádí, jak často a hlavně, kdo ho provádí. (www.sakcr.cz)

Akreditační zdravotnických zařízení se zabývají následující organizace:

Joint Commission on Accreditation of healthcare Organization – JCAHO

Komise, která sleduje kvalitu ve zdravotnictví. Zaměřuje se hlavně na práva pacientů, edukaci, management, etiku. Ovlivňuje akreditační modely v různých zemích světa. (Škrla, Škrlová, 2003)

Joint Commission International - JCI

Tato komise je dceřinou společností JCAHO. Hlavním úkolem je zlepšit bezpečnost a kvalitu péče. Tato komise vydala standardy pro akreditaci nemocnic. Tyto standardy se jednak týkají potřeb pacienta a jednak funkce samotné zdravotnické instituce. (Plevová a kol., 2012)

Spojená akreditační komise, o.p.s.

Její hlavním úkolem je trvalé zvyšování kvality zdravotní péče v České Republice. Dalším posláním je vydávání akreditačních standardů, provádění předakreditačních řízení, organizování vzdělávacích akcí týkajících se kvality péče, vydávání publikací. (Plevová, 2012)

2.4. Řízení kvality ve zkoumané organizaci

Hlavním cílem řízení kvality ve zkoumané zdravotnické organizaci je vytvořit účinný systém, který se zaměřuje na bezpečí pacientů, odráží jejich potřeby, sleduje jejich spokojenost, spokojenost zaměstnanců a dosahuje kvalitní péče poskytované všem pacientům.

Hlavním úkolem zkoumané nemocnice je saturování potřeb pacientů a poskytování bezpečné a kvalitní péče. Všichni zaměstnanci nemocnice se snaží minimalizovat rizika, která souvisí s poskytováním této péče. V organizaci je vydán vnitřní řád „Program zvyšování kvality“, který je závazný pro všechny zaměstnance nemocnice. Pracovníci jsou s tímto dokumentem prokazatelně seznámeni a měli by poskytnout managementu maximální součinnost při naplňování hlavního cíle, poslání a vize nemocnice, mezi které patří také zavedení efektivního systému řízení kvality.

Posláním organizace je poskytování kvalitní a bezchybné léčebně preventivní a ošetrovatelské péče, vize organizace spočívá v naplnění standardů kvality lékařské a ošetrovatelské péče, její poskytování s vyloučením rizik. (program zvyšování kvality – vnitřní dokument)⁴

Organizace se v zájmu řízení kvality zaměřuje především na bezpečí pacientů, monitorování mimořádných událostí, sledování spokojenosti pacientů a zaměstnanců. Rovněž probíhá auditní činnost na zdravotnických i nezdravotnických pracovištích, v budovách a areálu nemocnice. Probíhají plánované kontroly na dodržování interních opatření a plnění akreditačních standardů. Výsledky činnosti jsou zasílány kontrolovaným pracovištím a vedení nemocnice. V současné době se nemocnice připravuje na akreditační řízení SAK.

Jak si můžeme povšimnout řízení kvality s ohledem na řízení lidských zdrojů, ve zkoumané organizaci, je řešeno pouze sledováním spokojenosti zaměstnanců. Jiné činnosti v této oblasti nejsou zohledněné.

Shrnutí

Kvalita a jakost jsou v poslední době velmi často citovaná slova. Jako všechny procesy, tak i proces řízení kvality prošel v průběhu let velkou změnou. V minulosti byl zaměřován na závěrečnou fázi výroby nebo služby. V současnosti se v souvislosti s kvalitou řeší celý proces, tak i okolnosti, které tento proces ovlivňují.

O kvalitě ve zdravotnictví se hovoří čím dál častěji. Kvalita ve zdravotnických zařízeních není jen o vyléčeném pacientovi, ale hlavně o okolnostech, které ovlivňují

⁴ Z hlediska zachování anonymity zkoumané organizace nspecifikuji blíže vnitřní dokument

činnosti a které vedou ke spokojenému pacientovi. Mezi tyto činnosti patří i řízení lidských zdrojů, v podobě hodnocení pracovníků.

3. Řízení změny

V této kapitole se zaměřuji na problematiku řízení změn v organizaci. Jelikož tématem mé diplomové práce je hodnocení NLZP, které budeme teprve zavádět do praxe, je nutné se podívat na tento proces z více stran. Nezaměřuji se na konkrétní změnu, ale řeším problematiku implementace změn všeobecně. Zda změnu opravdu potřebujeme, co všechno může ovlivňovat řízení změny a hlavně také, na co všechno bude mít připravovaná změna dopad.

Prostředí, ve kterém žijeme je plné změn. Doba je velice turbulentní a proto záleží na lidech, jak se změnám umí přizpůsobit. Je naprosto normální, že ke změnám nemají pozitivní vztah. Pro některé se jedná až o traumatickou záležitost, proto se jakýmkoliv změnám vyhýbají. Změna je ovšem důležitá pro rozvoj organizace.

Na organizaci vždy působí podle Bělohávků, Košťana a Šuleře (2006) tři vnější síly, tzv. 3C:

- Zákazníci (customers)
- Konkurence (competetion)
- Změna (Change)

Kotter charakterizuje změnu jako bolestný proces, který zanechává na organizaci následky. (Kotter, 2008)

Pokud si uvědomíme, že v organizaci není něco v pořádku, tak v této době již začíná proces změny. Analyzujeme stávající situaci a podnikáme kroky, abychom ji změnili. Právě v tomto období se objevují problémy, které mohou implementaci změny zastavit. (Armstrong, 2007) Jestliže chceme úspěšně zvládnout změnu v organizaci, je dobré zhodnotit stávající situaci a důkladně se na proces změny připravit. Když nepřesvědčíme všechny zaměstnance, kterých se změna týká, že je důležitá, nepodaří se ji nám prosadit, nebude přijata. Je dokázáno, že lidé lépe přijímají změnu, pokud na ní nějak participují, než když ji mají nařízenou. Lidé odmítají změny, protože mají strach, že něco ztratí, nebo jsou pohodlní a nechtějí zažité věci měnit. (Veber, 2005)

3.1. Druhy změn

Armstrong (2007) rozlišuje dva typy změn:

- Strategická změna, týká se celopodnikových záležitostí, účelu a poslání organizace. Vliv na ní má ekonomické, sociální a konkurenční prostředí.
- Funkční (operační) změna, která se týká nových postupů, technologií.

Mezi další typy změn, které mají dopad na chod organizace patří:

- Vnější změny, nebo také vnější síly. Mezi ně patří například změna ekonomické či politické situace, konkurence na trhu, vznik nových technologických možností aj.
- Vnitřní změny, vnitřní síly. Zde hovoříme například o změně k organizační struktuře, změně top managementu, změně pracovních postupů. (Bělohlávek, Košťan, Šuleř, 2006)

Vodáček s Vodáčkovou charakterizují změny jako „**odchylky od předpokládaného stavu nebo průběhu procesu**“. (Vodáček, Vodáčková, 2006)

Odchylky mohou být:

- **Pozitivní** – příznivé změny, směřují ke zlepšení
- **Negativní** – nepříznivé, směřují ke zhoršení

Abychom dokázali zhodnotit, jaký bude mít změna dopad na společnost, měli bychom znát její velikost. Russel-Jones (2006, s. 13) popisuje velikost změny následovně:

- **Nepatrná změna** – doladování, zlepšování, zaměření na výkonnost
- **Povrchová změna** – restrukturalizace, změna rozdělení zdrojů
- **Mírná změna** – plánování, zlepšení změny, nepatrná změna myšlení
- **Významný posun** - změna generálního ředitele, jeho stylu řízení, strategie
- **Pronikavá změna** – změna definice úspěchů a cílů organizace
- **Hluboká změna** – změna vize, filozofie a mise
- **Nejhlubší změna** – posun paradigmatu – změna myšlení, způsobů řešení problémů, způsobů podnikání

3.2. Modely změny

Mezi nejstarší a nejznámější model řízení změny patří **Lewinův model**. Skládá se ze tří fází:

1. **Rozmrazení** – fáze, ve které stávající návyky a zvyklosti jsou „rozmrzeny“. V tomto kroku je třeba jasně objasnit zaměstnancům, proč změna přichází, co jim přinese. Aby se pracovníci nebáli změny, je potřeba srozumitelně s nimi komunikovat a respektovat jejich názory. Tato fáze slouží k plánování.
2. **Změna** – v tomto období probíhá změna. Může být doprovázena nejistotou, strachem a zmateností personálu. Změna má probíhat v přiměřeném tempu a být dobře načasovaná.
3. **Zmrazení** – jsou nastavena nová pravidla, způsoby myšlení a zvyklosti jsou „zamrazeny“. (Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2006)

Kotter (2008) charakterizuje osm kroků, které nám pomohou k úspěšné realizaci změn:

1. Vyvolání vědomí naléhavosti
2. Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny
3. Vytvoření vize a strategie
4. Komunikace transformační vize
5. Delegování v širším měřítku
6. Vytváření krátkodobých vítězství
7. Využití výsledků a podpora dalších změn
8. Zakotvení nových přístupů do firemní kultury

První čtyři kroky přitom řadí mezi rozmrazovací, pátý až sedmý krok je zavádění inovací a poslední krok pomáhá k zažití změn. Zároveň tento autor zdůrazňuje, že je důležité, abychom při procesu zavádění změn do organizace prošli všemi 8 stádii. Jinak se nám nepodaří změnu zavést.

Jiný model popisuje Richard Beckhard (Armstrong, 2008, s. 154) a týká se toho, že organizace si nejprve musí určit cíl, kterého chce dosáhnout, pak analyzovat stávající situace, poté charakterizovat úkoly, které bude třeba provést, aby organizace dosáhla svého

cíle a v neposlední řadě vytvořit strategii a naplánovat činnosti, které budou pomáhat k přechodu od současné situace do budoucnosti.

3.3. Realizace změny

Pokud chceme implementovat nějakou změnu v organizaci, musíme zhodnotit stávající situaci a důkladně se na proces změny připravit. Když nepřesvědčíme všechny zaměstnance, kterých se změna týká, že je důležitá, nepodaří se ji nám prosadit, nebude přijata. Je dokázáno, že lidé lépe přijímají změnu, pokud na ní nějak participují, než když ji mají nařízenou. Lidé odmítají změny, protože mají strach, že něco ztratí, nebo jsou pohodlní a nechtějí zažité věci měnit. (Veber, 2005)

Zásady SUCCESS (Russel-Jones, 2006), pomáhají k tomu, aby zavedení změny bylo úspěšné.

S – Shared vision – sdílená vize, je důležité, aby všichni věděli, proč se daná změna provádí, k čemu je dobrá a hlavně, kam nás posune

U – Understand the organisation – porozumění organizaci, provedení důkladného rozboru organizace, zjistit její slabé a silné stránky

C – Cultural alignment – soulad s podnikovou kulturou, změny se musí provádět, tak jak procesy v organizaci běžně probíhají

C – Communication – komunikace, pravidelná a včasná komunikace je hlavní zásadou při zavádění změny

E – Experienced help where necessary – pomoc zkušených lidí v případě potřeby, pokud je potřeba, je důležité oslovit odborníka

S – Strong leadership – silné vedení, vedoucí změny musí být přesvědčen o její nutnosti a správnosti, jeho cílem je zavedená změna

S – Stakeholder buy-in – získání všech, kterých se změna týká, nejen management, ale i zaměstnanci, dodavatelé. (s. 35-41)

3.4. Problematické oblasti při zavádění změn v organizaci

Při každém zavádění změny musíme počítat s tím, že ne všichni zaměstnanci budou inovaci příznivě nakloněni. Proto dříve, než zahájíme proces změny, je nutné vzít v úvahu

vliv organizační kultury a vliv lidí. Organizační kulturu je důležité poznat a pochopit. Přesně, jak uvádí Russel-Jones (2006, s. 48): „pokud nevezmete v úvahu podnikovou kulturu, nikdy nemůžete projekt úspěšně dokončit, a to i přes sebelepší naplánování a realizaci.“

Lidé na změnu reagují různě, reakce závisí na daném jedinci. Lidé se změně brání, cítí se ohroženi. To je přirozená reakce. Někteří změnu odmítají, někteří přijímají. Oběma typům se věnujeme se stejnou pozorností.

Reakce lidí na změnu podle Russela-Jonese (2006)

Negativní reakce na změnu:

- Jsou ohroženi změnou
- Nevidí smysl ve změně
- Mají strach

Pozitivní reakce na změnu:

- Neinformovaný optimismus
- Informovaný pesimismus
- Optimistický realismu
- Informovaný optimismus
- Dokončení

U těchto jedinců dáváme pozor na to, aby s pozitivní reakce nepřešli do negativní.

Zavádění změn v organizaci vyvolává u části zaměstnanců **odpor ke změnám**. Ten může mít jak negativní, tak i pozitivní stránky. Je důležité, aby byl včas rozpoznán a vyhodnocen. (Vodáček, Vodáčková, 2006)

Armstrong uvádí, že odpor ke změně je nevyhnutelný a je těžké ho překonat. Dále cituje Joan Woodwardovou, která se na změnu zaměřila z pohledu zaměstnance. Ta mimo jiné hovoří o tom, že když jde jedinec v rámci změn do horšího, je jakýkoliv odpor z jeho hlediska zcela racionální. (Armstrong, 2008, s. 158)

3.5. Realizace změny

Realizaci změny můžeme rozdělit do 4 následujících fází:

1. Fáze – analýza

Hlavním cílem je porozumění společností a organizační kultuře, posoudit strukturu a morálku. Pomocí rozhovorů se zaměstnanci, zhodnocení stylu vedení, přezkoumání organizační kultury. Tak získáme podklad pro plánování změny.

2. Fáze – příprava

V této fázi je důležité vytvořit tým lidí, který bude realizovat změnu, pomocí seminářů, workshopů je získat pro změnu.

3. Fáze – plánování

V této fázi se naplňuje realizace změny. Zhodnotí se možná rizika a překážky, které mohou negativně ovlivnit zavádění změny. Rovněž je důležitá komunikace s lidmi, kterých se změna bude týkat a jejich zapojení do procesu.

4. Fáze – realizace

Jestliže je plán hotový, realizujeme ho. Je nutné podle něj postupovat, jestliže nastanou nepředvídatelné okolnosti, je nutné ho podle potřeby upravit. Výsledkem této fáze je zavedená změna. (Russel-Jones, 2006)

3.6. Shrnutí

Zavádění jakékoliv změny v organizaci je důležité předem důkladně naplánovat. Měli bychom vědět, o jak velkou změnu se jedná, na co všechno bude mít dopad. Podstatným úkolem je analýza prostředí, kde bude změna zaváděna. V úvahu také musíme vzít nejen organizační kulturu, ale i samotné zaměstnance. Kterákoliv změna vyvolává v lidech odpor. Klíčem k úspěšné implementaci změny je dobrá komunikace a otevřenost.

Russel-Jones (2006,s. 101) popsal pravidla komunikace:

- Mluvte, když máte co říct.
- Říkejte, co máte v plánu udělat.
- Říkejte, co právě děláte.
- Říkejte, co budete dělat.

4. Organizační kultura

Organizační kultura ovlivňuje veškeré dění v organizaci. Proto je dobré ji znát při zavádění jakékoli změny v organizaci. Dobrá a silná organizační kultura se objeví ve vztazích mezi lidmi na pracovišti, na přístupu k vykonávání pracovních úkolů, na výkonnosti zaměstnanců. Když je dobrá organizační kultura, zvyšuje se spokojenost zaměstnanců, tím pádem i spokojenost zákazníků. Kvalita vykonávané práce, služby, roste. Na typu organizační kultury závisí i řízení změn v organizaci. Kulturu můžeme ovlivňovat i dobře pochopeným a aplikovaným systémem hodnocení pracovníků.

Furnham a Gunter popisují kulturu: „představuje tmel společnosti a plodí pocit to jsme my....“ (Armstrong, 2007, s. 258)

Organizační kultura je pojem, který se objevuje v osmdesátých letech 20. století. Příčinou proč se manažeři začínají tímto problémem zabývat, je „japonský ekonomický zázrak“, v té době došlo k velkému ekonomickému růstu Japonska. Američtí manažeři se začali zabývat otázkou, proč tomu tak je. Organizační kulturu začali popisovat především zahraniční autoři – Schein, Kennedy, Wilkins. Někteří autoři používají název - kultura organizace, kultura podniková, kultura firemní, obsah těchto slov je totožný. (Lukášová, 2010)

Nejznámější a nejvíce citovaná definice je od Scheina z roku 1993, který organizační kulturu charakterizuje jako: „trvalé předpoklady (assumptions), hodnoty (values) a přesvědčení (beliefs), sdílené členy organizace, fungující podvědomě a zásadně a se samozřejmostí definující hlediska organizace a její prostředí“. (Havrdová, 2010, s. 69)

Kultura je zakořeněna v každé osobě. Každý jedinec je autorem kultury, má určité názory, hodnoty, vzorce chování. (Lukášová, Nový 2004)

Armstrong popisuje, že kultura organizace: „představuje soustavu hodnot, norem, přesvědčení, postojů a domněnek, která sice nebyla nikde výslovně zformulována, ale určuje způsob chování a jednání lidí a způsoby vykonávání práce“. (Armstrong, 2007, s. 257)

V literatuře popsáno mnoho definic organizační kultury. Fumham a Gunter (Lukášová, 2010, s. 22) tyto definice porovnali a dospěli k názoru, že je v podstatě lze shrnout do tří okruhů, kterými organizační kulturu charakterizovali takto:

1. Způsob, jak lidé v organizaci jednají
2. Způsob, jak lidé v organizacích myslí
3. Kombinace obojího

4.1. Prvky organizační kultury

Prvky organizační kultury – *kulturní prvky* jsou nejzákladnější stavební jednotky. Mezi ně řadíme: artefakty, základní předpoklady, hodnoty, normy, postoje. (Lukášová, Nový 2004). Podle těchto autorů to jsou:

Artefakty jsou všechny projevy kultury navenek. Můžou být jak materiální povahy – vzhled budov, propagační materiál, vybavení, úprava zaměstnanců, výroční zprávy. Tak nemateriální povahy, a to jsou zvyky, ceremoniály, jazyky. Hofstede (Lukášová, 2004, s. 23) řadí mezi artefakty také symboly.

Základní předpoklady – někdy se také hovoří o základním přesvědčení, jsou představy o fungování skutečnosti, lidé je považují za samozřejmé.

Hodnoty – vztahují se k tomu, co je považováno za nejlepší, čím jsou pevnější, tím mají větší vliv (výkon, kvalita, týmová práce). Lukášová popisuje, že organizace, které mají jasně formulovány své organizační hodnoty je obvykle popisují ve svém etickém kodexu. Dále zmiňuje Hofsteda, Kottera a Hasketta, kteří hovoří o hodnotách jako o jádru organizační kultury. (Lukášová, 2010, s. 21)

Havrdová (2010, s. 70) se zamýšlí nad problematikou měření hodnot a jejich změny. Cituje Marka, Cambella, Jerolda aj., kteří tvrdí, že hodnoty lze měřit. Avšak existují rozdílné názory na změnu hodnot. Barrat dle Havrdové (tamtéž), zjistil na základě svých studií, že „hodnoty mohou být řízeny a měněny a jsou ovladatelné managementem.“ Oproti tomuto vědci stojí názor Campbellové, která podle na základě svého výzkumu zjistila, že v organizaci existuje stabilita hodnot i přes to, že v ní probíhají velké změny.

Postoj – vztah k něčemu – k osobě, objektu, věci. Tento postoj může být jak negativní, tak pozitivní. Dle Lukášové (2004,s.23) většina autorů do tohoto pojmu zahrnuje 3 složky- kognitivní (názory), afektivní (emoce), konativní (sklony k jednání)

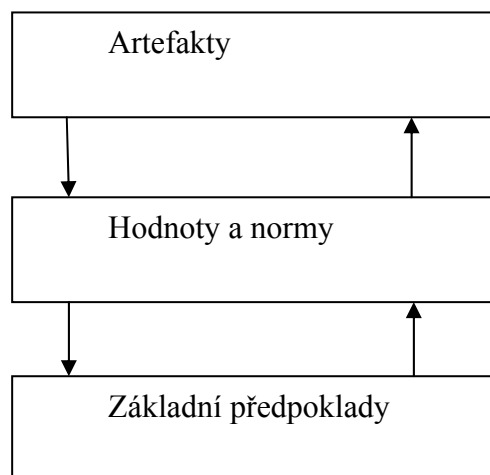
Normy jsou nepsaná pravidla chování, tzv. „pravidla hry“, mohou se týkat řady věcí – kvality a rychlosti práce, komunikace, oděvu. Jejich dodržování je odměňováno a nedodržování trestáno, většinou to má charakter citový, kdy ostatní členové organizace jedince buď přijímají, nebo odmítají.

Mezi další prvky organizační kultury patří jazyk, historiky, mýty, rituály, zvyky, ceremoniály.

4.2. Úrovně organizační kultury

Existuje několik modelů organizační kultury. Mnoho autorů se však nejčastěji opírá o model, který vyvinul Edgar Schein (Obr. 2). Ten rozlišuje tři roviny organizační kultury, které se navzájem ovlivňují.

Obr. 2; Scheinův model organizační kultury (Lukášová, Nový, 2004, s.27)



Jiní autoři – J. P. Kotter a J. L. Haskett rozlišují pouze dvě roviny a to vzorce chování a sdílené hodnoty. Dalším odborníkem, který si přiklání k tomuto modelu je G. Hofstede, který vytvořil tzv. „cibulový diagram“. Hodnoty, rituály, hrdiny, symboly chápe jako jednotlivé vrstvy. (Lukášová 2010)

Organizační kulturu někteří autoři dělí na tzv. silnou a slabou. Jako silnou označují organizační kulturu, v níž jsou názory, hodnoty, postoje sdíleny ve stejné míře. Ve „slabé“

kultuře existují značné rozdíly v normách chování, hodnoty a názory jsou zde sdíleny v malé míře.

Dědina (Dědina, Odcházal, 2007, s. 222) charakterizuje klady a zápory silné organizační kultury takto:

Klady silné organizační kultury:

- **Vytváří soulad ve vnímání a myšlení pracovníků** – tím se usnadňuje komunikace, rozhodování, zmírňují se konflikty
- **Usměrňuje chování lidí** – ve své podstatě je to neformální způsob kontroly
- **Sdílení společných hodnot a cílů** – zdroj soudržnosti a motivace pracovníků

Nápory silné organizační kultury:

- Vede k uzavřenosti – ignoruje signály z vnějšího prostředí
- Způsobuje rezistenci vůči změnám

Organizační kulturou a její silou podle Lukášové a Nového (2004) se začali zabývat Denison, Kotter a Haskett. Zjistili, že silná organizační kultura má vliv na výkon organizace. Její výhody charakterizovali následovně: vytváří soulad ve vnímání a myšlení pracovníků, usměrňuje chování lidí. Silná organizační kultura znamená sdílení společných hodnot a cílů. Dále se zaměřili i na jednotlivce v organizaci, kdy tato kultura má vliv i na jejich výkonnost. (s. 52, tamtéž)

Tureckiová cituje Scheina (1985), který tvrdil, že organizace potřebuje silnou kulturu jen na počátku vývoje, protože propojuje vztahy, ověřuje užitečnost a smysluplnost podnikání, testuje hodnoty a normy pro jednání. Dále již silná organizační kultura není důležitá, jen její strategická vhodnost. (Tureckiová, 2004, s. 139)

4.3. Organizační kultura ve zdravotnictví

Zdravotnictví je velice specifický obor, ve kterém se hodně dbá o dodržení správnosti lékařských a ošetrovatelských postupů. Všichni pracovníci mají v rukou lidské

životy. Proto je velice důležitá jejich průběžná odborná průprava. Hlavním cílem zdravotnických pracovníků je vyléčený pacient. V současné době se mnohem více dbá na to, jak k tomuto cíli dojít. Bez dobré organizační kultury nelze zvyšovat kvalitu, zlepšovat produktivitu a realizovat transformační proces. (Gladkij a kol., 2003)

Ve zdravotnických organizacích se můžeme setkat s různými druhy organizační kultury. Jsou zde tzv. „subkultury“, které jsou charakteristické pro různá oddělení. Jiná kultura je na dětském, jiná na chirurgickém, jiná na onkologickém oddělení. Odlišnost je patrná v komunikaci mezi zdravotníky, v jejich chování. (Plevová a kol., 2012)

Jak uvádí Ivanová (2006), zdravotnické organizace mají své specifické rysy v organizační kultuře, kterými se liší od organizací z jiných oborů. Dále popisuje nejhlavnější specifické vlivy na kulturu zdravotnických organizací:

1. Specifické poslání zdravotnictví
2. Specifika zdravotních profesí
3. Specifika rozsahu činnosti
4. Specifika objektu činnosti

Škrlovi zdůrazňují, že organizační kultura ve zdravotnictví hraje významnou roli. Když nebude zdravá organizační kultura, nelze zlepšovat produktivitu práce, nelze zavádět program kontinuálního zvyšování kvality. (Škrkla, Škrlová 2003)

Řada zdravotnických zařízení v České republice se nachází v organizační depresi, která se projevuje u zaměstnanců syndromem vyhoření, ztrátou naděje, pesimismem, lhostejností. Příčinou deprese mohou být jak ekonomická a politická situace a chaos, tak špatná interpersonální komunikace, nepromyšlené změny, arogantní management. Proto je nutné vytvořit důvěrné a radostné pracovní prostředí, kde se sledují potřeby a spokojenost zaměstnanců, tím dojde k jejich motivaci a zlepšení pracovního výkonu. (Starošíková, 2008))

Gladkij a kolektiv (2003) popisují studii (tutéž studii zmiňují i Petr a Magda Škrlovi, 2003) která byla provedena v USA, jejímž úkolem bylo *zjistit nejdůležitější faktory, které mají vliv na úspěch oddělení nebo zdravotnického zařízení*. 800 manažerek, které se zúčastnily této studie, se shodly na těchto faktorech:

1. Hodnoty a vize ředitele nemocnice nebo hlavní sestry (80%)
2. Jasný strategický plán zdravotnické instituce nebo oddělení (75%)
3. Finanční zázemí a možnosti oddělení (85%)
4. Zdravá organizační kultura (95%)

Organizační kultura ve zdravotnictví je velmi často spojována s kvalitou ošetrovatelské péče, s bezpečím pacientů a zvyšováním kvality. Bylo provedeno mnoho výzkumů, které se této problematice týkaly. (Havrdová a kol., 2010)

Wooten a Crane potvrdily, že zdravotnické organizace jasně zaostávají v organizační kultuře za jinými obory. Zdůrazňují, že hlavním krokem pro úspěch organizace je uznat to, že organizační kultura je srdcem i duší organizace. Vedoucí lídři jsou vzorem pro ostatní členy a všichni členové jsou zodpovědní za úspěch. Zároveň charakterizovali, že zdravotní sestry mají dědictví v kulturních hodnotách, které vyplývají z jejich ženství, socializace a výuky. Proto management musí uznat klíčovou roli sester, které představují hlavní těžiště mezi kvalitními službami a jejich zlepšením. (Wooten, Crane 2003)

I když výše zmiňovaní autoři hovoří pouze o zdravotních sestrách, ve své podstatě se problematika vztahuje na všechny nelékařské zdravotnické pracovníky. Především na ty, kteří pracují přímo v kontaktu s pacientem. Ti s ním a jeho rodinou, či blízkými tráví nejvíce času. Znájí jejich potřeby, problémy. NLZP jsou základním prvkem celé zdravotnické organizace. Na nich nejvíce záleží, zda pacienti budou spokojeni. Samozřejmě, že nechci opomíjet lékaře, ale pacienti nehodnotí léčebný proces, ale nejvíce prostředí, ve kterém se nacházejí, atmosféru na oddělení. Proto jedním z úkolů, můžeme říci i z hlavních úkolů managementu je sledovat potřeby těchto pracovníků. Jestliže nebudou náležitě saturováni, zaměstnanci budou trpět frustrací a to vše se odrazí na jejich pracovním výkonu a kvalitě odváděných služeb. Lidské zdroje jsou opravdu největším kapitálem firem, jak již jsem uváděla na jiném místě této diplomové práce.

4.4. Shrnutí

Organizační kultura ovlivňuje veškeré dění v organizaci a tím pádem i její úspěšnost. Jedná se o soubor prvků, které si zaměstnanci postupem času osvojují. Na jejím prosazení se podílí jednak manažeři, tak i řadoví zaměstnanci. Organizační kultura má vliv na zvyšování kvality péče, zvyšování produktivity práce, na zavádění změn v organizaci.

5. Empirická část

5.1. Popis organizace

Nemocnice, ve které výzkum proběhl, patří k největším lůžkovým zařízením v České Republice. Pracovníci poskytují diagnostickou, léčebnou a ošetrovatelskou péči zdravým i nemocným občanům. Zároveň je organizace vzdělávacím centrem pro budoucí lékaře a zdravotní sestry. Jelikož se v areálu nachází několik oddělení, které poskytují specializovanou péči, mezi která patří infekční klinika, ortopedická klinika, ústav radiační onkologie, obracejí se na naše zařízení pacienti z celé ČR.

Podle výroční zprávy za rok 2011, bylo v nemocnici zaměstnáno 2011 pracovníků, z tohoto počtu bylo 1337 nelékařských zdravotnických pracovníků.

5.2. Výzkumný problém

V roce 2011 proběhl výzkum spokojenosti nelékařských zdravotnických pracovníků. Na tomto šetření jsem spolupracovala v rámci předmětu Diagnostika organizace. Ukázalo se, že se neprovádí pravidelné hodnocení NLZP.

Hodnocení zaměstnanců představuje nástroj ke zvýšení motivace, rozvíjení kariéry a vzdělávání, řešení pracovních problémů, rozpoznání silných a slabých stránek pracovníka, ke zlepšení vztahů mezi nadřízeným a zaměstnancem, plánování pracovních míst a jako jeden z podkladů pro odměňování. Má sloužit manažerům v našem případě vrchním sestrám, vrchním laborantům, staničním sestrám, úsekovým laborantům k lepší práci se zaměstnanci.

Potřeba zavedení nového systému hodnocení pracovníků vychází také ze zákoníku práce, a z požadavků akreditační komise. Vzhledem k tomu, že v rámci zvyšování kvality péče se nemocnice připravuje k akreditaci, je nutné, aby byl splněn standard týkající se kvalifikace a vzdělávání personálu.

Předmětem výzkumu se proto staly názory pracovníků na hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků a možnosti jeho změny.

5.3. Cíle výzkumu

Ve zkoumané organizaci jsem prováděla kvalitativní a kvantitativní výzkum.

Cíle kvalitativního výzkumu:

1. Zjistit, zda probíhá pravidelné písemné hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků.
2. Zjistit postoj vedoucích pracovníků k dané problematice
3. Využít získané informace k:
 - a) Poskytnutí zpětné vazby náměstkyni pro ošetrovatelskou péči
 - b) Navrhnout jednotný model hodnocení zaměstnanců
 - c) Vytvořit směrnici, která by se týkala dané problematiky
 - d) Poskytnout podporu vedoucím zaměstnancům v řešení problémů týkajících se hodnocení NLZP

Cíle kvantitativního výzkumu

Cílem kvantitativního výzkumu bylo zjistit postoj nelékařských zdravotnických pracovníků k problematice hodnocení personálu, jestli mají důvěru k osobě, která hodnotí, jestli mají z takového hodnocení strach apod.

Dalším cílem bylo zjistit organizační kulturu na základě AWLS dotazníku. Je důležité znát kulturu organizace, abychom lépe pochopili přístup zaměstnanců k dané problematice a hlavně abychom věděli, jakým způsobem máme pokračovat při zavádění změny v organizaci, v našem případě zavádění pravidelného hodnocení zaměstnanců.

5.3.1. Kvalitativní výzkum

Cílem mého kvalitativního výzkumu bylo zjistit postoj vedoucích pracovníků k dané problematice.

Švaříček a Šed'ová ve své knize uvádějí, že: „kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu“. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 17)

Prováděla jsem rozhovory s respondenty. Měla jsem připravený seznam polostrukturovaných otázek, které jsem v průběhu rozhovorů aktuálně doplňovala.

Má hlavní výzkumná otázka byla: „Provádíte hodnocení nelékařského zdravotnického personálu?“ Další otázky zněly:

1. Při kladné odpovědi

Myslíte si, že je potřeba toto hodnocení provádět?

Jak často toto hodnocení provádíte?

Podle čeho se řídíte?

Čeho se hodnocení pracovníků týká?

Je rozhovoru přítomen někdo jiný?

Máte představu, jak by mělo hodnocení probíhat?

Kdo hodnotí pracovníky, je rozhovoru přítomen někdo jiný?

Existuje nějaký písemný záznam o provedeném hodnocení?

2. Při záporné odpovědi

Proč neprovádíte hodnocení personálu?

Myslíte si, že je potřeba toto hodnocení provádět?

Máte představu, jak by mělo hodnocení probíhat?

Hovoříte se svými pracovníky o jejich pracovním výkonu?

Další otázky jsem aktuálně pokládala podle toho, jak rozhovor plynul. K některým otázkám jsem se třeba i opakovaně vrátila, abych si situaci ujasnila.

Výběr respondentů

Problematikou hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků jsem se zabývala již při plnění úkolů do předmětu Praxe řízení. Chtěla jsem zjistit postoj všech vrchních sester a laborantů. Celkem jsem oslovila a osobně navštívila 31 manažerů. Všem jsem napsala mail a požádala o individuální setkání s nimi. Z tohoto počtu jsem si vytipovala 15 vedoucích pracovníků, se kterými jsem rozhovory nahrávala na diktafon. Zaměřila jsem se na to, aby vzorek respondentů byl co nejširší. Proto jsem oslovila manažery s bakalářským

vzděláním, manažery s magisterským vzděláním i manažery bez vysokoškolského vzdělání.

Sběr dat

S vedoucími pracovníky jsem se scházela v jejich pracovnách. Předem jsme si dohodli termín, který by vyhovoval oběma stranám. Všechny jsem seznámila s tím, že náš rozhovor bude nahráván na diktafon. Až na jeden rozhovor nebyla setkání nikým rušena. Probíhala v klidné a přátelské atmosféře. Při rozhovorech jsem nejen kladla otázky, ale i upřesňovala význam hodnocení personálu. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon. Během rozhovoru jsem si zaznamenávala polní poznámky, které mi později sloužily k tomu, abych lépe pochopila obsah jednotlivých částí rozhovorů. Rozhovory probíhaly během března a dubna 2012. První rozhovor jsem vedla s vrchní sestrou, která je vysokoškolsky vzdělaná, má léta praxe a zároveň je to má známá. To mi pomohlo k tomu, abych se ujistila o správném postupu a zmizela trochu i nejistota, kterou jsem z počátku měla. Další rozhovory probíhali po domluvě s dotyčnými osobami.

Příklad rozhovoru:

Rozhovor s vrchní sestrou velké kliniky, má dlouhodobé zkušenosti.

T: Chtěla jsem se zeptat, jestli na Vašem oddělení probíhá pravidelné hodnocení zaměstnanců.

R: Hodnocení provádíme každý půl rok. Já hodnotím své staniční sestry, ony pak svoje sestry. U těch staničních chci po nich sebehodnocení, pak se k tomu vyjádřím já, dám k vyjádření paní primářce a pak seznámím staniční sestru s výsledkem a ona mi to podepíše. U sester na oddělení po nich fakt sebehodnocení nechceme, ony neví, co by tam napsaly. Někdy ze sebe udělaly geroje, jindy se zas potopily, nebylo to k ničemu. Staniční sestry si je ohodnotí a pak se k tomu vyjádřím já. Jestli s tím souhlasím, nebo ne.

T: Myslíte si, že hodnocení probíhá v celé nemocnici?

R: Myslím, že u nás v nemocnici hodnocení moc neprobíhá. Uvidíš, co ti řeknou ostatní.

T: Používáte nějaké tabulky, nebo formuláře k hodnocení?

R: Máme na to tabulky, které jsou upraveny podle typu stanice, sálovky mají trochu jiné, než na oddělení. Chtěla jsem ti je připravit, ale znáš to. (hledá je v počítači). Já jsem tu moji tabulku posílala vrchní na ARO, jsem zastáncem toho, proč měnit něco, co je zažité a vyhovující.

T: Nehledejte je, klidně mi je pošlete mailem.

R: Jo, to ti pošlu

T: Je hodnocení sester přítomen vedoucí lékař oddělení?

R: Ne, není, myslím si, že by to nedělalo dobrotu, víš někdy ty vztahy jsou napjaté. Spíš se někde stranou bavím s lékaři, když je nějaký problém, abych věděla.

T: Čeho se nejvíce týká hodnocení?

R: Hodnocení se nejčastěji týká odborné stránky, teď hlavně řešíme dokumentaci. Holky nedokážou pochopit k čemu to je.....

T: Podepisují sestry své hodnocení?

R: Samozřejmě, že podepisují.

T: Je někde uložen formulář hodnocení?

R: To hodnocení je uloženo u staničních sester, aby se tam mohly staniční vždy kouknout. Já mám u sebe hodnocení staničních sester.

Tento rozhovor probíhal ve velice přátelské atmosféře. Byl pro mne velmi poučný, protože jsem se dozvěděla hodně poznatků z praxe. Vrchní sestra byla velmi dobře seznámena s hodnocením pracovníků.

Analýza kvalitativních dat

Pro analýzu dat jsem použila metodu grounded theory neboli zakotvenou teorii. Strauss s Corbinovou uvádějí, že: „... je to teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 84). Teorie zahrnuje sběr dat, kódování materiálu, konstruování teorie (tamtéž).

Kódování

Nejprve jsem provedla přepis všech rozhovorů a zároveň jsem tyto rozhovory propojila s polními poznámkami. Potom jsem provedla otevřené kódování. Je to metoda, při které jsem jednotlivé rozhovory rozdělila na části, které jsem popsala podle významu – přidělila jsem jim kód. K této operaci jsem používala dělení na *in vivo kódy* a *in vitro kódy*. In vivo kódy jsou výrazy, které používají sami respondenti In vitro kódy jsou mé osobní, kterými danou situaci komentuji. Dále jsem si psala poznámky, tak zvaná *mema*. Vše jsem zaznamenávala do tabulek, které jsem si pro toto kódování vytvořila.

Tab. 4; Příklad kódování rozhovoru.

respondent	In vitro	In vivo	memo	Kategorie
1.	Hodnocení pracovníků se provádí..... .....provádělo se pravidelně	Připouští, že probíhalo pravidelně, ale nyní již neprobíhá	Rozpor mezi tvrzeními. Proč již neprobíhá?	Hodnocení neprobíhá
1	Provádíme každý půlrok	Zná problematiku		Pravidelnost
3.	Jednou kdysi probíhalo	Připouští, že bylo jen jednou	Proč bylo jen jednou? Byl nějaký problém?	Hodnocení neprobíhá
4.	....pro mě je velice důležité, potřebuji ho	Zná problematiku	Zná hodnocení. Ví k čemu je.	Potřeba manažera
3.	.....nedělám ho, je to ztráta času a hlavně další papírování			

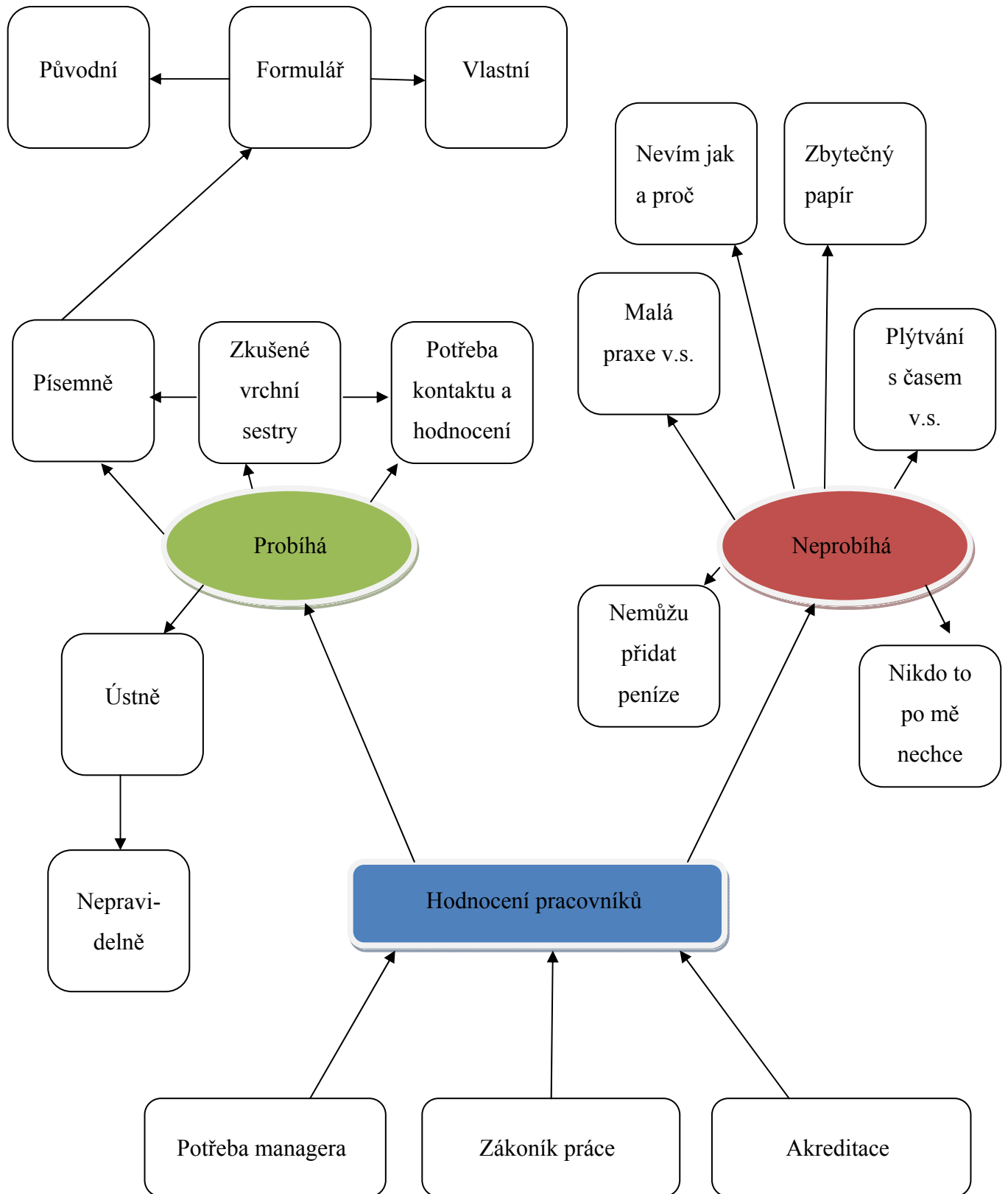
5.	Hodnocení nedělám, ani nevím, že se má nějaké dělat.....	Neznalost	Zná vůbec podstatu hodnocení?	Hodnocení neprobíhá. Nezná princip hodnocení
5.	....neexistuje přece žádná směrnice nebo nařízení, že by se to mělo dělat? Nebo jo?	Směrnice, která by řešila hodnocení neexistuje		Chybějící směrnice
7.	....to nedělám, dělá to někdo vůbec?.....zbytečné papírování	Neznalost		Neznalost Zbytečné papírování

Všechny získané kódy jsem rozdělila do kategorií podle společného charakteru jednotlivých kódů. Z tohoto systému mi vyšlo několik kategorií, které níže popíši.

Kategorie

- Potřeba manažera
- Akreditační standard
- Zákoník práce
- Chybí nařízení
- Chybí kontrolní mechanismy
- Neznalost problematiky
- Nedostatek času
- Dopady hodnocení
- Neprovádění pravidelného hodnocení pracovníků
- Provádění pravidelného hodnocení pracovníků
- Není tlak shora

Obr. 3; Vztahy mezi kategoriemi



Jak jsem ze svých výzkumných rozhovorů zjistila, hodnocení pracovníků buď probíhá, nebo neprobíhá. Hlavním zjištěním vyplývající z rozhovorů:

- V přístupu k hodnocení pracovníků nezáleží na dokončeném vzdělání či délce praxe manažera
- Manažerky, které hodnotí, mají vypracovaný vlastní koncept. Při hodnocení řídí se „tabulkou hodnocení sester“, která byla vytvořena jednou z předchozích náměstkyň.
- Ty manažerky, které nehodnotí, nevědí, čeho všeho se hodnocení týká. Mají spoustu důvodů proč nehodnotit: nedostatek času, spousta papírování, nikdo to po nich nechce, neví, proč by to dělaly, nemůžou přidat peníze.
- Pravidelné hodnocení pracovníků po manažerkách nikdo nevyžaduje, neexistuje žádná kontrola, zda manažerka hodnocení provádí.
- V rámci organizace neexistuje žádný pracovní pokyn, příkaz či směrnice, která by řešila danou problematiku.

V další části popíši jevy a vztahy mezi nimi. (Obr. 3)

Provádění pravidelného hodnocení pracovníků – potřeba manažera

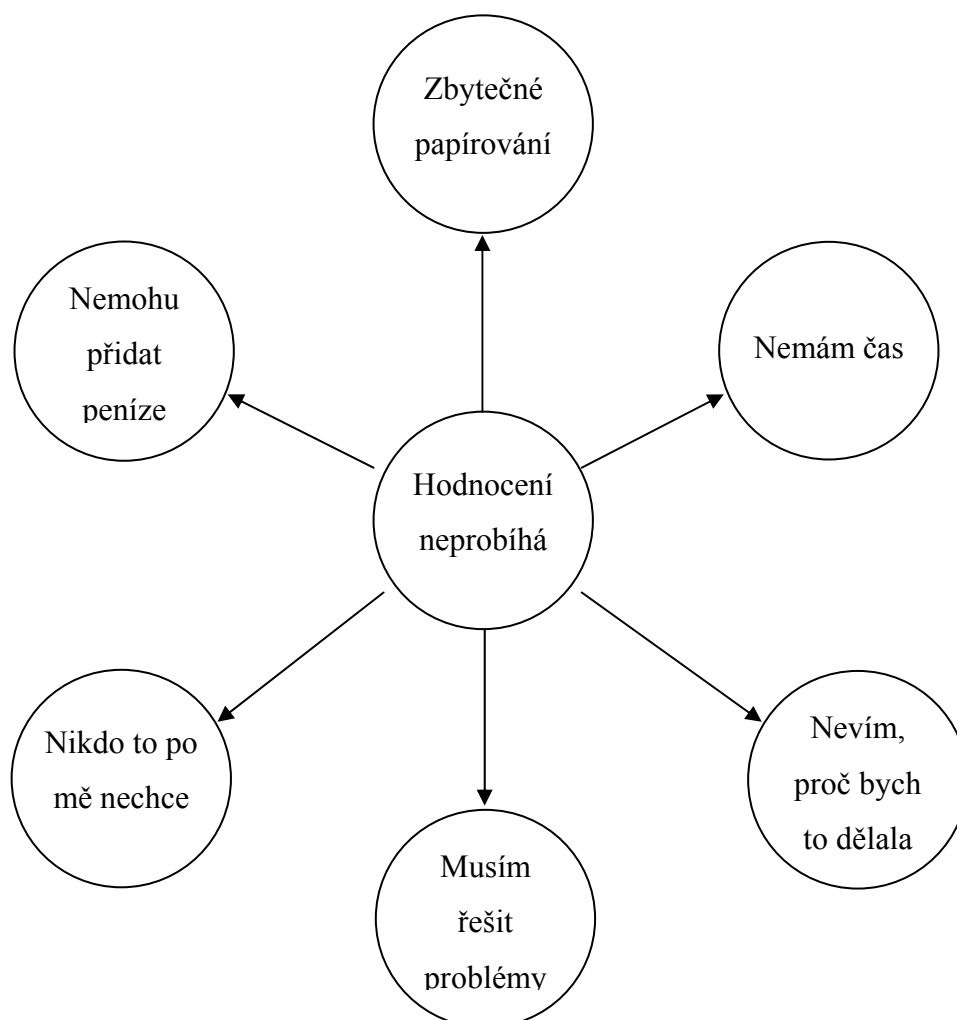
Vedoucí pracovnice, které pravidelně hodnotí své pracovníky, hovoří o tomto procesu jako o své potřebě. Mají zájem o setkávání se s podřízeným, hodnotí jeho přístup k práci, přístup k pacientům, mezilidské vztahy, další vzdělávání. Rovněž mají potřebu získat od svých zaměstnanců informace, které by manažerům pomohly zlepšit např. různé procesy, kulturu na pracovišti, systém práce atd. Tito manažerky rovněž vědí, že hodnocení pracovníků je jedním ze standardů akreditační komise, ale zároveň zdůrazňují, že kvůli standardu pracovníky nehodnotí. Zároveň i poukazují na skutečnost, že o hodnocení existuje formulář. Při našich rozhovorech vyšlo najevo, že tyto vrchní sestry by chtěly, aby organizace připravila seminář, který se bude hodnocení pracovníků týkat. Některé manažerky tvrdily, že hodnotí pouze ústně, ale nevím, zda opravdu hodnotí a jaký charakter toto hodnocení má, zda to není jen výtka, či pochvala.

....“nejdřív hodnotím já své staniční a ty pak hodnotíš své sestry. Po staničních chci sebehodnocení a zároveň jejich návrhy na zlepšení práce““zkoušeli jsme i sebehodnocení u řadových sester, ale to se nám neosvědčilo, protože některé se strašně podceňovaly a naopak jiné ze sebe dělaly to co doopravdy nejsou a to geroje“

..“provádím pravidelně každých půlroku. Nemám s tím problém, sestry jsou už zvyklé, že se pravidelně setkáváme. Potřebuju znát i jejich názor“

.....“hodnotící škálu jsem si rozdělila na více stupňů, protože si myslím, že tak je citlivější a můžu lépe hodnotit“

Obr. 4; Příčiny neprovádění pravidelného hodnocení



Důvody proč manažeři neprovádí pravidelné hodnocení, jsou následující (Obr. 4):

- Nemám čas
- Je to zbytečné papírování
- Nevím, proč bych to dělala
- Musím řešit jejich problémy
- Nikdo to po mě nechce
- Nemůžu jim přidat peníze, není motivace

Nemám čas

Manažerky argumentují tím, že nemají čas na to, aby se pravidelně scházely se svými zaměstnanci. Prý jsou zavaleny jinou prací. Stačí, když své podřízené pochválí během pracovního procesu. Když se naskytne nějaký problém, vyřeší ho aktuálně a neschovává si ho až na další setkání, někdy ho řeší na provozních schůzích před ostatními pracovníky! Nevím, zda-li je pravda že nemají čas, nebo je to jen výmluva. Skutečnost je taková, že opravdu se po manažerech chce spousta věcí, které dříve nevykonávali, ale proč někteří ten čas mají a jiní ne?

..... "já už nevím, co po nás všechno chcete. Co všechno máme dělat? Já fakt nemám čas se scházet na nějaké sezení".

.... "své sestry hodnotím průběžně, když je potřeba, tak je pochválím, když je nějaký problém, tak ho řeším aktuálně, nebo na provozní schůzi" ...

Je to zbytečné papírování

Dalším problémem bylo zjištění manažerek, že by měly vyplňovat formulář o hodnocení. Některé přiznávaly, že prý hodnotí ústně své podřízené a k tomu používají tabulku, která je již k dispozici několik let. Vedení dokumentace o hodnocení přijímají s velikou nevolí. Hodnotí to jako „zbytečný papír“, co s tím budu dál dělat?

.....“*písemně nic nedělám, to bych se z toho zbláznila. Co bych pak s tím papírem měla dělat. To se jako posílá na personální“?*

.....*hodnotím. Hodnotím, ale ústně. Nepotřebuju k tomu nějaký papír“.*

Nevím, proč bych to dělala

Někteří vedoucí pracovníci neznají problematiku tohoto procesu. Většinou si název pletli s osobním ohodnocením, což je peněžitá část, kterou jsou zaměstnanci ohodnoceni. Náš hovor většinou sklouzl do této problematiky. Z počátku jsme každý hovořili o něčem jiném. Docházelo k situacím, kdy jsem já hovořila o hodnocení personálu a manažeři hovořili o osobním ohodnocení pracovníků, což je část platu, která se dává pracovníkům jako příplatek za dobře vykonanou práci. Když jsme pak hovořili o dané finanční částce, je vidět, že všichni o ní přemýšlí tak, že pracovníci ji automaticky dostanou jako bonus a ne o částce, která má mít motivační charakter.

....“*no podívejte se, já jim ty peníze nemůžu moc měnit. Máme určitý balík“*

.....“*já nevím, jaký balík máte vy, ale já s tím nic neudělám. Když někomu přidám, musím zákonitě druhému ubrat“* ...

Musím řešit problémy

Při některých rozhovorech jsme došli i k problematice řešení problémů, které se při hodnocení vyskytnou. Jak pomoci hodnocenému zaměstnanci, jak k němu přistupovat. Jaké má práva nadřízený zaměstnanec, kolikrát např. může dávat písemné napomenutí atd.

.....“*No a pak další věc je pracovat s těma problémama, s těma výstupama. Ono je to taky takový složitý. Ono taky vést ty lidi k něčemu, aby to k něčemu vůbec bylo to hodnocení, je taky moc práce“*

Manažeři neví, jak by měli s výstupy z hodnocení dále pracovat, jak by k nim měli přistupovat.

Nikdo to po mě nechce

Další příčinou, proč se neprovádí hodnocení, bylo, že po manažerech nikdo takového nechce a oni taky nemají potřebu hodnotit. Je proto nutné do všech náplní práce manažerů uvést povinnost provádění pravidelného hodnocení. Vytvořit nějakou směrnici, či pokyn, jak má takové hodnocení vypadat. Zaškolit manažery a pomáhat jim. Dále je důležitá kontrola shora.

.... *“Hodnocení nedělám, on to jako někdo dělá, jo“?.....*

..... *“To se má dělat? Po mě to nikdy nikdo nechtěl“*

..... *“Ony to dělají všechny vrchní? To by mě teda zajímalo“*

Problémem není jen to, že hodnocení pracovníků není nařízeno, ale především to, že manažeři nemají znalosti a zkušenosti s řízením lidských zdrojů. V podstatě neexistuje spolupráce s personálním oddělením, které by mělo být oporou pro manažery.

Nemůžu jim přidat peníze, nemám žádnou motivaci

Největším argumentem vedoucích pracovníků bylo: *“proč mám hodnocení dělat, když nemám dostatek peněz, abych jim přidala“*. Vše opět vycházelo z neznalosti problematiky. Snažila jsem se jim vysvětlit, že hodnocení není jen o přidávání peněz. Nelze peníze přidávat do nekonečna. To by ani realisticky nešlo, abychom každý půlrok přidávali peníze. Tak ani není systém nastaven. Tato kategorie souvisí s kategorií „nevím, proč bych to dělala“.

..... *“no, jak říkám, podívejte se, sestry slyší jenom na peníze, co si budem povídat, nějaké plavenky, nebo lístky do divadla, to nemá cenu“*

..... *“proč bych to měla dělat, vždyť jim nemůžu ani přidat. Mám balík peněz, který mám nějak rozdělený a nemám ani korunu navíc“ ...*

5.3.2. Závěr kvalitativního výzkumu

V této části navážu na cíle mého výzkumného šetření.

1. Zjistit, zda probíhá pravidelné písemné hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků.

Jak již jsem popisovala, pravidelné písemné hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků ve zkoumané organizaci z větší části neprobíhá a to z různých důvodů. Vůbec nezáleží na dokončeném vzdělání vedoucích pracovníků a délce jejich praxe.

2. Zjistit postoj vedoucích pracovníků k dané problematice.

Postoje manažerů k dané problematice jsou různorodé, nejčastěji to jsou: zbytečné papírování, nemohu přidat peníze, nevím jak na to. Toto jasně ukazuje, že je nutné se zabývat proškolením vedoucích pracovníků v oblasti personalistiky. Většina z nich absolutně nechápe pojem hodnocení. V této části se musím zmínit také o tom, že nikdo po nich nepožadoval, aby pravidelné hodnocení pracovníků dělali. Vzhledem k tomu, že v posledních letech se v organizaci neustále měnil top management, nebyla jasně stanovena pravidla, nebo lépe řečeno standardy či směrnice pro personální řízení. Nebyl tlak „z hora“, i když v pracovní náplni těchto zaměstnanců je jasně uvedeno, že mají hodnotit, avšak není zde kontrola a sankce za neplnění úkolů. Střední manažeři rovněž hodnoceni nebyli, takže ani neměli názorný příklad od svých vedoucích pracovníků.

Jev, který jsem zkoumala, bylo hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků. Hypotézy, které mi z daného výzkumu vyplynuly, jsou následující:

- Hodnocení pracovníků manažeři buď provádí, nebo neprovádí.
- Jejich postoj nesouvisí se vzděláním, či délkou praxe.
- Přístup k hodnocení je dán nepochopením problematiky a zároveň neexistencí vnitřního řádu či směrnice.

5.3.3. Etické aspekty

Své výzkumné šetření jsem měla povolené od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve zkoumané organizaci. V žádosti jsem uvedla, že získaná data budou použita jen pro můj výzkum. Při rozhovorech s manažerkami jsem jejich souhlas nahrála na diktafon. I když jsem jim nabízela písemný souhlas k našemu rozhovoru, kde jsem přímo uvedla, k čemu rozhovor potřebuji, žádná z oslovených manažerek ho nevyžadovala. Velmi jsem ocenila,

že ve mně mají takovou důvěru. Zaručila jsem se a také ihned provedla, že jakmile přepíši rozhovor, nahrávka bude smazána. Snažila jsem se při reprodukci dat vyvarovat používání pravých jmen a míst působnosti, aby nedošlo k identifikaci respondenta.

5.3.4. Kvantitativní výzkum

V této empirické části jsem provedla kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Oslovila jsem nelékařské zdravotnické pracovníky pracující v chirurgických a interních oborech.

Obecným cílem mého výzkumu bylo zjistit postoj NLZP k problematice pravidelného hodnocení zaměstnanců a vliv organizační kultury na zavádění změn v organizaci, konkrétně na zavádění již výše zmiňovaného hodnocení. Celkem jsem rozdala 230 dotazníků. Polovinu dotazníků jsem rozdala na chirurgické obory – chirurgická klinika, klinika plastické chirurgie, oční oddělení. Druhou polovinu jsem rozdala na interní obory – 1. a 2. interní oddělení, infekční kliniku.

Metody výzkumu

Jak již jsem v úvodu uvedla, provedla jsem dotazníkové šetření mezi personálem. Vytvořila jsem standardizovaný dotazník, který respondenti anonymně vyplňovali a odevzdávali do předem připravených schránek.

Pomocí dotazníkového šetření jsem se snažila ověřit následující hypotézy:

- H1 - K individuálnímu setkávání se staniční sestrou dochází, neexistují významnější rozdíly mezi interními a chirurgickými obory.
- H2 – Pracovníci, kteří mají vyšší dosažené vzdělání si myslí, že tato setkávání mají smysl, na rozdíl od pracovníků s nižším vzděláním.
- H3 – Pracovníci mají obavy ze setkávání.
- H4 – Negativní zkušenosti z minula, které ovlivňují otevřenost pracovníků při rozhovoru jsou ovlivněny věkem respondenta.
- H5 – Pracovníci se při rozhovoru nebudou chtít bavit o svém soukromí.
- H6 – I když mají pracovníci výhrady ke staniční sestře, přesto by nejraději tyto rozhovory vedly s ní.

Dotazník byl rozdělen na dvě části. První část se věnovala problematice hodnocení nelékařského zdravotnického personálu ve zkoumané zdravotnické organizaci. Druhá část byla zaměřena na šest oblastí pracovního života.

První část obsahovala 9 otázek, které byly zaměřeny na problematiku hodnocení, konkrétně zda dochází k pravidelnému setkávání staniční sestry s pracovníky, zda mohou pracovníci otevřeně hovořit o své práci, jestli se cítí omezeni v otevřenosti při rozhovorech a proč, hovoří se při setkávání o kariérním růstu, o plánech do budoucna, zda tato setkávání mají smysl, o čem by rozhovor měl a o čem neměl být, zda pracovníci mají obavy ze setkávání, kdo by měl rozhovory vést. Otázky byly jak otevřené, kdy se respondenti mohli sami vyjádřit, tak uzavřené, kdy respondenti vybírali z nabízených odpovědí.

Druhou částí dotazníku byl AWSL dotazník, který se zaměřuje na některé části organizační kultury. Použila jsem koncept „šesti oblastí pracovního života“ (six areas of worklife), zkráceně AWLS (Letier a Maslach, 1999). Tento dotazník je rozdělen do šesti oblastí:

1. Pracovní zatížení (workload) – v dotazníku je část označena „vytíženost“, jedná se o otázky týkající se času na práci, intenzivity práce.
2. Kontrola nad vlastní prací (kontrol) – v dotazníku je tento oddíl označen pojmem „kontrola“, otázky jsou zaměřeny na kontrolu nad vlastní prací, samostatnost, kvalitu práce.
3. Ocenění práce (reward) – tato část je označena pojmem „odměny“, zabývá se otázkami na téma ocenění práce.
4. Společnost/vztahy v organizaci (community) – otázky v této oblasti se týkají vztahů na pracovišti, v dotazníku je tato oblast označena výrazem „vztahy“.
5. Spravedlnost v organizaci (fairness) – tato část se zabývá spravedlností na pracovišti, na rozdělování úkolů, přístupu managementu, označení oblasti – „spravedlnost“.
6. Hodnoty zastávané organizací, jejími členy a jedincem (values) – tato část je zaměřena na hodnoty a cíle pracovníka a zaměstnance, v dotazníku označena výrazem „hodnoty“.

K dotazníku jsem ještě přiřadila 7. oblast, která se týkala důvěry zaměstnanců v organizaci, spolupracovníkům. Celý dotazník uvádím v příloze.

Dotazník byl přenesen do českého prostředí Havrdovou a kol. (2010).

V závěru dotazníku samozřejmě nechyběly demografické otázky, které se týkaly pohlaví, věku, délky praxe, vzdělání, pracovního zařazení. Samozřejmě, že nechyběla ani výzva, kde mohli zaměstnanci uvést své připomínky a návrhy.

Respondenti

Respondenti byli nelékařští zdravotničtí pracovníci z nemocnice, kromě vrchních a staničních sester. Z této celkové populace jsem vybrala vzorek pomocí kvótního výběru. Jak definoval Disman: „kvótní výběr imituje ve struktuře vzorku známé vlastnosti populace.“ (Disman, 2009, str. 94).

Hned od začátku jsem se rozhodla, že respondenty rozdělím do dvou skupin, podle typu oddělení, na kterém pracují a to buď chirurgický, nebo interní obor.

Chirurgické obory:

- Chirurgickou kliniku
- Oční oddělení
- Klinikou plastické chirurgie

• **Interní obory:**

- 1. Interní oddělení
- 2. Interní oddělení
- Klinika infekčních a tropických chorob

Kliniky a oddělení jsem vybírala podle výzkumu spokojenosti pacientů, který probíhá v nemocnici. Předpokládala jsem, že kde je více stížností na práci zdravotníků, tam bude i horší organizační kultura, zaměstnanci budou více nespokojeni a to vše se bude odrážet ve kvalitě jejich odvedené práce a v komunikaci s pacienty. Snažila jsem se do výzkumného šetření zahrnout obory jak interní, tak chirurgické a ty pak jsem různě porovnávala.

Celkem jsem rozdala 230 dotazníků. Hodnoceno bylo 173 dotazníků, což je 75%.

Předvýzkum

Předvýzkum jsem provedla na 16 respondentech. Byli to nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na jednotce intenzivní péče interního oddělení. Zkoumala jsem, zda jsou otázky všem srozumitelné. Pečlivě jsem si zaznamenávala názory a připomínky. Například u otázky číslo 3 jsem doplnila odpověď – necítím se omezen/a, která mi tam chyběla, a mohlo by dojít k omylu při hodnocení, kdy by bylo dohromady hodnoceno s „ neodpověděl/a.“ Po předchozím kvalitativním výzkumu, kdy jsem zjistila, že manažeři nesprávně chápou pojem hodnocení personálu, proto jsem tento výraz zaměnila za: dochází k pravidelnému setkávání se staniční sestrou k rozpravě nad Vaší prací. Dále jsem posuzovala velikost dotazníku, kdy při rozvržení tisku na klasický arch A4 byly čtyři stránky dotazníku. Respondentům se takový dotazník zdál příliš dlouhý. Ukázalo se, že velikost dotazníku ovlivňuje přístup k jeho vyplnění. Bylo mi řečeno, že na vyplňování takto velkého dotazníku pracovníci nemají čas. Formát jsem tedy zmenšila.

Distribuce dotazníku

Nejdříve jsem podala žádost o povolení dotazníkového šetření v daném zdravotnickém zařízení. Potom jsem mailem oslovila vrchní sestry vybraných oddělení, zda bych mohla dotazníky rozdat a hlavně jsem se jich ptala, kolik mají nelékařských zdravotnických pracovníků, abych věděla, kolik dotazníků si mám připravit. Zároveň jsem se s nimi domluvila, jestli dotazníky můžu po oddělení roznést sama, nebo zda musím s jejich doprovodem. Musím konstatovat, že přístup vrchních sester byl velice vstřícný. Ovšem největší problém byl v tom, že jsem dotazníky rozdávala v době letních prázdnin, takže spousta pracovníků byla na dovolené a zároveň na odděleních a klinikách docházelo k uzavěrák z důvodu pravidelného malování a generálních úklidů. To mi velice komplikovalo situaci, neboť jsem musela na daná oddělení jít opakovaně, abych rozdala dostatečný počet dotazníků a zároveň i dostatečný počet dotazníků sebrala.

Celkem se vrátilo 178 vyplněných dotazníků, 5 z nich jsem musela pro neúplnost vyřadit.

Zpracování dat

Ke zpracování dat jsem používala program SPSS. Získaná data jsem měla rozdělena na chirurgické a interní obory. Důvodem bylo porovnání při hodnocení šesti oblastí pracovního života, ale i při otázkách, které směřovaly k hodnocení personálu. Některé otázky jsem zkoumala i v souvislosti jednotlivými odděleními.

5.3.5. Interpretace výsledků kvantitativního výzkumu

V této části se budu věnovat interpretaci výsledků otázek 1-9, které jsou zaměřeny na hodnocení pracovníků. Termín hodnocení pracovníků jsem záměrně zaměnila na termín „individuální setkávání staniční sestry s Vámi, zaměřený na rozpravu o Vaší práci“. Nevím, zda všichni pracovníci znají pojem hodnocení pracovníků, takže novým názvem jsem se snažila tuto problematiku přiblížit, aby nedošlo k zaměnění s termínem osobní ohodnocení, který se týká finanční částky.

Respondenti

Soubor dotazovaných respondentů tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci dané organizace. Podle demografických údajů jsem zjistila, že na otázky odpovídalo 165 žen (95%) a 7 mužů (4%). Jeden z respondentů pohlaví neoznačil. Odpovědi na otázku věk byly rozděleny do pěti skupin. 1. Do 25 let, 2. 26-35 let, 3. 36-45 let, 4. 46-55 let a 5. 56 let a více. Tabulka (Tab. 5) jasně ukazuje, že největší zastoupení a to 53 zaměstnanců (31%) je ve věkové skupině 36-45 let, nejmenší ve věkové skupině 56 a více let je 5 zaměstnanců (3%) ze zkoumaného vzorku.

Tab. 5; Věkové rozložení NLZP, červenec-srpen 2012.

	Frequency	Percent	Valid Percent
do 25 let	31	17,9	17,9
26-35 let	44	25,4	25,4
36-45 let	53	30,6	30,6
46-55	40	23,1	23,1
56+	5	2,9	2,9
Total	173	100,0	100,0

N (validní) = 173

Co se týče nejvýše dosaženého vzdělání (Tab. 6), kterého respondenti dosáhli, bylo zjištěno, že 30 dotazovaných (17%) je vyučeno, 90 respondentů (52%) má středoškolské vzdělání, 39 (23%) má specializační vzdělání, 14 (8%) zaměstnanců je vysokoškolsky vzděláno. Jedná se o pracovníky, kteří mají dokončené vzdělání vyšší odborné, bakalářské nebo magisterské.

Tab. 6; Nejvyšší dosažené vzdělání NLZP červenec-srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
vyučen/a	30	17,3	17,3	17,3
středoškolské	90	52,0	52,0	69,4
Valid specializační	39	22,5	22,5	91,9
vysokoškolské	14	8,1	8,1	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (validní) = 173

V otázce zaměřené vzdělání (Tab. 7) jsem chtěla zjistit, zda dokončené vzdělání pracovníků bylo v oblasti zdravotní, sociální, pedagogické či jiné. Tabulka ukazuje, že 166 pracovníků (96%) má zdravotnické vzdělání a 7 pracovníků (4%) odpovídá, že jiné. Těchto sedm pracovníků pracuje na pozici sanitáře, jelikož na tato pracovní místa nastupují zaměstnanci, kteří jsou vyučeni v jiném oboru a mají pouze absolvovaný sanitářský kurs, uvedli proto jiné vzdělání. Na pracovní pozice ve zdravotnictví je nutné mít vzdělání odborné pro tu danou pozici. Přesně, jak vyplývá ze zákona 96/2004 Sb., který se vztahuje na uznání způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.

Tab. 7; Zaměřené vzdělání NLZP červenec-srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
zdravotní	166	96,0	96,0	96,0
Valid jiné	7	4,0	4,0	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (validní) = 173

Ve zkoumaném vzorku (Tab. 8) je podle pracovního zařazení 150 zdravotních sester registrovaných (87 %), 2 zdravotní sestry neregistrované (1 %), 1 specializovaný

pracovník, ten není blíže specifikován, 2 zdravotničtí asistenti, 18 sanitářů (10 %) z dotazovaných. To, že mezi respondenty je 150 registrovaných sester, vypovídá o tom, že zdravotní sestry kladou velkou důraz na registraci. Ta jim dává určitou „volnost“ tím, že nemusí pracovat pod dozorem a zároveň určuje zodpovědnost při vykonávání pracovních povinností, jelikož registrovaná sestra pracuje samostatně. Je to určitá prestiž pro pracovníky. Zdravotnictví je obor, který jde neustále dopředu. Mění se vyšetřovací, léčebné a ošetrovatelské procesy. Je tedy nutné, aby se pracovníci neustále vzdělávali, navštěvovali odborné kurzy a specializace.

Tab. 8; Pracovní zařazení NLZP, červenec-srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent
zdr. sestra registrovaná	150	86,7	86,7
zdr. sestra neregistrovaná	2	1,2	1,2
Valid specializovaný pracovník	1	,6	,6
zdravotnický asistent	2	1,2	1,2
sanitář	18	10,4	10,4
Total	173	100,0	100,0

N (validní) = 173

Jak již jsem v úvodu této kapitoly uvedla, po sebrání dotazníků jsem si je označila podle typu oddělení na chirurgické a interní obory. K tomuto kroku jsem přistoupila, aby respondenti měli pocit zachování anonymity. Z celkového počtu odevzdaných dotazníků bylo 97 (56%) dotazníků odevzdáno z interních oborů a 76 (44%) dotazníků bylo odevzdáno z chirurgických oborů.

Následujících devět otázek je zaměřeno na problematiku hodnocení pracovníků. Sousloví hodnocení pracovníků jsme nahradila pojmem individuální setkávání, protože by mohlo dojít k nepochopení ze strany respondentů, kdyby došlo k záměně s finančním hodnocením.

Zajímalo mě, zda hodnocení pracovníků vůbec probíhá a jakou formou probíhá. Jestli ústně, nebo písemně, nebo kombinací obou způsobů. Respondentům byly nabídnuty následující varianty odpovědí: ano – ústně, ano – písemně, ano – ústně i písemně, nevím – jsem tu krátkou dobu, vůbec ne. Pokud by respondenti odpověděli „vůbec ne“, pokračovali by dále až na otázku č. 6 (jak byste si představoval/a toto setkávání?). Zároveň jsem chtěla

potvrdit, či vyvrátit hypotézu č. 1 – K individuálnímu setkávání se staniční sestrou dochází, neexistuje významnější rozdíl mezi interními a chirurgickými obory.

Na tuto otázku odpovědělo všech 173 respondentů. Ze zjištění vychází, že ústní hodnocení bývá v 65%, písemné hodnocení ve 3%, ústně a písemně v 28%. Hodnocení pracovníků neprobíhá vůbec v 4%.

Je podstatné, že dochází k individuálnímu setkávání staniční sestry s podřízenými pracovníky, avšak nevíme, jakou kvalitu hodnocení má, zda se řídí podle nějaké předlohy, nebo je to jen pochvala či výtka. Odpověď nevím (jsem tu krátkou dobu) nikdo neoznačil.

Zaměřila jsem se také na individuální setkávání v kontextu s oborem (Tab. 9). Zjistila jsem, že oddělení jsou v oblasti individuálního setkávání skoro na stejné pozici. Ústní hodnocení probíhá v interních oborech v 59 případech ze všech dotazovaných, v chirurgických oborech v 54. Písemné hodnocení je v interních oborech ve 4 případech, v chirurgických v 1 případě. Ústní i písemné je v interních oborech ve 28 případech, v chirurgických ve 21 případech. To, že hodnocení vůbec neprobíhá, bylo zodpovězeno celkem 6 krát v interních oborech, v chirurgických nikdo takto neodpovídal. Jelikož počet absolutních četností v případě písemného hodnocení je pod 5 a v odpovědi vůbec ne je jen 6, tato data nemají vypovídající hodnotu.

Tab. 9; Typy hodnocení pracovníků celkem podle oborového zaměření, NLZP červenec-srpen 2012

	Obor		Total
	Interní	Chirurgický	
ústně	59	54	113
písemně	4	1	5
ústně + písemně	28	21	49
vůbec ne	6	0	6
Total	97	76	173

N (validní) = 173

V souvislosti s hodnocením pracovníků jsem se rovněž zaměřila na jednotlivá oddělení (Tab. 10). Zjistila jsem, že výsledky z dotazníkového šetření plně korespondují s výsledky z mého kvalitativního šetření. Vrchní sestra z druhého interního oddělení přiznala, že hodnocení provádí pouze ústně, NLZP tohoto oddělení označili v 25

případech, že hodnocení probíhá ústně, stejně tak na očním oddělení. Vrchní sestra 1. Interního oddělení uvedla, že hodnocení provádí ústně i písemně, avšak respondenti označili v 16 případech, že hodnocení provádí ústně a shodně v 16 případech, že probíhá ústně i písemně. V tomto případě bych čekala jednoznačnější odpověď. Můžeme uvažovat i tak, že NLZP chápou jinak pojem písemné hodnocení, než, jak ho provádí vrchní sestra.

Tab. 10; Typy hodnocení pracovníků v souvislosti s oddělením. NLZP červenec-srpen 2012

	Oddělení					
	int 1	int 2	oční	plast.ch.	infekce	chirurgie
ústně	16	25	12	10	18	32
písemně	2	0	0	1	2	0
ús+pís	16	1	6	5	11	10
vůbec ne	0	3	0	0	3	0
Total	34	29	18	18	29	45

N (validní) = 173

V otázce, zda respondenti mohou při setkání otevřeně hovořit o tom, jak se cítí ve své pracovní roli (Tab. 11), vybírali z následujících odpovědí – rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne. Odpověď rozhodně ano označilo 73 respondentů – 42%, odpověď spíše ano zaškrtnulo 86 pracovníků – 50%, spíše ne označilo 7 respondentů – 4% a na otázku neodpovědělo 7 respondentů – 4%. Lze tedy usuzovat podle odpovědí rozhodně ano a spíše ano, které byly celkem označeny ve 92%, že daná setkání probíhají v přátelské atmosféře a zaměstnanci mohou otevřeně hovořit o své pracovní roli.

Tab. 11; Otevřenost při rozhovorech, NLZP pracovníci červenec-srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent
rozhodně ano	73	42,2	42,2
spíše ano	86	49,7	49,7
Valid spíše ne	7	4,0	4,0
neodpovědělo	7	4,0	4,0
Total	173	100,0	100,0

N (validní) = 173

Dále mě zajímalo, zda se respondenti cítí omezení v otevřenosti, jestli ano, tak v čem. V této otázce mohli respondenti zodpovědět více nabízených možností:

- Máte negativní zkušenosti z minula
- Máte malé sympatie ke staniční sestře, nedůvěra
- Obáváte se z porušení mlčenlivosti u staniční sestry
- Nemáte dostatek pochopení od staniční sestry
- Vám brání povaha vztahů na pracovišti
- Vám brání povaha staniční sestry
- Vaše vlastní povaha
- Necítím se omezen/a

Omezení v otevřenosti kvůli negativním zkušenostem z minula (Tab. 12) uvedlo 32 pracovníků (18%). V této souvislosti mě zajímalo, zda negativní zkušenosti jsou nějak ovlivněny věkem respondenta. Chtěla jsem si ověřit hypotézu, že starší pracovníci budou uvádět tyto skutečnosti více, než mladší. Má hypotéza se potvrdila. Nejvíce negativní zkušenosti popisovali respondenti ve věkové hranici 36 - 45 let, celkem 15 zaměstnanců. Lze ji zdůvodnit tím, že tito pracovníci zažili již více tipů hodnocení, hodnotilo je více lidí různých povah, výstupy z hodnocení nebyly takové, jak si tito respondenti představovali.

Tab. 12; Počet osob s negativními zkušenostmi z minula podle věku, NLZP červenec-srpen 2012

	Věk				Total
	do 25 let	26-35 let	36-45 let	56+	
Otázka č. 3 -negativní zkušenost z minula ano	5	7	15	5	32
Total	32	44	55	42	173

N (validní) = 173

Malé sympatie a nedůvěru ke staniční sestře uvedlo 14 (8%) respondentů (Tab. 13), obavy z porušení mlčenlivosti u staniční sestry 9 (5%), nedostatku pochopení od staniční sestry 7 (4%), otevřenosti v rozhovorech brání povaha staniční sestry v 9 (5%) případech (Tab. 14). Celkem tedy respondenti uvedly 39x příčinu, která jim brání v otevřenosti a týkala se staniční sestry. Staniční sestra vede hodnotící rozhovory s pracovníky. Jelikož

mohli respondenti v této otázce uvést více z nabízených odpovědí a někteří tak skutečně učinili a označili více odpovědí týkajících se staniční sestry, nemůžeme tvrdit, že 39 pracovníků má tyto zkušenosti. Zde uvádím jen tabulku týkající se nedůvěry ke staniční sestře. Ostatní tabulky jsou uvedeny v příloze.

Tab. 13; Nedůvěra ke staniční sestře, NLZP červenec-srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	14	8,1	8,1	8,1
Valid ne	159	91,9	91,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (valid) = 173

Tab. 14; Další příčiny omezení v otevřenosti související se staniční sestrou

	Frequency	Percent
Porušení mlčenlivosti	9	5,2
Nedostatek pochopení	7	4,0
Povaha	9	5,2

N (valid) = 173

Omezení v otevřenosti z důvodu povahy vztahů na pracovišti popisovalo 22 (12,7%) respondentů. Tito jedinci mohou mít špatný vztah se staniční sestrou nebo s kolegy, což jim brání v otevřeném dialogu.

Omezení z vlastní povahy uvedlo 38 (22%) pracovníků. Z toho můžeme usuzovat, že tyto jedinci nejsou zvyklí mluvit sami o sobě, nechtějí se svěřovat se svými problémy. Dá se předpokládat, že by měli i problém se sebehodnocením, které se zakládá na tom, že pracovníci musí o sobě hovořit. Tabulka ukazuje (Tab. 15), že problém se týká především starších pracovníků. Vlastnost lze přisuzovat buď tomu, že tyto jedinci nebyli nikdy vedeni k hodnocení své vlastní osoby, kde by mohli vyzdvihovat své vlastní kladné stránky, případně hovořili o nezdarech, nebo je příčinou chování jejich povaha.

Tab. 15; Vlastní povaha v souvislosti s věkem, NLZP červenec – srpen 2012

	Věk					Total
	do 25 let	26-35 let	36-45 let	46-55	56+	
Otázka č. 3 vám brání vaše vlastní povaha	6	8	14	9	1	38
	25	36	39	31	4	135
Total	31	44	53	40	5	173

N (valid) = 173

V otázce, zda hovoří na setkáních o plánech ve vzdělávání či profesním růstu (Tab. 16), respondenti označovali opět uvedené odpovědi: rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne. Při kódování odpovědí jsem zde musela zahrnout i kolonku neodpovědělo, protože někteří respondenti žádnou z nabízených odpovědí nezaškrtnuli. Takřka tři čtvrtiny zaměstnanců (71%) zvolilo kladnou odpověď, což znamená, že v hodnotícím pohovoru jsou projednávány i možnosti dalšího vzdělávání a profesního růstu těchto pracovníků.

Tab. 16; Plány ve vzdělávání či v profesním růstu, NLZP červenec-srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
rozhodně ano	52	30,1	30,1	30,1
spíše ano	71	41,0	41,0	71,1
spíše ne	30	17,3	17,3	88,4
rozhodně ne	13	7,5	7,5	96,0
neodpovědělo	7	4,0	4,0	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (valid) = 173

Odpovědi na otázku zda tato setkávání mají smysl, opět respondenti vybírali z nabízených odpovědí – rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně. V podstatě se 83% dotazovaných pracovníků shodlo, že tato setkávání určitě smysl mají. Přesněji odpovědi zněly: rozhodně ano – 37%, spíše ano 46%, spíše ne 6%, rozhodně ne 5%, neodpovědělo 6% respondentů. Zde jsem se snažila potvrdit, či vyvrátit hypotézu: Pracovníci, kteří mají vyšší dosažené vzdělání si myslí, že tato setkávání mají smysl, na rozdíl od pracovníků s nižším vzděláním (Tab. 17). Jelikož jsem zjistila, že počet absolutních četností v jednotlivých skupinách, které se týkalo dokončeného vzdělání vyššího či

vysokoškolského – VOŠ, Bc, Mgr, byl pod 5, musela jsem provést operacionalizaci. Přistoupila jsem k tomu, že jsem tyto skupiny sloučila do jedné s názvem vysokoškolské vzdělání. Jedním z možných vysvětlení by mohlo být, že vysokoškolsky vzdělaní pracovníci mají větší přehled o problematice hodnocení personálu. Tito pracovníci jsou připravováni na manažerské pozice, a tudíž lze předpokládat, že k této problematice přistupují kladněji a otevřeněji. Vědí, že hodnocení personálu patří mezi základní manažerské postupy.

Tab. 17; Vliv dosaženého vzdělání respondentů na názor, zda tato setkávání mají smysl. Kontingenční tabulka. Sloupcová procenta. NLZP červenec-srpen 2012

		vyučen/a	středoškolské	specializační	vysokoškolské
Myslíte si, že tato setkávání mají smysl?	rozhodně ano	26,7%	42,2%	28,2%	50,0%
	spíše ano	56,7%	38,9%	61,5%	28,6%
	spíše ne	3,3%	6,7%	5,1%	14,3%
	rozhodně ne	6,7%	5,6%	0,0%	7,1%
	neodpovědělo	6,7%	6,7%	5,1%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N(valid) = 173

Dále jsem se zajímala, o čem se pracovníci myslí, že by rozhovor měl být (Tab. 18). 63 (36%) respondentů uvedlo, že by se měl především týkat práce na pracovišti. 99 (57%) neuvvedlo téma rozhovoru, můžu se domnívat, že to bylo proto, že jsem jim nenabídla okruhy témat, ze kterých mohli vybírat, nebo opravdu je nechtěli uvádět.

Tab. 18; Témata rozhovoru, NLZP červenec – srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
neuvvedeno	99	57,2	57,2	57,2
odměny	3	1,7	1,7	59,0
spravedlnost ve službách	3	1,7	1,7	60,7
Valid práce na pracovišti	63	36,4	36,4	97,1
konkrétní situace	4	2,3	2,3	99,4
pochvaly a výtky	1	,6	,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (valid) = 173

Další výzkumnou otázkou jsem si testovala hypotézu: Pracovníci se při rozhovoru nebudou chtít bavit o svém soukromí. Zjistila jsem (Tab. 19), že nelékařští zdravotničtí pracovníci se ve 133 (77%) případech shodli na tom, že by se nechtěli se svým nadřízeným bavit o soukromí, 15 (9%) o plánech do budoucna, 11 (6%) o vztazích na pracovišti. Dále uváděli ve 13 (7,5%), že se nechtějí bavit o nepřítomných spolupracovnících, 1 uvedl klepy. Moje hypotéza se tedy potvrdila.

Tab. 19; O čem by rozhovor neměl být, NLZP červenec-srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
soukromí	133	76,9	76,9	76,9
budoucnost	15	8,7	8,7	85,5
vztahy	11	6,4	6,4	91,9
mluvení o nepřítomných	13	7,5	7,5	99,4
klepy	1	,6	,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (valid) = 173

Na otázku s kým byste nejraději tyto rozhovory vedl/a (Tab. 20) 123 (71%) dotazovaných uvádí, že by rozhovory nejraději vedlo se staniční sestrou, 23 (13%) s vrchní sestrou, 20 (12%) se staniční a svědkem a 7 (4%) s jinou osobou. Chtěla jsem se zaměřit i na hodnotící osobu v souvislosti s oddělením, ale pak jsem si uvědomila, že by data byla zkreslená, protože na všech zkoumaných odděleních není jen jedna staniční sestra, ale několik. Dotazníky jsem rozdělila jen podle oddělení, nikoliv podle stanic. Data jsou tudíž průměrná za celé oddělení, nejsou hodnocena v souvislosti s danými stanicemi.(Tab. 21). Dále jsem zkoumala (Tab. 22), zda ti pracovníci, kteří označili v omezení v otevřenosti v rozhovoru nedůvěru ke staniční sestře, chtějí tyto rozhovory vést se staniční sestrou. Toto omezení popsal 14 respondentů, i přesto 8 respondentů by chtělo rozhovor vést se staniční sestrou.

Tab. 20; S kým byste nejraději tyto rozhovory vedl/a? NLZP červenec – srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
vchní	23	13,3	13,3	13,3
staniční	123	71,1	71,1	84,4
Valid staniční a svědek	20	11,6	11,6	96,0
jiná osoba	7	4,0	4,0	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (valid) = 173

Tab. 21; Osoby, které mají vést rozhovor v souvislosti s oddělením. NLZP červenec-srpen 2012. Kontingenční tabulka. Sloupová procenta

		Oddělení					
		int 1	int 2	chir	plast.c h.	infekce	oční
S kým byste nejraději tyto rozhovory vedl/a?	vchní	20,6%	10,3%	8,9%	5,6%	17,2%	16,7%
	staniční	64,7%	79,3%	73,3%	94,4%	48,3%	77,8%
	staniční a svědek	11,8%	10,3%	13,3%	0,0%	24,1%	0,0%
	jiná osoba	2,9%	0,0%	4,4%	0,0%	10,3%	5,6%

N (valid) = 173

Tab. 22; Vedení rozhovoru se staniční sestrou v souvislosti s vyslovenou nedůvěrou k ní. NLZP červenec-srpen 2012. Kontingenční tabulka.

		S kým byste nejraději tyto rozhovory vedl/a?				Total
		vchní	staniční	staniční a svědek	jiná osoba	
Otázka č. 3 nedůvěra ke staniční sestře	ano	3	8	1	2	14

N (valid) = 14

Obavy ze setkávání (Tab. 23) sdílí pokaždé 10 (6%) pracovníků, často 2 (1%), někdy 69 (40%), což je celkem 81 pracovníků. Nikdy nemá obavy 92 (53%). Když jsem porovnála mezi sebou jednotlivá oddělení, zjistila jsem (Tab. 24), že nikdy nemá obavy ze setkávání 72% respondentů z oddělení plastické chirurgie, 67 % z očního oddělení. Další

oddělení jsou v podstatě totožná, od 47 do 52%. Nejméně – 47% odpovědí bylo od respondentů z chirurgického oddělení. Naopak obavy sdílí pokaždé 14% respondentů z druhého interního oddělení. Z očního oddělení tuto odpověď neoznačil nikdo, další oddělení - 3% 1. interna, 4% chirurgie, 6 % plastická chirurgie, 7% infekce.

Tab. 23; Obavy ze setkávání. NLZP červenec – srpen 2012

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
nikdy	92	53,2	53,2	53,2
někdy	69	39,9	39,9	93,1
Valid často	2	1,2	1,2	94,2
pokaždé	10	5,8	5,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

N (valid) = 173

Tab. 24; Obavy ze setkávání v souvislosti s oddělením. NLZP červenec-srpen 2012.

Kontingenční tabulka, sloupcová procenta.

			Oddělení					
			int 1	int 2	chir	plast ch.	infekce	oční
Řekl/a byste, že z těchto setkávání máte obavy?	nikdy	% within	50,0%	48,3%	46,7%	72,2%	51,7%	66,7%
	někdy	% within	41,2%	37,9%	48,9%	22,2%	41,4%	33,3%
	často	% within	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	pokaždé	% within	2,9%	13,8%	4,4%	5,6%	6,9%	0,0%
Total		% within	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N (valid) = 173

5.3.6. Hodnocení oblastí pracovního života

Druhou část tvořil dotazník AWSL, který se zaměřuje na některé části organizační kultury. Použila jsem koncept „šesti oblastí pracovního života“ (six areas of worklife), zkráceně AWLS. Respondenti mohli odpovídat pomocí Likertovy škály, kdy:

1 – naprosto nesouhlasím

2 – nesouhlasím

3 – těžko říct

4 – souhlasím

5 – naprosto souhlasím

Oblasti pracovního života byly – vytíženost, kontrola, odměny, vztahy, spravedlnost, hodnoty. Každá oblast se skládá z několika položek, kdy některé jsou postaveny kladně a jiné záporně. Položky dotazníku jsou formulovány jako prohlášení kongruence, nebo nesouladu mezi jedincem a organizací. AWL definuje kongruenci jako vysoké skóre (> 3,00), jedná se o vyšší míru sladění mezi respondenty a pracovištěm, nízké skóre (< 3,00) definuje nesoulad.(Leiter, Maslach 2009)

K dotazníku jsem přidala 4 otázky, které se týkají důvěry respondenta k daným okolnostem – vedení nemocnice, vedení vašeho oddělení, svým spolupracovníkům, klientům o které se staráte.

Jelikož některé položky byly postaveny kladně a jiné záporně, bylo nutné záporné položky rekódovat do položek kladných. To jsem provedla způsobem tak, že 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. Taková data jsem již mohla použít pro další výpočty. Jedná se o otázky 1, 2, 3, 4, 12, 13, 18, 23, 24, 29.(Havrdová, 2010, s. 156)

Tab. 25; Průměrné hodnocení šesti oblastí pracovního života, porovnání oborů

	Chirurgické obory	Interní obory	Průměr za oba obory
Vytíženost	3,1	3,1	3,1
Kontrola	3,2	3,2	3,2
Odměny	3,0	2,8	2,9
Vztahy	3,4	3,2	3,3
Spravedlnost	2,8	2,8	2,8
Hodnoty	3,0	2,9	3,0
Důvěra	3,4	3,2	3,3

N (valid) = 173

Tabulka č. 25 ukazuje průměrné hodnocení v jednotlivých oblastech v kontextu s oborem. Výsledky se pohybují od 2,8 do 3,4. Podle jednotlivých oblastí vychází vytíženost je stejná pro oba obory 3,1, kontrola je také stejná 3,2, odměny 2,8-3,0, vztahy 3,2 – 3,4, spravedlnost je stejná pro oba obory 2,8, hodnoty 2,9 – 3,0. V oblasti důvěry, kterou jsem do dotazníku dodala se otázky týkaly důvěry ve vedení nemocnice, ve vedení oddělení, spolupracovníkům, klientům se pohybuje od 3,2 do 3,4.

Podle Leitera a Maslachové dochází ke shodě respondentů s pracovištěm při skóre vyšším jak 3. V našem případě shoda nachází v oblasti vytíženost, kontrola, vztahy, důvěra, hodnoty mají skóre 3. K neshodě s pracovištěm, tedy kde je nižší, jak tři dochází v oblastech odměny, kdy interní obor dosahuje 2,8 a spravedlnost. V oblasti spravedlnosti je skóre nižší jak 3 u obou oborů, v oblasti hodnoty je nižší u interních oborů. Zaměřila jsem se i na průměrné hodnocení šesti oblastí pracovního života v porovnání jednotlivých oddělení, ale žádné významné odchylky jsem nenašla.

Dále jsem zkoumala míru těsnosti mezi jednotlivými oblastmi pracovního života (Tab. 26) Použila jsem metodu Pearsonovy korelace, kdy korelační koeficient nabývá hodnot od -1 do 1. Čím více se blíží k -1, či 1 tím je těsnost větší. V případě -1 je těsnost negativní, v případě 1 je těsnost pozitivní, hodnota 0 znamená lineární nezávislost.

(Řezanková, Húsek, Snášel, 2007). Hodnoty 0,1 – 0,3 = korelace slabá, 0,4 – 0,6 = korelace střední, 0,7-0,8 = korelace silná, nad 0,9 korelace velmi silná.

Nejvyšší těsnost jsem našla mezi důvěrou a kontrolou a to 0,6, další byla 0,5 v oblasti spravedlnost-hodnoty. Korelace 0,3 se objevila v oblasti hodnoty-důvěra a vztahy-hodnoty. Oblasti, kde nebyla statisticky zjištěna lineární závislost, to znamená, že korelace se blíží 0, jsou následující: vytíženost-odměny, vytíženost-vztahy, vytíženost-spravedlnost, vytíženost – hodnoty, vytíženost -důvěra, odměny-vztahy, odměny – spravedlnost, odměny-hodnoty.

Tab. 26; Míra těsnosti mezi jednotlivými oblastmi pracovního života (AWLS a Pearsonovy korelační koeficienty). NLZP červenec-srpen 2012

	Vytíženost	Kontrola	Odměny	Vztahy	Spravedlnost	Hodnoty
Kontrola	,118					
Odměny	,005	,151				
Vztahy	-,007	,198	,006			
Spravedlnost	-,018	,123	-,024	,205		
Hodnoty	-,008	,234	-,026	,285	,456	
Důvěra	,050	,566	,124	,232	,159	,322

Dále jsem zkoumala míru korelace mezi jednotlivými oblastmi pracovního života u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v chirurgických oborech (Tab. 27). Upřesňuji, že se jedná o chirurgickou kliniku, kliniku plastické chirurgie a oční oddělení.

Nejvyšší míru korelace 0,5 jsem našla v oblasti důvěra-odměny, dále v oblasti důvěra-hodnoty. Korelaci 0,4 jsem našla v několika oblastech: vztahy-spravedlnost, vztahy-hodnoty, vztahy-důvěra, spravedlnost – hodnoty, hodnoty-důvěra. Korelační koeficient 0,3 jsem našla v oblasti spravedlnost-důvěra, odměny-vztahy. V oblasti hodnoty-kontrola je míra korelace rovna 0, v tomto případě nebyla nalezena statisticky zjištěná lineární závislost. Další oblasti, kdy se korelace blíží 0, jsou kontrola-vytíženost, odměny-vytíženost, vztahy-vytíženost, spravedlnost-vytíženost, hodnoty-vytíženost, důvěra-vytíženost, odměny-kontrola, vztahy-kontrola, spravedlnost-kontrola, důvěra-kontrola, odměny-spravedlnost.

Při porovnání korelačního koeficientu z celkového souboru a korelačního koeficientu chirurgických oborů jsem našla největší shodu v oblasti spravedlnost-hodnoty,

kdy korelace byla v celkovém souboru 0,5 (bez zaokrouhlení 0,456) a v chirurgických oborech 0,4 (bez zaokrouhlení 0,409).

Tab. 27; Korelační koeficient: Chirurgické obory. NLZP červenec-srpen 2012

	vytíženost	kontrola	odměny	vztahy	spravedlnost	hodnoty
kontrola	,050					
odměny	,060	,066				
vztahy	,002	-,027	,252			
spravedlnost	-,036	-,033	-,003	,442		
hodnoty	-,006	,000	,273	,421	,409	
důvěra	,038	-,015	,501	,389	,340	,496

N (valid) = 76

Druhou skupinou, kde jsem zkoumala korelační koeficient byl interní obor. Do této skupiny řadím 1. a 2. Interní oddělení, infekční kliniku. (Tab. 28) Nejvyšší míru korelace našla v oblasti důvěra-odměny 0,6, v oblasti hodnoty-spravedlnost byla míra korelace 0,5. Korelaci 0,3 jsem našla shodně v oblastech odměny-kontrola a důvěra-kontrola. V oblasti spravedlnost-vytíženost, vztahy-vytíženost, kontrola-vytíženost, hodnoty-vytíženost, důvěra-vytíženost, vztahy-kontrola, spravedlnost-kontrola, spravedlnost-vztahy, spravedlnost-důvěra se korelace blíží 0, tudíž opět nebyla nalezena statisticky zjištělná lineární závislost.

Při porovnávání interního a chirurgického oboru jsem našla nejbližší shodu v oblasti hodnoty-spravedlnost, kdy v interních oborech byla míra korelace 0,4 a v chirurgických 0,5 (přesněji bez zaokrouhlení 0,47). Při porovnávání interních oborů s celkovými korelacemi jsem našla shodu v oblasti spravedlnost-důvěra, kdy je korelace 0,5.

Tab. 28; Korelační koeficient: Interní obory. NLZP červenec-srpen 2012

	Vytíženost	Kontrola	Odměny	Vztahy	Spravedlnost	Hodnoty
Kontrola	-,030					
Odměny	,165	,282				
Vztahy	,010	-,009	,155			
Spravedlnost	,006	-,049	,211	,025		
Hodnoty	,015	-,131	,198	,155	,475	
Důvěra	,075	,321	,618	,095	-,004	,158

N (valid) = 97

5.4. Výsledky

Empirická část byla rozdělena na kvalitativní a kvantitativní šetření. V kvalitativním šetření jsem zjišťovala přístup vedoucích pracovníků k pravidelnému hodnocení personálu. Kvantitativní šetření se týkalo NLZP pracujících na lůžkových odděleních zkoumané organizace. Z tohoto šetření vyplynulo, jak se tito pracovníci staví k dané problematice. V rámci výzkumu jsem ověřovala šest hypotéz.

První hypotéza, která se potvrdila, byla, že hodnocení pracovníků na zkoumaných odděleních probíhá (v dotazníku bylo místo hodnocení pracovníků uvedeno pravidelné setkávání s Vámi a staniční sestrou). Většina respondentů 65% uvedla, že dochází ústnímu hodnocení. Tato skutečnost korespondovala s kvalitativním výzkumem, kdy mi v podstatě všechny manažerky tvrdily, že hodnotí své pracovníky ústně. Nevím ovšem, jakou formou toto hodnocení probíhá, zda se nejedná jen o výtku či pochvalu. Pravidelné písemné a ústní hodnocení uvedlo 28% respondentů. Při dalším zkoumání jsem se zaměřila na jednotlivá oddělení, abych si ověřila, jak data z dotazníků souhlasí s odpověďmi vrchních sester. Překvapivě jsem zjistila, že na interním oddělení, kde mi vrchní sestra tvrdila, že provádí písemné i ústní hodnocení, odpovědělo 16 respondentů, že ano, ale zároveň 16 respondentů, že jen ústně. Rovněž tak na infekčním oddělení, kde byl poměr 11 (ústně a písemně) a 18 (ústně). Ovšem musím konstatovat, že nevím, co si pod pojmem písemné hodnocení představují řadoví zaměstnanci. Nevím, zda si nemyslí například, že dostanou od hodnotitele písemnou zprávu o jejich pracovním výkonu. U výše zmiňovaných manažerek, které prohlašovaly, že provádí písemné hodnocení, se jedná o vyplnění příslušné tabulky a podepsání hodnoceným pracovníkem.

Druhá hypotéza, kterou jsem zkoumala: Pracovníci, kteří mají vyšší dosažené vzdělání si myslí, že tato setkávání mají smysl, na rozdíl od pracovníků s nižším vzděláním. Tato hypotéza se rovněž potvrdila. Na odpověď rozhodně ano reagovalo 27% pracovníků, kteří jsou pouze vyučeni. Pracovníci, kteří jsou vysokoškolsky vzdělaní, reagují přibližně 2 krát více a to v 50%. Jedním z možných vysvětlení by mohlo být, že vysokoškolsky vzdělaní pracovníci mají větší přehled o problematice hodnocení personálu. Tito pracovníci jsou připravováni na manažerské pozice, a tudíž lze předpokládat, že k této problematice přistupují kladněji a otevřeněji. Vědí, že hodnocení personálu patří mezi

základní manažerské postupy. Tento přístup bych tedy očekávala i od vysokoškolsky vzdělaných vrchních sester, ale bohužel musím konstatovat, zde podle mého kvalitativního šetření nedochází ke shodě. I některé vysokoškolsky vzdělané vrchní sestry si myslí, že pravidelné hodnocení personálu není potřeba a že je to jen byrokracie.

Další hypotézou, kterou jsem ověřovala, byla: Pracovníci mají obavy ze setkávání. Tato hypotéza se nepotvrdila. Z celkového souboru 173 respondentů 53% odpovědělo, že nikdy nemá obavy, 40% někdy, 1% často, 6% pokaždé. Zajímalo mě, jak tato odpověď souvisí s jednotlivými odděleními. Nikdy nemá obavy ze setkávání 72% respondentů z oddělení plastické chirurgie. Nejméně – 47% odpovědí bylo od respondentů z chirurgického oddělení. Naopak obavy sdílí pokaždé 14% respondentů z druhého interního oddělení.

Čtvrtá hypotéza zněla: Negativní zkušenosti z minula, které ovlivňují otevřenost pracovníků při rozhovoru, jsou ovlivněny věkem respondenta. Má hypotéza se potvrdila. Celkem na tuto otázku odpovědělo 32 (18%) dotazovaných. Nejvíce negativní zkušenosti popisovali respondenti ve věkové hranici 36 - 45 let, celkem 15 (27%) zaměstnanců, ve věkové hranici 56+ se jednalo o 5 (12%) respondentů. Lze ji zdůvodnit tím, že tito pracovníci zažili již více tipů hodnocení, hodnotilo je více lidí různých povah, výstupy z hodnocení nebyly takové, jak si tito respondenti představovali.

Pátá hypotéza: Pracovníci se při rozhovoru nebudou chtít bavit o svém soukromí. Tato hypotéza se také potvrdila. Nelékařští zdravotničtí pracovníci se ve 133 (77%) případech shodli na tom, že by se nechtěli se svým nadřízeným bavit o soukromí, 15 (9%) o plánech do budoucna, 11 (6%) o vztazích na pracovišti. Dále uváděli ve 13 (7,5%), že se nechtějí bavit o nepřítomných spolupracovnících, 1 respondent uvedl klepy. Moje hypotéza se tedy potvrdila.

Šestá hypotéza: I když mají pracovníci výhrady ke staniční sestře, přesto by nejraději tyto rozhovory vedly s ní. Celkem se takto vyjádřilo 71 % dotazovaných, 13% by vedlo nejraději rozhovory s vrchní sestrou, 12% se staniční sestrou a svědkem (20 dotazovaných), 4% s jinou osobou.

Při hodnocení šesti oblastí pracovního života jsem zjistila, že největší shoda tedy > 3 mezi vnímáním organizace a vnímáním pracovníků je v oblastech důvěra, vztahy, kontrola, vytiženost. Naopak nejmenší je v oblasti spravedlnost a odměny. Toto je průměrný výsledek za celý zkoumaný vzorek. Toto zjištění je důležité pro implementaci hodnocení pracovníků, protože ukazuje, že zaměstnanci více pochybují o spravedlnosti a způsobu oceňování pracovního výkonu. Při zkoumání míry těsnosti mezi jednotlivými oblastmi jsem v celkovém vzorku respondentů (173) zjistila, že největší je v oblasti kontrola a důvěra, kontrola a spravedlnost. Můžeme tedy tvrdit, že čím větší je kontrola, tím větší je důvěra i spravedlnost.

Výsledky kvantitativního šetření přinesly mnoho zajímavých zjištění, které budou respektovány při zavádění hodnocení pracovníků do praxe.

5.5. Sebereflexe

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici, ve které pracuji již 20 let. V průběhu mé praxe jsem vystřídala několik postů, od řadového pracovníka, přes asistentku náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, zastupující vrchní sestru až na nynější staniční setru jednotky intenzivní péče. Má dlouholetá praxe mi vlastně pomohla a otevřela dveře na různá oddělení, protože s některými vrchními sestrami se znám osobně. Z toho důvodu mi i při rozhovorech tykaly. Zároveň jsem někdy měla pocit, že mé vysvětlování problematiky hodnocení berou někdy jako poučování. Ale jinak musím říct, že naše rozhovory probíhaly v přátelské atmosféře. Vrchní sestry mně navedly na další otázky, které jsem pak dalším pokládala.

Při dotazníkovém šetření jsem měla povoleno od vrchních sester volně se pohybovat po oddělení. Na začátku empirické části jsem popisovala, že formát dotazníku jsem zmenšila, protože byla na 4 stránky A4. Zmenšená forma vyhovovala pracovníkům, u kterých jsem prováděla pilotní výzkum. Při sbírání vyplněných dotazníků na jiných odděleních mi však bylo řečeno, že písmenka jsou malá a nejdou dobře přečíst. Příště tedy budu nabízet obě formy dotazníku. Jiné další názory jsem nezaznamenala. Další problém, který se vyskytl, byl ten, že jsem dotazníky rozdávala o letních prázdninách. Mnoho pracovníků bylo na dovolených, některá oddělení byly zavřena z důvodu rekonstrukcí a

malování. Tato skutečnost mi velice komplikovala situaci, protože jsem se musela na oddělení opakovaně vracet.

Na závěr musím říct, že se mi s manažerkami i řadovými pracovníky spolupracovalo dobře a žádné významnější problémy se nevyskytly.

6. Diskuse

Výsledky, které přinesl výzkum ve zkoumané zdravotnické organizaci, mohou sloužit vrcholnému managementu k zavedení pravidelného hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků.

Mé hlavní zjištění bylo, že pravidelné hodnocení nelékařského zdravotnického personálu neprobíhá na všech odděleních. Když probíhá, tak nemá jednotnou strukturu. To znamená co manažer, to jiná škála hodnocení a jiný výstup.

Opakuji, že v organizaci neexistuje žádná směrnice, či pokyn, který by tuto problematiku řešil, proto není dobré vedoucí pracovníky kritizovat za to, jakým způsobem hodnocení provádí. Tyto zaměstnance je důležité v dané činnosti podporovat a podat jim pomocnou ruku. Je nutné poukázat na to, že tito vedoucí pracovníci chápou svou roli v procesu řízení personálu, konkrétně v oblasti hodnocení personálu. Vědí, že je to určitý přínos i pro jejich práci a rozhodování. Bylo by dobré tyto zaměstnance podchytit a využít jejich znalosti při vytváření metodiky. Jejich názory byly zajímavé a určené k zamyšlení. Zároveň při vytváření nového systému nesmíme dopustit, aby došlo k tomu, že tento systém bude kontraproduktivní a demotivující.

Vzdělání těchto manažerů nehrálo v tomto případě žádnou roli. Byly to manažerky jak s vysokoškolským vzděláním, tak bez vysokoškolského vzdělání. Většinou se jednalo o vedoucí pracovnice, které byly již delší dobu ve vedoucí funkci a měly jisté zkušenosti z předchozích let, kdy se tehdejší náměstkyně pro ošetrovatelskou péči pokoušela hodnocení zaměstnanců zavést do praxe. Mnoho manažerek na tuto dobu vzpomínalo jako na začátek své snahy o hodnocení. Je jen velká škoda, že se hodnocení nevyvíjelo a dál se v něm nepokračovalo. Bohužel to bylo zaviněno i neustálou obměnou top managementu, kdy každé 2 roky se měnil a každý nový příchozí zaváděl jiné praktiky. Tímto způsobem hodnocení personálu na několik let „usnulo“ a nyní se ho snažíme „probudit“. Musím však s potěšením říci, že na původní tabulku hodnocení sester manažerky poukazovaly a používaly ji k hodnocení. Jedná se o tabulku, kde jsou vytvořeny kategorie, které se týkají – jednání s nemocnými, spolupráce, organizačních schopností, odbornosti, výkonnosti, manuální zručnosti, spolehlivosti a odborné přípravy. Tyto kategorie jsou důkladně popsány do 5 skupin, v našem případě 1-5, kdy 1 znamená nepřijatelné chování a 5

znamená vynikající chování. Dokonce i ty manažerky, které tvrdily, že nehodnotí svůj personál, tuto tabulku znaly a považovaly ji za srozumitelnou.

Na druhé straně jsou v organizaci manažerky, které nemají zájem provádět hodnocení personálu. Považují to za zbytečnou nutnost, zbytečné papírování. Bohužel standardy týkající se hodnocení personálu, které vydala SAK, jasně ukládají, že o výsledku tohoto procesu musí být vyplněn formulář, který je podepsán hodnoceným a hodnotitelem a je vyhotoven ve dvou kopiích. Proto naše snaha je taková, aby formulář byl srozumitelný a jeho vyplnění zabralo, co nejméně času. Je důležité si však uvědomit, že při hodnocení se nejedná jen o vyplnění formuláře, ale toto hodnocení je příležitostí k pravidelnému osobnímu setkávání, které poskytuje zaměstnanci zpětnou vazbu.

Jak již jsem psala v teoretické části mé diplomové práce, největší problém vidím v tom, že ve vedoucích pozicích jsou většinou pracovníci, kteří mají velké odborné znalosti, ale manažerské vzdělání jim chybí. Armstrong (2008) řadí mezi hlavní činnosti manažerů – řízení lidí, řízení provozních nákladů, zajišťování odbornosti a odborné pomoci, kontrola kvality, měření výkonu aj. Proto na tyto pozice mají být vybíráni lidé, kteří se v těchto oblastech orientují. Nynější požadavky na vzdělání vrchních sester jsou již zaměřeny na vysokoškolské studium, kde by měli řízením lidských zdrojů studovat. Ale na pozici liniového manažera, což jsou v našem případě staniční sestry, které nejčastěji hodnotí personál, jsou podle Jarošové (2004) následující požadavky: specializační postgraduální vzdělání v oboru, ve kterém působí a má to být zkušená sestra s dlouholetou praxí na příslušném oddělení (Plevová a kol., 2012) Když se zamyslím nad tím, že tyto sestry bez jakýchkoliv manažerských výcviků a zkušeností mají hodnotit personál, tak se obávám, že proces hodnocení nebude správně uchopen. A toto je hlavní problém zdravotnických organizací. Proto by zde mělo dobře fungovat personální oddělení a vysílat signály směrem k manažerům. Bohužel ve zkoumané organizaci tomu tak není. Přitom zájem ze stran manažerek by byl velký.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci nemívají z hodnocení obavy. Předpokládám ale, že s procesem hodnocení tito pracovníci seznámeni nejsou. Proto bude důležité je s ním seznámit, aby věděli, čeho se hodnocení týká a co od něho mají očekávat. Jaké jsou jejich povinnosti a zároveň, jaká mají práva. Přesně, jak uvádějí Grohar-Murray, Di Croce, (2003) : jestliže hodnotitel nebude vědět, proč hodnotí a jakou používá metodu a zároveň hodnocený nebude rozumět výstupům z hodnocení, bude takový proces a demotivující.

NLZP nejvíce chtějí, aby je hodnotila jejich staniční sestra, i když k ní někdy mají výhrady, stále ji berou jako svou nadřízenou, která ví, jaký odvádějí pracovní výkon.

Empirické šetření, které jsem v organizaci prováděla, přineslo mnoho podnětů k přístupu zavádění systému hodnocení do praxe. Máme před sebou nesnadný úkol, ale doufám, že se nám ho podaří splnit co nejlépe.

6.1. Doporučení pro organizaci

Na tomto místě uvádím mé doporučení pro organizaci, které se týkají hodnocení nelékařského zdravotnického personálu. Jak již jsem uvedla, jedním z cílů mé diplomové práce bylo:

- a) Poskytnutí zpětné vazby náměstkyni pro ošetrovatelskou péči
- b) Navrhnout jednotný model hodnocení zaměstnanců
- c) Vytvořit směrnici, která by se týkala dané problematiky
- d) Poskytnout podporu vedoucím zaměstnancům v řešení problémů týkajících se hodnocení NLZP

Náměstkyni pro ošetrovatelskou péči jsem poskytla zpětnou vazbu. Zaslala jsem jí zprávu, kde jsem analyzovala aktuálního stavu v organizaci shrnula do následujících bodů:

- Na většině oddělení pravidelné hodnocení pracovníků neprobíhá
- Když probíhá – je používán původní systém, tabulka, hodnocení BARS
- Někde probíhá ústně (nejde dokázat)
- Vrchní sestry a laborantky, které hodnocení neprovádí, většinou nevědí, čeho se hodnocení týká
- Většina manažerů si myslí, že hodnocení se dělá jen pro změnu výše finančního příplatku – osobního ohodnocení, nebo když se vyskytne nějaký problém se zaměstnancem

Doporučení pro organizaci:

- Zůstat u původního systému, většina manažerů se s ním již setkala
- Vytvořit formulář hodnocení, který bude vyhotoven vždy ve 2 kopiích – jeden zůstane hodnocenému pracovníkovi, jeden u vrchní sestry/laboranta, jeden se odešle na personální oddělení. Hodnotící formulář musí být podepsán hodnoceným i hodnotitelem. *Tento formulář jsem již vytvořila, viz příloha*
- Hodnocení pracovníků bude probíhat 1x do roka, nejpozději ke každému 30.6. Pokud budou shledány nějaké problémy, navrhne se 3 měsíční lhůta na zlepšení, po té se opět provede hodnocení.
- Je nutné si uvědomit, že se jedná o motivační nástroj.
- Hodnocení budou provádět: náměstkyně pro ošetrovatelskou péči společně s primářem daného oddělení budou hodnotit vrchní sestry, vrchní laboranty. Vrchní sestry / laboranti budou hodnotit staniční sestry, úsekové laboranty. Staniční sestry a úsekoví laboranti veškerý nelékařský zdravotnický personál na jejich úseku či stanici.
- Metody hodnocení – rozhovor mezi hodnotitelem a hodnoceným, doporučuji zvážit sebehodnocení, použít metodu BARS, vyplnit hodnotící formulář
- Pravidelná kontrola provádění hodnocení personálu.
- Nutné zavést povinnost hodnocení do náplně práce všech manažerů
- Doporučuji proškolit vrchní sestry a laboranty, staniční sestry a úsekové laboranty v této problematice. Nejlépe zkušeným personalistou. Taktéž uvést do problematiky i řadové pracovníky, kterých se hodnocení týká.
- Zajistit podporu manažerům při problémech, které se vyskytnou při zavádění hodnocení do praxe.
- Vytvořit směrnici, která bude postup hodnocení charakterizovat. *Nyní na ni pracuji.*

7. Závěr

Předkládaná diplomová práce se zabývala problematikou hodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků ve zkoumané organizaci. Na hodnocení pracovníků se dívá ze širšího hlediska. Jednak se zaměřuje na řízení lidských zdrojů, problematiku hodnocení personálu, metody hodnocení, motivaci, dále na řízení kvality s ohledem na zkoumaný problém, řízení změny a v neposlední řadě i organizační kulturu. Všechny tyto aspekty mají vliv na to, zda bude hodnocení dobře pochopeno a zavedeno do praxe.

Zaměření této práce bylo na prozkoumání stávající situace, zjištění přístupu vrchních sester a laborantů k otázkám hodnocení, nalezení cest k zavedení nové metodiky, seznámení se s postoji řadových pracovníků, jejich vnímání hodnocení NLZP, s klimatem na oddělení a také jejich vztahem k vedoucím pracovníkům. Zároveň jsem porovnávala pohled řadových a vedoucích pracovníků.

Na základě výzkumného šetření jsem zjistila, že pravidelné písemné hodnocení pracovníků provádí jen pětina dotazovaných vrchních sester. Musím podotknout, že je to jen jejich vlastní iniciativa a zájem, jelikož ve zkoumané organizaci neexistuje žádná směrnice, která by nařizovala provádět hodnocení zaměstnanců. Zároveň je mým úkolem zohlednit fakt, že i ty vrchní sestry, které nehodnotí, znají tabulku hodnocení, která byla v minulosti vytvořena předchozím vedením. Tato zkušenost mě přinutila k tomu, že jsem navrhla její používání i v současnosti, právě pro její přehlednost. Přístup řadových pracovníků k hodnocení je celkem pozitivní. Hlavním problémem, proč se hodnocení v organizaci neprovádí je nepochopení smyslu hodnocení vedoucími pracovníky.

Hodnocení pracovníků je aktuální téma nejen pro zkoumanou nemocnici. V dnešní době, kdy se zdravotnické organizace potýkají s nedostatkem financí, by si vedení nemocnice mělo uvědomit, že hodnocení pracovníků je jeden z motivačních nástrojů. Dalším faktem, který nutí zdravotnické organizace řešit hodnocení, je vliv akreditačních standardů, které se netýkají jen lékařských a ošetrovatelských procesů, ale i personalistiky

Na základě zjištěných informací jsem sepsala doporučení a navrhla formulář hodnocení pracovníků. Vše jsem zaslala náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, která mou zprávu připomínkovala. Zároveň jsme se dohodly na jistých změnách. V této době vytvářím směrnici, která se bude týkat hodnocení nelékařského zdravotnického personálu v nemocnici.

Vzhledem k tomu, že nás teprve čeká zavádění procesu hodnocení pracovníků do praxe, vím, že se určitě budeme potýkat s různými problémy a někdy i neochotou. Pevně věřím, že dokážeme manažerky i řadové pracovníky zaujmout a přesvědčit je o přínosu hodnocení.

Myslím si, že diplomová práce bude zdrojem informací nejen pro vrcholový management, ale i pro pracovníky, kteří budou hodnocení používat v praxi.

Literatura

- Armstrong, Michael.** 2007. *Řízení lidských zdrojů.* Praha: Grada Publishing a.s. (Armstrong, 2007)
- Armstrong, Michael.** 2008. *Management a leadership.* Praha: Grada Publishing a.s. (Armstrong , 2008)
- Armstrong, Michael.** 2011. *Řízení pracovního výkonu v podnikové praxi.* Praha: Fragment. (Armstrong, 2011)
- Arthur, Diane.** 2010. *70 tipů pro hodnocení pracovníků,* Praha: Grada Publishing a.s. (Arhur, 2010)
- Bělohávek, František, Pavol Košťan, Oldřich Šuleř.** 2006. *Management.* Brno: Computer Press a.s. (Bělohávek, Košťan, Šuleř,2006)
- Bělohávek, František.** 2009. *Jak vést rozhovory s podřízenými pracovníky.* Praha: Grada Publishing a.s. (Bělohávek, 2009)
- Cermanová, Pavla.** 2005. *Hodnocení a odměňování zdravotních sester pracujících na oddělení anesteziologicko-resuscitační péče ve Fakultní Thomayerově nemocnici.* Diplomová práce. Praha: FHS UK. (Cermanová, 2005)
- Dědina, Jiří, Václav, Cejthamr.** 2005. *Management a organizační chování.* Praha: Grada Publishing a.s., (Dědina, Cejthamr, 2005)
- Dědina, Jiří, Jiří Odcházal.** 2007. *Management a moderní organizování firmy.* Praha: Grada Publishing a.s., (Dědina, Odcházal, 2007)
- Disman, Miroslav.** 2009. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Univerzita Karlova, (Disman, 2009)
- Drucker, Peter, F.** 2002. *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku.* Praha: Management Press, s.r.o. (Drucker, 2002)
- Dvořáková, Zuzana a kol.** 2007. *Management lidských zdrojů.* Praha: C.H. Beck. (Dvořáková, 2007)
- Dvořáková, Zuzana a kol.** 2012. *Řízení lidských zdrojů.* Praha: C.H. Beck. (Dvořáková, 2012)

- Gladkij, Ivan, Leoš, Hegr, Ladislav, Strnad.** 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. (Gladkij, Hegr, Strnad, 1999)
- Gladkij, Ivan a kol.** 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer press. (Gladkij, 2003)
- Glickman, S. W. – Baggett, K. A.- Krubert, Ch. G. – Peterson, E. D. – Schulman, K. A.:** Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care Advance Access*, 18. října 2007. Dostupné [on-line] na: <http://intqhc.oxford-journals.org/cgi/content/abstract/mzm047v1> [cit. 25. 10. 2012]
- Grohar-Murray, Mary Ellen, H.R. Di Croce.** 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing a.s., (Grohar-Murray, Di Croce, 2003)
- Groene, O., Lombarts, M.J., Klazinga, N., Alonso, J., Thompson, A., Suño, R., a kol.:** Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS Study). *International Journal for Quality in Health Care*, listopad 2009. Dostupné [on-line] na http://qualitysafety.bmj.com/content/18/Suppl_1/i44.full [cit. 15.8.2012], (Groene, Lombarts, Klazinga, Alonso, Thompson, Suño a kol., 2009)
- Havrdová, Zuzana a kol.** 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. (Havrdová, 2010)
- Havrdová, Zuzana, Iva, Šolcová, Dana, Hradcová, Eva, Rohanová.** 2010. „Kultura organizace a syndrom vyhoření“. *Československá psychologie* LIV (3): 235-248. (Havrdová a kol., 2010)
- Hroník, František.** 2006. *Hodnocení pracovníků*, Praha: Grada Publishing a.s., (Hroník, 2006)
- Kocianová, Renata.** 2012. *Personální řízení. Východiska a vývoj, 2. přepracované vydání*. Praha: Grada publishing a.s. (Kocianová, 2012)
- Kotter, John, P.** 2008. *Vedení procesu změny*. Praha: Management press. (Kotter, 2008)
- Koubek Josef.** 1995. *Základy moderní personalistiky*. Praha: Management press. (Koubek, 1995)

- Koubek, Josef.** 2001. *Řízení lidských zdrojů. Základy moderní personalistiky.* Praha: Management press a.s.. (Koubek, 2001)
- Koubek, Josef.** 2004. *Řízení pracovního výkonu.* Praha: Management press, (Koubek, 2004)
- Koubek, Josef.** 2011. *Personální práce v malých a středních firmách.* 4. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing a.s. (Koubek, 2011)
- Leiter, Michael, Christina, Maslach.** 1999. Six areas of worklife: A model of the organizational kontext of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration* 1999, S. 472-489. (Leiter, Maslach, 1999)
- Leiter, Michael, Christina, Maslach.** 2009. „Nurse turnover: the mediating role of burnout“. *Jurnal of nursing management*, 17, str. 331-339
- Lukášová, Růžena, Ivan, Nový a kol.** 2004. *Organizační kultura. Od sdílených hodnot k vyšší výkonnosti podniku.* 2004. Praha: Grada Publishing a.s. (Lukášová, Nový 2004)
- Lukášová, Růžena.** 2010. *Organizační kultura a její změna.* Praha: Grada Publishing a.s. (Lukášová, 2010)
- Pešek, Jaromír.** 2003. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím ISO.* Praha: Grada Publishing a.s. (Pešek, 2003)
- Pilařová, Irena.** 2008. *Jak efektivně hodnotit zaměstnance a zvyšovat jejich výkonnost.* Praha: Grada Publishing a.s., (Pilařová 2008)
- Plevová, Ilona a kol.** 2012. *Management v ošetrovatelství.* Praha: Grada Publishing a.s. (Plevová a kol., 2012)
- Pokojová, Radka.** 2010. *Hodnocení zaměstnanců jako součást kariérního růstu.* Dostupné [on-line] na <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2010/hodnoceni-zamestnancu-jako-soucast-karierniho-rustu-.404/> [cit. 28.11. 2012] (Pokojová, 2010)
- Russel-Jones, Neil.** 2006. *Management změny.* Praha: Portál, s.r.o. (Russel-Jones, 2006)
- Starošíková, Alena.** 2008. *Kultura a organizační deprese.* Dostupné [on-line] na www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/organizacni-kultura-a-organizacni-deprese-374783 [cit. 28. 11. 2012] (Starošíková, 2008)

Škrlovi, Petr a Magda. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion s.r.o. (Škrlovi, 2003)

Štěpaník, Jaroslav, Rudolf, Kohoutek. 2000. *Psychologie práce a řízení*. Brno: Akademické nakladatelství CERM s.r.o. (Štěpaník, Kohoutek, 2000)

Švaříček Roman, Klára, Šed'ová a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s. r. o. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Tureckiová, Michaela. 2004. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. Praha: Grada Publishing a.s. (Tureckiová, 2004)

Veber, Jaromír a kol. 2005. *Management, základy, prosperita, globalizace*. Praha: Management press s.r.o., (Veber, 2005)

Veber, Jaromír. 2007. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. Praha: Grada Publishing a.s., (Veber, 2007)

Vodáček, Leo, Olga Vodáčková. 2006. *Moderní management v teorii a praxi*. Praha: Management press, s.r.o., (Vodáček, Vodáčková, 2006)

Wagnerová, Irena. 2008. *Hodnocení a řízení výkonnosti*. Praha: Grada Publishing a.s., (Wagnerová, 2008)

Wooten, L.P. – Crane, P.: Nurses as implementers of organizational culture. Executive Summary. *Nursing Economics*, listopad-prosinec 2003. Dostupné [on-line] na http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_6_21/ai_n18616726/ [cit.10.11.2012]

Zemanová, Radka. 2008. *Hodnocení zdravotních sester v nemocnici Most*. Diplomová práce. Praha: FHS UK (Zemanová, 2008)

Webové stránky:

www.mzcr.cz, *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. Dostupné [on line] na http://www.mzcr.cz/kvalitaodbornik/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_6332_15.html. [cit. 21. 8. 2012]

www.sakcr.cz, *Akreditační standardy pro nemocnice*. Dostupné [on line] na www.sakcr.cz/cz-mainúdokumentyúakreditace/ [cit. 21. 8. 2012]

Zákony:

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.