

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních
a zdravotnických organizacích

Bc. Petra Hybnerová, MBA

**Optimalizace využití interních auditů
v systému řízení zdravotnického zařízení**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci zpracovala samostatně a použila 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 Jablonci nad Nisou dne 26. června 2014

.....
Petra Hybnerová

Poděkování:

Děkuji doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc. za čas, odborné rady a podněty, které mi při zpracování diplomové práce poskytla a inspirovala mě svými zkušenostmi ke komplexnímu zamyšlení nad uvedenou problematikou. Dále děkuji za spolupráci svým kolegům. Za podporu v době celého studia děkuji svému manželovi René Hybnerovi, dětem a kolegyni Jaroslavě Novotné.

Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Vymezení základních pojmů	11
1.1 Organizační kultura.....	11
1.1.1 Druhy organizační kultury	16
1.1.2 Organizační kultura podporující řízení kvality.....	22
1.2 Vymezení pojmu postoj	23
1.3 Angažovanost zaměstnanců	24
1.4 Význam komunikace v organizaci	28
1.5 Motivace zaměstnanců k přijetí smyslu interních auditů.....	31
1.6 Interní audit a kontrola	33
1.7 Implementace řízení kvality a auditů jako organizační změna	37
2 Systém managementu kvality ve zdravotnictví a jeho vývoj	40
2.1.1 Legislativní rámec.....	45
2.1.2 Společnosti oprávněné k externímu ověření kvality.....	46
2.2 Interní audit jako nástroj řízení organizace	47
2.2.1 Interní audity ve zdravotnických standardech kvality	48
ANALYTICKO – VÝZKUMNÁ ČÁST.....	51
3 Úvod do analyticko-výzkumné části.....	51
3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	51
3.1.1 Zasazení cíle výzkumu do konceptuálního rámce	52
3.2 Metodologické ukotvení a popis realizace výzkumného šetření.....	54
3.2.1 Kvalitativní přístup	54
3.2.2 Použité metody	56
3.2.3 Výzkumný vzorek.....	58
3.2.4 Postup výzkumu a zpracování dat	59
4 Výsledky výzkumu	64
4.1 Charakteristika zkoumaného zdravotnického zařízení.....	64
4.1.1 Současný stav systému řízení kvality v nemocnici.....	64
4.1.2 Interní audity ve zkoumaném zdravotnickém zařízení	65
4.2 Interpretace a diskuse analyzovaných dat	71

4.2.1	Kontext s organizační kulturou zdravotnického zařízení	71
4.2.1.1	Prostředí – každá mince má dvě strany	72
4.2.1.2	Komunikace ve zdravotnickém zařízení	73
4.2.1.3	Jak se dál vzděláváme	84
4.2.1.4	Oceňování a hodnocení zaměstnanců, motivace	85
4.2.2	Zjištění o užitečnosti systému kvality řízení a interních auditů.....	90
4.2.2.1	Řízení kvality a interní audity také něco přinesly	90
4.2.2.2	Audit jako kontrola.....	93
4.2.2.3	Audit jako prevence a krytí zad.....	96
4.2.2.4	Papíry ano či ne?	96
4.2.2.5	Co děláme s výsledky z auditů	98
4.2.3	Praktická stránka provádění interních auditů.....	99
4.2.3.1	Audity dříve a dnes.....	99
4.2.3.2	Komunikace mezi auditory a auditovanými	101
4.2.3.3	Kontrola a audity jsou příčinou stresu.....	102
4.2.3.4	Audit je divadelní představení, pak ve starých kolejích.....	103
4.2.3.5	Sankce ano či ne? Konec ochranné lhůty.	104
4.2.3.6	Pryč od papírů, voláme po auditech u pacientů.....	105
4.2.3.7	Auditoři musí mít přehled a vidět věci komplexně	106
4.2.3.8	Proč je auditor auditorem. Může být oblíbený?	108
4.2.3.9	A co lékaři?.....	109
4.3	Faktory ovlivňující postoje zaměstnanců.....	111
4.4	Podněty pro optimalizaci využití interních auditů	113
	ZÁVĚR	120
	Seznam použité literatury a zdrojů	123
	Seznam použitých zkratk	130
	Seznam tabulek a obrázků	131
	Seznam příloh	131

Abstrakt

Cílem diplomové práce je prozkoumat, jaké faktory ovlivňují postoj zaměstnanců k systému interních auditů v konkrétním zdravotnickém zařízení a jak systém optimalizovat. Výstupem diplomové práce jsou podněty pro funkcionální změny v organizační kultuře daného zdravotnického zařízení, které budou podporovat prostředí pro angažovanost pracovníků obecně a specificky vzhledem k optimálnímu využití interních auditů.

V teoretické části jsou vymezeny následující pojmy korespondující s danou problematikou: organizační kultura, angažovanost zaměstnanců, postoje, motivace, komunikace a změna. Popsány jsou různé pohledy s upřesněním, jak k nim v této diplomové práci přistupujeme.

Podrobně se věnujeme interním auditům v návaznosti na systémy řízení kvality ve zdravotnictví v České republice. Stručně zde také popisujeme příslušnou legislativu, především s ohledem na Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

V analyticko-výzkumné části využíváme k naplnění cíle diplomové práce formu kvalitativního výzkumu. Výstupem jsou návrhy pro další rozvoj týmu interních auditorů. Interní auditoři mají významný vliv na postoje zaměstnanců k celému systému. Výzkum poukazuje také na potřebu vytvářet ve zdravotnickém zařízení prostor pro poskytování zpětné vazby a reflexe jako nástroje pro kontinuální zlepšování procesů a jejich kvality. Dalším z faktorů, který ovlivňuje postoje k systému interních auditů, je motivace zaměstnanců. Její efektivní využití podporuje angažovanost zaměstnanců podílet se na společných cílech zdravotnického zařízení, přičemž interní audity jsou jedním z nástrojů, jak cílů dosahovat. Podmínkou však je efektivní komunikace s využitím komunikačních nástrojů, jež jsou ve zdravotnickém zařízení dostupné.

Klíčová slova

interní audit, motivace, kontrola, komunikace, řízení kvality, organizační kultura, postoj, angažovanost, změna, zpětná vazba

Abstract

The diploma thesis is focused on the problematics of internal audits in a health care organisation. The aim of the thesis is to examine, which factors influence the approach of employees towards the system of internal audits in a specific health care organisation and how to optimize this system.

Key words are defined in the theoretical part and include these terms: organizational culture, engagement of employees, approach, motivation, communication and change. Different points of view are described with specification of how we approach them in the diploma thesis.

We deal with internal audits in detail in connection with the systems of quality management in health care in the Czech Republic. We also briefly describe the relevant legislation with regard to Act No. 372/2011 Coll., on health services and conditions of their provision.

In the analytical-research part we use the qualitative research to realize the aim of the diploma thesis. The output from the research are practical recommendations for further development of the team of internal auditors. Internal auditors have significant influence on the attitude of employees towards the whole system. The research shows the need of creating space for providing feedback and reflection as a tool for continual improvement of processes and their quality in a health-care facility. Another factor which influences attitudes towards the system of internal audits is the motivation of employees. Its effective application supports the engagement of employees to participate on common goals of the health-care facility, and at the same time, internal audits are one of the tools of reaching these goals. The requirement is effective communication with the use of communication tools available in the health-care facility.

Key words

internal audit, motivation, check, communication, quality management, organizational culture, approach, engagement and involvement, change, feedback

ÚVOD

Téma diplomové práce, věnované problematice interních auditů, jsme si vybrali proto, že usilujeme o posun ve vnímání smyslu konání interních auditů v konkrétním zdravotnickém zařízení. Provádění interních auditů považujeme za nezbytnou součást kvalitního fungování zdravotnického zařízení, a to především jako prevenci nedostatečné kvality péče o pacienty, jejich bezpečnosti i ochrany personálu. Na výše uvedené může mít vliv neznalost správného provádění některých činností, dále pak neefektivní nastavení interních procesů, v neposlední řadě tendence zaměstnanců usnadňovat si práci. Důsledkem pak mohou být komplikace v léčbě pacientů, následně jejich stížnosti i vyšší finanční náklady nemocnice. Uvedené se může projevit v negativním dopadu na image celého zařízení.

Vyřčení slova audit asociuje u většiny lidí kontrolu. Je kontrola nutná? Může audit zastávat i jiné funkce? Jak v organizaci zavést systém interních auditů a jakým způsobem ho uplatňovat? Jak zajistit, aby byl interní audit pokud možno přirozenou součástí procesů organizace, a byl zaměstnanci přijímán? Směřujeme k tomu, aby byl interní audit chápán zaměstnanci v příslušném zdravotnickém zařízení nejen jako kontrolní nástroj, který u většiny lidí způsobuje strach a stres. K internímu auditu přistupujeme jako k jedné z možných metod vnitřního kontrolního systému v organizaci, který však může plnit i další funkce.

Ve zdravotnických zařízeních jsou audity prováděny převážně v souvislosti se systémy řízení kvality (QMS¹). Tento trend ve zdravotních službách v České republice v současné době vzrůstá, a to v souvislosti se zvyšujícím se důrazem na kvalitu poskytované péče, přestože se nejedná o žádný nový nástroj řízení. Minimální požadavky na řízení kvality jsou uvedeny v zákoně o zdravotních službách (372/2011 Sb.), který vešel v platnost 1. 4. 2012, opomenout nelze ani Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR. Dalším důvodem zavádění QMS a interních auditů jsou již konkrétní nebo připravované požadavky plátců zdravotních služeb – zdravotních pojišťoven na externí ověření kvality, které se odrazí ve výši poskytnutých finančních prostředků.

¹ *quality management system*

Abychom mohli navrhnout, jak současný systém interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení optimalizovat, rozhodli jsme se v této práci prozkoumat, jak a čím je ovlivněn postoj zaměstnanců k tomuto systému. Za tímto účelem jsme zvolili provedení exploračního výzkumu s cílem porozumět tomu, jak vybraní reprezentanti zaměstnanců vnímají prostředí organizace z hlediska ideálu resilientní organizace a dobré odborné praxe a jak na ně působí současný systém interních auditů. Zabýváme se též dílčími aspekty interního auditu, jeho uspořádáním, obsahem, chováním auditorů a zacházením s výsledky. Výstupem výzkumu mají být podněty pro funkcionální změny v organizační kultuře daného zdravotnického zařízení ve smyslu podpory prostředí pro angažovanost pracovníků obecně a specificky vzhledem k optimálnímu využití interních auditů.

Pojem interního auditu pojímáme v návaznosti na celou organizaci, tedy na všechny procesy provázející fungování zdravotnického zařízení². Zaměření interních auditů ve zdravotnickém zařízení může být velmi široké, a to vzhledem k celé řadě na sebe navazujících procesů, zajišťujících péči o pacienty, bezpečnost pacientů i zaměstnanců zdravotnického zařízení. Provádění interních auditů se zabývá všemi procesy organizace, ve kterých je jedna činnost odvislá od druhé. Proto je třeba podívat se na systém v kontextu fungování celé organizace.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a analyticko-výzkumnou. Teoretická část je členěna na dvě hlavní kapitoly. V první kapitole uvádíme poznatky z oblastí, které vnímáme jako úzce spojené se zkoumaným tématem, a ze kterých vycházíme při stanovení otázek k hloubkovému rozhovoru: organizační kultura, postoje, angažovanost zaměstnanců, komunikace, motivace, interní audit a kontrola. Protože se na implementaci systému řízení kvality a interních auditů díváme jako na změnu, zabýváme se v úvodní kapitole také touto oblastí.

Druhá kapitola teoretické části je věnována systémům řízení kvality a interním auditům ve zdravotnictví v České republice, odkazujeme zde na související legislativu. Na tomto místě se také seznámíme se společnostmi, které mohou v současné době udělovat akreditaci zdravotnickým zařízením na základě oprávnění Ministerstva

² Vyloučeny jsou pro účely této diplomové práce interní audity finanční, jež jsou vymezeny Zákonem č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě. Popřít tím však v žádném případě není význam a potřeba těchto typů auditů.

zdravotnictví České republiky. Porovnáme jejich akreditační standardy z pohledu požadavků na interní audity.

V úvodu analyticko-výzkumné části je nejprve vymezen metodologický rámec celé práce, tj. cíle a výzkumné otázky, výběr výzkumného souboru, metody sběru a analýzy dat. Poté je stručně charakterizováno zdravotnické zařízení, ve kterém jsme prováděli výzkum a popsán současný systém interních auditů a postupy, které k němu vedly. Pro dokreslení popisu jsou již v této části diplomové práce uvedena některá data získaná v rámci kvalitativního výzkumu.

Následuje interpretace výsledků z výzkumného šetření provedeného v konkrétním zdravotnickém zařízení a výsledky jsou zde zároveň diskutovány. Součástí výstupů je také identifikace faktorů, které dle výzkumu mají vliv na postoje zaměstnanců vůči systému interního auditu v příslušném zdravotnickém zařízení. Následují konkrétní podněty pro příslušné zdravotnické zařízení, kterými lze usilovat o stabilizaci postojů, pokud byly shledány pro systém jako vyhovující, nebo o jejich zlepšení.

Při zpracování odborné části jsme vycházeli z literatury a dalších zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury a zdrojů. Diplomovou práci doplňujeme přílohami, které dokreslují analyticko-výzkumnou část.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení základních pojmů

V první kapitole vymežíme pojmy, které vnímáme jako úzce spojené se zkoumaným tématem a ze kterých vycházíme při stanovení otázek k hloubkovému rozhovoru. Jedná se o pojmy: organizační kultura, angažovanost zaměstnanců, postoje, motivace, komunikace a změna. Věnovat se zde budeme také pojmům interní audit a kontrola v návaznosti na systém řízení kvality. V další samostatné kapitole plynule přejdeme k obecnému popsání systémů řízení kvality a interních auditů ve zdravotnictví, a to s primárním zaměřením ve vztahu k České republice.

1.1 Organizační kultura

Při zavedení a následné realizaci interních auditů si uvědomujeme význam prostředí organizace, které v manažerské literatuře vystihuje pojem organizační kultura. Vzhledem k různým pojetím tohoto pojmu v literatuře na tomto místě vymežíme teoretickou pozici, z níž při použití uvedeného pojmu v této práci vycházíme.

Podle Schultze (1995) je v rámci organizační teorie koncept organizační kultury chápán jako jeden z pohledů na organizaci, který umožňuje pochopení jejího fungování. „*Organizační kultura je produktem kolektivního procesu skupiny učení se a řešení problémů v úsilí, aby organizace přežila.*“³ (Schultz, 1995: 22; překlad vlastní)

Na organizační kulturu lze nahlížet ze dvou přístupů, interpretativním a objektivistickým, jak vymežila Smircich⁴ (1983). S druhým přístupem se pojí teorie, že **organizace kulturu „má“** (Lukášová, 2010) a je považována, např. vedle organizační struktury a dalších systémů, za subsystém organizace. Je jakousi proměnnou, která ovlivňuje fungování a výkonnost organizace. Charakterizována je tím, že může být cílevědomě utvářena a měněna. Na druhou stranu chápe interpretativní přístup „... *kulturu jako něco, čím organizace je*“. (Lukášová, 2010: 15)

³ „*The organizational culture is the product of the group's collective process of learning and problem solving in these efforts to survive.*“

⁴ Profesorka Linda Smircich působící na Isenberg School of Management.

V diplomové práci budeme ke kultuře zdravotnického zařízení přistupovat z objektivistického (funkcionalistického) pohledu, tedy, že zdravotnické zařízení organizační kulturu „má“, a proto může být ovlivňována, měněna, vylepšována.

Funkcionalismus je opakem racionalistického pohledu na organizační kulturu. Tyto pohledy spolu se symbolickým pohledem vnímání organizační kultury rozlišil Schultz (1995). Funkcionalismus vnímá organizace jako sociální systémy a na kulturu nahlíží z hlediska funkcí, které v organizaci má. Tento přístup vychází především z práce Edgara Scheina, který chápe kulturu jako výsledek „... *komplexního procesu učení skupiny, který je jen částečně ovlivněn chováním leadera.*“⁵ (Schein, 2004: 11; překlad vlastní)

Racionalistický pohled je odvozen z metafory stroje. Havrdová (2010) tento pohled popisuje spolu s dalšími tzv. modernistickými pohledy na organizaci: „... *metafora organizace jako dobře fungujícího stroje, který má svou strukturu a dobře vymezený systém pracovních pozic a kompetencí.*“ (Havrdová, 2011: 39).

Popsaný objektivistický přístup je pro nás důležitý také z pohledu toho, že usilujeme o navržení takových funkcionálních změn v organizační kultuře příslušného zdravotnického zařízení, které budou směřovat k podpoře resilientní organizace, jež považujeme za ideální pro optimální využití smyslu interních auditů. Více se resilientní kultuře věnujeme níže.

Na vzájemný vztah mezi systémy řízení kvality, jehož jsou interní audity povětšinou nedílnou součástí, a obsahem organizační kultury upozorňují Lukášová, Nový a kol. (2004). Jestliže je systém řízení kvality aplikován účinně, ovlivňuje obsah organizační kultury a platí to i naopak. Obsah organizační kultury ovlivňuje implementovatelnost a funkčnost systému řízení kvality.

Podle Scheina (2004) je kultura organizace tvořena základními předpoklady, hodnotami a normami chování, jež jsou v organizaci sdílené a navenek manifestované prostřednictvím chování a artefaktů.

Definice organizační kultury existuje mnoho. Většina z nich má podle Lukášové (2010) charakter výčtu strukturálních elementů, některé podtrhují funkce kultury. Lukášová (2010: 18; zvýraznění v originále) zobecňuje současné vnímání organizační

⁵ „*Culture is the result of a complex group learning process that is only partially influenced by leader behaviour.*“

kultury a chápe ji jako: „*soubor základních přesvědčení, hodnot a postojů a norem chování, které jsou sdíleny v rámci organizace a které se projevují v myšlení, cítění a chování členů organizace a v artefaktech (tj. výtvorech) materiální a nemateriální povahy.*“

Mezi prvky organizační kultury řadí Goetsch a Davis (2014) obchodní prostředí, organizační hodnoty, kulturní vzor, organizační obřady, rituály a zvyky a kulturní přenašeče (nosiče kultury) ⁶. Armstrong (2007) upozorňuje na vliv kultury na chování lidí. Jak bylo výše uvedeno, je organizační kultura mimo jiné tvořena normami chování. Nejedná se o psané normy, nýbrž o normy, které se předávají v organizaci ústní formou nebo chováním a mohou být upevňovány, jak dodává Armstrong (2007: 260), reakcemi lidí: „*Pomocí těchto reakcí lze vyvíjet velice mocný tlak na chování – ostatní lidi řídíme i způsobem, jak na ně reagujeme.*“

Nakolik jsou utvořené předpoklady, hodnoty, normy a z nich vyplývající vzorce chování v celé organizaci skutečně sdíleny, bývá označováno jako **síla organizační kultury** (Lukášová, 2010; zvýraznění v originále). Vysoká míra sdílení, jak dále vysvětluje Lukášová (2010: 32), značí silnou organizační kulturu, která výrazným způsobem ovlivňuje fungování organizace: „*Na jejím obsahu však závisí, zda vliv bude pozitivní, či negativní.*“ Naopak, při slabé organizační kultuře je chování členů organizace ve větší míře ovlivněno jejich individuálními charakteristikami, tedy osobními názory, hodnotami a normami chování (tamtéž). Předpokládá se, že při vysoké fluktuaci v organizaci, a to zejména na vedoucích pozicích, bude kultura organizace slabá a difuzní (Lukášová, Nový a kol., 2004).

Mezi nejčastěji zdůrazňovanými faktory ovlivňujícími obsah a sílu organizační kultury patří vliv prostředí (např. sociokulturní faktory, konkurenční prostředí, požadavky a síla zákazníků), vliv zakladatele či dominantního vůdce, vlastníků, manažerů, vliv velikosti a délky existence organizace a vliv využívaných technologií (Lukášová, 2010). Vedle uvedených vlivů bývá ke zdrojům kultury také uváděna organizační struktura, metody, systémy řízení a styl vedení vedoucích pracovníků (tamtéž).

Velký sociologický slovník definuje organizační kulturu následovně: „*Pojem kultura v obecném slova smyslu označuje ,specifický způsob organizace, realizace*

⁶ „*An organization's culture has the following elements: Business environment; Organizational values; Cultural role models; Organizational rites, rituals, and customs; Cultural transmitters.*“

a rozvoje činností, objektivizovaný ve výsledcích fyzické a duševní práce.'“ (1996: 547) Ačkoliv jsou v odborné literatuře používány pojmy organizační, podniková (např. Armstrong, 2007; Škrála, Škrlová, 2003; Ivanová, 2006) nebo firemní kultura (např. Šigut, 2004; Brooks, 2003), je jejich obsah vnímán totožně. V zahraniční literatuře je nejběžnější pojem „*organizational culture*“ (např. Goetsch a Davis, 2014).

Hawkins a Shohet (2004) upozorňují, že kultura v obecném smyslu není v nás, není to něco, co máme, ale tkví v prostředí, ve kterém žijeme, ovlivňuje, jak myslíme. Jako integrovaný kolektivní děj popisuje organizační kulturu Ivanová (2006). Ten vznikl záměrným i nezáměrným skládáním prvků různého původu (očekávání, předpoklady a domněnky, hodnoty, chování, druh činnosti, způsob vzdělávání atd.).

Bednář (2013: 38) hovoří o firemní kultuře v kontextu sociálních vztahů: „*Kultura představuje prostředí, ve kterém vztahy vznikají, ale zároveň je vztahy efektivně utvářena, respektive ovlivňována sama.*“ Dále uvádí nejvýznamnější parametry organizace, jež jsou kulturou bezprostředně ovlivnitelné: schopnost vyrovnávat se s krizemi a nepředvídatelnými okolnostmi, efektivita přenosu informací uvnitř firmy a s ní spojená ochota poslouchat příkazy managementu a flexibilita práce v týmu (nikoliv flexibilita jednotlivých zaměstnanců). Aby byly tyto parametry na vysoké úrovni, bude podle Bednáře (2013) ideální kultura taková, která zajišťuje důvěru zaměstnanců v management a naopak, vytváří transparentní prostředí a podněcuje k výkonům s podporou jednotlivce i skupiny bez vztahu vzájemné konkurence, „... *zvyšuje ve svém důsledku ochotu všech zúčastněných pracovat na postupném zlepšování pracovního výkonu, a především podporuje inovace a iniciativy pocházející jak od zaměstnanců, tak od managementu.*“ (Bednář, 2013: 39; zvýraznění v originále)

Organizační kulturu považuje Ivanová (2006) za jev, který odlišuje organizace stejného společenského poslání, zaměření i činnosti. Odkazuje na studii provedenou v USA, jejímž cílem bylo zjistit, jaké jsou nejdůležitější faktory, které mají vliv na úspěch oddělení nebo zdravotnického zařízení, faktorů důležitých mj. pro realizaci nových projektů a řízení proudu změn.

Zmíněnou studii uvádějí také Škrála a Škrlová (2003). Osm set sester v manažerském postavení identifikovalo tyto čtyři faktory:

- hodnoty a vize ředitele nebo hlavní sestry,
- jasný směr – poslání, vize, strategický plán zdravotnického zařízení nebo oddělení,

- zdravé finanční zázemí,
- zdravá organizační kultura.

Kvalita kultury

Goetsch a Davis (2014: 52) upozorňují, že při porozumění kvalitě kultury je třeba nejdříve pochopit koncept organizační kultury. Je to každodenní ukázka hodnot a tradic, které do kultury spadají. Kultura se ukazuje v tom, jak se zaměstnanci chovají v práci, jaká jsou jejich očekávání od organizace a od sebe navzájem, a co je bráno za normální v přístupu k práci.

K porozumění toho, jak kvalita kultury vypadá, uvádějí Goetsch a Davis (2014: 57) příklad člověka, který chce zhubnout a efektivní strategií je připnout si na zrcadlo obrázek štíhlého člověka. Obrázek mu slouží nejenom jako neustálá připomínka cíle cesty, ale také jako měřicí nástroj, který indikuje, kdy jsme cíle dosáhli. Kdybychom takto na nástěnku vyvěsili obrázek společnosti se silnou kvalitou kultury, aby byl zaměstnancům stále na očích, měl by obrázek následující body:

- široce sdílená představa vedení o způsobu řízení organizace,
- důraz na význam lidských zdrojů pro organizaci,
- rituály k oslavě událostí v organizaci,
- uznání a ocenění úspěšných zaměstnanců,
- efektivní vnitřní struktura pro sdílení organizační kultury,
- neformální (nevyčtená, nenucená) pravidla chování, pomocí kterých lze docílit žádoucího stavu, i když nikde nejsou explicitně popsána
- silný hodnotový systém,
- vysoké požadavky na výkon,
- jednoznačně definovaný charakter organizace.

Organizace, které si osvojí a docílí **kvality kultury**, se tak budou významně lišit od organizací s tradiční kulturou. Rozdíly budou nejvíce viditelné např. v těchto oblastech: operační přístup, cíle, přístup managementu, způsob řešení problémů či postoj ke zlepšování výkonu (Goetsch, Davis, 2014).

1.1.1 Druhy organizační kultury

V kontextu se zkoumáním faktorů, které mají vliv na postoje zaměstnanců k systému interních auditů, je třeba zmínit, že v literatuře jsou popsány různé druhy kultury. Žádná však v organizaci nefunguje jako jediná a ve zdravotnickém zařízení ani v jiné organizaci nelze striktně určit typ kultury.

V diplomové práci pohlížíme na organizační kulturu z hlediska ideálu tzv. resilientní kultury, která do jisté míry svými charakteristickými znaky koresponduje se značně rozšířeným konceptem „učící se organizace“. Davys a Beddoe (2010) však varují před ideologizací a totalizací významu tohoto konceptu. Tento názor jim potvrdil výzkum mezi pracovníky sociálních služeb, který shrnoval také kritické postřehy k učící se a rozvojové kultuře (Davys, Beddoe, 2010). Beddoe (in Davys a Beddoe, 2010) si klade otázku, zda nepřetržité vzdělávání zaměstnanců v organizaci může pro ně znamenat i nějaká negativa. Zda nedochází k demotivaci k dalšímu vzdělávání, skepsi či otupění při konfrontaci s výsledky závěrečného hodnocení vzdělávání apod. Kritický pohled Beddoe na učící se organizaci uvádí ve své publikaci také Havrdová a kol. (2011: 23): *„Nároky na stálé učení se stávají formou kontroly a manipulace s pracovníky, kteří se musí ‚honit‘ za požadovanými kredity. Tak může dojít k tomu, že ztrácejí smysl, který má učení pro jejich vlastní vývoj a vědomí, že by si jej mohli sami řídit.“*

Prvky organizační kultury (např. hodnoty, základní přesvědčení, názory, normy, postoje a dále vnější ukazatele kultury – artefakty) lze sdílet, jak uvádí Brooks (2003), na mnoha úrovních, od subkultur, přes profesní kultury, organizační a společenské, pracovní kultury až k národním a nadnárodním kulturám.

Lukášová, Nový a kol. (2004) uvádí nejčastěji studované druhy kultury v kontextu managementu a odkazují na konkrétní autory, kteří se jimi zabývají: **kulturou národní** se podle této autorky zabývá např.: Hofstede, Trompenaars, Schneider a Barsoux, u nás Nový a kol. Kulturou **organizační/podnikovou** Deal a Kenedy, Kilmann, Saxton, Serpa a kol., Trice a Beyer, Schein, Alvesson, Hall, u nás Bedrnová a Nový, Pfeifer a Umlaufová.

Handy (1981: 178–185) uvádí čtyři typy kultury, které odpovídají způsobu, podle něž jsou strukturovány role v organizaci⁷ – kulturu **mocenskou** („*the power culture*“), **funkční – kulturu rolí** („*the role culture*“), **úkolovou** („*the task culture*“) a **osobní** („*the person culture*“). Handy (tamtéž) také upozorňuje, že v rámci jedné organizace se mohou kultury lišit.

Mocenská kultura se vyskytuje v malých podnicích, jednotný cíl zde vylučuje potřebu byrokracie. V osobní kultuře je hlavním rysem jednatel, přičemž tyto kultury jsou typické v profesních organizacích. Jednatelci se zde dají dohromady, protože vidí nějaký následný oboustranný užitek (Handy, 1981).

Úkolovou kulturou popisuje Handy (tamtéž) jako kulturu zaměřenou na projekt. Typické je pro ni maticové organizační uspořádání⁸. Zmínění této kultury považujeme v kontextu s obsahem diplomové práce za důležité, protože implementaci systému řízení kvality a interních auditů lze považovat za určitý projekt, který má svůj začátek, průběh a konec. Štefánek a kol. (2011: 12) definují projekt jako „... *soubor konkrétních aktivit směřujících k naplnění jedinečného cíle. Je vymezen časem, financemi, lidskými a materiálními zdroji.... Realizace projektu je realizací změny.*“

Prvním cílem při uplatňování systému řízení kvality bylo v námi zkoumaném zdravotnickém zařízení získání certifikace dle normy ISO 9001 a následně akreditace podle standardů pro nemocnice. V začátcích, kdy se zdravotnické zařízení rozhodne zavést systém řízení kvality spolu s interními audity, je dle naší zkušenosti často typické, že se primárně na implementaci systému podílí specifický tým osob. Jeho členové se sice neobejdou bez spolupráce s ostatními zaměstnanci zdravotnického zařízení, ale angažovanost a motivace je u těchto osob nízká. Následuje kontinuální a průběžný rozvoj celého systému řízení kvality včetně interních auditů, zakotvení nastavených pravidel a proces neustálého zlepšování. Úkolová kultura s maticovým uspořádáním potom přechází spíše v kulturu funkční.

Následně podrobněji charakterizujeme druhý typ uvedené kultury – funkční (Handy, 1981). Pro tento typ kultury je typická liniová organizační struktura. Taková organizační struktura, podobně jako funkční kultura, je rozdělena do úseků s jasnými

⁷ Přebral je z díla R. Harisson, „*What Kind of Organization?*“.

⁸ Maticová organizace vzniká v případě, že je liniově štábní struktura doplněna o další, doplňkovou strukturu. Vedoucí této struktury a vybraní pracovníci tvoří tým, který se podílí na daném úkolu (Veber, 2009).

funkcemi a specializacemi (pozn. autorky, např. jednotlivá zdravotnická oddělení, nemocniční lékárna, oddělení pro správu zdravotnické techniky, stravovací provoz). Handy (1981) dále uvádí, že ve funkční kultuře mají zaměstnanci svoji úlohu stanovenou popisem práce a důraz je kladen na efektivitu. Typickou charakteristikou této kultury je podle vyšší úroveň byrokracie, koordinace je prováděna managementem, organizační život je neosobní. Pro funkční kultury je těžké vypořádávat se se změnami a jejich potřebu vnímají pomalu. Jak dodává Brooks (2003), důvodem je, že tato kultura poskytuje zaměstnancům pocit bezpečí a předvídatelnosti.

Hawkins a Shohet (2004) popisují typy kultury, které chápou jako rozpoznatelné složky dynamiky kultury: hon na osobní patologii, úsilí o byrokratickou výkonnost, hlídání vlastních zad, krizová motivace a návyková organizace.

V kultuře osobní patologie, jak ji také uvádí Havrdová a kol. (2011)⁹, pocházejí problémy od jednotlivců. „*Pokud nastane problém nefungování některého oddělení, manažeři s tímto kulturním uvažováním nejdřív ze všeho hledají problémovou osobu.*“ (Hawkins, Shohet, 2004: 168) Kultura byrokratická se silně orientuje na úkoly. Slabší důraz je kladen na osobní vazby a vzájemné porozumění. V kultuře s názvem hlídání vlastních zad vládne vysoce soutěživé klima (Hawkins, Shohet, 2004). Jak také uvádí Havrdová a kol. (2011), tato kultura obětuje snadno jednotlivce a je vysoce kompetitivní. Hawkins a Shohet (2004: 169) dále popisují, že v takovéto kultuře mohou být povýšeni lidé, kteří „*sekají dobrotu*“: „*To vede zaměstnance k zakrývání jakýchkoli těžkostí, nedostatků nebo problémů, které mají, protože by jim uškodilo, kdyby se svěřili.*“ Krizová kultura směřuje k permanentnímu vytváření krizí. Při adiktivní, tedy návykové kultuře, převládá v organizaci závislé jednání. Tyto typy kultury jsou chápány jako dysfunkční (Havrdová a kol., 2011).

Šestý typ kultury je podle Hawkinse a Shoheta (2004) optimální a jedná se o typ kultury učení a rozvoje. „*Organizace, která se učí a rozvíjí od samého vrcholu po nejnižší úroveň, dokáže daleko lépe naplnit potřeby svých klientů, protože naplňuje i potřeby vlastních zaměstnanců.*“ (Hawkins, Shohet, 2004: 173) V takové kultuře se učení odehrává na úrovni celé organizace a nestojí jen na jednotlivcích. Tato kultura je charakterizována shodou mezi cíli organizace a cíli pracovníků (Hawkins a Shohet, 2004).

⁹ Typy kultury od Hawkins a Shohet dávají do kontextu s dopady na supervizi.

Proti dysfunkčním typům kultury Hawkinse a Shoheta (2004) staví Davys a Beddoe (2010: 75) **resilientní¹⁰ kultury organizace** („*resilient organisation*“), tedy kultury zvyšující odolnost. Proti kultuře osobní patologie, ve kterých dominuje kultura obviňování a studu a zaměřuje se na identifikaci individuálních nedostatků (hledání „obětních beránek“) uvádí kulturu kolektivní odpovědnosti za problémy a chyby. Proti nadměrnému zaměření na výkon, zejména v organizacích zdravotních a sociálních služeb, zdůrazňují Davys a Beddoe (2010) osobní emoční nasazení pracovníků, o něž je potřeba záměrně pečovat. Proti kultuře s věčnou krizí, ve které vládne neustálý stav stresu a ostražitosti, staví organizace, které posilují naději a optimismus¹¹. Proti kultuře workoholické (adiktivní) uvádí Davys a Beddoe (2010) vyrovnanost pracovního života a zplnomocnění¹², rozhodování na základě spolupráce a dostatečného prostoru pro reflexi.

Davys a Beddoe (2010: 71) se dále zabývají tím, jaké pozitivní znaky bude vykazovat ideální pracovní prostředí, ve kterém převládá přístup podporující učení a rozvoj. Jsou to např.:

- silnější zainteresovanost pracovníků a jejich participace na určování profesionálních osobních cílů (Beddoe, 2009 in Davys a Beddoe, 2010),
- uznávání emočních emocionálních nároků, které práce na pracovníky klade a podpora procesů, jež tyto dopady snižují (Cox and Griffiths, 1996, Hughes and Pengelly, 1997 in Davys a Beddoe, 2010),
- vyhodnocování chyb a problémů s cílem poskytnout prostor pro organizační učení a zlepšování (Green, 2007 in Davys a Beddoe, 2010),
- průběžná zpětná vazba pracovníkům ve vztahu k jejich úkolům a rolím,
- jednotlivci i skupiny si nacházejí čas, aby vyhodnocovali svoji efektivitu (Hawkins a Shohet, 2006 in Davys a Beddoe, 2010),
- všichni zaměstnanci včetně nejdříve postavených jsou účastni na supervizi a profesionálním rozvoji (Hawkins a Shohet, 2006 in Davys a Beddoe, 2010).

¹⁰ Resilience: nezdolnost, houževnatost – odolnost (Hartl, Hartlová, 2010: 498); Schopnost někoho stát se znovu zdravým, šťastným nebo silným po nějaké nemoci, zklamání nebo jiném problému (Výkladový anglický slovník, 2007: 1265).

¹¹ Davys a Beddoe (2010: 75) převzali od Koenig and Spano (2007).

¹² Davys a Beddoe (2010: 75) převzali od Koppes (2008).

V souvislosti s pohledem na interní audit, jako vedle jiného nástroje prevence rizik, se ztotožňujeme s názorem, že jedním z činitelů, napomáhajících resilienci, je také kritické myšlení (Hartl, Hartlová, 2000).

Učící se organizace

Jak již bylo výše zmíněno, je koncept učící se organizace charakterizován podobně jako resilientní organizace. Pod konceptem „učící se organizace“ si nemůžeme představovat organizaci, která jen zajišťuje svým zaměstnancům prostor pro učení se konkrétním znalostem a dovednostem a jejich vzdělávací aktivita přichází zvenku. Důležitější je budovat takovou organizační kulturu, která bude podporovat jejich schopnost se učit. Formou učení je zejména sebevzdělávání s důrazem na učení se z reálných problémů vzniklých z praxe. Jeden z mnoha výzkumů potvrdil nutnost systematického propojování učení se u jedinců a učení probíhajícího se v organizaci (Argyris, Schön, 1996).

Senge, který se zasloužil o rozvoj konceptu učící se organizace, ji definuje jako organizaci „... kde lidé průběžně rozšiřují svou schopnost dosahovat požadovaných výsledků, kde jsou podporovány nové a tvůrčí způsoby myšlení, kde je vytvořen prostor pro kolektivní aspirace a kde se lidé průběžně učí, jak se společně učit.“ (Senge, 2007: 3)

Existuje ještě řada dalších definic učící se organizace, ale dle Armstronga (2007) vycházejí z toho, co řekl Senge. V souladu s cílem naší diplomové práce, kdy usilujeme o takové pojetí interních auditů, které bude kromě jiného ve zkoumaném zdravotnickém zařízení „přenašečem“ správné praxe mezi odděleními a „odhalovačem“ rizikových míst, uvádíme ještě definici Garvina (2013: 3; překlad vlastní) Podle něj je učící se organizace taková, která je „... způsobilá vytvářet, získávat a přenášet znalosti a v reakci na nové pohledy a znalosti modifikovat své chování.“¹³

Podle Vodáčka a Vodáčkové (2006: 247; zvýraznění v originále) je pro tento typ organizace charakteristické „... nepřetržité osvojování a využívání nových znalostí, dovedností, aktivace schopností lidí i jejich předpokladů.“ Hovoří o takovém způsobu účelových změn v organizaci, které vychází z vlastních pracovníků, jejich úspěchů

¹³ „A learning organization is an organization skilled at creating, acquiring, and transferring knowledge, and at modifying its behaviour to reflect new knowledge and insights.“

a omylů, proher a chyb (tamtéž). Podle Argyris¹⁴ (1992) se organizace učí do té míry, jak dokáže identifikovat a korigovat své chyby.

V souladu s koncepty učící se organizace a resilientní organizace lze souhlasit s názorem Lukášové (2010), ve kterém je učení základním mechanismem utváření organizační kultury a dochází k němu v procesu řešení problémů. Jedním z přístupů k vytváření učící se organizace podle Senge (2007) je zaměřit se na kolektivní řešení problémů v organizaci. Hovoří se o týmovém učení, při kterém se zvažují všechny možné příčiny problémů.

Subkultury

Ve větších organizacích s dílčími jednotkami může fungovat více subkultur, které Lukášová (2010: 32) popisuje jako: „... *relativně samostatné kultury těchto celků*“. Podle Jandourka (2001: 243) je subkultura „... *kultura dílčí skupiny, která se více nebo méně odlišuje od převládající, většinové a ‚oficiální‘ kultury*.“

Zdravotnický sektor je pro subkultury dobrým příkladem. Brooks (2003) to objasňuje na příkladu lékařů, sester, povolání souvisejících s lékařstvím a manažerů, kdy každá z těchto skupin má svou vlastní identitu – vlastní hodnoty, názory, domněnky a pravidla chování, které řídí jejich činnost. Každá z těchto skupin má dále své vlastní rituály, obřady, dějiny vypovídající o organizačním životě a své vlastní systémy výkladu, jež ovlivňují pochopení organizačních symbolů. „*Tyto subkulturní skupiny se často dostávají do vzájemného konfliktu...*“ (Brooks, 2003: 217) Příkladem specifického rituálu, jenž je ještě dnes v nemocnicích možné vidět, je ranní rozdávání léků, nápojů a teploměřů noční sestrou kolem šesté hodiny (Brooks, 2003). Podle Brookse (tamtéž) se rituály mohou stát trvalými aspekty kultury nebo pracovní kultury. Z vlastní praxe uvádíme další dva podobné příklady, jež jsou ukázkou specifických rituálů. Ve skupině sester se jedná o způsob rozdávání léků. Z bezpečnostních důvodů je vyžadováno, aby léky byly podávány z originálního balení přímo u pacienta. Přesto můžeme na oddělení vidět kalíšky, do kterých si sestra na sesterně připravuje léky pro celé oddělení. Ačkoliv si v běžné pracovní době pravidlo porušit většinou nedovolí, jinak tomu je ve večerních hodinách nebo o víkendech. Příkladem podobného postoje u lékařů jsou telefonické ordinace i v takových situacích, které by si vyžadovaly jejich přítomnost u pacientů.

¹⁴ Chris Argyris, profesora z Harvard Graduate School of Education.

Uvědomujeme si, že popsané rituály patří k dlouholetým zaběhnutým formám práce zdravotníků a jejich změna vyžaduje přehodnocení zvyků jednotlivců, oddělení, někdy i celé nemocnice. Při implementaci systému řízení kvality včetně interních auditů dochází ke střetu těchto nebo podobných stereotypů s požadavky standardů, legislativy a současných potřeb pacienta.

1.1.2 Organizační kultura podporující řízení kvality

Jak již bylo výše uvedeno, existuje vztah mezi systémy řízení kvality a obsahem organizační kultury. V kontextu s tématem této diplomové práce hovoříme o organizaci zaměřenou na kvalitu.

Taková organizace je charakterizována snahou pracovníků a směřováním jejich aktivit na trvalé zlepšování kvality, a to v organizačních vstupech, procesech a výstupech (Lukášová, Nový a kol., 2004). „*Konečným cílem je uspokojovat měnící se požadavky zákazníků při vysoké efektivitě organizačních aktivit a vysoké angažovanosti členů organizace a jejich prostřednictvím dosahovat plné spokojenosti zákazníků, dobrých ekonomických výsledků a vysoké konkurenceschopnosti organizace.*“ (Lukášová, Nový a kol., 2004: 129; zvýraznění autorka)

Gladkij (2003) se v publikaci věnované managementu ve zdravotnictví odkazuje také na organizační kulturu, mluví o kultuře instituce a jejím významu ve zdravotnictví. Upozorňuje na nutnost opatrnosti a důvtipu manažera, který by si měl všimnout toho, co se skrývá pod povrchem chování zaměstnanců. Zároveň by měl vytvořit takovou kulturu, která bude mimo jiné podněcovat změnu, motivovat a vést lidi. „*Prostřednictvím nepozorného nebo mizerného vedení může právě institucionální kultura brzdit vývoj, odradit inovaci nebo pěstovat nedůvěru.*“ (Gladkij, 2003: 177) Podle Rakicka, Longesta a Darra (in Gladkij, 2003) může manažer vytvořit kulturu, která bude mít vliv také na oblast průběžného zlepšování kvality ve zdravotnické instituci¹⁵. V neposlední řadě Gladkij (2003) zdůrazňuje potřebu nepodceňovat znalost organizační kultury ve vlastní organizaci manažery na všech stupních řízení.

V souladu s výše uvedenou teorií o organizační kultuře vnímáme, že nemá vliv na postoje zaměstnanců k interním auditům pouze jednosměrně, ale i uskutečňování interních auditů ovlivňuje organizaci a její celkovou kulturu.

¹⁵ Další oblasti jsou: orientace na služby zákazníkům, péče o zaměstnance a orientace na klíčové prvky systému.

„Zdraví organizační kultury se projeví loajalitou zaměstnanců, jejich vysokou produktivitou, kreativitou, angažovaností a radostným přístupem k práci.“ (Škrla, Škrlová, 2003: 321)

Ivanová (2006) zdůrazňuje nutnost nepodceňovat manažery znalost organizační kultury, a to nejen ve zdravotnictví. Upozorňuje na specifčnost kultury zdravotnické organizace a ještě specifčtější kultury vlastní organizace (tamtéž).

1.2 Vymezení pojmu postoj

Výzkumná otázka v této práci je postavena na zjišťování faktorů, které ovlivňují postoje zaměstnanců vůči systému interních auditů. Výkladový anglický slovník (2007) uvádí několik významů slova „*approach*“ (postoj, přístup). Jako podstatné jméno značí tento pojem vedle jiného určitý způsob, jak o něčem smýšlíme, jak se s něčím vypořádáváme. V psychologickém slovníku definují Hartl a Hartlová (2010: 431) postoj (v angl. „*attitude*“) jako „... *hodnotící vztah vyjádřený sklonem ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama...*“. Dále uvádějí, že postoje se získávají především vzděláváním a širšími sociálními vlivy a že jeden postoj může mít více než jeden důvod.

Postoje vnímáme v kontextu s tématem diplomové práce jako vnitřní tendence zaměstnanců zkoumaného zdravotnického zařízení reagovat na systém interních auditů. Tyto tendence však nefigurují v organizaci samostatně, ale spojují se s reakcemi na ostatní organizační procesy. Uvědomujeme si, že postoje zaměstnanců se odráží v jejich chování, a to jak vůči ostatním zaměstnancům včetně podřízených či nadřízených, tak i vůči pacientům či sobě samému. Postoje vnímáme také jako důležitou složku komunikace a angažovanosti.

Cejthamr a Dědina (2010: 143) v kapitole věnované chování jednotlivců v organizaci vysvětlují vedle pojmů hodnoty, motivy a osobnost také pojem „postoje“: „... *vyjadřují vztah člověka k nějakému objektu – jevu, předmětu nebo jinému člověku*“. Dále zde uvádějí, že postoje mají složky kognitivní (názor na objekt), emocionální (citový vztah k objektu) a konativní (chování vůči objektu). Z hlediska managementu zdůrazňují postoje vůči organizaci, spolupracovníkům, nadřízeným, své práci a sobě samému. Pokud se týká změny postojů, Cejthamr a Dědina (2010: 143) považují za významné působení na stránku emocionální: „*Má-li být působení na rozum pracovníků účinné, musí být spojeno s působením na jejich city.*“

Nakonečný (2009: 131) zmiňuje autory E. J. Thomase a F. Znanieckého, kteří pojem postoje vnesli do sociologie a sociální psychologie. Postoj chápali „*jako individuální protějšek společenské hodnoty*“ a hodnotu jako to, co je objektem „*společensky důležitým*“. Dále vysvětlují, vztah postoje k nějaké hodnotě, tedy způsob nějakého hodnocení.

Bedrnová, Nový a kol. (2007: 58; v originále zvýrazněno) vztahují postoje k charakteru osobnosti, přičemž postoje člověka jsou vymezovány „... *jako trvalé soustavy pozitivních nebo negativních hodnocení, emocionálního citění a tendencí jednat pro nebo proti vzhledem ke společenským objektům.*“ Dále je zdůrazněno (Bedrnová, Nový a kol., 2007), že se na formování postojů vedle výchovy a vlivu zkušeností osvojovaném v sociálním učení podílí proces pasivního přebírání již hotových postojů. Postoje uvádějí také v kontextu s komunikací. Podle nich budeme ochotni hovořit o tématu, ke kterému máme kladný postoj a naopak, v případě negativního postoje k určitému tématu nebudeme chtít o nich pravděpodobně ani diskutovat (Bedrnová, Nový a kol., 2007). Kern (1999) považuje názory za verbální vyjádření postojů.

1.3 Angažovanost zaměstnanců

Zavedení a následné udržení smysluplného systému interních auditů spolu s řízením kvality ovlivní provádění činností v celé organizaci. Proto vyžaduje ve větší či menší míře zapojení všech zaměstnanců organizace, a to v souladu s cíli, které si organizace od auditů slibuje. Konání interních auditů se více nebo méně dotýká všech zaměstnanců, ovlivňuje způsob řízení vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení i celé organizace. Angažovanost zaměstnanců proto považujeme za nepostradatelnou pro optimalizaci konkrétního systému interních auditů. V této kapitole si vymezíme pojem angažovanost a uvedeme některé související výzkumy.

Výkladový anglický slovník (2007) uvádí několik významů slova „*engagement*“ (angažovanost). Nejdůležitějším významem tohoto slova, korelujícím s kontextem diplomové práce, je chápání angažovanosti jako **vyjádření pocitu, kdy je člověk zainteresován – zapojen do určité aktivity, je její součástí**. Souvisejícím a úzce spojeným pojmem je oddanost. Podle Portera a kol. (citován in Armstrong, 2007: 233) se vztahuje k náklonnosti a loajalitě: „*Jde o míru identifikace jedince s danou organizací a zapojení se do ní.*“ Tato oddanost se projevuje ve třech faktorech:

v silné touze zůstat členem organizace, v silné víře v hodnoty a cíle organizace a jejich akceptování, v připravenosti vynakládat značné úsilí ve prospěch organizace (Armstrong, 2007).

V posledních patnácti letech prošel koncept angažovanosti rapidním vývojem. Zprvu byl vztahován k syndromu vyhoření (míněno jako opak angažovanosti) jako energický stav zainteresovanosti na aktivitách, které zvyšují smysl jednotlivce pro profesionální účinnost.

O angažovanosti v úzkém spojení s pojmem oddanost hovoří Armstrong. Uvádí definici, kterou zformuloval Chiumento¹⁶ (in Armstrong, 2007). Ten v ní angažovanost popisuje jako oboustranný vztah mezi pracovníkem a organizací, přičemž obě strany si jsou vědomy svých vlastních potřeb a jedna druhou podporuje: „*Angažovaní pracovníci a angažované organizace udělají jeden pro druhého něco navíc, protože investování do jejich vztahu vidí jako oboustranně prospěšnou věc.*“ (Chiumento citován in Armstrong, 2007: 233)

Podle šetření britských Industrial Relations Services (in Armstrong, 2007) ovlivňují spokojenost pracovníků a jejich oddanost nejvíce tyto skutečnosti:

- vztah s manažerem (nadřízeným),
- vztah s kolegy,
- kvalita řízení na liniové úrovni,
- uznání za přínos a schopnost vést (viditelnost a důvěrnost).

Ze šetření vyplynuly také příklady, co jednotlivé zkoumané organizace dělají pro zvýšení oddanosti (např. diskuse o důležitých podnikových záležitostech, semináře zaměřené na rozvoj týmů a týmové vzdělávání, výjezdní zasedání, konzultace týkající se změn, odměny, uznání atd.).

Simpson (2008) se ve své práci zabývá zkoumáním současného stavu vědění o angažovanosti v pracovním prostředí prostřednictvím přehledu literatury. Souhrn vyzdvihuje čtyři linie výzkumu angažovanosti, jak je uvedeno níže, a zaměřuje se na ukazatele a důsledky angažovanosti v práci. Do své práce Simpson (tamtéž) začlenila přehled literatury o angažovanosti v práci z let 1990–2007 (manažerská literatura, organizační psychologie, zdravotní vědy a zdravotní administrativa). Vzhledem k omezenému množství uskutečněných výzkumů týkajících se angažovanosti mezi sestrami zahrнула Simpson (2008) do přehledu výzkumy zaměřené na různé typy

¹⁶ Odborná společnost pro řízení lidských zdrojů (<http://www.rialtoconsultancy.com/index.htm>)

zaměstnanců. Zdůrazňuje, že do budoucna bude nutné provést další výzkum, který by umožnil vrchním sestřím pochopit, jak pracovní angažovanost ovlivňuje výsledky organizace, včetně ukazatelů kvality péče.

Simpson (2009: 1018) uvádí následující čtyři hlavní modely angažovanosti různých autorů. Tyto modely byly pro nás inspirací při výběru vzorku osob do kvalitativního výzkumu.

1. Osobní angažovanost (Personal engagement) podle Kahn (1990)

Je popisována jako využívání nebo vyjadřování se sebe sama fyzicky, rozumově a citově během výkonu pracovní role. Pokud je zaměstnanec zainteresovaný, rozumí se tím, že je fyzicky zapojený, kognitivně bdělý a citově propojený.

2. Syndrom vyhoření/angažovanost (Burnout/engagement) podle Leiter, Maslach (1997 a 2004)

Je definováno jako psychologický syndrom charakterizovaný vyčerpáním, cynismem a neefektivitou, které jsou prožívány v reakci na chronické pracovní stresory. Angažovanost je pak chápána jako její přímý opak a společně vytvářejí kontinuum. Angažovanost na jedné a vyhoření na druhé straně. Vyhoření se vyznačuje vyčerpáním (nízká energie), cynismem (nízká zainteresovanost) a neefektivitou (nízká produktivita). Pro angažovanost je naopak typická vysoká hladina energie, vysoká angažovanost a vysoká efektivita

3. Pracovní angažovanost (Work engagement) podle Schaufeli et al. (2002)

Odkazuje na pozitivní, naplňující, na práci vztažený stav mysli charakterizovaný vitalitou, oddaností a pohlceností. Vitalita se vyznačuje vysokým stupněm energie a mentální pružností během práce. Oddanost odkazuje na silnou angažovanost pro svou práci a prožívání smyslu pro jedinečnost, nadšení inspirace, hrdosti a výzvy. Pohlcení lze vymezit jako plnou soustředěnost a radostné ponoření se do vlastní práce, zatímco čas rychle ubíhá a člověk má potíže se od práce oddělit.

4. Zaměstnanecká angažovanost (Employee engagement) podle Harter et al., (2002)

Odkazuje na míru zapojení se jednotlivců, jejich uspokojení z práce a nadšení, které v nich vyvolává.

Jeden z průzkumů v České republice, který byl zaměřen na angažovanost sester, byl proveden mezi 411 sestrami v jedné z českých krajských nemocnic. Průzkum si kladl za cíl rozebrat, jak **organizační angažovanost** sester souvisí se shodou s pracovním prostředím (Havrdová, Krupková, 2013).

Nejčastěji zkoumaný koncept pracovní angažovanosti vychází z psychologie. Lze jej popsat jako pozitivní myšlenkové naladění na práci, které se projevuje houževnatostí, loajalitou a přijetím hodnot organizace za vlastní (Havrdová, Krupková, 2013).

Koncept uvedeného průzkumu organizační angažovanosti se ale spíše než psychickými stavy mysli zabýval zapojením zaměstnanců do organizačních cílů. Jejich koncept angažovanosti je vnímán více jako funkční a nazývají jej „*organizational engagement (OE)*“ (Havrdová, Krupková, 2013). Organizační angažovanost vztahují k aktivní účasti zaměstnanců na rozvoji kvality v dané organizaci. Dále upozorňují, že potřeba tohoto konceptu je vázána na změny v českém zdravotním a sociálním systému v souvislosti se zaváděním kvality (tamtéž).

Uvedené změny mají za následek vysoký stupeň tlaku na sestry a sociální pracovníky na všech úrovních dané organizace, protože tyto nové přístupy a nápady musí být prodiskutovány, zavedeny a následně včleněny do každodenního života v práci (Havrdová, Krupková, 2013). Takovýto tlak dle nich vytváří různé typy reakcí. Dobrovolná angažovanost je pro management, který změny zavádí, užitečná, protože usnadňuje jejich hladký průběh. Upozorňují na nízký počet výzkumů zkoumajících faktory, na kterých závisí pracovní angažovanost tohoto druhu.

V naší diplomové práci budeme k angažovanosti přistupovat právě z pohledu výše uvedené *organizační angažovanosti*, kterou chápeme jako takovou, při níž není účast zaměstnanců na rozvoji kvality závislá pouze na snaze několika jedinců v organizaci, ale aktivním přístupem všech ostatních. Aktivitu v tomto smyslu vnímáme nejen ve smyslu fyzické účasti zaměstnanců zdravotnického zařízení při interních auditech, ale právě v jejich aktivním zapojení do diskuse, vytváření názorů, vyhledáváním slabých míst, předkládáním podnětů pro zlepšení a zjednodušení práce. Domníváme se, že navozením tohoto postoje u zaměstnanců lze docílit optimálního využití systému interních auditů, který pak plní jak funkci kontrolní, tak se může v organizaci stát i komunikačním a edukačním nástrojem.

Armstrong (2007) hovoří o získávání podpory zaměstnanců na různých liniích. Pro získání podpory liniových a řadových zaměstnanců vyžaduje položit si otázku „co z toho budou mít“. Zvláště práce náročné na papírování budou vyvolávat nedůvěru, zainteresované osoby budou chtít vědět, co se za příslušným opatřením skrývá. Angažovanost zaměstnanců bude pravděpodobnější, jak doplňuje Armstrong (2007), když zainteresované osoby budou informované o tom, co a proč se navrhuje a jaké to bude mít důsledky. Senge (2007: 272) uvádí: „*Firma, která nemá účel, pro něž by stálo za to se angažovat, nedokáže angažovanost probouzet.*“

1.4 Význam komunikace v organizaci

Dalším z faktorů, o kterém předpokládáme, že bude významným způsobem ovlivňovat přijetí smyslu provádění interních auditů v organizaci, jsou zvyklosti v oblasti komunikace, bez které se žádný systém neobejde. Proto se v následující kapitole budeme stručně této široké problematice věnovat.

Komunikaci a komunikační proces považujeme za důležité hledisko ve fungování celé organizace. Formy komunikace a používané komunikační nástroje – prostředky dorozumívání, mohou pozitivně i negativně ovlivnit, jak zaměstnanci pochopí cíle organizace, postupy a pravidla. Toto chápání se odrazí v jednání a chování zaměstnanců při vykonávání jednotlivých činností, dále v jejich zájmu a zainteresovanosti podílet se na kontinuálním zlepšování. Komunikace v organizaci bude mít také vztah k tomu, zda a jakým způsobem se k zaměstnancům dostanou informace o výstupech z interních auditů a o významu systému jako takového. Uvědomujeme si, že způsob komunikace ze strany auditorů a vedoucích pracovníků, včetně vrcholového vedení, může ovlivnit, jak na celý proces budou zaměstnanci zdravotnického zařízení reagovat.

Na význam komunikace při řízení upozorňuje také Veber a kol. (2009). Zdůrazňuje potřebu organizace vytvořit základní komunikační rámec se systémem pravidel, komunikačních kanálů a forem interpersonální komunikace.

Mládková, Jedinák a kol. (2009) pohlíží na komunikaci ze dvou úhlů. Jedná se o nástroj pro vzájemnou výměnu informací, ale také v něm můžeme spatřovat prostředek, kterým se vzájemně ovlivňuje myšlení, jednání a chování mezi lidmi. Je známo, že komunikace má různé formy, ať se jedná o slovní komunikaci prostřednictvím mluveného či psaného slova nebo neverbální komunikaci, tedy dorozumívání beze slov (mimika, gestikulace, optika apod.).

Komunikace patří do jedné z manažerských funkcí (Veber a kol., 2009; Mládková, Jedinák a kol., 2009). Veber a kol. (2009) uvádí význam komunikace jako participování na něčem, z čehož odvozuje aktivní účast obou stran, kdy jde o něco víc než jen poskytování informací. Vodáček a Vodáčková (2006: 74; v originále zvýrazněno) upozorňují na to, že „... *dobrá manažerská práce je podmíněna i uměním komunikace.*“ Tato potřeba platí pro všechny manažerské činnosti, které člení do sekvenčních a paralelních manažerských funkcí¹⁷.

Kvalitní verbální komunikace formuje mezilidské interakce, tedy stav, kdy se obě zúčastněné strany mají možnost doptávat a vysvětlovat. Tím je podle Bedrnové, Nového a kol. (2007) docíleno vzájemného porozumění. Průběh komunikace však ovlivňují různé faktory, přes které informace procházejí, a to ve smyslu jejich poskytování i přijímání. Jedná se o rozdíly v úrovni znalostí, v kultuře, v sociálním zařazení, v postojích a komunikačních dovednostech (Smeltzer, Waltman in Bedrnová, Nový a kol., 2007). Je pravděpodobné, že pokud bude mít někdo negativní postoj k tématu, nebude chtít o něm diskutovat (tamtéž).

Aby byla komunikace přínosná (Vodáček, Vodáčková, 2006), musí být obousměrná, symetrická a role sdělovacího i příjemce se střídají. Za základní komunikační dovednost je považován stav, když člověku nedělá potíže hovořit s druhým člověkem (Bedrnová, Nový a kol., 2007).

O informovanosti jako významném prvku, ovlivňujícím motivaci a spokojenost zaměstnanců, hovoří Bedrnová, Nový a kol. (2007). Podle nich je informovanost řadových pracovníků především v kompetenci přímého nadřízeného. Veber a kol. (2009: 187; v originále zvýrazněno) vnímají vnitřní komunikaci jako významný prostředek „... *získávání druhých k tomu, aby dělali, co je třeba*“. Aby si pracovníci mohli vytvořit vlastní názory a být přesvědčeni, že jsou součástí organizace, která s nimi počítá, potřebují proto dostatek informací (tamtéž). Tento názor potvrzují také Bedrnová, Nový a kol. (2007), kteří mluví o vnitřní komunikaci jako o aspektu, jenž ovlivňuje mezilidské vztahy a také vztah zaměstnanců k organizaci. Jako příklad uvádějí identifikaci pracovníků s cíli organizace, její kulturou a spokojenost zaměstnanců.

¹⁷ Sekvenční funkce: plánování, organizování, výběr pracovníků vedení lidí, kontrola. Paralelní funkce: analýza, rozhodování, implementace.

Na problémy komunikace ve vztahu k problémům mezilidských vztahů upozorňuje Gladkij (2003). Vnímá příčiny, které mohou být výsledkem komunikačních problémů: např. špatně pochopené zadání, nízká pracovní motivace, nedodržování předpisů, šikana na pracovišti, vyhoření. Škrļa a Škrlová (2003) považují komunikaci za jednu ze základních podmínek k rozvoji zdravých profesionálních vztahů, která má vliv na zajištění efektivní a kvalitní péče o pacienty.

Komunikace probíhá ve třech rovinách naslouchání: naslouchání ušima, očima a srdcem. Poslední uvedená rovina značí takové naslouchání, při kterém příjemce vnímá hlubší souvislosti, než které jsou vidět a slyšet. „*Musíme dokázat objevit to, co se náš partner v diskusi snaží zakrýt použitými slovy, mimoslovními projevy a činy.*“ (Veber a kol., 2009: 184) Gladkij (2003) hovoří o aktivním naslouchání, při kterém nejde jen o to slyšet, co druhý říká, ale také chápat a porozumět a správně interpretovat, co nám druhá strana sděluje. Předcházet nedorozuměním můžeme ptaním se, přičemž je to dovednost, kterou se můžeme naučit.

Komunikaci v organizaci lze členit na formální a neformální. Mládková, Jedinák a kol. (2009) definují formální komunikaci jako takovou, která vychází z organizační struktury. Jejím obsahem jsou uznávané informace. Oproti tomu neformální komunikace se spolu s neformální organizační strukturou vytváří na základě vztahů mezi lidmi, a to nezávisle na formální struktuře organizace. Ta může buď fungování organizace napomáhat, anebo naopak ztěžovat, či být namířena proti poslání a cílům organizace (tamtéž).

Nedostatek kontaktů a informací mezi managementem a ostatními zaměstnanci může mít negativní dopady v šíření fám (Veber a kol., 2009). Zatajování informací s reakcí vedoucího „to nepotřebujete vědět“ vyvolává u zaměstnance pocit, že vedoucímu na něm nezáleží a zaměstnanec má potřebu si informace opatřit jinde (tamtéž). Veber a kol. (2009) dále uvádí, že důvodem pro zadržování informací nadřízenými může být snaha manažerů zachovat si pocit vlastní nepostradatelnosti.

Veber (2009) zdůrazňuje, že je třeba neformální komunikaci do určité míry umožnit a řídit. Za nástroje řízení této formy komunikace stanovuje organizování příležitostí k setkávání pracovníků a jejich rodin. Při těchto aktivitách jsou lidé více uvolnění, opadne z nich odpovědnost za vykonávané funkce, získají společné zážitky.

Gladkij (2003) upozorňuje na ztížení komunikace v prostředí více organizačních úrovní. Vícečetná hierarchie se projeví ve větších problémech při přenosu cílů, plánů

a taktik směrem dolů na rozdíl od organizací, kdy vrcholový manažer komunikuje přímo s výkonnými pracovníky. V kapitole věnované hlavním manažerským funkcím uvádí Gladkij (2003) získávání a předávání informací jako jednu z nejdůležitějších funkcí středního managementu.

Pro komunikaci je v dnešní době nezbytné technické zabezpečení moderními komunikačními prostředky, které podle Vebera a kol. (2009) mají vliv na postupy a zvyklosti v interní komunikaci. Podle Bedrnové, Nového a kol. (2007) umožňují efektivnější komunikaci za předpokladu, že budou správně a pravidelně využívány. Tento typ komunikace, který je nazýván písemnou komunikací, má sice své nezastupitelné místo, ale je třeba dbát na její přiměřenost. Hrozí riziko, že by se činnosti zaměstnanců a jejich řízení mohlo stát příliš byrokratickým (Bedrnová, Nový a kol., 2007).

Podle zakladatele moderního managementu Petra Druckera, přezdívaného „otec managementu“, musí být management založen právě na komunikaci a na odpovědnosti jednotlivce. „*Všichni členové se musí zamýšlet nad tím, čeho chtějí dosáhnout – a musí mít jistotu, že jejich kolegové jejich cíl znají a rozumějí mu.*“ (Drucker, Maciarielo, 2006: 61)

1.5 Motivace zaměstnanců k přijetí smyslu interních auditů

Cílem diplomové práce je optimalizovat systém interních auditů v konkrétním zdravotnickém zařízení. Opatření budeme moci nastavit, až budeme znát faktory, které působí na postoje zaměstnanců, a tím na celý systém. Následně můžeme tyto faktory ovlivňovat tím, že budeme působit na zainteresované osoby. Můžeme je motivovat, tj. podněcovat k tomu, aby směřovali k požadovanému cíli. Interní audity vnímáme také jako prostředek motivace v tom, že mohou při správném a citlivém pojetí podpořit zaměstnance v zájmu podílet se na nastavení procesů v organizaci a uvědomování si rizikových oblastí, jež mohou snižovat kvalitu péče o pacienta a image nemocnice.

Jak vyplynulo z dotazníkového šetření provedeného ve zdravotnických zařízeních Ostravského kraje, jsou motivační dovednosti jedním ze znaků manažerských vlastností vedoucích sester (Jarošová, Lednický a Knopová in Gladkij, 2003).

Motivace se projevuje v našem chování a jednání. Nakonečný (1998: 454) upozorňuje právě na rozdíl mezi motivací a chováním: „*Motivace souvisí s vnitřní*

pohnutkou chování, způsob chování pak souvisí s danou situací.“ O pohnutkách jako vnitřních hybných silách, které jsou někdy uvědomované někdy neuvědomované, mluví Bedrnová, Nový a kol. (2007).

Z této skutečnosti vyplývá, že pro dosažení požadovaného výkonu, který bude v souladu s cíli organizace, je zapotřebí mít dostatečně motivované zaměstnance. Motivace je závislá na vnitřní motivaci člověka a na vnější motivaci.

Plamínek (2007) hovoří o vnitřních pohnutkách (motivech) a vnějších podnětech (stimulech) s tím, že obojí může působit společně a vzájemně se posilovat. Hartl a Hartlová (2000: 328) definují motivaci v psychologickém slovníku jako „... *proces usměrňování, udržování a energetizace chování, které vychází z biologických zdrojů*...“. Dále dodávají (tamtéž), že na zaměření motivace má vliv osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot, dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti. Mezi nežádoucí motivace řadí např. strach, úzkost, bolest.

Jak uvádí Armstrong (2007), lze k pracovní motivaci dojít dvěma cestami. Prvním způsobem je, že lidé motivují sami sebe, vykonávají práci, která uspokojuje jejich potřeby. Druhým typem motivace je motivování managementem, např. odměňováním, povyšováním či pochvalou.

Mezi silné stimuly, které aktivují motivaci člověka, patří peníze, tedy faktor hmotné zainteresovanosti. Armstrong (2007) považuje mzdu/plat nebo peněžní odměny jiného druhu za nejobvyklejší vnější odměnu. Finanční prostředky podle něj fungují jako páky k dosažení různých cílů. „*Je to mohutná síla, protože jsou přímo nebo nepřímo spojeny s upokojováním mnoha potřeb.*“ (Armstrong, 2007: 231)

Účinnost peněz zpochybnil Herzberg¹⁸ a kol. (in Armstrong, 2007), který zastává názor, že jejich nedostatek může sice způsobit nespokojenost, ale jejich obstarání není zárukou trvalé spokojenosti.

Vedle finančního ohodnocení poskytují zaměstnavatelé bonusy. Ne každý zaměstnanec si však uvědomuje, že určité výhody má a teprve při odchodu do jiného zaměstnání si uvědomí, co ztrácí. Mezi další pozitivní motivační faktory patří faktor morálního ocenění a faktor seberealizace.

Je zřejmé, že k optimálnímu výkonu je nutná určitá motivace. Na druhou stranu je však třeba si uvědomit, že nadměrná motivovanost může vést k až nezdravé soutěživosti

¹⁸ Autor dvoufaktorové teorie (Herzbergův dvoufaktorový model).

a ovlivnit tak určitý potřebný nadhled při plnění pracovních úkolů. Tento jev potvrzuje ve své publikaci Kociánová (2010: 37) tvrzením Provozníka a Komárkové: „*Pokud se motivace zvyšuje za tuto hodnotu, pak výkon již nestoupá a v některých podmínkách může i klesat.*“

Jak bylo již výše uvedeno, je motiv vnitřní pohnutkou k jednání. Z pohledu zájmu organizace může jít o jednání žádoucí i nežádoucí. O demotivaci hovoříme v případě, že motivace je nežádoucí (Armstrong, 2007). Příčinou mohou být chybně zvolené motivační nástroje, absence některých řídicích aktů, chybné řídicí praktiky. Dále se může jednat o nezáměr manažerů vůči vnějším a vnitřním faktorům, které u zaměstnanců mohou vyvolat např. rozčarování, frustraci či apatii (tamtéž).

Plamínek (2007) upozorňuje na úzkou hranici mezi motivací a manipulací. Motivace uspokojuje zájmy motivujícího tím, že jsou uspokojovány zájmy, které se odrážejí v potřebách motivovaného. Manipulace je pravým opakem, protože se zaměřuje jen na zájmy manipulujícího: „*... při motivaci se snažíme dát do souladu zájmy člověka a zájmy jeho okolí (například se zájmy našimi nebo se zájmy nějakého celku) při manipulaci již myslíme jen na zájmy okolí a zájmy objektu obcházíme.*“ (Plamínek, 2007: 125)

Propojení motivace nacházíme také v komunikaci: „*Motivačně komunikovat znamená, že manažer je schopen aktivizovat ty stránky podřízených, které posilují aktivitu, tvořivost a spoluúčast při tvoření úkolů v dané oblasti.*“ (Mládková, Jedinák a kol., 2009: 141)

„*Lidé mají různé potřeby, stanovují si různé cíle, aby tyto své potřeby uspokojili, a podnikají různé kroky směřující ke splnění těchto cílů. Je mylné se domnívat, že jeden přístup k motivování bude vyhovovat všem lidem.*“ (Armstrong, 2007: 219)

1.6 Interní audit a kontrola

V této části diplomové práce vymežíme především význam interního auditu a kontroly v manažerské praxi¹⁹.

Mládková, Jedinák a kol. (2009) uvádějí původ slova kontrola, které je odvozeno z latinských výrazů „*contra*“ (proti) a „*rotulus*“ (svitek). Protisvitek (protizápis, protilistina) sloužila k ověření správnosti původního svitku, zápisu, listiny. Toto úzké

¹⁹ Podrobně se v diplomové práci internímu auditu ve zdravotnictví věnujeme v kap. 2.2.1.

chápaní kontroly bylo vnímáno jako zkoumání správnosti dokumentů spíše finančního charakteru, tudíž činnost účetních a finančních úředníků. V českém pojetí je dnes slovo kontrola vnímáno jako přezkoušení, ověřování, testování či revize. V anglickém jazyce vyjadřuje pojem „*control*“ situaci, kdy máme kontrolu nad něčím nebo někým a můžeme to kdykoliv zastavit či přerušit. Výkladový anglický slovník (2007) uvádí několik významů tohoto pojmu, jež jsou víceméně v souladu s výše uvedeným. Poslední význam tohoto pojmu značí takový proces kontroly, při kterém si ověřujeme, že daná pravidla nebo standardy jsou aplikovány.

V angličtině je pro český význam kontrola používán spíše výraz „*check*“. Ten znamená zkoušku někoho nebo něčeho s cílem ověřit si, že něco je tak, jak má být. Ve druhém významu představuje tento pojem něco, co ovládá jiné věci a zamezuje jejich zhoršování nebo přílišnému nabytí moci (Výkladový anglický slovník, 2007).

V interních auditech se mimo jiné pro výstupy používají tzv. „*check listy*“ (kontrolní listy). Podle slovníku vyjadřuje „*checklist*“ doslova seznam všech věcí, které potřebujete udělat nebo vzít v úvahu. V pojetí zdravotnických zařízení jde např. o check list s indikátory pro správnou ordinaci a podání léků, kdy jsou v seznamu uvedeny jednotlivé otázky (oblasti) vyplývající z pravidel interního předpisu.

Podle manažerské literatury a praxe (např. Veber a kol., 2009; Mládková, Jedinák a kol., 2009; Vodáček, Vodáčková, 2006) patří kontrola k jedné ze základních funkcí manažerů.

Z tohoto pohledu definuje kontrolu Gladkij (2003) jako stav, kdy se jedná o soustavný proces sledování úrovně plnění úkolů, cílů a plánů organizace. V procesu řízení plní kontrola pro vedoucího pracovníka funkci zpětné vazby. Následně jsou prováděny takové zásahy, které vedou k požadovaným výsledkům. Aby však bylo možné nežádoucí odchylky odstranit, musí být v organizaci k dispozici takové nástroje, které mohou stav změnit. Zároveň je žádoucí usilovat o to, aby se obdobná zjištění již neopakovala. Kontrola tak dostává preventivní funkci (Gladkij, 2003).

Hekelová (2012) uvádí dvě formy kontroly a korekce, které by měl manažer uplatňovat: proaktivní a moderní. Principem **proaktivní formy** je kontrola nenápadná a průběžná, tedy včasná, aby se zamezilo problémům s vyššími následky. **Moderní formou** je nazýván takový přístup, při kterém se manažer více zaměřuje na pomoc podřízeným překonat překážky, na jejich rozvoj a k vzniklým situacím přistupuje spíše partnersky. „*Míra tolerance manažera by však vždy měla mít jasné definované hranice.*“ (Hekelová, 2012: 26)

Robbins a Coulter (2004) objasňují důležitost kontroly pro dosažení předpokládaných cílů a uvádějí kontrolu jako jediný způsob, jak mohou manažeři zjistit, zda byly cíle naplněny. Pokud k naplnění nedošlo, je nutné odhalit příčinu. „*Kontrola je proces monitorování činností, jehož cílem je zjistit, zda byly provedeny podle plánu a opravit závažné odchylky.*“ (Robbins, Coulter, 2004: 448; v originále zvýrazněno slovo kontrola) Mládková, Jedinák a kol. (2009) hovoří o neefektivnosti cíleně orientovaných činností bez funkční kontroly.

Vedle tržní a byrokratické kontroly popisují Robbins a Coulter (2004) také tzv. klanovou kontrolu. V ní je chování zaměstnanců usměrňováno sdílenými hodnotami, normami, tradicemi, rituály, přesvědčením a ostatními aspekty kultury organizace. Tím však nepopírají využití ani ostatních typů kontroly. Dělení kontroly podle tří funkcí na inspekční, preventivní a eliminační uvádějí Mládková, Jedinák a kol. (2009).

O významu kontroly hovoří Robbins a Coulter (2004) v souvislosti s delegováním a zmocňováním, při jehož využití a efektivním kontrolním systémem se manažeři nemusí bát předat některé činnosti svým podřízeným a mít tak větší prostor pro samostatná rozhodnutí. V kontrolním procesu hovoří o třech krocích: měření skutečné výkonnosti, porovnávání této výkonnosti se standardem a provedení opravných opatření v případě odchylek nebo neodpovídajících standardů (Robbins, Coulter, 2004). Dále upozorňují na podmiňující faktory, které ovlivňují design kontrolního systému, a jak musí kontrola respektovat národní odlišnosti. Za charakteristiky efektivního kontrolního systému uvádějí:

- srozumitelnost (myšleno pro uživatele),
- vhodná kritéria (srozumitelné a dosažitelné standardy),
- strategie připravená na změny (vymezení předmětu kontroly),
- ohled na výjimky (zaměření na výjimky),
- několikanásobná kritéria (snižování možnosti zúženého pohledu),
- nápravná opatření (odhaluje nejen odchylky, ale hledá i vhodná opatření),
- přesnost (spolehlivost a hodnotné údaje),
- včasnost (aktuální informace),
- hospodárnost,
- flexibilita.

Platnost těchto charakteristik je nicméně podmíněna situačními faktory v příslušné organizaci – její velikostí, pozicí a úrovní jednotlivce v organizační hierarchii, mírou decentralizace, kulturou organizace a důležitostí kontroly v organizaci (Robbins, Coulter, 2004).

Veber a kol. (2009: 134) definují kontrolu (angl. „*inspection*“) jako „... *kritické zhodnocení reality s ohledem na řídicí záměry*.“ Interní audit uvádí jako jednu z metod, jak kontrolovat. Za prvořadý cíl interního auditu považuje (tamtéž) prověřit, zda podnikové předpisy kompletně a správně vymezují požadavky právních norem a pravidla nastavená v interních předpisech jsou respektována v každodenní činnosti.

Jak uvádíme v úvodu diplomové práce, nezajišťuje interní audit kontrolu jen dílčích činností, ale naopak, na činnosti se díváme jako na prvky jednotlivých procesů, které na sebe navazují. V této souvislosti upozorňuje Veber a kol. (2009) na vztah mezi průběhem procesu a správnými výsledky na výstupy z procesu. Ty lze předpokládat při správném průběhu příslušného procesu. Prověřovací aktivity by měly tento vztah vzít v úvahu a zaměřit se na jeho prozkoumání. Důraz musí být kladen na provázanost jednotlivých kontrol. Veber a kol. (2009) uvádí i několik dalších doporučení, např.:

- odpovědnost za zjištěné nedostatky nelze přenášet na kontrolora,
- kontrolu nelze vnímat jako nástroj, který odhalí všechna rizika,
- kontroloři plní roli hlídaví, nikoliv honící.

O významu kontroly ve smyslu poradním hovoří Mládková, Jedinák a kol. (2009). Kontrola by neměla být chápána jako projev nedůvěry.

Mezi základní role liniových manažerů, tedy těch, kteří odpovídají za práci určité skupiny vyšší úrovně hierarchie řízení, uvádí Armstrong (2007) vedle jiných také prověřování kvality i měření a posuzování výkonu.

Důsledkem absence kontroly nebo jejím prováděním jen v malé míře může být preferování individuálních zájmů až podvodů. Dále Veber a kol. (2009) upozorňují na nízkou autoritu kontroly, pokud není v organizaci zajištěna důslednost při vymáhání nápravy zjištěných pochybení²⁰, nepřesné kontroly, při které jsou výstupy získány na základě okrajových zjištění, subjektivní kontroly, kdy se vyjádření kontrolujícího neopírá o žádné kritérium. Při formálním provádění kontroly může kontrolovaným připadat (tamtéž), že se jedná „o kontrolu pro kontrolu“, při které se kladou důrazy

²⁰ „... *nedostatek postihů, které mohou kontrolní orgány uplatnit v případě zjištění neshody*.“ (Veber a kol., 2009: 152)

na formální aspekty nebo se používají obecné postupy, aniž by se přihlíželo ke zvláštnostem kontrolovaného objektu. Chybou kontrolora podle Vebera a kol. (2009) může být jeho povýšenecký postoj, komunikace neadekvátní pro příslušnou kontrolní činnost nebo přehnané úsilí za každou cenu najít jakýkoliv nedostatek.

V kontextu s úmyslem optimalizace systému interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení, kdy vyvíjíme snahu, aby zaměstnanci vnímali audit také jako edukační a zpětnovazební nástroj, se nelze s názorem Vebera a kol. (2009) zcela ztotožnit. Ten jako chybu kontrolora uvádí doporučování a poučování, jak se mají činnosti vykonávat.

Dále však Veber a kol. (2009) upozorňují, že nelze v kontrolním systému spatřovat spásný nástroj, který by zachránil organizaci od všech nedostatků a problémů. Za formování a funkci účinného kontrolního systému nese odpovědnost vrcholové vedení organizace.

Kontrola je v pojetí Vodáčka a Vodáčkové (2006: 140; v originálu zvýrazněno) pátou sekvenční manažerskou funkcí.²¹ „*Její poslání, je včasné a hospodárné zjištění, rozbor a přijetí závěrů k odchylkám, které v řízeném procesu charakterizují rozdíl mezi záměrem (např. plánem) a jeho realizací.*“ Kontrolu považují doslova za „siamské dvojče“ plánování, ale týká se i ostatních sekvenčních manažerských funkcí.

1.7 Implementace řízení kvality a auditů jako organizační změna

Implementaci řízení kvality a interních auditů lze v organizaci považovat za změnu, která více nebo méně ovlivní většinu postupů. Už třeba jenom tím, že se o příslušnou činnost bude audit zajímat, protože navazuje na ostatní procesy. Kvalita se dotýká oblastí zdravotnických i nezdravotnických, zasahuje také do řízení lidských zdrojů, bezpečnosti prostředí, zaměstnanců a v neposlední řadě pacientů. Z těchto důvodů lze souhlasit s názorem Lukášové (2004: 132, zvýraznění v originále), že řízení kvality by nemělo být pouze zaváděním postupů, metod a technik: „*Je záležitostí celkových kulturních změn v rámci organizace, přičemž změna kultury ve smyslu vytyčených principů je pro cestu ke komplexní kvalitě považována za klíčovou.*“

²¹ Vysvětleno v kapitole č. 1.4 „Význam komunikace v organizaci“.

O řízení kvality jako změně hovoří také Havrdová a kol. (2011) v souvislosti s možností využití „organizační supervize“ při její implementaci. Pojem organizační supervize je jimi vnímán ve smyslu „... *supervizní podpory fungování celé organizace, zahrnující zejména supervizi na různých úrovních řízení...*“ (Havrdová a kol., 2011: 36)

Při jakékoliv změně je nutné počítat s tím, že nebude ihned přijata všemi zaměstnanci, někteří ji nepřijmou nikdy. Robbins a Coulter (2004) uvádějí příčiny odporu lidí ke změnám. Lidé ji mohou vnímat jako ohrožení, dokonce i tehdy, bude-li pro ně výhodná. Mohou v ní vidět nejistotu, protože to, co lidé znají, je nahrazeno něčím, co není jednoznačné. Další příčinou odporu (tamtéž) je obava ztráty něčeho, co máme (peníze, postavení, autorita, osobní požitky atd.). Změna tedy ohrožuje vynaložené investice, a čím více lidé investovali, tím větší hrozbu budou pociťovat. Tento jev uvádějí Robbins a Coulter (2004) na příkladu starších pracovníků, kteří investovali více do současného systému, a proto mají větší odpor ke změně než mladší kolegové. Poslední příčinou odporu ke změně může být přesvědčení lidí o tom, že změna není v souladu s cíli a zájmy organizace. Mohou být přesvědčeni, že nové pracovní postupy povedou ke snížení kvality.

Kubíčková a Rais (2012) uvádějí dva přístupy při potřebě změny: metodu inovace, nebo metodu postupných drobných kroků. Při prvním způsobu usilujeme o dosažení co nejlepších výsledků v co nejkratší době. Druhá metoda je označována jako metoda kontinuálních změn nebo princip kaizen²². Při použití tohoto způsobu dosahujeme cíle formou malých kroků, které vedou k nepřetržitému zlepšování systému. Pro zavedení a udržení systému řízení kvality spolu s interními audity vnímáme tento způsob za reálnější, což Kubíčková a Rais (2012: 18) potvrzují: „*Metoda postupných kroků přináší dlouhodobé změny ... a postupně odstraňuje staré zlozvyky a chyby ve firmě.*“

Kotter (2000) ve své publikaci o vedení procesu změny předkládá osm kroků, kterými postupuje potřeba angažovanosti zaměstnanců, komunikace v organizaci, oceňování a motivace, vzdělávání. Posledním krokem je zakotvení změny do organizační kultury. Dalším známým modelem pro zavádění změn v organizaci,

²² Kaizen je rámec, který byl pojmenován Japonci pro koncept kontinuálního zlepšování. „Kai“ značí v japonštině změnu a „zen“ dobrý. Pojem tedy vyjadřuje děláni změn k lepšímu na bázi kontinuálního a nekončícího procesu (Goetsch, Davis, 2014).

který ve svých publikacích autoři uvádějí (např. Lukášová, 2010; Kubíčková, Rais, 2012; Armstrong, 2007), je třífázový Lewinův model – rozmrazení, změna a zmrazení.

Cílem této části diplomové práce není uvést komplexně všechny teoretické pohledy na řízení změny. Uvedení problematiky však považujeme za důležité z hlediska vnímání systémů interních auditů a řízení kvality ve zdravotnickém zařízení právě jako zásadní změny, která se dotýká nejen úprav v procesech, ale také způsobu myšlení a chování zaměstnanců s dopadem do organizační kultury.

2 **Systém managementu kvality ve zdravotnictví a jeho vývoj**

Kvalita ve zdravotnickém zařízení patří k ukazatelům pro klienty i plátce zdravotní péče – zdravotní pojišťovny. Stává se důležitým hlediskem při vyjednávání o výši finančních prostředků a je jedním z parametrů při uzavírání smluv o zdravotní péči. Aby mohla být kvalita deklarována veřejně, nestačí jen „dobrá reklama“ mezi klienty. Pro vyjednávání se zdravotními pojišťovnami, zřizovatelem či Ministerstvem zdravotnictví ČR není zcela logicky důkazně doložitelné, jak pacienti zařízení vnímají. Ani statistické výstupy o počtu ošetřených, hospitalizovaných a operovaných pacientů nejsou dostatečně měřitelným indikátorem pro rozhodování o výši finančních prostředků, nebo dokonce zachování stávajícího počtu lůžek a struktury péče. Významným ukazatelem se stává doložení kvality, resp. fungujícího systému řízení kvality osvědčením o externím prověření postupů. Přesto, že právní normy zatím ověření externí kvality přímo nenařizují, je zřejmě jen otázkou času, kdy se tak stane.

Mezi nejstarší známé přístupy řízení kvality jsou řazeny: správná výrobní praxe (GMP²³), správná laboratorní praxe (GLP²⁴), analýza nebezpečí a kritické kontrolní body (HACCP²⁵). Během druhé světové války byly koncipovány přístupy úplného řízení jakosti známé jako TQM²⁶. V roce 1987 byl schválen soubor norem ISO²⁷ 9000. Kolem roku 2000 byl Evropským institutem pro veřejnou správu vypracován model CAF²⁸ (Veber a kol., 2009).

V praxi jsou nejrozšířenější přístupy k zabezpečování kvality (ISO 9001), pro oblast zabezpečování environmentu (ISO 14001) a pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (OHSAS²⁹ 18001). Veber a kol. (2009) uvádí důvody, které vedou firmy k zavedení těchto přístupů:

²³ good manufacturing practice

²⁴ good laboratory practice

²⁵ Hazard Analysis and Critical Control Points

²⁶ Total Quality Management

²⁷ International Organization for Standardization

²⁸ Common Assessment Framework

²⁹ Occupational Health & Safety Advisory Services

- potřeba zavedení pořádku a standardizace postupů péče o kvalitu,
- zájem zavedené přístupy certifikovat a využít v propagačních materiálech,
- důkaz o zavedení normativních přístupů vyžadují zákazníci,
- požadavek certifikace vyplývá z právních předpisů.

Vlček (2009) ve své disertační práci popisuje akreditaci ve zdravotnictví v Evropě, která se rozvíjela nezávisle i přes existenci jiného, původem evropského produktu, ISO certifikace. Mezinárodní organizace pro normalizaci, jež tyto normy koordinuje, sídlí v Ženevě. Některé z nich jsou dnes v Evropě aplikovány též do zdravotnictví. Jedná se především, jak také uvádí Vlček (2009: 15), „... o *generickou normu upravující řízení organizace, ISO řady 9000*.“

Dále to jsou normy pro některé speciální provozy zdravotnických zařízení (např. norma ISO 15189 pro klinické laboratoře) nebo normy konkrétních procesů (např. norma pro řízení informací ISO 27001). Laboratoře znají také akreditaci společnosti NASKL³⁰, jejíž standardy jsou ve dvou stupních (Audit I a Audit II) víceméně naplněním požadavků již zmíněné normy ISO 15189.

Akreditace v oblasti řízení kvality zdravotní péče se v Evropě začíná prosazovat koncem 80. let 20. století. Jak je uvedeno na „Portálu kvality a bezpečí“, který je součástí webových stránek Ministerstva zdravotnictví ČR, vliv mělo doporučení Rady Evropy z roku 1997. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb jsou uvedeny Radou EU v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, WHO³¹/ Aliance pro bezpečí pacientů a OECD³² (Portál kvality a bezpečí, webové stránky MZ ČR, 2013) „Zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází.“ (tamtéž)

Na mezinárodním poli se hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA³³). Společnost vznikla v roce 1984 a jejím posláním je, jak je uvedeno na webových stránkách organizace:

³⁰ Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře

³¹ World Health Organization

³² The Organisation for Economic Co-operation and Development

³³ The International Society for Quality in Health Care

„Inspirovat, propagovat a podporovat neustálé zlepšování v oblasti bezpečnosti a kvality zdravotní péče po celém světě.“ (ISQuA, 2014)

Mezinárodní akreditační principy definované ISQuA a WHO, stanovují plnění následujících požadavků:

- 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,
- zahrnutí všech činností do strategického plánování,
- kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu (Ministerstvo, 2013).

Pro komplexní přehled je třeba ještě zmínit mezinárodní akreditační program JCI³⁴, který v roce 1999 zřídila JCAHO³⁵. Podle těchto standardů jsou dle aktuálních informací z webových stránek organizace, v České republice akreditována čtyři zdravotnická zařízení³⁶ (JCI, 2014). V následujících kapitolách budou uvedeny společnosti, které mohou podle právních norem a udělení oprávnění Ministerstva zdravotnictví ČR, provádět ve zdravotnických zařízeních externí hodnocení kvality. Společnost JCI k tomuto oprávnění nemá, což však není překážkou akreditace podle mezinárodních standardů. Zatím není zřejmé, zda budou zdravotní pojišťovny k tomu při vyjednávání o výši peněz se zdravotnickým zařízením přihlížet.

Podle Vlčka (2009) je v České republice situace velmi podobná té evropské. Standardy národního akreditačního systému pro řízení kvality a bezpečí zdravotní péče byly poprvé uveřejněny v roce 1998 ve Věstníku MZ ČR. V tomto roce provádí akreditaci zdravotnických zařízení Spojená akreditační komise ČR (od roku 2008 Spojená akreditační komise, o.p.s.). V současné době má oprávnění od MZ ČR provádět ve zdravotnických zařízeních akreditaci ještě dalších pět společností. Více je popsáno

³⁴ Joint Commision International

³⁵ Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations

³⁶ Fakultní nemocnice Ostrava, Ústav hematologie a krevní transfúze v Praze, Masarykův onkologický ústav v Brně a Nemocnice na Homolce v Praze

v kapitole věnované interním auditům jako součástí systémů řízení kvality ve zdravotnictví (kap. č. 2.3).

Gladkij (2003) ve své publikaci „Management ve zdravotnictví“ spojuje zlepšování kvality ve značné míře se závislostí na úsilí pracovníků. Nemalý význam je proto připisován jejich pracovní spokojenosti. „*Systém kvality by měl ovšem přispívat nejen ke zlepšování spokojenosti, ale také ke zlepšování diagnostických a léčebných výsledků bez ohrožení finančních souvislostí.*“ (Gladkij, 2003: 294) Pro úspěšnou implementaci řízení kvality je významná angažovanost vrcholového vedení: „*Management musí být tím, kdo otvírá dveře příležitostem, upravuje způsoby intervence a koordinuje použití zdrojů.*“ (Gladkij, 2003: 328) Právě management je ten, který obvykle činí konečná rozhodnutí a měl by vyjadřovat hluboké vnitřní přesvědčení o správnosti zamýšlených změn (Gladkij, 2003).

Studii účinností systémů zvyšování kvality v evropských nemocnicích se zabývá projekt „Prohlubování znalostí o zlepšování kvality v Evropě“ – DUQuE³⁷. Jeho hlavním cílem bylo ověřit, zda organizační nástroje zvyšování kvality, organizační kultura, zapojení zdravotníků a posilování role pacienta souvisí s kvalitou péče v evropských nemocnicích. Měření probíhalo v dimenzích klinické efektivity, bezpečí pacientů a pohledem pacienta (DUQuE, 2014).

Tento projekt financovaný Evropskou unií, probíhal v období od listopadu 2009 do srpna 2014 v osmi zemích: Česká republika, Francie, Německo, Polsko, Portugalsko, Španělsko, Turecko a Velká Británie. Důvodem pro výběr těchto zemí byla rozdílnost jednotlivých evropských zdravotních systémů a sociální rozdíly. Vybrané země byly dostatečně velké, aby v nich byl potřebný počet nemocnic pro strategii vzorkování (DUQuE, 2014).

Jak uvádí ve své prezentaci Vlček (2014b), účastnilo se výzkumu z ČR třicet nemocnic vybraných podle daných kritérií (více jak 130 lůžek, všeobecné nemocnice poskytující péči ve čtyřech diagnózách: akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, zlomenina horního konce kosti stehenní a porod). V první fázi byla hodnocena data z dotazníků pro pracovníky na pozicích management, manažeri kvality a vedoucí zdravotníci. Ve druhé fázi byly ve dvanácti vybraných nemocnicích z původních třiceti použity dotazníky pro pracovníky (vedoucí pracovišť a řadoví zdravotníci), dotazníky

³⁷ Deepening our understanding of quality improvement in Europe

pro pacienty a dále byla provedena kontrola chorobopisů a audity. Výsledky byly poprvé v ČR prezentovány 17. dubna 2014 Františkem Vlčkem na výroční konferenci SAK³⁸ s názvem „Akreditace ve zdravotnictví – cíl nebo prostředek?“ Prezentace se základními výstupy výzkumu byla po konferenci zveřejněna na webových stránkách SAK (2014).

Výstupem z projektu je mj. dokument „Seven ways to improve quality and safety in hospitals“³⁹, který je v současné době ve fázi finalizace k veřejnému vydání. Audit a zpětná vazba („*audit and feedback*“) jsou zde uváděny jako jedna ze strategií. Poukázáno je zde např. na vztah mezi zpětnou vazbou a výkonem odborných pracovníků. Pracovní výkon se bude zlepšovat, když zpětná vazba bude ukazovat nedostatky v procesu nebo ve výsledcích péče.⁴⁰

Projekt, který je zaměřen na monitorování odborné kvality zdravotní péče, je od roku 2000 realizován v Dánsku (Hnilicová, 2010). Projektu s názvem „Danish National Indicator Project – DNIP“, se povinně účastní všechny dánské veřejné nemocnice, ve kterých se léčí pacienti v deseti stanovených diagnózách (např. cévní mozková příhoda, diabetes, rakovina prsu a rakovina plic atd.). Jeho nejdůležitějším cílem je celkové zlepšení kvality péče, prevence, diagnostiky, terapie a rehabilitace v celém dánském zdravotnictví.

Hnilicová (2010) z Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK Praha upozorňuje, že v České republice neexistuje komplexní systém, který by ukazoval validní data, jak a s jakými výsledky jsou léčeni pacienti s konkrétními diagnózami. Odkazuje na podobnou výchozí situaci ohledně sledování kvality zdravotní péče v Dánsku a dodává, že pro přípravu, zdárný průběh a udržení projektu je nezbytné zajistit řadu podmínek. Patří mezi ně např. existence fungující a systémově zaměřené infrastruktury, ochota a schopnost spolupracovat.

Z vlastní zkušenosti mohou potvrdit neochotu zdravotnických pracovníků podílet se smysluplně na určení indikátorů kvality příslušného oddělení, které by zde byly sledovány. Na základě výsledků v rámci příslušného zdravotnického zařízení nebo porovnání s jinými nemocnicemi, by mohla být identifikována slabá místa, nastavena opatření, jež by se také za pomoci interních auditů implementovaly do praxe. Jak uvádí

³⁸ Spojená akreditační komise, o.p.s.

³⁹ Sedm cest ke zlepšování kvality a bezpečnosti v nemocnicích

⁴⁰ Zveřejněno s laskavým svolením jednoho ze spoluautorů, zástupce ČR, MUDr. Františka Vlčka, 2014a.

Hnilicová (2010: 432) v závěru článku o dánském projektu: „*Lze sledovat, jak se kvalita vyvíjí v čase, a to na každém oddělení, v každé nemocnici, v každém kraji i v celém Dánsku. Lze také vidět efekt přijatých opatření, a to jak změny v léčebných postupech, tak i změny v alokaci zdrojů.*“

2.1.1 Legislativní rámec

Do roku 2012 nebyla v právních normách zakotvena povinnost mít ve zdravotnickém zřízení zaveden systém managementu kvality. Změnou je 1. duben 2012, kdy vstoupil v platnost nový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je zde upraveno následovně: „*Poskytovatel je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ... zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení uveřejní ministerstvo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví a na svých internetových stránkách.*“ (Zákon 372/2011, § 47, bod 3, písm. b)

Úhradová vyhláška č. 428/2013 Sb. platná pro rok 2014⁴¹ stanovuje mimo jiné požadavky pro vybrané odbornosti, které jim při jejich splnění přinesou vyšší příjmy, resp. nedojde ke snížení hodnoty bodu. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL, je mu částka dle přesně nastavených pravidel ponížena. „*V případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, aplikuje se ustanovení ode dne platnosti osvědčení.*“ (Vyhláška 428/2013, příloha 5, § 9)

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb., a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Vyhláška byla vydána dne 22. března 2012. Tyto předpisy byly vydány s cílem zakomponovat do právních norem požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví. V uvedené vyhlášce jsou prozatím upraveny podmínky hodnocení kvality a bezpečí pouze pro lůžkovou zdravotní péči (Ministerstvo, 2013).

⁴¹ V předchozích letech úhradová vyhláška č. 425/2011 Sb. platná pro rok 2012 a vyhláška č. 475/2012 Sb. platná pro rok 2013.

Řízení kvality je také promítnuto do Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která je platná od 1. března 2011. Uvedený právní předpis stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V úvodu jsou vymezeny také pojmy „standard“ a „správná laboratorní praxe v laboratoři“. Standardem, který je běžnou součástí systémů řízení kvality, se podle vyhlášky rozumí „... *písemně zpracovaný postup poskytování zdravotní péče...*“ (Vyhláška 55/2011, § 2)

Jednotliví zdravotničtí pracovníci mají dále ve svých činnostech také uvedeno, že se podílí na přípravě standardů. Správnou laboratorní praxí se má na mysli postup v laboratoři, který odpovídá normám ČSN⁴², případně normám CEN⁴³ a ISO nebo standardům upravujícím činnosti zajišťované laboratořemi ve zdravotnických zařízeních, včetně dodržování programu zabezpečování kvality.

2.1.2 Společnosti oprávněné k externímu ověření kvality

Jak bylo již výše zmíněno, uděluje Ministerstvo zdravotnictví ČR dle Vyhlášky 102/2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní oprávnění fyzickým nebo právnickým osobám, které mohou provádět ve zdravotnických zařízeních externí hodnocení kvality a bezpečí. V současné době mají oprávnění od MZ ČR tyto fyzické nebo právnické osoby:

- Spojená akreditační komise, o.p.s. (od 21. 6. 2012),
- e-ISO, a.s. (od 31. 8. 2012),
- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. (16. 10. 2012),
- T Cert, s.r.o. (10. 7. 2013),
- CQS – Sdružení pro certifikaci systémů jakosti (od 15. 7. 2013),
- EURO CERT CZ, a.s. (od 2. 10. 2013).

⁴² České technické normy (dříve Československé státní normy)

⁴³ European Committee for Standardization

2.2 Interní audit jako nástroj řízení organizace

Interní auditování se stalo nutnou součástí procesů systémů managementu jakosti už v roce 1987, kdy byla mezi požadavky zahrnuta i první z norem ISO 9001. Audity jsou nejen povinnou součástí systémů managementu kvality, ale též důležitým nástrojem pro ověření nastavených pravidel a pro další zlepšování. Normou řady ISO 9000 je audit definován jako „*systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazů a pro jeho objektivní hodnocení s cílem stanovit rozsah, v němž jsou splněna kritéria.*“ (ČSN EN ISO 9001⁴⁴). Definice interního auditu dle Rámce profesionální praxe interního auditu vymezuje interní audit: „... *nezávislá, objektivně ujišťovací a poradenská činnost zaměřená na přidávání hodnoty a zdokonalování procesů v organizaci. Interní audit pomáhá organizaci dosahovat jejich cílů tím, že přináší systematický metodický přístup k hodnocení a zlepšování účinnosti systému řízení rizik, řídicích a kontrolních procesů a řízení a správy organizace.*“ (ČIIA⁴⁵, 2014) Uvedenou definici schválila a doplnila správní rada mezinárodního Institutu interních auditorů.⁴⁶

V této definici je nad rámec definice normy řady ISO 9000 uvedena jako funkce konzultační činnost. Zjišťování možných funkcí interního auditu bylo také předmětem zkoumání v analyticko-výzkumné části diplomové práce.

Ztotožňujeme se s názorem Nenadála, (2008: 249), který interní audit popisuje v souvislosti s managementem jakosti. Podle něj je auditování procesem, který by měl být součástí každého systému managementu, tedy i systému managementu jakosti. „*V současnosti představuje nesporně nejvyužívanější nástroj přezkoumávání stavu systému managementu jakosti, ale i dalších systémů, např. environmentálních systémů managementu, systémů managementu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, společenské odpovědnosti, managementu znalostí apod.*“

Výsledky by měl podle Nenadála (2008: 249) management organizace vhodným způsobem využít při rozhodovacích procesech. Nenadál (2008) uvádí tři účastníky

⁴⁴ V červnu 2012 vstoupila v ČR v platnost novelizovaná norma ČSN EN ISO 19011:2012 – Směrnice pro auditování systémů managementu. Pro provádění interních auditů má doporučující charakter.

⁴⁵ Český institut interních auditorů

⁴⁶ The Institute of Internal Auditors

auditů: klienta, auditora, prověřovaného. Při realizaci interních auditů považuje za rozhodujícího klienta vrcholové vedení organizace.

Kafka (2009: 29) vnímá zřízení interního auditu jako „... *individuální projekt závislý na specifických podmínkách té dané organizace.*“ Dále jmenuje faktory, které významně ovlivňují rozhodování o zřízení dané funkce, a to: velikost organizace, ekonomickou situaci, informační a komunikační systémy uvnitř organizace, úroveň systému vnitřního řízení a kontroly a dostatečnost materiálních i personálních zdrojů. Mezi hlavní indikátory poptávky po interním auditu podle Kafky (2009: 30) patří:

- „*legislativní a regulatorní požadavky,*
- *doporučení, resp. mezinárodně uznávaná nejlepší praxe,*
- *individuální rozhodnutí jednotlivce, skupiny či instituce.*“

Při hodnocení postavení interního auditu v organizaci si Kafka (2009) klade otázky (výběr autorka):

- Potřebuje organizace interní audit?
- Kdo je klientem interních auditů?
- Jaké služby interní audit poskytuje?
- Jsou auditovány činnosti požadované managementem?
- Jaká je efektivita interních auditů?
- Dochází k nápravě, nebo podněty zapadnou?

Odpovědi na některé uvedené otázky jsme hledali také ve výzkumu, který je uveden v analyticko-výzkumné části diplomové práce. Zaměřili jsme se na zjišťování, jaké služby interní audit v konkrétním zdravotnickém zařízení poskytuje, či by poskytovat mohl, zda a jak se pracuje se zjištěními z auditu, jak interní audit napomáhá zlepšování v organizaci.

Marx (2012) hovoří o interních auditech jako o systematickém procesním auditu, který umožňuje posuzovat konkrétní proces celým zdravotnickým zařízením a v návaznosti na procesy ostatní.

2.2.1 Interní audity ve zdravotnických standardech kvality

Národní standardy SAK, jež byly platné od 1. 9. 2009 definovaly požadavky k provádění interních auditů ve standardu č. 3. V revidovaných a rozšířených Akreditačních standardech pro nemocnice **Spojené akreditační komise, o.p.s.**, které

jsou v platnosti od 1. 1. 2014, je interní audit součástí standardu č. 10.4: „*V nemocnici probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.*“ (Národní, 2013: 119)

Požadavek k provádění interních auditů je uveden také ve standardech Hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče od **České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.** Uveden je zde bod pod standardem č. 1: Hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí, Interní auditní činnost 1.1.8 a 1.1.9: „*V ZZ probíhá interní auditní činnost, tato činnost je plánována a vyhodnocována. Interní auditní činnost probíhá v celém zdravotnickém ZZ (zdravotnické i nezdravotnické provozy) a zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb.*“ (2012: 5–6)

Hodnotící standardy procesu hodnocení kvality a bezpečí pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče od společnosti **e-ISO, a.s.** explicitně nevyžadují zavedení systému interních auditů, nicméně interní audity uvádí jako jeden z možných nástrojů pro prověřování dodržování požadavků definovaných dokumenty – interními předpisy (e-ISO, 2012: 2). Ve standardu č. 4.1 Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance (e-ISO, 2012: 19) je uvedena podmínka, že poskytovatel lůžkové zdravotní péče zajistí pravidelnou realizaci bezpečnostních auditů všech pracovišť a výstupy z těchto auditů jsou zaznamenány.

Další společností, která může provádět externí hodnocení kvality v České republice a bezpečí, je **T Cert, s.r.o.** Zpracován má dokument „Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, standardy pro lůžkovou zdravotní péči“ (T Cert, 2013). V nich je pod písmenem i) ve standardu č. 1.1, věnovanému zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí, uveden indikátor „*Na všech pracovištích nemocnice probíhají pravidelně vnitřní audity minimálně 1x ročně*“ Povinnost provést audit je konkrétně dále uveden u dodržování práv pacientů (standard 2.1: 10) a také u standardu pro stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace (standard 2.2, indikátor g: 12).

Společnost **CQS – Sdružení pro certifikaci systémů jakosti** má zpracovány „Hodnotící standardy pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovatele lůžkové zdravotní péče“ (CQS, 2013). Podobně jako u společnosti e-ISO, a.s. není zavedení systému interního auditu vyžadováno v celé organizaci. Povinně je audit nastaven ve standardu č. 2.2 Stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace: „*... zdravotnické zařízení má vydán dokumentovaný postup a provádí pravidelné interní audity*

zdravotnické dokumentace z hlediska úplnosti a včasnosti záznamů ve zdravotnické dokumentaci...“ (CQS, 2013: 8) a ve standardu č. 4.1. Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance: „... zdravotnické zařízení provádí pravidelně bezpečnostní audity všech pracovišť, výstupy z těchto auditů zaznamenává ...“ (CQS, 2013: 17)

„Hodnotící standardy procesu hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (SD 14)“ patří poslední společnosti oprávněné k externímu hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních, **EURO CERT CZ, a.s.** (EURO CERT CZ, 2013). Audity jsou vyžadovány opět u vedení zdravotnické dokumentace a bezpečnostních auditů: *„Je zpracována metodika provádění pravidelných interních auditů zdravotnické dokumentace z pohledu úplnosti, obsahové správnosti a včasnosti záznamů ve zdravotnické dokumentaci.“ (EURO CERT CZ, 2013: 10) „Je zajištěno provádění bezpečnostních auditů (prověrek) všech pracovišť za účasti odborně způsobilé osoby v prevenci rizik; výstupy z auditů jsou zaznamenány.“ (EURO CERT CZ, 2013: 19)*

ANALYTICKO – VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Úvod do analyticko-výzkumné části

Analyticko-výzkumná část diplomové práce plynule doplňuje předchozí teoretickou část. Nejprve vysvětlujeme cíle výzkumu, formulujeme hlavní výzkumnou otázku a náš výzkum zasazujeme do konceptuálního rámce. Následuje kapitola věnovaná metodologickému ukotvení a popisu realizace výzkumného šetření, ve kterém popisujeme metody použité ve výzkumu, zdůvodňujeme jejich výběr a uvádíme postup výzkumu a zpracování dat.

Následně se zaměříme na analýzu a interpretaci získaných dat v konkrétním zdravotnickém zařízení. Nejprve stručně tuto organizaci charakterizujeme, popisujeme současný systém interních auditů a postup, kterým zdravotnické zařízení v období let 2006–2014 dospělo. Vývoj již dokládáme vybranými výstupy z kvalitativního výzkumu této diplomové práce. Uveden je také výtah ze zprávy z pohovorů s interními auditory, které realizovala autorka diplomové práce s týmem interních auditorů v roce 2011. Vybrané jsou takové závěry, které ukázaly směr pozdějšího výzkumu.

V závěru diplomové práce uvádíme faktory, které dle výsledků výzkumu mají vliv na postoje zaměstnanců zdravotnického zařízení k interním auditům. V návaznosti na ně navrhuje opatření pro optimalizaci systému.

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Výzkum má sloužit k optimalizaci využití interních auditů v systému řízení výše popsaného zdravotnického zařízení, a je tedy součástí řízení změny organizace. Cílem této změny je dosažení resilientní kultury organizace a zlepšení kvality péče. Usilujeme o to, aby také audity podporovaly kulturu resilience v celém zařízení, a současně směřovaly ke zlepšení kvality zdravotní péče.

Od počátku jsme neměli dost přesných informací o tom, jaký je stav současné kultury ve zkoumaném zdravotnickém zařízení. Proto jsme do výzkumu zařadili též otázky, které mapovaly širší kontext postojů pracovníků vůči organizaci a její kultuře. Dále jsme pak zkoumali, jaké postoje konkrétně vůči stávajícím auditům a kontrolám nyní zaměstnanci této organizace zaujímají a jaké faktory tyto postoje ovlivňují.

Porozumění smyslu a charakteru událostí považujeme za nezbytné hledisko pro optimalizaci provádění interních auditů v příslušné organizaci. Výsledky výzkumu poslouží vedení konkrétního zdravotnického zařízení ke zhodnocení stávajícího stavu jako východisko do dalšího období v řízení změny.

Výzkum byl realizován v konkrétním zdravotnickém zařízení, které je v diplomové práci anonymizováno. Zajištěna je také anonymizace jednotlivých respondentů.

3.1.1 Zasazení cíle výzkumu do konceptuálního rámce

V následující podkapitole uvádíme konceptualizaci výzkumu. Upřesňujeme si, čemu se ve výzkumu chceme věnovat, proč jsme do něj zasadili příslušná témata a otázky. Vymezuje si teoretický kontext, ke kterému výzkum vážeme.

Cílem výzkumu je prozkoumat, jaké postoje zaujímají zaměstnanci příslušného zdravotnického zařízení k systému interních auditů, který je zde zaveden od roku 2006. Zajímalo nás čím, nebo kým jsou jejich postoje ovlivněny. Od tohoto cíle jsme odvinuli hlavní výzkumnou otázku „Jaké faktory ovlivňují postoj zaměstnanců k systému interních auditů“.

Dílčí výzkumné otázky jsme rozdělili do tří okruhů⁴⁷:

1. otázky zaměřené na roli zaměstnance ve zdravotnickém zařízení, zkušenosti, postoje a hodnoty, které souvisejí s organizační kulturou,
2. otázky směřované k získání názorů na užitečnost systému interních auditů,
3. otázky týkající se praktické stránky provádění interních auditů.

Otázkami v prvním okruhu jsme zkoumali jednotlivé prvky organizační kultury. Zajímali nás názory zaměstnanců na vnější a vnitřní prostředí nemocnice a co je přivedlo k práci v příslušné nemocnici. Zjišťovali jsme tím, jaké artefakty materiální a nemateriální povahy jsou v organizaci, ve které se audity odehrávají, vnímány. Dále jsme zkoumali angažovanost zaměstnanců, tedy jejich zainteresovanost do činností ve zdravotnickém zařízení, a zda se cítí být její součástí. Proto jsme se ptali na to, co se jim na jejich práci líbí, co považují za důležité, jaký je jejich vztah k vykonávané práci v příslušném zdravotnickém zařízení. Zajímala nás iniciativa zaměstnanců zkoumaného zdravotnického prostředí, jestli přicházejí s podněty pro vylepšení, zda a jak jsou

⁴⁷ Kompletní přehled otázek hloubkového rozhovoru je uveden v příloze č. 1.

zapojování do projednávání pracovních záležitostí. Ptali jsme se na konkrétní podporující, nebo bránící faktory ke vztahu k auditům. Otázkou, jakých lidí si dle názoru respondentů organizace váží, jsme zjišťovali, jací lidé jsou v příslušné organizační kultuře vzorem pro ostatní, jaké osobní hodnoty respondenti zastávají a které hodnoty podle nich oceňuje samotná organizace.

Pro optimalizaci systému interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení, o kterou usilujeme v rámci souladu s principy resilientní organizace, jsme potřebovali vědět, jaká je úroveň týmové spolupráce v organizaci, jaké subkultury ji ovlivňují, jak se lidé v týmu vzájemně podporují a učí. Abychom dosáhli kultury resilientní organizace, která bude podporovat aktivní přístup k práci zaměstnanců v souladu s cíli organizace a jejich schopnost učit se, je našim záměrem docílit organizační angažovanosti zaměstnanců na rozvoji kvality. Při ní se musí učení odehrávat na úrovni celé organizace, aby nebylo závislé jen na některých jednotlivcích. „*Budovat angažovanost jako rys organizační kultury znamená rozvíjet pracovníky organizace, dosahovat jejich iniciativy, odpovědnosti a vědomí ‚spoluvlastnictví‘ organizace.*“ (Lukašová, 2010: 153)

V prvním okruhu otázek jsme se dále zaměřili na přenos informací v organizaci, používané komunikační nástroje a typy informací, jež se k zaměstnancům dostanou. V neposlední řadě nás zajímal názor respondentů na hodnoty, jaké převládají v zařízení. Vycházíme z toho, že kvalitní péče je taková, která je zaměřena na klienty a jeho potřeby. Toto zaměření by však nemělo být pouze deklarováno, ale i v praxi realizováno. Širší oblast jsme věnovali zjišťování zájmu zaměstnanců o další profesní rozvoj a vzdělávání. Doptávali jsme se na vnímání podpory vzdělávání ze strany zaměstnavatele. Vycházíme z názoru Davys a Beddoe (2010), které uvádějí do vztahu zdravě vyvážený přístup podporující učení a rozvoj s vyšší participací pracovníků a nižšího managementu na dění uvnitř organizace.

Druhý a třetí okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru byl zaměřen na zkoumání konkrétních názorů a postojů k minulému, současnému i budoucímu systému interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení. Zabývali jsme se pocity respondentů především při interních auditech. Zajímal nás jejich názor na důvody, proč organizace interní audity zavedla, stále je v praxi aplikuje, a v čem vidí jejich význam. Několik dílčích otázek jsme zaměřili na zkoumání směrem k interním auditorům. Bylo pro nás důležité zjistit, jaký pohled mají zaměstnanci na tyto své kolegy, v čem vidí

jejich motivaci k práci interního auditora a jak vnímají jejich chování a způsob komunikace.

Významné pro nás byly odpovědi na otázku zabývající se způsoby vypořádávání se s výstupy z auditů. Tento činitel je spolu s uplatněním kritického myšlení pro nás ukazatelem resilientní kultury, ve které by měla být hodnotou schopnost přijímat a dávat zpětnou vazbu a integrovat nové poznatky do změn v praxi.

Ke kultuře zkoumaného zdravotnického zařízení přistupujeme z objektivistického (funkcionalistického) pohledu. Zdravotnické zařízení je vnímáno jako organizace, která má kulturu, lze na ni působit, ovlivňovat ji, vylepšovat a měnit. K dosažení resilientní kultury chceme podporovat zainteresovanost zaměstnanců na dění v organizaci, aby pochopili význam deklarovaných cílů a na ně navazujících dílčích činností. Nespokojíme se jen s vrcholovým vedením zdravotnického zařízení a aktivitou několika jedinců okolo něj, ale chceme docílit celkové organizační angažovanosti s aktivním přístupem ostatních zaměstnanců.

3.2 Metodologické ukotvení a popis realizace výzkumného šetření

V této kapitole vysvětlíme, k jakému výzkumnému přístupu jsme se přiklonili a představíme použité metody. Dále zde uvedeme způsob výběru respondentů pro výzkum a tento vzorek přiblížíme. Popíšeme postup provedení výzkumu a zpracování dat.

3.2.1 Kvalitativní přístup

Pro získání dat potřebných pro zjištění faktorů, které ovlivňují postoje zaměstnanců zdravotnického zařízení k interním auditům, jsme zvolili kvalitativní přístup. Umožnil nám získat informace hlubšího charakteru zaměřené na vztahy mezi osobami a činnostmi, postihnout odlišné typy respondentů a účastníkům dát větší volnost v odpovědích při rozhovorech. K volbě této metody jsme také přistoupili z důvodu, že v příslušném zdravotnickém zařízení nebyly nikdy předtím procesy interního auditu prozkoumány (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

Kvalitativní výzkum pracuje se slovními vyjádřeními. Kutnohorská (2009: 22) nazývá kvalitativní výzkum nematematickým analytickým postupem: „*Může to být*

výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“ Podobně Disman (2011) definuje kvalitativní výzkum jako nenumerické šetření, jehož posláním je **porozumění lidem v sociálních situacích** (zvýrazněno v originále). Dodává, že se jedná o interpretaci sociální reality: „Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“ (Disman, 2011: 286)

U kvalitativního výzkumu nejsou na rozdíl od kvantitativního, jak uvádějí Švaříček, Šed'ová a kol. (2007: 24), na začátku stanoveny základní proměnné, hypotézy a výzkumný projekt není závislý na předchozí teorii. „Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“ Při kvalitativním postupu není výběr proměnných prováděn výzkumníkem. Podle Dismana (2011) rozhodují o redukci dat zkoumané osoby.

Začali jsme zkoumanou oblastí, kterou byly pro nás postoje zaměstnanců k současnému systému interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení. Dále jsme si stanovili cíl výzkumu a určili základní výzkumnou otázku. Následně jsme pomocí několika níže uvedených metod data nasbírali, průběžně je analyzovali a podle potřeby shromažďovali další. Po jejich získání jsme v nich hledali nejen odpovědi na naši hlavní výzkumnou otázku, ale objevovali i další jevy a pravidelnosti.

Hendl (2008) práci kvalitativního výzkumníka přirovnává k činnosti detektiva. „Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí induktivní a deduktivní závěry.“ (Hendl, 2008: 48)

Švaříček, Šed'ová a kol. (2007) upozorňují na to, že po pravidelnostech, které se v datech vyskytují, začne výzkumník pátrat teprve po nasbírání dostatečného množství dat. Následně formuluje předběžné závěry, pro které hledá další oporu v datech.

K analýze dat jsme využili techniky „otevřeného kódování“. Tato metoda byla vyvinuta v rámci jedné z metod kvalitativního výzkumu⁴⁸, tzv. zakotvená teorie („grounded theory“⁴⁹). Strauss a Corbinová (1999: 14) uvádějí, že „... je to teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. O induktivním přístupu v kvalitativním výzkumu hovoří také Disman (2011), nazývá jej induktivní logikou.

⁴⁸ Další přístupy kvalitativního výzkumu jsou např.: případová studie, biografický výzkum, zkoumání dokumentů, etnografický výzkum atd. (Hendl, 2008).

⁴⁹ Postup je spojen se jmény amerických sociologů B. Glasera a A. Strausse (Hendl, 2008).

Jsme si vědomi, že výsledky výzkumu lze vztáhnout jen ke zkoumanému vzorku. Nelze jej zobecňovat na celou populaci (Disman, 2011; Hendl, 2008; Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Podle Bělohávků (1996) mohou výsledky takového výzkumu sloužit jako inspirace pro jiné výzkumníky.

3.2.2 Použité metody

Pro sběr dat jsme použili následující výzkumné metody: hloubkový rozhovor, focus group a analýzu dokumentů. Následně popíšeme, jak se jednotlivé metody uplatňují v praxi a jak jsme je využili pro náš výzkum.

Hloubkové rozhovory:

Hloubkové rozhovory byly pro nás hlavní metodou pro získání dat. Podle Švaříčka a Šedřové (2007) jsou považovány za nejčastěji používanou metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu. Definují jej „... jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.“ (Švaříček, Šedřová a kol., 2007: 159) Podle Kvaleho (citováno in Švaříček, Šedřová a kol., 2007: 159) je účelem rozhovoru „... získat vyličení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů“.

Vlastní průběh rozhovoru je závislý na interakci mezi respondentem a tazatelem. (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001). Autoři připouštějí možnost, kdy tazatel může sdělovat také svůj názor, pokud by respondent nechtěl odpovídat.

U kladení otázek upozorňuje Kaufman (2010) na nepravděpodobnost čtení a kladení otázek v pořadí, v jakém si je výzkumník sepsal. Při přípravě otázek dává přednost sadě opravdových otázek, propracovaných a konkrétních, které nám dávají přesnější nástroj. Zdůrazňuje význam úvodních otázek, jež udávají tón (Kaufman, 2010).

Focus group:

Metodu „focus group“ (ohniskovou skupinu) jsme ve výzkumu využili poté, co jsme měli k dispozici data z individuálních rozhovorů a měli jsme hrubou představu o postojích zaměstnanců k interním auditům.

Podle Morgana (2001) získáváme při ohniskové skupině data s využitím skupinových interakcí. Opakem je skupinový rozhovor, který vzájemné ovlivňování členů skupiny nepoužívá. „Jako forma kvalitativního výzkumu jsou ohniskové skupiny

především skupinovým rozhovorem – nikoliv ovšem ve smyslu výměny otázek badatele a odpovědí respondenta. Namísto toho se v tomto typu výzkumu spoléhá na interakci uvnitř skupiny, jež je vyvolána tématy, která jsou předkládána badatelem a obvykle moderátorem v jedné osobě.“ (Morgan, 2001: 13)

Podstatou pro ohniskovou skupinu je téma, tedy ohnisko, které se odvíjí od výzkumného problému (Morgan, 2001). Ohniskem při naší focus group bylo porozumět tomu, jak současní interní auditoři vnímají celý průběh auditů od přípravy až po jeho ukončení, jak se v této pracovní roli ve zdravotnickém zařízení cítí, co je motivuje k dalšímu rozvoji a k práci interního auditora. Zároveň bylo zajímavé prozkoumat, kde samotní auditoři vnímají v systému rezervy a porovnat jejich názory z druhého úhlu.

Výstupy focus group potvrdily, že jsme pro tuto fázi výzkumu zvolili vhodnou metodu. Skupinová interakce podnítila účastníky k dalším názorům, asociovala je k situacím, které v pozici auditora prožívají.

Rozhodnutí pro použití metody se skupinou interních auditorů vyplynulo z dat získaných hloubkovými rozhovory. Respondenti (zaměstnanci nemocnice, kteří nejsou interními auditory) v nich sdělovali svůj pohled na práci auditorů, jejich chování, styl vedení auditů a názory na praktickou stránku provádění interních auditů. Prvotní získaná data totiž ukázala, že jedním z faktorů ovlivňující postoje zaměstnanců k systému interních auditů, budou pravděpodobně interní auditoři.

Ve vzorku skupiny s deseti účastníky⁵⁰ byli zastoupeni auditoři, jež tuto pozici vykonávají ve zkoumaném zdravotnickém zařízení od začátku provádění interních auditů a auditoři, kteří tuto funkci začali vykonávat v dalším průběhu. Jeden člen zastupoval auditora z hospodářsko-technické správy nemocnice, dvě z auditorek jsou ve své hlavní práci na pozici vrchní sestry. Focus group se konala mimo prostory nemocnice, aby bylo zajištěno prostředí bez rušivých elementů.

Analýza dokumentů:

Standardní metodu analýzu dokumentů, kterou lze použít jak v kvalitativním, tak i v kvantitativním výzkumu (Hendl, 2008), jsme v našem výzkumu využili v menším rozsahu. Analyzovali jsme interní dokumenty příslušného zdravotnického zařízení, pokud nás zjištění z rozhovorů a ohniskové skupiny k tomu inspirovala. Analýzu

⁵⁰ Literatura uvádí vhodný počet pro tuto metodu mezi 6–10 účastníky (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007; Příbová in Bedrnová, Nový a kol., 2007).

dokumentů jsme také využili při popisu stávajícího stavu systému interního auditu ve zkoumané organizaci. Přehled použitých dokumentů je součástí Seznamu použité literatury a dalších zdrojů.

Kutnohorská (2009: 43) chápe analýzu dokumentů jako „... kvalitativně-interpretativní analýzu písemných svědectví, které mohou sloužit jako pramen k vysvětlení lidského jednání.“ Na mysli má jakýkoli dokument, který nebyl vytvořen za účelem výzkumu. „Při analýze dokumentů pracujeme s daty, která již byla vytvořena, my je tedy v průběhu výzkumu nevytváříme.“ (Kutnohorská, 2009: 43)

3.2.3 Výzkumný vzorek

Rozhovory byly vedeny se zaměstnanci příslušného zdravotnického zařízení v těchto pozičních zastoupeních:

- lékař,
- nelékařský zdravotnický pracovník,
- zaměstnanci hospodářsko-technické správy,
- zástupci středního managementu
- člen vrcholového vedení zkoumaného zdravotnického zařízení⁵¹.

Podle otázek hloubkového rozhovoru bylo provedeno šestnáct rozhovorů, přičemž bylo původně osloveno osmnáct potenciačních respondentů. Rozhovor odmítli dva lékaři. Jeden poté, co pochopil, že by rozhovor byl nahráván na diktafon. Druhý odmítnutý rozhovor byl od lékařky, která ani po dvou dotazech, zda s provedením rozhovoru souhlasí, nesdělila své vyjádření. V ostatních případech bylo možné domluvit se na termínu rozhovoru.

V šesti případech byli pro individuální hloubkový rozhovor osloveni zaměstnanci, u kterých jsme se domnívali, že jejich postoj k auditům bude odmítavý a kritický. Dva z nich rozhovor odmítli, se čtyřmi se výzkum uskutečnil.

Při výběru respondentů jsme dále vycházeli z modelu angažovanosti, které podle různých autorů uvedla Simpson (2008)⁵². Využili jsme pracovního působení autorky

⁵¹ Základní vzorek: 2 primáři (P 1–2), 1 lékař (L 1), 2 vrchní sestry (VS 1–2), 3 sanitáři, z toho 2 ženy a 1 muž (S 1–3), 4 nelékařští zdravotničtí pracovníci (zdravotní sestry ZS 1–4), 1 vedoucí HTS (V 1), 2 zaměstnanci HTS (Z HTS 1–2), 1 člen vedení nemocnice (Ř) + skupina deseti interních auditorů při focus group (IA 1–10).

diplomové práce ve zkoumaném zdravotnickém zařízení a vytipovali jsme respondenty podle znaků jednotlivých modelů angažovanosti. Osobní angažovanost jsme vnímali u osob, o kterých jsme se domnívali, že dělají svoji práci rádi, mají k ní vztah, jsou s ní psychicky spojeni. Charakteristikou osob u pracovní angažovanosti bylo jejich vysoké nasazení pro příslušnou práci a nadšení, které se projevuje v jejich chování v každodenním pracovním životě, přinášáním nápadů pro řešení problémových situací, aktivním zapojováním do diskuse, hledáním další inspirace apod. Zaměstnaneckou angažovanost jsme posuzovali podobně jako pracovní, více jsme si všímali míry zapojení potenciálního respondenta do pracovních aktivit. Pro vzorek výzkumu jsme vytipovali také dvě osoby, které jevily známky syndromu vyhoření. Pociťovali jsme u nich nižší zájem o vykonávanou profesi, menší nadšení, únavu a vyčerpání.

Celkově se do výzkumu zapojilo 26 respondentů včetně účastníků ohniskové skupiny. Poměr žen a mužů byl 20:6, poměr řadových zaměstnanců a vedoucích pracovníků 17:9. Věková struktura respondentů se pohybovala mezi 25–61 lety, praxe v příslušném zdravotnickém zařízení mezi 5–28 lety.

3.2.4 Postup výzkumu a zpracování dat

Důležitou částí výzkumu bylo pro nás stanovení jeho cíle, aby se mohly výstupy z výzkumu uplatnit v praxi. Při stanovení cíle, tedy zkoumání postojů zaměstnanců k interním auditům, jsme vycházeli z osobních a profesních praktických zkušeností v konkrétním zdravotnickém zařízení. Švaříček, Šedřová a kol. (2007: 62) ke stanovení cílů dodávají: „... *zda jsou dostatečně významné, aby se do něj výzkumníkovi vyplatilo „investovat“*.“ Jak dále uvádějí, je nutné znát odpovědi na otázky, ve vztahu ke komu jsou cíle výzkumu relevantní a koho budou zajímat. Kaufman (2010: 41) upozorňuje na to, aby si výzkumník na začátku téma důkladně promyslel. Za ideální považuje takové, při kterém je výzkumníkovi zřejmé, „... *kam míří a chce se tam vydat, protože tuší, že něco odhalí*.“, co bude zkoumat.

S prováděním a cílem výzkumu jsme seznámili vedení zdravotnického zařízení s tím, že po jeho ukončení předložíme zjištění a návrhy na optimalizaci systému interních auditů. Vedení nemocnice v zastoupení ředitele jsme obeznámili s použitím

⁵² Popsáno v teoretické části diplomové práce, kap. 1.3 „Angažovanost zaměstnanců“.

plánovaných metod a zdůraznili zajištění anonymity respondentů. Uvedený postup považujeme za velmi důležitý z etického hlediska vedení výzkumu. Dalším důvodem je riziko ztráty důvěry mezi tazatelem a respondenty, což by mělo negativní dopady nejen na jejich interpersonální vztahy, ale také by mohlo ohrozit šanci na implementaci navrhovaných změn.

Nedílnou součástí výzkumu byly písemné informované souhlasy. Respondenti je obdrželi vždy předem, aby měli čas si jej v klidu přečíst a v případě nejasností se před začátkem rozhovoru doptat. V informovaném souhlasu jsme vymezili účel, za kterým je výzkum realizován, vysvětlili potřebu nahrání rozhovorů na diktafon a seznámila příslušného respondenta s přepisem rozhovorů. Ubezpečila jsem účastníky, že klademe velký důraz na etické hledisko výzkumu a co největší anonymizaci při interpretaci dat. V případech, u kterých jsme vnímali, že by mohlo být z obsahu sdělení identifikovatelné, kdo je autorem příslušného názoru, jsme co nejvíce sdělení zobecnili. Citaci jsme poupravili tak, aby zásah nenarušil obsah výstupu. V tomto případě jsme ještě část interpretovaných dat poslali před vydáním diplomové práce k autorizaci dotyčným osobám.

Pro výzkumné interview zajistila tazatelka (autorka diplomové práce) klidné prostředí. S respondentem se vždy předem domluvila na místě konání. V případě, že se rozhovor konal v prostorách zkoumaného zdravotnického zařízení, byl smluven termín spíše na odpolední hodiny, aby se co nejvíce eliminovaly rušivé elementy. Samozřejmostí bylo vypnutí telefonů.

Na začátku rozhovoru byl společně probrán informovaný souhlas a tazatelka si případně osvětlila dotazováním, zda respondent všemu rozumí. Teprve potom oba zúčastnění souhlas na místě podepsali. Při pořadí kladení otázek jsme se inspirovali Pattonem (in Hendl, 2008), který pro zahájení rozhovoru doporučuje začít otázkami neproblémových skutečností. Mezi ně uvádí např. současné aktivity, zkušenosti a chování jedince. Ve druhé fázi, kdy se věnujeme cíli výzkumu, upozorňuje na potřebu již vytvořené atmosféry s důvěrou mezi dotazovaným a tazatelem.

V závěru rozhovoru se tazatelka respondenta zeptala, zda by chtěl něco zdůraznit, doplnit, či se sám na něco optat. Použitá metoda otevřených otázek dala účastníkům výzkumu větší volnost v odpovědích. „*Pomocí otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku.*“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007: 159–160)

Následovala fáze výzkumu, přepisy nahraných rozhovorů. Přepisy jsme zajistili dvěma způsoby. Některé přepsala sama autorka diplomové práce, jiné zajistila přes třetí osoby. S tímto byli respondenti seznámeni v informovaném souhlasu. V souborech s přepsanými rozhovory jsme očíslovali řádky, aby se v nich následně bylo možno orientovat. Tento způsob se v další části výzkumu ukázal jako velmi praktický. Inspirovali jsme se doporučením Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007), kteří upozorňují na potřebu dohledat později pasáž s určitým kódem.

Rozhovorům jsme přiřadili jména podle planet nebo souhvězdí (Merkur, Venuše, Země atd.), abychom zajistili co nejvyšší anonymitu. Z důvodu následné identifikace pracovních pozic, jež jsou uváděny v interpretovaných datech, jsme si vytvořili přehled respondentů s přiřazením příslušných identifikátorů. Přepisy jsme anonymizovali i v samotném obsahu textu, pokud to bylo nutné (lokalitu, jména kolegů, pokud byla respondentem uvedena apod.)⁵³.

Po postupném získání dat v písemné podobě jsme začali se čtením rozhovorů a otevřeným kódováním. Při něm jsme si vlastními názvy pojmenovávali jednotlivé jevy. *„Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje.“* (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007: 211)

Výstupem této části výzkumu byl seznam se stovkami kódů. *„Během výzkumu se mohou vyskytnout desítky až stovky pojmů.“* (Strauss, Corbinová, 1999) Následně jsme si v textovém editoru Word přiřadili jednotlivé kódy do vlastních kategorií s uvedením anonymizovaného jména a čísel řádků. Strauss a Corbinová (1999) nazývají tento proces seskupování pojmů „kategorizací“. Kódy v jednotlivých kategoriích jsme si dále roztřídili na subkategorie⁵⁴.

Toto uspořádání nám pomohlo v nacházení často se opakujících témat a vztahů mezi nimi. Kategoriím a subkategoriím jsme průběžně přidělovali názvy, které co nejvíce logicky souvisely s údaji, jež zastupovaly (Strauss, Corbinová, 1999). Některé názvy, jak také Strauss a Corbinová (1999) připouští, jsme převzali z odborné literatury (např. komunikační síť, komunikační nástroje a nositelé informací, motivace apod.).

⁵³ Ukázka takto zpracovaných přepisů je uvedena v příloze 2.

⁵⁴ Ukázka kategorií se subkategoriemi je uvedena v příloze 3.

Zdrojem pojmenování byly však také pojmy, které použili respondenti – tzv. „in vivo“ kódy (např. divadelní představení, staré koleje, ochranná lhůta, nebafejte na mě apod.).

Vybrané kódy jsme si vypisovali na barevné lepící lístečky, některé bylo třeba vypsát vícekrát, protože se vztahovaly k více jevům, měly vliv na chování v různých situacích, byly jejich příčinou. Následně jsme si vybrali takové kategorie a subkategorie, které se často v rozhovorech opakovaly, či se projevily ve vzájemných vztazích (např. konání interního auditu způsobuje u zaměstnanců strach, zavedení systému řízení kvality zvýšilo administrativu, nedostatek informací podporuje nežádoucí neformální komunikaci). Tyto části jsme si zpětně zasadili do tří hlavních okruhů výzkumných otázek. Využili jsme částečně metody axiálního kódování, která údaje zase novým způsobem skládá dohromady „... vytvářením spojení mezi kategoriemi a jejími subkategoriemi.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 71)

Ještě před dalšími úzce zaměřenými rozhovory a realizací ohniskové skupiny jsme se na základě prozatím vnímaných souvislostí pokusili o zahájení psaní příběhu složeného z jevů, chování a přisuzovaných hodnot v příslušném zdravotnickém zařízení.

Po otevřeném a axiálním kódování, kdy jsme si vydefinovali základní kategorie⁵⁵, jsme pět rozhovorů a ohniskovou skupinu již cíleně zaměřili k potřebným oblastem. Autorka diplomové práce se doptávala respondentů, abychom získali další data k rozvinutí prvotních zjištění (např. předávání informací v organizaci, motivace interních auditorů k této práci, význam realizace systémů řízení kvality a interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení, nástroje používané pro oceňování a motivaci zaměstnanců apod.).

Výstupem uvedeného výzkumného postupu je celistvý příběh strukturovaný do jednotlivých kategorií a subkategorií podle tří hlavních výzkumných okruhů:

1. kontext s organizační kulturou zdravotnického zařízení,
2. zjištění o užitečnosti systému kvality řízení a interních auditů,
3. praktická stránka provádění interních auditů.

Příběh, který je uveden v analyticko-výzkumné části diplomové práce „Interpretace analyzovaných dat“ (kap. 4.2), se stal podkladem pro identifikaci faktorů, které ovlivňují postoje zaměstnanců v konkrétním zdravotnickém zařízení k internímu

⁵⁵ Proměnné uvedené do vzájemných vztahů (Švaříček, Šedřová a kol., 2007: 91).

auditů a vytipování podnětů pro funkcionální změny organizační kultury v návaznosti na optimalizaci interních auditů.

Nedílnou součástí realizace kvalitativního výzkumu bylo studium odborné literatury. Významné pro nás bylo při konstruování otázek hloubkového rozhovoru, ale i při samotné analýze dat. „*Literatura může podněcovat teoretickou citlivost tím, že poskytuje pojmy a vztahy, které je možné porovnávat se skutečnými údaji.*“ (Strauss, Corbinová, 1999: 34) Studium literatury bylo kontinuálním procesem po celou dobu tvorby diplomové práce. Výstupem teoretické části diplomové práce je kompilace odborné literatury k danému tématu, na kterou navazují data výzkumu, jež jsou též podložena odbornými tvrzeními.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Charakteristika zkoumaného zdravotnického zařízení

Zdravotnické zařízení, ve kterém byl prováděn výzkum, patří ke středně velkým nemocnicím. Příslušné zdravotnické zařízení zajišťuje léčebně preventivní péči, ambulantní péči, lůžkovou základní a speciální diagnostickou léčebnou péči pro spád zhruba 90 tis. obyvatel a pracuje zde kolem 700 zaměstnanců. Ročně je zde hospitalizováno přes 14 tis. pacientů, provedeno přes 6 tis. operačních výkonů, v ambulantní části kolem 170 tis. vyšetření a ročně se narodí přes 1,4 tis. dětí. Zdravotnickým oddělením zajišťuje podporu hospodářsko-technická správa. Většina základních činností je prováděna vlastními zaměstnanci. Prostřednictvím externích služeb („*outsourcing*“) jsou zajištěny úklidové služby, právní služby, bezpečnost práce a požární ochrana a částečně informační technologie. Nemocnice deset let vykazuje kladný hospodářský výsledek a nemá vůči dodavatelům žádné dluhy.

4.1.1 Současný stav systému řízení kvality v nemocnici

Systém managementu kvality je v příslušném zdravotnickém zařízení zaveden od roku 2007, kdy část nemocnice byla certifikována dle normy ČSN EN ISO 9001:2000. Postupná implementace řízení kvality do příslušného zdravotnického zařízení byla ze strany vedení organizace záměrná. *„Je to komplikovaná záležitost a musí se to udělat postupně. Proto jsme šli nejdřív tou cestou certifikace, pak jsme nastoupili akreditaci. Druhá věc je, že jsme pochopili, že ten systém můžeme zavést formálně, anebo, že ho můžeme pojmout tak, aby to pro nemocnici mělo skutečný efekt.“* (ředitel zkoumaného zdravotnického zařízení)

Od roku 2010 je příslušné zdravotnické zařízení akreditováno dle Národních akreditačních standardů SAK, v listopadu 2013 byla nemocnice reakreditována. Oddělení klinické biochemie a hematologie prošlo úspěšně v roce 2012 externím auditem ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189:2007, v listopadu 2013 dozorovým auditem. Oddělení patologie a soudního lékařství absolvovalo audity NASKL I a II. Stravovací oddělení je držitelem certifikátu pro systém HACCP. Reakreditace celé nemocnice je naplánovaná na podzim 2016.

4.1.2 Interní audity ve zkoumaném zdravotnickém zařízení

Interní auditní činnost je ve zdravotnickém zařízení aplikována od roku 2006. V té době byl pomocí externí společnosti vyškolen tým dvaceti interních auditorů, který začal postupně provádět interní audity. Audity jsou dnes zajišťovány na všech odborech a odděleních nemocnice, zdravotnické i technicko-hospodářské části. Audity se minimálně jednou ročně týkají také vedení organizace.

Před rokem 2006 nebyly v příslušném zdravotnickém zařízení prováděny po odděleních žádné interní audity, kromě kontroly uzavřené zdravotnické dokumentace⁵⁶, předem ohlášených finančních kontrol zaměřených na stav pokladniček na odděleních a kontrol ze strany zaměstnanců odpovědných za BOZP a PO.

Jak v rozhovoru, který byl součástí kvalitativního výzkumu, uvedl ředitel zdravotnického zařízení, stála v té době kontrola pouze na zodpovědnosti vedoucích pracovníků. Dále ředitel připouští nejednotný přístup každého oddělení ke kontrole a k jednotlivým činnostem. Hovoří o absenci aktivního preventivního vyhledávání slabých míst a doslova o „hašení požárů“: „... *sjednocování probíhalo pouze na základě toho, když se objevil nějaký problém, ...*“

Zhruba v roce 2004 začal pracovat tým kvality ošetrovatelské péče se zaměřením na dodržování ošetrovatelských standardů. Z té doby však nejsou archivovány zápisy z kontrol. Příklad uvádíme z důvodu, abychom zdůraznili význam zápisů z interních auditů, dokumentované zpětné vazby pro zaměstnance oddělení i celý systém.

Výběr auditorů je prováděn prozatím spíše náhodně. Vedoucími pracovníky je vytipován zaměstnanec a tato role mu nabídnuta, v menším počtu projeví zájem sama osoba. „*Vrchní řekla, prostě půjdeš tam, je tam potřeba, aby tam někdo šel a já, protože jsem hodná holka, tak jsem řekla: „Jasně, jdu, budeš interní auditor“*“ (IA 5)

V interním předpisu⁵⁷ jsou nastaveny základní požadavky pro pozici interního auditora. Požadováno je minimálně středoškolské vzdělání, alespoň pětileté působení v organizaci a základní dovednosti práce s počítačem. Mezi měkké požadavky patří komunikační dovednosti, objektivita, schopnost reálně vnímat situace, analytické zkušenosti a zdravý úsudek. Jsme si však vědomi, že se jedná o indikátory, které jsou velmi těžce měřitelné. V příslušném zdravotnickém zařízení není prozatím vyvinuta

⁵⁶ V nízkém počtu, cca 50 chorobopisů ročně za celou nemocnici.

⁵⁷ Směrnice pro interní audity a vnitřní kontrolní systém (intranet příslušného zdravotnického zařízení).

metoda, která by alespoň částečně tyto požadavky předem ověřovala (např. pohovor). Pro udržení a rozvoj auditorské praxe musí ročně auditoři provést minimálně čtyři interní audity a absolvovat alespoň jedno školení v oblasti systému řízení kvality. Pravidla připouštějí, aby členem auditního týmu byl zaměstnanec nemocnice, který sice nesplňuje výše uvedené požadavky, ale při auditu působí jako odborný konzultant (např. pro oblast hemoterapie, prevence nozokomiálních nákaz, manipulace s návykovými léky, nakládání s odpady, zacházení se zdravotnickou technikou apod.).

Před zahájením činnosti absolvuje budoucí auditor jednodenní kurz zaměřený primárně na teoretické pochopení auditů a na to, jak se audity odráží v systému řízení kvality příslušného zdravotnického zařízení. Úvodní kurz vede interní zaměstnanec nemocnice, manažerka kvality (pozn.: autorka diplomové práce), která účastníky zároveň seznámí se základními postupy a pravidly v organizaci. Po kurzu absolvuje budoucí interní auditor tzv. zkušební audity, což obnáší účast na některém z „ostrých“ auditů, získávání zkušeností formou pozorování a podílením se na vypracování zápisu. Následně je nový auditor postupně zapojen do auditů ke zkušenějším kolegům.

V současné době pracuje v organizaci dvacet čtyři interních auditorů. Součástí týmu je šest lékařů, z toho dva provádí s dalšími členy týmu otevřené audity⁵⁸ na odděleních a další čtyři zajišťují kontrolu uzavřené zdravotnické dokumentace. V týmu je jeden zaměstnanec hospodářsko-technické správy, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, manažerka kvality a zbývající část tvoří nelékařský zdravotnický personál – zdravotní sestry. Z této skupiny personálu působí v rámci své hlavní pracovní pozice šest auditorů v linii středního managementu.

Za slabou stránku složení týmu považujeme nízký počet zástupců z hospodářsko-technické správy a lékařů, i když oproti předchozímu období došlo k mírnému zlepšení. Tento názor se potvrdil také ve výzkumu se zaměstnanci a interními auditory, kteří velmi citlivě vnímají nízké zapojení lékařů do celého systému: „*Prostě máme v našem týmu málo lékařů, i když se to zlepšuje, ale je to furt málo, to se tedy nedivíme, potřebujeme doktory jako oporu, ať se nám to třeba nelíbí, maj přeci jen hmmm větší autoritu u svých kolegů.*“ (IA 10) Ředitel zdravotnického zařízení potvrzuje své povědomí o této slabé stránce odpovědí na otázku, která zkoumá názor respondenta na pocity auditorů: „*Když někam přijde střední zdravotní pracovník a teďka komunikuje*

⁵⁸ Otevřenými audity jsou v organizaci nazývány takové audity, které se konají přímo na příslušných odděleních a dochází zde k přímé komunikaci mezi auditory a auditovanými.

s lékařem, tak samozřejmě ta vyjednávací síla toho lékaře, jeho postavení je silnější. Takže pro sestru je určitě komplikovaný něco vytykat nebo upozorňovat na nějakou chybu lékaře nebo dokonce primáře oddělení.“

Tým interních auditorů je přímo podřízen manažerovi kvality. Tato pozice je v organizační struktuře nemocnice přímo podřízená řediteli nemocnice, s jednotlivými odděleními síťově propojená prostřednictvím tzv. zástupců manažerů kvality. Při pracovních poradách se tým interních auditorů schází minimálně 2 x ročně a dále v užším složení dle aktuální potřeby. Jednou ročně je pro interní auditory zajištěno speciální odborné školení.

Implementace interních auditů

Zavádění interních auditů bylo ve zkoumaném zdravotnickém zařízení zahájeno v roce 2006 spolu se zavedením systému řízení jakosti podle tehdejší platné normy EN ČSN ISO 9001:2000. Nejprve byla cíleně do systému zařazena vybraná oddělení, větší část z hospodářsko-technické správy (personální odbor, provoz a správa majetku, technické zabezpečení, doprava, prádelna), dále lékárna, operační sály, centrální sterilizace a oddělení klinické biochemie a hematologie. Na oddělení stravování byl proces zavedení QMS spolu s HACCP, a tedy i interními audity, zahájen po převzetí této oblasti do vlastní správy v roce 2007. Certifikace HACCP zde byla získána v polovině roku 2010.

Ze začátku se interní audity nesetkávaly s kladným přijetím. Jednalo se v nemocnici o zcela novou činnost, která narušovala stávající stav. Zaměstnanci včetně většiny vedoucích pracovníků vnímali audity jako prvek zasahující do jejich práce, která dle jejich pohledu do té doby zcela fungovala⁵⁹.

Auditoři byli postaveni, i když po proškolení, do role, kdy měli přijít na oddělení a ověřovat, jak jsou dodržovány určité postupy. V té době nebyla ještě zcela vytvořena základna celonemocničních interních předpisů i pracovních postupů na odděleních, podle kterých by se auditoři mohli orientovat a které by jim také sloužily jako opora. V popisovaném období byly tyto interní dokumenty v procesu vzniku a zavedení do tzv. řízené dokumentace. Pamatuji si, jak bylo často velmi složité dopátrat se toho, jak jsou pravidla nastavená, pokud vůbec byla, a jaký postup činnosti má být vyžadován. Objevovaly se výroky typu: my to takto děláme už xx let a nikdy to nevadilo, o tomto

⁵⁹ Data k těmto zjištěním jsou uvedena v analyticko-výzkumné části v kategorii 4.2.3.1 „Audity dříve a dnes“.

nám nikdo neřekl, to je pro naše oddělení složité, to se nás netýká, auditoři to přehánějí apod.: „*Ta vrchní to bere osobně a oni jsou si pak jistý, že ona se za ně postaví, když oni udělaj tu chybu, že jo. Když jako napíšem, že třeba se vysloveně bude týkat o jednu osobu, napíšem to tam jako jmenovitě (má na mysli do zápisu z auditu), tak prostě ona se za ní postaví, že ne, že ona to takhle neudělala, že jsme udělali my chybu a že to vše moc ‚žereme‘ a přeháníme (míní auditory).*“ (IA 10)

Rozvoj systému interních auditů

V návaznosti na zjištění výzkumu považujeme za významné dále popsat, jakými prostředky bylo dosaženo současného stavu postojů zaměstnanců i samotných interních auditorů k systému interních auditů. Pro dokreslení uvádíme vyjádření některých respondentů výzkumu, kteří vnímají rozdíly mezi systémem interních auditů dříve a dnes:

- „*Ted' se to lepší, musím říct, že ted' už jsme se dostali do stádia, kdy ty auditory bereme, dá se říct běžně, už nikdo ani není nervózní, už mi ani neutíkaj. (T: smích) Dokonce, dřív jsme se snažili nějaký věci neukázat, Ukázat jenom co chceme. Dneska jsme se už dostali do stádia, kdy jsme jim to ukazovali a ptali se jich, zda to máme dobře... Že už ten pohled je dneska jinej.*“ (VS 2)
- „*Mě teda zpočátku to jako švalo, to musím říct, ale, ale určitý věci mě štvou stejně, ale těch není tolik,...*“ (P 2)

Rozvoj interních auditorů a samotného systému interních auditů je ve zdravotnickém zařízení zajišťován následujícími prostředky:

- úvodní a průběžná školení interních auditorů,
- samotné audity a specifické analýzy,
- pracovní workshopy s interními auditory,
- porady interních auditorů,
- systém hodnocení auditorů a pohovory.

Hodnocení auditorů a jejich motivace

Jak bylo uvedeno v teoretické části diplomové práce, je pro naplnění cílů organizace nezbytná angažovanost zaměstnanců. V tomto případě se jedná o interní auditory, jejich zainteresovanost, nadšení a oddanost pro práci v pozici interního auditora. Abychom tohoto stavu mohli docílit, potřebujeme spolupracovat s takovými

jedinci, kteří jsou pro práci interního auditora motivovaní a vidí v ní smysl. Proto zde popisujeme nástroje, které jsou v současné době používány pro podporu angažovanosti interních auditorů, jejich motivaci a hodnocení.

Auditoři jsou dvakrát ročně oceněni finanční formou, působeno je na ně faktorem hmotné zainteresovanosti (Armstrong, 2007). Spolu s finanční odměnou obdrží také písemné slovní hodnocení od manažerky kvality (autorka diplomové práce). V hodnocení zohledňuje manažerka kvality počet provedených auditů se slovním ohodnocením jejich práce v hodnoceném období. V případě nedodržení jasně nastavených a měřitelných pravidel, především při zpracování písemných dokumentů auditu (ověřovací listy – check listy, programy u ohlášených auditů a zápisy), je auditorům finanční odměna úměrně ponížena. Naopak, při odvedení kvalitní práce, obdrží auditor mimořádnou jednorázovou odměnu s odůvodněním. Za kvalitní práci je považována, např. hloubka provedení auditu s provázaností na související procesy, výstupy z auditů obsahující jasné důkazy pozitivního charakteru i zjištění, přístup k auditovaným. O snížení či navýšení odměny je auditor informován právě prostřednictvím hodnotícího dopisu, který stvrzuje svým podpisem také ředitel zařízení.

Operativní hodnocení je manažerkou kvality prováděno průběžně, a to buď osobně, nebo prostřednictvím mailu. Stručné zhodnocení auditu je uvedeno v příslušných zápisech. *„Zápisy z auditu informovaných souhlasů s hospitalizací jsou konkrétní a srozumitelně zpracované. Audit byl auditory proveden ve stanoveném termínu a postihl ověření nastavených indikátorů.“* (Zápisy, 2012–2014; interní dokument organizace)

Manažerka kvality působí sama jako auditorka, průběžně se zúčastňuje jako supervizorka auditů vedených svými kolegy. Zjištění jsou následně součástí zápisu z auditu z příslušného oddělení, případné závažnější problémy jsou řešeny osobně. *„Auditorky se na audit řádně připravily, před auditem si předem na disku „N“ a na intranetu ověřily naplnění některých nálezů z předchozího auditu a vyhledaly si návaznosti vyplývající z normy ISO 15189 v interních předpisech oddělení patologie i celonemocničních.“* (Zápisy, 2012–2014; interní dokument organizace)

„Interní audit postihl cíle auditu. Zápis byl zpracován s týdenním zpožděním bez udání důvodu a neobsahuje přesně identifikovatelné důkazy (číslo chorobopisu, datum, ke kterému se vztahuje zjištění). V zápisu postrádáme také pozitivní důkazy o zjištěních. Auditori si všimli i jiných skutečností na oddělení (bezpečnost zdravotnické

dokumentace), než bylo předmětem auditu a do zápisu je uvedli.“ (Zápisy, 2012–2014; interní dokument organizace)

Manažerka kvality je odpovědná za řízení týmu interních auditorů v příslušném zdravotnickém zařízení a plně kompetentní pro řešení případných problémů a stanovení jednorázových finančních ohodnocení.

Odlišná forma hodnocení je nastavena u auditorů lékařů. Finanční odměnu formou navýšení měsíčního osobního ohodnocení stanovuje ředitel nemocnice. Ačkoliv jsou nastaveny měřitelné indikátory, počet překontrolovaných chorobopisů a počet interních auditů, nepromítne se finanční ohodnocení do situace, když příslušný lékař z objektivních či subjektivních důvodů práci neodvede, hodnocena není kvalita práce. Tento odlišný systém vnímají negativně ostatní auditoři nelékaři. Považují jej, jak vyplynulo z focus group realizované v rámci kvalitativního výzkumu, za jednu z bariér, která prohlubuje propast mezi nahlížením na práci lékařů, sester a ostatních zaměstnanců: „... je tam někde ta tlustá čára mezi těma sestrama a lékařema a dokud se neoddělí ta tlustá čára v tom auditním týmu, tak se neoddělí ani ta v tý nemocnici mezi těma lékařema a sestrami, ...“ (IA 6)

Je však třeba zdůraznit, že dochází postupně k mírnému zlepšení. Dva auditoři lékaři se již nezabývají kontrolou uzavřené dokumentace, ale s dalšími členy týmu auditorů se účastní „otevřených“ auditů na odděleních. Zúčastňují se porad týmu auditorů i školení. Domnívám se, že tak citlivěji vnímají práci v týmu auditorů než auditoři pro kontrolu uzavřené zdravotnické dokumentace. Sdílejí tak více potřeby příslušné skupiny, a lze s nimi lépe navázat týmovou spolupráci.

Pohovor s auditory

Jedním z dalších nástrojů, který byl pro řízení týmu interních auditorů v organizaci v popisovaném období použit, je individuální osobní pohovor mezi manažerkou kvality a interními auditory.

Ten byl prozatím realizován jednou, v roce 2011, formou polostrukturovaných rozhovorů. Jejich cílem bylo zhodnotit tehdejší stav systému interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení, ověřit motivaci členů týmu k vykonávání funkce interního auditora a dalšímu vzdělávání v této oblasti a navrhnout zlepšení v systému interních auditů v nemocnici do následujícího období. Jedním z dalších cílů bylo zamyslet se nad schopnostmi a zkušenostmi auditorů při vedení auditů a podnítit je k sebehodnocení. Pohovory byly v příslušném zdravotnickém zařízení realizovány rok

po první akreditaci, tedy v době, kdy byl pro ně časový prostor a bylo možné již sebereflektovat určité zkušenosti.

Auditoři obdrželi před setkáním otázku, aby měli možnost se nad nimi zamyslet. Je pravdou, že zřejmě tento postup „ulehčil“ dvěma auditorům rozhodnutí, zda v této práci pokračovat. Sami přišli k pohovoru s rozhodnutím, že nevidí pro sebe motiv, proč v této pozici setrvávat a činnost ukončili: „*No, taky bych řek, že ne všichni auditoři byli asi na správném místě. T: Hmm R: To třeba, to mi teď naznačuje, že už to nedělají, to si myslím, tak prostě bylo.*“ (V 1) Výstupem z pohovorů bylo komplexní shrnutí zahrnuté do „Zprávy o vyhodnocení osobních rozhovorů s interními auditory“. Tuto zprávu všichni auditoři následně obdrželi. Ze zprávy uvádíme některé závěry, které ukázaly směr výzkumného šetření uskutečněného v rámci této diplomové práce (Zpráva 2011: příloha 4).

4.2 Interpretace a diskuse analyzovaných dat

Ve výzkumu jsme se primárně zabývali zjišťováním, jaké faktory mohou ovlivňovat postoje zaměstnanců příslušného zdravotnického zařízení vůči systému interního auditu. Vzhledem k tomu, že interní audity vnímáme jako proces, který působí na organizaci v rámci její kultury ovlivňující chování a jednání zaměstnanců, bylo nutné se zaměřit i na zjišťování ostatních aspektů, které mohou mít k těmto postojům vztah.

Následující kapitoly jsme rozdělili do oblastí, jež korespondují s třemi základními okruhy výzkumných otázek. Podkapitoly jednotlivých okruhů odpovídají kategoriím, které jsme si vytvořili v rámci otevřeného kódování, součástí některých jsou i další subkategorie.

4.2.1 Kontext s organizační kulturou zdravotnického zařízení

V následující oblasti, na kterou se zaměřila první část výzkumu, uplatníme kategorie, jež vznikly při zjišťování vybraných prvků organizační kultury. Vycházíme z toho, že podobně jako interní audity lze chápat jako jeden ze subsystémů fungování organizace, z jiného hlediska je významným subsystémem a determinantou efektivnosti organizace, jak uvádí Lukášová (2010), také to, čemu říkáme organizační kultura. Subsystémy nelze od sebe oddělit jinak, než analyticky, vzájemně se prostupují. Analyticky můžeme uvádět do vzájemných souvislostí znaky či elementy obou uvažovaných subsystémů, a to v zájmu porozumění žádoucím změnám v organizaci.

Lukášová, Nový a kol. (2004) uvádí do vztahu systému řízení kvality a obsah organizační kultury. V případě, že byl systém řízení kvality aplikován účinně, ovlivnil obsah organizační kultury, nebo naopak, obsah kultury v době začátků systémů řízení kvality měl vliv na jeho zavedení a funkčnost.

4.2.1.1 Prostředí – každá mince má dvě strany

Ve výzkumu jsme se zajímali o artefakty materiální povahy, jako jedny z prvků organizační kultury (Lukášová, 2010). Zajímalo nás, jak se zaměstnanci cítí v prostředí, ve kterém pracují a jak na ně tyto navenek pozorovatelné jevy působí. Tento postoj považujeme za významné hledisko, které může být jedním z faktorů podpory angažovanosti zaměstnanců, má vliv na jejich motivaci pracovat v příslušném zdravotnickém zařízení a být v souladu s jejími cíli.

Zaměstnanci zkoumaného zdravotnického zařízení hodnotí vnější i vnitřní prostředí nemocnice povětšinou kladně. Oceňují propojení budov do jednoho komplexu a moderní přístrojové vybavení. Všichni respondenti se shodují na pěkném prostředí pro pacienty. „... a tady to máte všechno hezky pohromadě, že jo (T: Hm), nemusíte nikde lítat po nějakých, že jo ven a zas do jiný budovy,...“ (S 1) „... je kvalitně vybavena množstvím různých lékařských ehhh vybavení, zařízení, nástrojů,...“ (Z HTS 1) „Tak já jsem maximálně spokojený, tady nemocnice je asi prototypem optimálního zdravotnického zařízení, jak svou velikostí, tak spektrem těch výkonů, který, řek bych, je možná v něčem i nadregionální (T: Ehm). R: Což je vynikající a neměnil bych.“ (P 1)

Lukášová (2010) potvrzuje potřebu investice do vnějšího vzhledu. Zákazník, jenž je v dnešní době zaplaven velkým množstvím informací, se orientuje, zejména v oblasti služeb, často právě podle image firmy. Vzhled budovy, jak dále Lukášová (2010) uvádí, má význam jak ve vztahu k vnějšímu prostředí, tak dovnitř z důvodu identity firmy.

Ze strany respondentů je v souvislosti s prostředím upozorňováno na některé okolnosti většího či menšího rozsahu, které mohou mít vliv na péči o pacienta: „... álé, co teda mně třeba vadí v nemocnici, že sou úzký dveře, prostě všude, že s těma postelema se tam špatně vjíždí,...“ (S 2, na mysli má dveře na oddělení). Podnětem pro zlepšení vnějšího prostředí vůči pacientům je možnost další parkové úpravy za oddělením rehabilitace a více laviček. „... víc takovejch zákoutí odpočinkovejch.“ (VS 2)

Z výzkumu vyplynul názor o potřebě investovat do prostředí také v oblastech, které nejsou „tolik viditelné pouhým okem“. Dopady by se v budoucnu mohly projevit

v technické podpoře péče o pacienta (např. voda, kanalizace, elektřina, kanalizace atd.). Prozatím jsou řešeny tím, že se „vyráží klín klínem“. Pozitivní úlohu zde hrají lidé se svými zkušenostmi a schopnostmi, kteří si umí poradit (V 1).

Při zjišťování názorů na prostředí nemocnice se projevila nespokojenost s pracovním prostředím u zaměstnanců HTS. Ti pocítují určitou nespravedlnost vůči zdravotníkům, hovoří až o pocitu protěžování zdravotníků a cítí se být v organizaci přítěží: „... tady je vůbec takovej trend v nemocnici, že zdravotníkům se jako, těm se povoluje všechno, nebo né povoluje, ale jak bych to řekla, jsou protěžovaný, ano tak a my jsme jako přítěž. Kolikrát jsme i slyšeli, že užíráme s prominutím, užíráme z krajíce.“ (Z HTS 2) Lukášová (2010) hovoří v této souvislosti o vybavení organizace jako ukazateli priorit.

Potvrdilo se, že zaměstnanci HTS jsou ochotni přijmout skutečnost, že nejsou na vše finance, ale přivítali by větší informovanost o plánech, zda a v jakém horizontu se s vylepšením jejich pracovního prostředí počítá: „R: Eh, já si myslím, že hlavní příčina je finance (T: hm). Budeme na to narážet asi ve více otázkách,...“ (Z HTS 1) „... neslyšel jsem to někde od vedoucího nebo tak, jsem slyšel, že by se měla dělat nová střecha, ale to mně řekl tady jeden člověk, kterej to má střechu dělat ale vod vedení nebo vod vedoucího jsem to neslyšel.“ (Z HTS 2)

4.2.1.2 Komunikace ve zdravotnickém zařízení

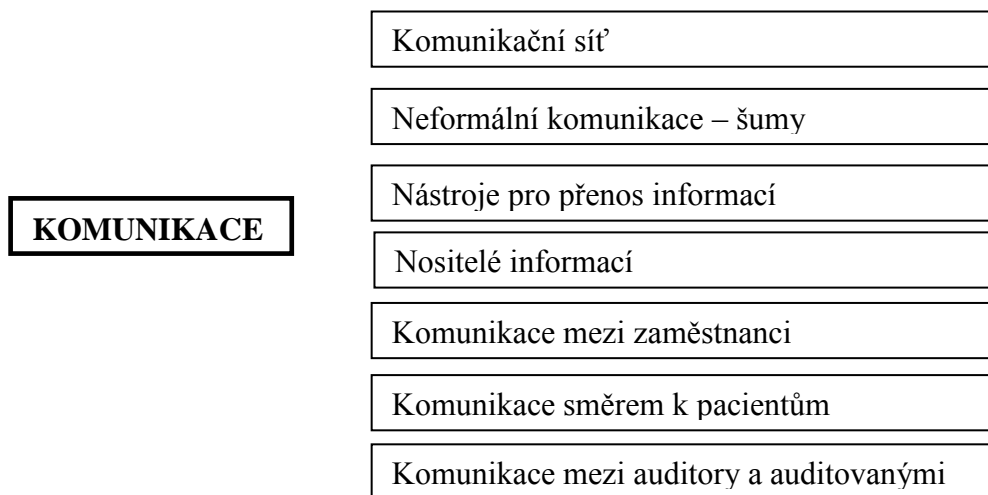
Velmi výraznou kategorií, která se ve výzkumu ukázala nejen u otázek zjišťujících současný stav organizační kultury zdravotnického zařízení, ale také v oblastech zabývajících se užitečností systému interních auditů a jejich praktickým prováděním, je komunikace. Úroveň řízení organizace je podle Bělohlávka (1996) podmíněna kvalitou komunikace.

Vzhledem k tomu, že komunikace je velmi široký pojem, budeme ji v kontextu s výstupy výzkumu vnímat z více úhlů, jež se ve výzkumu projevily a které ilustrujeme v obr. 1 „Pohledy na komunikaci z hlediska výstupů výzkumu“. Podobně Veber (2009) nahlíží na komunikaci z různých úhlů a v různých souvislostech: kdo komu předává zprávy, sdělení a informace, jakými způsoby apod.

Z vlastních úhlů pohledů uvedených v obr. 1 lze hodnotit, jakou úlohu komunikace ve zkoumaném zdravotnickém zařízení zaujímá, jaké jsou její silné a slabé stránky, jak může formovat postoje zaměstnanců k jednotlivým činnostem, a tedy

i vnímání smyslu interních auditů. Z každého z uvedených úhlů pohledu nyní kategorii „Komunikace ve zdravotnickém zařízení“ probereme.

Obr. 1 Pohledy na komunikaci z hlediska výstupů výzkumu



Zdroj: vlastní zpracování

a) Komunikační síť

Výzkumem jsme zjistili, že komunikační síť je v organizaci nestejně „prostupná“, někde je splavná, jinde se objevují jisté bariéry.

V organizaci je dobře funkčně nastavena oboustranná komunikace mezi vrcholovým a středním managementem. Ten má pocit dostatku informací potřebných pro svoji řídicí práci. Vedoucí pracovníci jsou si tohoto vědomi a systém oceňují: „... tak co člověk navrhoval tady vedení nemocnice, tak diskuse byla..., ale bylo to dycky, bych řek ee diskutováno tak, že člověk se argumenty dozvěděl, že jako, to že akceptovány nebyly moje připomínky, mě sice mrzí, ale nicméně nebylo to takový, že by je někdo smetl pod stůl, jednalo se o tom.“ (P 1)

Jeden z respondentů uvedl přímo osobu ředitele jako možnou příčinu toho, proč je na komunikaci v organizaci kladen důraz, což má za důsledek pozitivní vnímání této složky: „... já si myslím, že v naší nemocnici je jak komunikace zaměstnanců s vedením tak vobráceně na dobrý úrovni a lepší než v jinejch zařízeních podobného typu... Todle příkládám, že náš současnej pan ředitel se tydle oblasti asi dlouhodoběji věnuje, a to nese nějaký ovoce..., myslím, že pan ředitel v tomhle udělal asi velkej jako kus, kus práce.“ (ZS 4)

Pozitivní postoje ze strany vedoucích pracovníků v oblasti komunikace se projeví i vůči dalším členům vrcholového vedení zkoumaného zdravotnického

zařízení. Jedna z vrchních sester reaguje pozitivně na otázku zkoumající angažovanost a iniciativu zaměstnanců, podporující, nebo omezující faktory: „... *vždycky mám možnost ten podnět dát, vždycky si to můžu obhájit, vždycky to můžu s vedením řešit. To nemůžu říct, že bych že bych, ani jednou se mi nestalo, že bych se setkala s nějakým takovým striktně odmítavým způsobem,...*“ (VS 2)

V odpovědích se ukázal otevřený způsob komunikace ze strany vedení nemocnice, což někteří respondenti porovnávají se svými předchozími zkušenostmi:

- „*Říkám tady s vedením jsou přátelské vztahy jó, nebo skoro přátelské,...*“ (P 2)
- „...*musím, říct, že ee sem se jakoby nesetkal za svou pracovní éru s takto pozitivním přístupem od svého nadřízeného, ee nesetkal sem se s tím, že pokud potřebuješ ee poradit a přijdeš, tak to funguje...*“ (V 1)

V menší míře se ale projevila i předchozí negativní zkušenost s komunikací s některými členy managementu, která následně vytvořila bariéru v rozvoji další vzájemné komunikace: „... *k ...teda nechodím, to je fakt, protože u ...jsem asi dvakrát byl(a), ... a tam jsem prostě jakoby neuspěl(a), takže tam nechodím.*“ (vedoucí pracovník, záměrná zvýšená anonymizace)

Nedostatky se ve výzkumu projevily v komunikaci mezi středním managementem a řadovými zaměstnanci. Primář jednoho z menších zdravotnických oddělení potvrzuje vlastní zkušenost s přenosem informací. Uvádí, že příčinou překážek v komunikaci může být i počet podřízených, kterým je třeba informace předat a zajistit, aby se informace přenesla do praxe. „... *bohužel mám právě pocit, že někteří kolegové ve středním menezementu, tam se něco dojedná a řekne se, je to jasný a najednou zjistíte, že i přes opakování ty jejich lékaři vůbec netuší, o co jde...*“ (P 2) O organizační struktuře, která ovlivňuje míru hierarchičnosti vztahů, a s tím spojenou mimo jiné také komunikaci v organizaci, hovoří v souvislosti se zdroji organizační kultury Lukášová (2010). Gladkij (2003) sice upozorňuje na optimální počty podřízených podle úrovně řízení, avšak upozorňuje na zvyšující se náklady na řízení organizace. „*Proškolení a zkušenosti manažeři mohou být schopni vést i dvacet až třicet přímých podřízených.*“ (Gladkij, 2003: 161)

Ve výzkumu nás také zajímalo, jak respondenti vnímají komunikaci řadových zaměstnanců s vedením nemocnice. Ze zjištění vyplývá, že zaměstnanci mají o informace povětšinou zájem a citlivě vnímají, pokud se k nim informace nedostanou.

Ukázalo se, že přenos informací od vrcholového vedení směrem k řadovým zaměstnancům je ve zdravotnické části nemocnice funkční. V hospodářsko-technickém úseku nemocnice se očekávaná funkčnost systému zcela nepotvrdila. Její řadoví zaměstnanci pocítují absenci informací, jak ke své práci, tak z celostního dění v organizaci. „... *aby třeba se nám dostali do ruky třeba právě zápisy z porad, jako fungovalo to, ale teď poslední dobou prostě nedostáváme vůbec žádný zápisy, a když se zeptáme, co bylo na poradě, tak ... zapátrá, a řekne většinou to, co není pro vás a tak asi nic...*“ (Z HTS 2)

Příčiny se projevují v systému přenosu informací od vedoucích pracovníků HTS k řadovým zaměstnancům a v nedostupných zápisech z porad vedoucích HTS na intranetu, jak je podrobněji analyzujeme v subkategorii „Porady ano, aby jedna paní nepovídala. Ale co s nimi dál?“ (s. 80): „*Zrovna tak, jak tam nejsou porady, nejsou na intranetu a my prostě se nedovíme, co se děje, kde...*“ (Z HTS 2)

Místo komunikace – šumy, šumy, šumy

Z výpovědi jednoho respondenta je zřejmé, že dojem zatajování informací od nadřízeného v něm vzbuzuje pocit nedůležitosti a vyvolává v něm potřebu opatřit si informace jinde: „... *informace seženu spíš ehh, že se znám ehhhh s jinými pracovníky a že prostě buď se na rovinu zeptám, nebo jen tak to z nich třeba při obědě v rámci rozhovoru ehh prostě vypadne, co se řešilo a neřešilo.*“ (Z HTS 1) Veber a kol. (2009) poukazují na vztah mezi nedostatkem informací mezi managementem a zaměstnanci a šířením fám prostřednictvím neformální komunikace, která nahrazuje řízený přenos oficiální komunikační sítí.

Jako na silný zdroj informací v systému neřízené neformální komunikace upozorňuje další respondent: „*T: Je ještě nějaký způsob, jak se k vám informace dostávají? R: Šum nemocnice, ale tam se toho člověk dozví nejvíc, tam se i právě dovím, co bych měla vědět třeba od vedení, od vedoucí/ho, to se dovím třeba až takhle všecho pokoutně...*“ (Z HTS 2)

Na otázku, zda má i pracovnice ve středním managementu zkušenosti s informacemi mimo oficiální cesty přesvědčivě odpovídá: „... *R: Určitě, je to tak, jako kdo řekne, že tohle nefunguje tak lže, to opravdu funguje taková ta mezilidská komunikace, to funguje a je to asi normální. T: jo (obě se smějí).*“ (VS 2)

Šigut (2004) řadí informovanost mezi základní faktory implementace podnikové kultury. Škrla a Škrlová (2003) upozorňují na komunikační problémy s managementem, které mohou být jedním z faktorů ohrožující zdraví organizační kultury.

Nedostatky v informovanosti a zdroje šumů vnímáme jako potencionální riziko, které může dokonce snížit vstřícný postoj k systému interních auditů z důvodu, že zaměstnanci nebudou mít zpětnou vazbu od svých nadřízených. Kafka (2009) uvádí informační a komunikační systém uvnitř organizace mezi nejčastější faktory, které by měly ovlivnit rozhodnutí o zřízení interního auditu v organizaci⁶⁰.

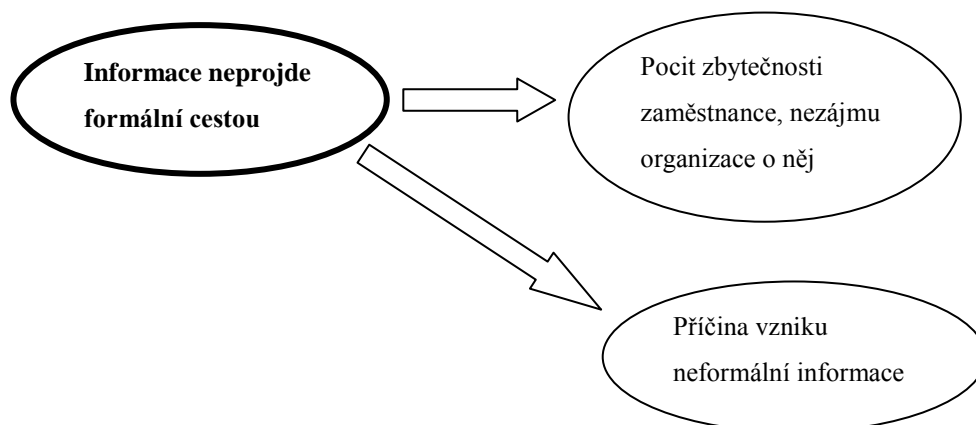
Neformální komunikaci, které se nelze v žádné organizaci zcela vyhnout, lze však do určité míry řídit. Jejím účelem ovšem není nahrazovat formální komunikační sítě, ale vytvářet dobré vzájemné vztahy a vzájemnou důvěru. Mezi nástroje řízení této formy komunikace uvádí Veber a kol. (2009) např. organizování příležitostí k setkávání pracovníků a jejich rodin nebo různé kulturní podnikové akce. Podle něj je řízení neformální komunikace pro vedení velmi kvalitním motivačním nástrojem⁶¹. Výzkum prokázal, že v příslušném zdravotnickém zařízení jsou podporovány týmové aktivity s cílem stmelit kolektiv a poznat se navzájem méně formálně. „... *nevadí mi akce vyhlášení nejlepšího pracovníka roku, nakonec možná sou to stmelovací.*“ (P 1). „... *teda velmi dobrej ten teambuilding, tydlety a vopravdu je úplně jiný, když řekneš, hele Honzo potřebuju, než pane xxxx.*“ (P 2). „... *takže jsme si začali vařit jednou třeba za týden nebo za čtrnáct dní, někdo z personálu přinese nějaký suroviny a prostě to tam uvaříme a myslím si ..., že se tím ohromně to tam taková ta atmosféra zlepšila a zklidnila. Lidi se na to těšej a vopravdu tím žijou.*“ (VS 1)

Předkládáme vlastní model (Obr. 2), který poukazuje na důsledky neinformovanosti zaměstnanců formální cestou. Uvedeny jsou jen ty spojitosti, jež se projeví ve výzkumu. Tím nepopíráme další souvislosti, jež se mohou projevit v ostatních aspektech (angažovanost zaměstnance, kvalita práce, zkrácení vnímání smyslu interních auditů).

⁶⁰ Popsáno v teoretické části v kapitole 2.2 „Interní audit jako nástroj řízení organizace“.

⁶¹ Důsledkům neřízení neformální komunikace se podrobněji věnujeme v teoretické části diplomové práce v kapitole 1.4 „Význam komunikace v organizaci“.

Obr. 2: Model důsledků neinformovaností zaměstnanců formální cestou



Zdroj: vlastní zpracování

b) Nástroje pro přenos informací a jejich nositelé

Ověřili jsme si, že v organizaci jsou nastaveny funkční komunikační nástroje, které napomáhají přenosu informací mezi zaměstnanci, což platí i pro oblast interních auditů (sdělování smyslu realizace interních auditů, zápisy z auditů, opatření po zjištěních apod.): „*Tak je fakt, že ty informace u nás jdou všema možnejma cestama, že kdo chce, tak si ty informace, se k nim dostane, že jo...*“ (VS 1)

V následující tabulce (Tab. 1) předkládáme přehled s uvedením jednotlivých komunikačních nástrojů uplatňovaných ve zkoumané organizaci a nositeli informací. Kurzívou jsou uvedeni ti nositelé informací, kteří sice ve skutečnosti ve zdravotnickém zařízení působí, ale ve výzkumu se neprojeví. Ostatní komunikační nástroje nebo nositelé informací vyplynuli z dat získaných hloubkovými rozhovory.

Tab. 1: Komunikační nástroje a nositelé informací ve zdravotnickém zařízení

Komunikační nástroje	Nositelé informací
Intranet	Vrcholový management nemocnice
NIS, e-mail	Střední management a <i>linioví vedoucí</i> (primáři, vrchní sestry, vedoucí HTS a <i>staniční sestry</i>)
Porady vedoucích pracovníků a provozní porady; zápisy z těchto porad; provozní porady s vedením nemocnice	Zástupci manažera kvality
Interní audity; zápisy z auditů	Interní auditoři
Operativní osobní komunikace	Zaměstnanci
Hodnocení zaměstnanců	<i>Pacienti</i>
Nástěnky na odděleních	
Vzdělávací aktivity	
Stmelovací akce	
Neformální komunikace	

Zdroj: vlastní zpracování

Intranet jako zdroj informací

Jako často používaný nástroj se u všech respondentů projevil intranet. Dá se konstatovat, že zaměstnanci nemocnice vědí o tomto komunikačním prostředku v příslušném zdravotnickém zařízení, o jeho dostupnosti, a že je zdrojem řady informací: „... *jsem schopná řadu věcí najít na intranetu, teda, s tím já docela si myslím, že pracuju dost...*“ (VS 2). „*No, tak já si myslím, že nejdřív nám to říká vedení (má na mysli vedení oddělení), že jo a něco je, je na tom intranetu.*“ (S 2)

Intranet jako zdroj informací potvrzují i následující negativně vymezená tvrzení respondentů: „... *nejsou na intranetu* (má na mysli výstupy z hodnocení zaměstnanců HTS a zápisy z porad vedoucích pracovníků HTS) *a my prostě se nedovíme, co se děje*

kde...“ (Z HTS 2) „... bych možná, když je chvílička, že tam ten internet je, že bych moh, že jo, noo, ale faktem je, že na to hřeším, když tak si tam jdu něco, co mě zajímá, ...“ (S 3)

Porady ano, aby jedna paní nepovídala. Ale co s nimi dál?

Mezi další rozšířeně používané komunikační nástroje v příslušném zdravotnickém zařízení patří porady vedoucích pracovníků i provozní porady na odděleních. Veber (2009) uvádí, že jsou porady prostředím stimulujícím kolektiv ke konkrétním cílům, dávají prostor pro vytváření týmu a představují faktor synergie

Zjištění o konání porad v organizaci potvrzuje např. jeden z vedoucích pracovníků, který má sám negativní zkušenost s tím, když se porady nedělají a problémy se řeší stylem, citujeme: *„... jedna paní povídala.“ (P 2) „My třeba zejtra máme provozku (T: Nó), když máme provozku, tak tam všechno probereme, i to, co je od pana ředitele i od paní vrchní.“ (S 1)* Realizaci provozních porad na odděleních HTS nemocnice potvrzuje také jeden z jejich vedoucích pracovníků: *„Předávání informací převážně v ústní podobě, v elektronické podobě a jednou za měsíc se scházíme na provozní schůzce.“ (V 1)*

Existenci provozních porad na jiném oddělení vyplývá z vyjádření sanitáře, který sice o těchto poradách hovoří jako o hlavním zdroji informací: *„Většinou, no tak spíš jsou nějaký ty schůzky, že jo, ...“*, nicméně nedokáže si vzpomenout, co se na nich řeší: *„... a teď, abych pravdu řekl, tak jako ehmmm zas tak jako si to moc nepamatuju, abych řekl...“ (S 3)* Tento jev může být způsoben nezájmem zaměstnance o dění v organizaci nebo neefektivním vedení porady.

Veber a kol. (2009) varují před zbytečným svoláváním porad, bez skutečného důvodu. Tak se mohou stát nepopulární událostí. Tento jev se ve výzkumu zcela jednoznačně neukázal, ale považujeme za důležité na toto riziko upozornit.

Porady mohou plnit, jak dále Veber a kol. (2009) uvádí, stimulační funkci pro společné cíle v daném kolektivu. Pokud jsou porady dobře organizovány, dávají prostor pro upevňování ducha spolupráce.

Ve výzkumu se ukázalo se, že jsou efektivně využívány všemi členy vrcholového vedení vůči střednímu managementu. V nižší hierarchické úrovni jsme však zaznamenali prostory pro zlepšení. Z důvodu anonymizace nebude uváděna pracovní pozice respondenta. *„... jak to říct slušně, protože ehh, ehh samozřejmě v rámci auditů, když se přijde k nadřízeným, tak všechny ty zápisy jsou zpracovány, ano, my jsme byli*

seznámeni, ale dělá se to dva dny před tím, než přijde auditor, a my cosi podepíšem, ale absolutně nevím, co tam je.“

Porady považujeme za prostředek, kterým lze při správném vedení zvýšit zainteresovanost zaměstnanců na cílech organizace. Proto je důležité, aby se zaměstnanci cítili při poradách bezpečně a nebáli se následků, které by po sdělení jejich názorů a podnětů následovaly, jak to dokladuje i následující citace z výzkumného rozhovoru: „*R: ... to já se raději při těchto poradách (má na mysli provozní porady za účasti vrcholového vedení nemocnice) na nic neptám. T: Proč? R: Na oddělení bych pak se svými kolegyněmi nevydržela.*“ (ZS 3)

Halík (2008) popisuje poradou jako jeden nástrojů týmové práce, který je využíván pro produktivní a smysluplné řízení firmy. Upozorňuje na součinnost zúčastněných na poradě, která ovlivní úspěch nebo nezdár při řešení úkolů.

Jako efektivní komunikační nástroj se ve výzkumu projevíly zápisy z porad. Podle Vebera (2009) zachycují zápisy závěry projednávané na poradě a v budoucnosti mohou sloužit jako důležitý zdroj informací.

Ve zkoumaném zdravotnickém zařízení se jako přínosné ukázaly zápisy z porad primářů, vrchních sester i zápisy z interních auditů, které jsou zveřejňovány na intranetu a dostupné všem zaměstnancům. „*... preposílám zápisy z ŘEPOSU⁶², ale teď už jsou, už to dáváte na intranet,...*“ (P 2) Zápisy jsou ve zkoumaném zdravotnickém zařízení nástrojem přenosu informací mezi středním managementem a řadovými zaměstnanci, vrcholovým managementem a řadovými zaměstnanci, řízením kvality a zaměstnanci: „*... když jsou zápisy vlastně daný na intranet ehh, takže vždycky si přečtu, co bylo ehh, co se vlastně řešilo na těch poradách, aby člověk teda byl v obraze.*“ (Z HTS 1) Zaměstnanci nabývají pocitu, že vedení organizace na nich záleží, když jim tyto informace poskytuje.

V interním předpisu pro proces komunikace ve zkoumaném zdravotnickém zařízení jsou porady uvedeny vedle písemné, elektronické a telefonické formy komunikace v organizaci. Povinnost zpracovat zápis z porady a zveřejnit jej na intranetu je nastavena u primářských porad s vedením nemocnice, porad vrchních sester a porad se zástupci pro řízení kvality z jednotlivých oddělení. U porad vedoucích HTS je nastavena povinnost zápis zpracovat a účastníkům rozeslat mailem.

⁶² ředitelský poradní sbor

Jeden z vedoucích pracovníků HTS potvrdil postup uvedený v interním předpisu ohledně zápisů z porad vedoucích pracovníků HTS: „*R: eee zápisů vznikají, aa no vznikají. T: Kde sou? R: Dostáváme je v elektronické podobě. R: (smích). R: Od vedoucího personálního oddělení.*“ (V 1)

Zjištění z výzkumu týkající se rezerv při předávání informací může mít vliv na motivaci zaměstnanců podílet se aktivně na plnění cílů zdravotnického zařízení a být s nimi ztotožněn. „*Vnitřní komunikace se zejména využívá jako významného prostředku získávání druhých lidí k tomu, aby udělali, co je třeba.*“ (Veber a kol., 2009: 187; v originále zvýrazněno) Jak dále Veber a kol. (2009) uvádí, je pro aktivizaci zaměstnanců k realizaci stanovených úkolů potřeba, aby měli dostatek informací. Tím si mohou vytvořit vlastní názory a získat přesvědčení, že jsou součástí organizace, která s nimi počítá.

Přenos informací o auditech a systému řízení kvality

Dalším úhlem pohledu v oblasti komunikace v organizaci je komunikace při přenosu informací o auditech a systému řízení kvality. Výzkumem jsme sice primárně nezjišťovali přenos informací k systému řízení kvality (QMS) jako takovému, ale ukázalo se, že zaměstnanci vnímají interní audity jako úzce spojené právě s QMS, akreditací a často je od sebe neoddělují.

Na otázku, v čem vidí pro svoji práci přínos v konání interních auditů, reagují respondenti následovně: „... *že se sjednotily pod nějakou formu (T: Hm), kterou tady máme vedený dokumenty.*“ (Z HTS 1) Dokumenty míní řízenou dokumentaci, která je nedílnou součástí systému řízení kvality, ne však podmínkou interních auditů jako takových. Další z respondentů na stejnou otázku odpovídá: „*Myslím si, že potřebný jsou, protože nastavují jakási pravidla, jakýsi řád, který tu problematiku toho provozu řeší od té legislativy, až po tu záležitost výkonnou, tu funkční.*“ (V 1)

Výzkum ukázal, že pro předávání informací z oblasti auditů a řízení kvality jsou používány totožné komunikační nástroje, jako pro jiné typy informací v organizaci. Kromě již uvedeného intranetu, porad a zápisů jsou využívány prostředky, jako nástěnky, e-maily a přímá osobní komunikace.

Zjištění dokládáme reakcí respondenta na dotaz, jakým způsobem se dozví o výsledcích z auditu: „... *paní vrchní ta mi řekne, jestli jsme dopadli dobře, nebo to řekne určitý body a ještě to vlastně dá na nástěnku a vypíše co je špatný, co jsme špatně udělali, myslím, že je to i v tom NISu (má na mysli intranet).*“ (S 2)

Zástupci manažera kvality a interní auditoři jako nositelé informací

Po zavedení systému řízení kvality spolu s interními audity se novými nositeli informací v příslušném zdravotnickém zařízení stali také zástupci manažera kvality z jednotlivých oddělení a interní auditoři:

- „*Něco se dovím teda od těch zástupců manažera kvality, když něco řeší.*“ (VS 1)
- „*... a tak, když přijdu z auditu, tak prostě tak jako, když jsem nikde nebyla a čas od času se zeptaj: ‚A hele, nechystá se něco, nebude nějaká změna?‘ Už se zajímaj, už ne to, že se na mě vrhnou, a co jste kde našli, prostě co bylo kde špatně nebo to, no, ale naopak se ptaj, co se chystá, prostě spíš se zajímaj.*“ (IA 9)

c) Komunikace mezi zaměstnanci

Výzkum poukázal na potřebu komunikace a spolupráce mezi zaměstnanci, jako jednoho z důležitých aspektů v kvalitě péče o pacienta: „*... jó nebo tam třeba mam jako sestru, ke který můžu přijít a můžu se jít zeptat na cokoli a vona mi to vysvětlí, tak s tou třeba jezdím i ráda pro ty pacienty...*“ (S 1) Jev potvrzuje jeden pohled na komunikaci uváděné Mládkovou a Jedinákem (2009), při které je komunikace také prostředkem kterým se vzájemně ovlivňuje myšlení, jednání a chování mezi lidmi.

Jak již bylo uvedeno v kategorii „Prostředí – každá mince má dvě strany“ (s. 72), projevil se ve výzkumu v HTS určitý pocit nespravedlnosti vůči zdravotníkům. Příčina je vnímána ve vrcholovém vedení zdravotnického zařízení: „*... protože já si tak, mně připadá, že vedení právě protěžuje ty zdravotníky, a proto se k nám tak chovají, že jo...*“ (Z HTS 2) Důsledkem tohoto jevu je někdy až absence slušného chování ze strany zdravotníků právě při vzájemné komunikaci: „*... je to tím arogantním chováním, že nikdo nepoprosí, nepoděkuje, prostě pošlete, udělejte, ňáký takový jako prosím...*“ (Z HTS 2)

Výzkum poukázal na další vztahy mezi komunikací a některými důsledky, které jsou součástí interpretovaných dat uvedených v dalších kategoriích. Popsáno je zjištění významu komunikace ze strany zaměstnanců příslušného zdravotnického zařízení vůči pacientům, upozorněno je zde na důsledky nevhodné komunikace s nimi a vztahu právě k interním auditům. Kategorie s názvem „Audit jako prevence a krytí zad“ je vyhodnocena v okruhu „Zjištění o užitečnosti systému kvality řízení a interních auditů“ (kap. 4.2.2). V okruhu „Praktická stránka provádění interních auditů“ (kap. 4.2.3) je vedle dalších uvedena kategorie „Komunikace mezi auditory a auditovanými“. V ní jsou ve dvou subkategoriích „Také bych chtěl něco říct“ a „Nebafejte na mě“

analyzována data, ze kterých vyplývá, jak způsob komunikace mezi auditory a auditovanými ovlivňuje vnímání postojů zaměstnanců zdravotnického zařízení vůči systému interních auditů.

4.2.1.3 Jak se dál vzděláváme

Jedna z významných otázek, kterou jsme si při výzkumu kladli, byla podpora organizace ve vzdělávání zaměstnanců a jejich dalším rozvoji. Uvědomujeme si, že tato oblast je jedním z nástrojů pro podporu angažovanosti zaměstnanců. Angažovanost chápeme jako pocit, kdy se zaměstnanec cítí být součástí aktivit zdravotnického zařízení směřujícím k naplnění nastavených cílů. Považujeme ji také za hledisko resilientní organizace, která používá kritické myšlení a je schopna učit se z vlastních chyb. Učení v takové organizaci probíhá nejen formou školení jednotlivců, ale předpokládá schopnost přenášet získané zkušenosti do praxe prostřednictvím vlastních procesů a zaměstnanců.

Respondenti se zcela shodují na podpoře zaměstnavatele vzdělávání a dalšího rozvoje zaměstnanců. Vnímají, že je v organizaci kladen důraz na vzdělávání, a to jak formou zvyšování kvalifikace, tak i prostřednictvím různých školení. „... *když chci jet na nějaký školení nebo na nějaký takovej kurz, tak myslím, že není jako problém.*“ (VS 1)

Je zřejmé, že uvedená podpora vzdělávání zaměstnanců je finančně nákladná. Primář jednoho z oddělení o tom hovoří a odkazuje na dobrou ekonomickou stránku příslušného zdravotnického zařízení, bez které by taková podpora možná nebyla. Na finanční okolnosti poukazuje také řadový zaměstnanec HTS: „... *je fakt že podmínky na vzdělávání a takovýdle věci, což je důležitý hrozně, protože že já dělám tenhle obor, co dělám, potřebuju ..., nikdy v životě mě nikdo nezakázal nebo řek, at' se krotím se školením nebo tak, protože jsou drahý.*“ (Z HTS 2)

Výši vzdělání a odbornost vnímají respondenti jako jedno z hledisek, podle kterého organizace zaměstnance oceňuje: „*Tady má úspěch samozřejmě ten, co něco umí. To znamená, kdo je erudovaný a je za ním něco vidět.*“ (P 1)

Podle Lukášové (2010) je vzdělávání a rozvoj pracovníků v organizaci vedle kvalifikovaného zabezpečení také nástrojem socializace pracovníků a budování žádoucí kultury organizace. Veber (2009: 170) uvádí význam vzdělávání v podobném kontextu, kde vedle profesní kvalifikační přípravy je dnes vzdělávání „... *více zaměřeno*

na formování osobnosti pracovníka a na získávání takových dovedností, které usnadňují jeho sociální interakce.“

Rozlišovat je třeba mezi učením a vzděláváním. Reynolds a kol. (in Armstrong, 2007) považují učení za proces, ve kterém příslušná osoba získává nové znalosti, dovednosti a schopnosti. Vzdělávání je jedním ze způsobů, který organizace využívá pro podporu učení. Za jeden z dalších nástrojů učení v organizaci považujeme právě interní audity. Uvědomění si tohoto vztahu má vliv na některá opatření, která pro optimalizaci interních auditů vydefinujeme. „*Rozvoj pracovníků představuje jeden ze stavebních kamenů učící se organizace.*“ (Šigut, 2004: 65)

4.2.1.4 Oceňování a hodnocení zaměstnanců, motivace

Samostatnou kategorií, která se ve výzkumu projevila, byly způsoby oceňování i hodnocení zaměstnanců a jejich motivace. Interní audity se zde projevily jako jeden z možných nástrojů hodnocení zaměstnanců, a tedy následné motivace. Vodáček a Vodáčková (2006) hovoří o korelační vazbě mezi odměnou a motivací lidí pracovat pro organizaci.

a) Nejen peníze odměňují

Vedle hmotné finanční zainteresovanosti, jak uvádí jeden z respondentů: „*Od doby, kdy Féničané vynalezli peníze, netřeba děkovat...*“, (P 1) vplynuly z výzkumu další nástroje hodnocení a motivace nemateriální povahy, jež jsou ve zdravotnickém zařízení uplatňovány, nebo schází a zaměstnanci by je uvítali:

- pocit kompetentnosti a odpovědnosti,
- pochvala,
- zájem o práci podřízených ze strany nadřízených,
- slovní poděkování od nadřízených,
- oceňování podílu jedince na vyřešení problému.

V posledním uvedeném motivačním nehmotném nástroji se projevila vliv mezi potřebou ocenění podílu zaměstnance na určité činnosti od vedoucího pracovníka a ochotou přicházet s novými podněty k řešení. Respondent reaguje na otázku zjišťující jeden z prvků organizační kultury – zapojení do projednávání pracovních záležitostí odpovědí, jež prokazuje bariéru v iniciativě zaměstnance způsobenou předchozími zkušenostmi: „*... že nápad, kterej má vymyslet můj vedoucí, nesmím předložit já... (smích).*“ (ZS 4)

Gladkij (2003) klade důraz na uvědomění si při stanovování způsobů řízení, že odměnou nejsou jen peníze. Vedle výstupů z výzkumů uvádí Gladkij (tamtéž) také zaměstnanecké výhody, povýšení, příznivé pracovní podmínky nebo příjemný styl vedení. Halík (2008) mezi specifické prostředky motivace řadí vzdělávání a dobře míněnou výtku.

Armstrong upozorňuje na možnou chybu vedoucího pracovníka, který by se domníval, že jeden přístup k motivování bude vyhovovat všem. Toto tvrzení dokládáme následujícími tvrzeními z hloubkových rozhovorů:

- „... od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči určitě to ocenění cejtím, dovede mi říct, že je něco špatně, nebo dovede říct, že je něco dobře,...“ (VS 2)
- „... chtěla bych šéfa, kterýho bude zajímat ehh moje práce, který se občas bude zajímat o naše problémy, aby byla nějaká zpětná vazba.“ (Z HTS 1)
- „... mnohdy ani neví, co dělám, že do tý mojí práce moc nevidí, a že mě bere tak jako, jak bych to řekla, jako holku k ruce...“ (ZS 4)

Plamínek (2007) uvádí čtyři motivační typy lidí (objevovatelé, usměrňovatelé, sladovatelé, zpřesňovatelé), jejich charakteristiky a způsoby jednání, které vůči nim je vhodné používat.

Důraz na význam hmotné zainteresovanosti zaměstnanců klade jeden z dalších vedoucích pracovníků. Proti jeho názoru však stojí potřeba i jiných forem ocenění jeho přímého podřízeného (z důvodu zachování anonymity není uvedeno přesnější pracovní zařazení těchto zaměstnanců zdravotnického zařízení): „*Motivace samozřejmě může mít různý podoby, ale přesto tím největším motorem asi vždycky bude to finanční ohodnocení..., že ta složka ee těch odměn by mohla být vyšší, ... pokud bude výsledek dostatečný, tak může být ta forma té odměny v takové výši, a já si myslím, že ty odměny prostě nejsou tady v této organizaci motivující. T: A uplatňujete nějaké jiné typy oceňování než finanční? R: Ale tak samozřejmě, můžou to být i různé benefity, to takový ty obligatorní věci, ale eee prostě pořád si myslím, že ty peníze sou tím motorem, a že tam by byla cesta.*“ (vedoucí pracovník)

Na otázku, jaké druhy ocenění vnímá podřízený zaměstnanec vedle finančního ohodnocení, odpovídá respondent: „*R: No já si myslím, že vůbec není oceňována a dokonce, když jsme prošli docela hezky v auditu (na mysli má akreditaci) i v minulým, i tomhleto, tak jsme si museli vynutit od vedoucí/ho jako, že jsme dobrý, že jo, ale ani to nám prostě nebylo jako vodkeváno. T: Jaké typy oceňování byste jako přivítal/a*

kromě peněz? R: Víte co jako, jako dobrý nebo vlídný slovo je jako daleko víc, než pětistovka k platu (T: Hm), že fakt, kdyby někdo přišel a řekl, hele fakt jste to dobře udělali, jste šikovný jako, to mám radost, že to takhle prošlo, tak prostě nám to úplně stačí jo, ale nikdo to neřekne.“ (podřízený pracovník)

Ve zdravotnickém zařízení se projevilo, že jsou pro zaměstnance nehmotné motivační nástroje důležité. Vedoucí pracovníci se mohou domnívat, že zaměstnanec není aktivní, neprojevuje o práci zájem: „... *takový to nadšení tam trošku chybí, takový ten pohyb, takový to, abychom byli vidět, abychom si některý věci pohlídali víc...*“ (vedoucí pracovník). Příčinou však nemusí být samotný zaměstnanec, nýbrž právě potřeba zaměstnance ocenění od nadřízeného.

Lukášová zdůrazňuje zásadní dopad nehmotných motivačních nástrojů na kulturu organizací: „*Právě nehmotné nástroje mají totiž zásadní dopad na míru angažovanosti a iniciativy pracovníků a na atmosféru uvnitř organizace.*“ (Lukášová, 2010: 206) Škrála a Škrlová (2003) řadí prostředek motivování, zda peníze nebo uznání, k jedněm z ukazatelů při vyhodnocování organizační kultury.

b) Interní audit jako nástroj pro oceňování

Jako nástroj pro hodnocení zaměstnanců a jejich ocenění se projevilo také interní audit: „*Nó, jako jo, auditoři jsou taky, jak bych řekla, vstřícní a i jako třeba pochválejší...*“ (Z HTS 2) „*Auditor musí být sice přívětivý, ale důslednější. (T: hm) Nesmí se bát poukázat na ty negativa. Třeba pochválit, za to, co je v pořádku za ty pozitiva, motivovat.*“ (ZS 4)

Respondenti se shodují na tom, že zápisy z auditů jsou dostačující a podávají jim většinou jasnou představu o pozitivních i negativních zjištěních. Kladná hodnocení v zápisech jsou vítána: „*Zápis jim vytisknu, sestřičkám, lékařům. Takže se na to dívaj, a musím říct, že jim to udělá i radost, když jsou jako dobrý.*“ (IA 4, zároveň VS)

Motivace z auditů z jiných oddělení nebo rivalita?

Na otázku, zda a z jakých důvodů se na odděleních zajímají také o výsledky z auditů z jiných oddělení, jsme získali dva úhly pohledu. V prvním se projevila určitá rivalita mezi odděleními:

- „*No tak jako mě to zajímá, protože jsem ráda, že se dovím (smích), že třeba u nás tohle je dobrý a tam, že třeba to, to ... Myslím si, že to samý je i u toho mého personálu, kterej se hlavně, bych řekla zabývá tím, co kde neudělali, než by si dost často šáhli do svezích řad teda ...*“ (VS 1) Respondentka dále uvádí důvod,

proč se její podřízení o závěry z auditů na jiných oddělení zajímají. Porovnávají se a ubezpečují, že jejich oddělení není přece ještě tak špatné: „...vidíte, u nás to bylo dobrý, ale podívejte se tam a jak to ..., jo dyť my nejsme, tak špatný.“ (VS 1)

- „Musím říct, že si čtou i zápisy z těch ostatních, ale to je takový, nechci říct škodolibý, ale prostě zajímá je to, kdo jak na tom je, to určitě.“ (VS 2)
- „Protože chceme vědět, jestli jsme na tom hůř nebo líp (směje se)... Á, dopadli jsme líp než ORL, než chíra. Jsme na tom dobře (stále se směje).“ (S 2)

Druhý úhel pohledu k výsledkům z auditů z jiných oddělení je spojen s určitou preventivní činností, kdy nález na jednom oddělení může vést k uvědomění si vlastních chyb či dalších návazností:

- „No a jinak, pokud tam je závažnej problém, tak ho samozřejmě řešíme, snažíme se to zorganizovat, vyplňovat jinak...“ (VS 2)
- „... spíš jako v tom kontextu ee, co se našlo na jiném oddělení a čeho bychom se třeba měli vyvarovat. T: Ehm. R: čili, víceméně to bylo jako pro nás poučné, jaká tam byla chyba, tak to je pozitivum zcela jistě, byť to nebylo na našem oddělení, zrovna tahle chyba.“ (P 1)
- „Zajímá mě to, jak ty ostatní oddělení dopadly, nebo kde jsou třeba problémy, jestli se to třeba nějak nedotýká taky mojí práce.“ (ZS 4)

c) Formálnost hodnocení zaměstnanců

Dalším prostorem v organizaci, kde lze na zaměstnance působit, podporovat jejich angažovanost, ve smyslu přispívat k jejich pocitu sounáležitosti s nemocnicí, jsou hodnotící pohovory. Veber (2009) přiřazuje hodnocení pracovníků vedle dalších funkcí také funkci motivační.

Ačkoliv nebylo primárním cílem zkoumat ve zdravotnickém zařízení tuto oblast, dostali jsme se k ní prostřednictvím výzkumných otázek zajímavých se o možnosti zaměstnanců sdělovat své podněty, reflektovat svoji práci a získávat zpětnou vazbu od svých nadřízených. Výzkum poukázal na hodnotící pohovory ve zkoumané organizaci spíše jako formální záležitost, při které se vyplní formulář.

K otázce, zda řeší problémy, které respondent v rozhovoru uvedl, např. také přes hodnotící pohovory, jsme získali následující názor: „R: Neřeším, neřeším toto přes hodnocení zaměstnanců. Já si pamatuji, minulej rok hodnocení zaměstnanců bylo tak, že si mě staniční sestra zavolala, dala mi podepsat hodnocení zaměstnanců, který už

měla vyplněný. Ptala se mě, jestli mám nějaký problém, já jsem ji tedy neřekla ten problém, nepřiznala jsem to, a tím to skončilo. Bylo to prostě čistě formální.“ (ZS 3)

Příčina tohoto přístupu může být způsobena obavou zaměstnance řešit se svým nadřízeným jakékoliv problémy, nejenom v době hodnotícího pohovoru. Druhým důvodem může být, že vedoucí pracovník není ztotožněn s uplatňováním tohoto řídicího nástroje a nechápe jeho smysl.

Veber (2009) hovoří o hodnocení pracovníků jako o velmi důležité zpětné vazbě pro vedení firmy informující o tom, jak jsou zaměstnanci spokojeni nebo nespokojeni, jak reagují na potřeby zvyšování kvalifikace a jak vnímají systém řízení firmy. Podobně Mládková, Jedinák a kol. (2009) řadí mezi nejpřednější zájmy managementu organizace sledování a vyhodnocování pracovního výkonu, protože rozhodujícím způsobem ovlivňuje úspěšnost celé organizace.

Ve výzkumu se projevila absence zpětné vazby od vedení nemocnice na podněty zaměstnanců z HTS, kteří je poskytli v rámci hodnotících pohovorů: „... *dávala jsem to několikrát jako podnět do hodnocení, ..., ale nikdy mě k tomu nikdo ani neodpověděl, nic jako prostě.*“ (Z HTS 2) Tento jev u zaměstnanců vzbuzuje podobné pocity, jako odtržení od informací – pocit, že organizace nemá o ně zájem, pocit nedůležitosti a zbytečnosti. Důsledkem může být nižší angažovanost zaměstnanců, jejich zájem participovat na činnostech organizace a sdílet její cíle.

Hodnotící rozhovor je podle Lukášové (2010) spjat přímo, nebo nepřímo s budováním organizační kultury. Proto je kvalitní provádění hodnotících rozhovorů pro organizaci velmi důležité. „*Formální a nekvalifikované provádění těchto rozhovorů může v organizaci naopak způsobit značné ,kulturní škody*‘.“ (Lukášová, 2010: 205)

d) Oceňovaný je zdatný komunikátor a kdo má tah na branku

Výzkum podkryl názory respondentů na to, jací lidé jsou v příslušném zdravotnickém zařízení oceňováni. Ačkoliv na jedné straně se prokázala potřeba rozvoje komunikace v organizaci, na druhé straně panuje mezi zaměstnanci názor, že úspěch mají ti lidé, jež umí svoji práci prodat a jsou komunikačně zdatní, a to i v neprospěch situace: „... *je komunikativně velice zdatná a dokáže to tak vysvětlit, že prostě proti ní nikdo nemá argumenty.*“ (VS 1) „... *úspěch má ten, kdo umí vo něčem mluvit a hrozně se zviditelňovat, aniž by proto něco udělali a takových lidí u nás je asi dost. Bohužel ti ten úspěch mají.*“ (VS 2)

Vedle důvěry, spolehlivosti a poctivosti se jako další hodnoty zdravotnického zařízení ukázaly již zmíněná vzdělanost, a také angažovanost a zaujetí pro práci v příslušné organizaci: „*No, tak to sou takový, řek bych asi obligatorní věci, ... ale taky nějakou trošičku tah na branku, no a dát trošku víc, než jenom mít těch osm hodin.*“ (V 1)

4.2.2 Zjištění o užitečnosti systému kvality řízení a interních auditů

4.2.2.1 Řízení kvality a interní audity také něco přinesly

Širokou oblastí, která se ve výzkumu na základě kladených otázek projevila, byla zjištění, v čem zaměstnanci příslušného zdravotnického zařízení vidí přínos a další dopady po zavedení systému řízení kvality spolu s interními audity. Respondenti vnímají přínos zavedení příslušných systémů v organizaci z několika aspektů. V nich se projevily jak pozitivní dopady, tak jsou zde uváděny i konkrétní negativní odezvy.

Nejčastěji uváděnými pozitivními přínosy v implementaci systému řízení kvality a interních auditů byl „pořádek“ a „zavedení kontroly“. Ani v jedné z těchto oblastí jsme se ve výzkumu nesetkali s postojem, který by tato zjištění vyvracel.

a) Už to není „per hubam“

Ve výzkumu jsme zaznamenali kladné postoje k nastavení pravidel v nemocnici, jež jsou součástí interních předpisů. Dle vyjádření respondentů se zjednodušil proces adaptace při nástupu nového zaměstnance a snížily se potencionální dohady, jak je třeba příslušné činnosti vykonávat. Práce v nemocnici se sjednotila, jak uvádí jeden z interních auditorů, jež v organizaci zároveň pracuje na pozici vedoucího pracovníka: „... *ted'ko prostě jsou určitý pravidla, podle nich jedou všichni a ta sestra ví, že když teda nastoupí nějaká nová sestra, tak prostě si řekne, tak hele tady najdeš na intranetu, tohle tam si to přečte, jo a ví prostě postup k jednotlivým úkonům, dříve se to říkalo jinak takzvaně per hubam,...*“ (IA 4)

- „... *vždycky musej bejt nastavený pravidla, podle kterejch se má pracovat. A sjednotilo tu práci, že podle těch pravidel vlastně musej pracovat všichni stejně, že se trošku zamezuje lidový tvořivosti, aby si každej to dělal po svém.*“ (ZS 4)
- „... *že je to určitě dobrá věc, že trošičku ehm udělá pořádek, jak na naší straně, tak i na straně vlastně našich klientů.*“ (Z HTS 1)

b) Pořádek a sjednocení ve vedení zdravotnické dokumentace

Respondenti zdravotníci i interní auditoři vnímají jako jedny z největších pozitivních dopadů zavedení systémů ve zpřehlednění, sjednocení a nastavení pravidel při vedení zdravotnické dokumentace.

- „*Noo, já si myslím, že se klade daleko větší důraz na dokumentaci.*“ (P 1)
- „*Jako zaprvé se udělal tak jako pořádek v dokumentaci, sjednotilo se to, všichni víme, kam máme šáhnout, kam se máme podívat a vlastně víme, když něco hledáme, tak vím, kde to najdu. Prostě taková ta disciplína, pořádek a prostě je to lepší, a je vidět, že i zaměstnanci to začínají chápat...*“ (ZS 4)

Pořádek ve vedení zdravotnické dokumentace je vnímán jako záznam k péči o pacienta, podporuje kontinuitu mezi zdravotnickým personálem. Sladění vedení zdravotnické dokumentace v nemocnici zároveň usnadňuje orientaci zaměstnancům při jejich přestupu na jiné oddělení a překladech pacientů. „... *kvůli zjednodušení práce sester, protože pak vůbec není problém pracovat na jakýmkoliv oddělení, protože se to v podstatě dělá stejně.*“ (IA 3)

V neposlední řadě usnadnilo sjednocení vedení zdravotnické dokumentace v celé nemocnici, jak vyplynulo z výzkumu, následnou kontrolu. Tím jsou minimalizovány neshody mezi auditory a auditovanými. „... *tak jsem si tam našla opravdu všechno, co jsem potřebovala je to opravdu přehledný a člověk si tam opravdu, co potřebuje, v tý dokumentaci najde.*“ (IA 9)

c) Nakonec jsme práci přece jen zjednodušili

Dalším aspektem, který byl respondenty vnímán jako následek zavedení systému řízení kvality a interních auditů, je zjednodušení práce. Mluví o ní v souvislosti s již výše uvedeným „pořádkem“ ve vedení zdravotnické dokumentace a také v kontextu s oblastmi HTS – personalistiky a péče o zdravotnickou techniku.

V personalistice je zjednodušení ze strany zdravotníků chápáno v ujasnění procesu řízení lidských zdrojů (příjem zaměstnanců, adaptační proces, ukončení pracovního poměru a kompetence). „... *to byla velká úleva, protože já sem furt nevěděla, když někoho přijímám, jakej mám vyplnit papír a jakej ne a pořád jsem se v tom topila. Nebo, když se někdo propouští, zase, co se má vyplnit a nemá vyplnit.*“ (VS 2). „... *samozřejmě, mám zpracovanýho každýho doktora, to s (jmenuje vedoucího personálního oddělení), ten do toho vnesl ten pořádek,...*“ (P 2)

Vedoucí pracovnice v pozici vrchní sestry pociťuje odlehčení v převedení odpovědnosti za zdravotnickou techniku na odborné pracoviště (oddělení biomedicínského inženýrství HTS): „... mě strašně za těch zhruba deset let se ulevilo od technickýho přístroje, ... to jsme dřív všechno dělali my, to bylo neskutečný, protože to uhlídat, nemáš na to vzdělání, neznáš to, nevíš, jak to má správně fungovat.“ (VS 2) Tuto odpovědnost potvrzuje také pracovník příslušného oddělení, který zároveň v organizaci vykonává funkci interního auditora: „... řešili jsme, já třeba teď specializuju se na technickou část, tak tam teď řešili něco s polepeným štítkem o BTKáčku⁶³, jelikož s okolností třeba naše vina částečně, ...“ (IA 7)

Pozitivně je hodnocen systém tzv. řízené dokumentace, který zajišťuje udržení pořádku ve stovkách interních dokumentů a orientaci v nich: „Je pro mě opravdu hodně řízená dokumentace, byť jsme se tomu zpočátku tak jako divili a bránili a považovali to za blbost, tak dneska si umíme najít spoustu informací a tiskopisů, formulářů a orientuju se v tom, ...“ (VS 2)

Na druhou stranu je upozorněno na negativum, které systém řízení kvality přinesl, a to je velké množství vnitřních předpisů a potřeba jejich aktualizace: „Jediný co já vidím problémovou věcí, je že, je poměrně hodně těch vnitřních předpisů, byť jsem řekl, že být musí... při té aktualizaci a při tom udržování, aby ty dokumenty a ty výstupy z těch dokumentů byly aktuální a byly v pořádku, a aby právě dodržely legislativu a reagovaly na změny...“ (V 1)

Přínos zavedení systému řízení kvality spolu s interními audity je vnímán ve zlepšení při sledování nežádoucích událostí: „... že třeba už ať se to týká těch mimořádných událostí, myslím si, že ty se hlásej dost jako.“ (VS 1)

d) Akreditace = vyšší kredit a bezpečné prostředí

Ve zdravotnickém zařízení jsou vedle jiného systémy řízení kvality a audity posuzovány ve spojitosti s akreditací, ale také významem pro bezpečný provoz.

- „... pokud budeme akreditované pracoviště, celá nemocnice, tak tím získáme vyšší kredit, jako u potencionálních pacientů. Jako, když já jako pacient půjdu na pracoviště, které bude akreditované, tak by to pro mě mělo znamenat, že tam je všechno v nějakým pořádku...“ (ZS 1)

⁶³ BTK = bezpečnostně technická kontrola

- „Myslím si, že je to podpořeno pravidelností různých revizí, kontrol, který upozorňují na ty problémy, a může to vlastně i vycházet, řekl bych z toho SAKu, protože tam ten SAK, z toho co vnímám, tak po stránce háteesky, nebo né jenom po stránce háteesky, tak se, tak se zaobírá bezpečným provozem.“ (V 1)

4.2.2.2 Audit jako kontrola

Lze konstatovat, že všichni oslovení respondenti vnímají interní audity ve zkoumaném zdravotnickém zařízení především jako proces, který plní kontrolní funkci. „Osvědčenou cestou zabezpečení kvality veškeré práce v organizační jednotce je přiměřená, dobře organizovaná manažerská funkce kontroly.“ (Vodáček, Vodáčková, 2006: 253; v originále zvýrazněno) Ve výzkumu patří kontrola vedle pořádku k nejčastějším odpovědím na důvody zavedení interních auditů. Respondenti ji vnímají jako nutnou součást práce.

a) Kontrola je „bič“

Příčinami potřeby kontroly jsou tendence zjednodušovat si práci, lenost a upadnutí do stereotypu. „... stereotyp je potřebáá, ale v určitém momentě vede ke smrti, když se né nezmění (T: ehm ehm), takže tam bych zase viděl, že musí být nějaký ten kontrolní, ...“ (S 3)

Kontrolu nazývají „bičem“, který jim pomáhá realizovat činnosti, jež nepovažují za své priority. Jsou si ale vědomi toho, že je nutné příslušné činnosti udělat. Interní audit jako určitý „donucovací prostředek“ k vykonání méně populárních činností se projevil ve zdravotnické i v hospodářsko-technické části nemocnice:

- „No, já jsem spíš chtěl říct, že je něco nastaveno, a ne vždy se povede v tom nastaveném režimu to splnit, ... tím, že mě někdo oznámí, že na mě někdo přijde audit, tak si k tomu opravdu sednu a začnu na tom pracovat, ... prostě je to bič.“ (V 1)
- „Čili myslím si, že taková ta, nechci říct hrozba, ale to, že třeba přijde ta kontrola, není vůbec na závadu. Že se lidi víc snaží.“ (P 1)
- „... takže nás trošičku jakoby víc motivuje (má na mysli, že je zdravotnické zařízení akreditováno), nebo je to jekejsi nad námi, jako ten bič, prostě jo noo...“ (V 1)

Kontrola by však neměla být prováděna jen z pozice auditorů, ale je úkolem také vedoucích pracovníků: „Tuhle práci by měla dělat staniční a vrchní, si myslím.“ (VS 2)

Bělohávek (1996) hovoří o zpětné vazbě. Podle něj by si manažer vydávající pokyny měl zjišťovat, jak jsou přijímány na nižších úrovních, tedy zda jsou akceptovány, jak jsou pochopeny a následně v praxi realizovány.

b) Kontrola – nástroj na lidi

Systém interních auditů může být ze strany vedoucích pracovníků vnímán také jako nástroj řízení: „... *nástroj na ty lidi.*“ (VS 1) „... *a tam, kde přestane být bič, tak morálka poleví a je třeba neustále to kontrolovat. A i to, co člověk jednou něco jako připomene zaměstnancům, tak stejně zjistí, že za dva měsíce to zase nedělají.*“ (P 2)

Smysl v realizaci auditů vidí zaměstnanci jako zpětnou vazbu o jejich práci pro vrcholové vedení zdravotnického zařízení: „*To je informace pro vedení, že má zmapovaný, jak teda ten personál, tak nějak pracuje, jestli se dodržuje ta veškerá legislativa a tydle ty všechny věci, který jakoby se dodržovat maj.*“ (VS 1)

c) Když není důvěra

Výzkum poukázal na potřebu kontroly nejen ve vertikální linii, tedy od vedení zdravotnického zařízení směrem dolů, ale též na potřebu kontroly mezi samotnými zaměstnanci – v horizontální úrovni. Ta je nutná v případě, že chybí důvěra mezi zaměstnanci. Na otázku, čeho si respondent cení na práci v týmu, zmiňuje právě důvěru a popisuje důsledky, pokud se jí nedostává. Důvěru považuje za nutný faktor, který má vliv na péči o pacienta „*Já mu musím hodně věřit, musím mu důvěřovat, protože se, když se něco děje, tak každé dělá svoji činnost a já musím vědět, že tu svoji činnost bude dělat dobře, protože já musím dělat něco jiného.*“ (ZS 2) Příčinou je, dle názoru respondenta, nekvalitní práce, nedostatečné vzdělání a kvalifikace.

Na uvedenou situaci se ve výzkumu projeví dvě strategie: příslušnému zaměstnanci je přidělena „raději“ jiná práce, nebo je to řešeno následným překontrolováním: „*Já ho to nechám udělat, ale pak tam jdu se podívat, jestli to udělal dobře, nebo ne. Prostě mám pocit, že to po něm musím zkontrolovat.*“ (ZS 1)

Na důvěru, resp. určitou nedůvěru ve zkoumaném zdravotnickém zařízení, poukázali také interní auditoři, kteří mají zkušenost v rámci interních auditů. Právě nedůvěra je příčinou, proč jsou z interních auditů, převážně kontrol zdravotnické dokumentace, pořizovány fotografie: „... *dát tam fotografický důkazy, protože tím, že to je jen napsané, tak oni ti můžou říct, že kecáš, s odpuštěním, ale když je to podložený tou fotkou, tak to je prostě takový důkaz, kterej, tím si to i já podpořím, to co v tom*

zápisu píšu a i vlastně obhájím.“ (IA 3) Jak dále respondent dodává, mohou fotografie v zápisech z auditů plnit i pozitivní úlohu při následném řešení nejasných postupů.

Zkušenost s tímto jevem má také další z auditorů. Zároveň poukazuje na určitou nedůvěru mezi vedoucími pracovníky a auditory. Auditovaní odstraní možné chyby ihned po auditu a po vydání zápisu toto již svému nadřízenému nepřiznají. Vzniká tak určitá „propast“ mezi středním management a týmem auditorů: *„... přijde zápis a jako ,dyť mi to tady máme‘ tak jako no, třeba i před tou svojí vrchní, aby nevypadali špatně, tak si to dodělej a vlastně důkaz žádnéj.*“ (IA 8) Jeden z auditorů zdůrazňuje význam důkazů a jejich dohledatelnost: *„Takže ty důkazy musej bejt hlavně dohledatelný, že jo, musí to bejt opravdu prokazatelný, pravdivý, je napsaný jasně.*“ (IA 4)

Bělohávek (1996: 155) definuje důvěru v rámci organizačního chování jako vzájemnou jistotu o záměrech a jednáních. Armstrong (2007) uvádí důvěru a klima spolupráce jako jeden z faktorů, který ovlivňuje oddanost k organizaci. Uvedenou strategii auditorů můžeme v souladu s charakteristikami resilientní organizace považovat za přijatelnou, pokud budou v organizaci takto doložená zjištění používána k definování příčin nalezených chyb a vysvětlování smyslu vyžadovaných pravidel. *„Efektivní zpětná vazba by měla být podávána tak, aby pracovníkům pomáhala ve zlepšování kvality a nestala se osobním útokem.*“ (Bedrnová, Nový a kol., 2007: 181) Kafka (2009) si při rozhodování o zřízení interního auditu v organizaci klade mimo jiné otázku, zda klienti interního auditu rozumí povaze práce interního auditora a jaký je na ně náhled ze strany auditovaných.

d) Kontrola nejen ověřuje, ale i učí

V neposlední řadě vnímají respondenti kontrolu jako prostředek pro ověření nastavených pravidel v nemocnici: *„... a audits jsou proto, protože, když nastavíme normu, předpis, tak musíme mít kontrolu, jestli se tak opravdu děje, tak proto ty audits.*“ (ZS 4) Interní audits jsou dále vnímány jako nástroj, jehož prostřednictvím se zaměstnanci naučí postupovat podle potřebných pravidel, jež jsou důležité pro docílení kvality péče: *„... aby se naučili pracovat tak, jak maj, že jo, podle nákejch těch pravidel a ták (T: Hm), aby to nák neflákali, že jo, tak důležitý to je určitě, nó.*“ (S 1)

4.2.2.3 Audit jako prevence a krytí zad

Výzkum dále poukázal, jak bylo naznačeno již v kategorii „Komunikace ve zdravotnickém zařízení“ (kap. 4.2.1.2), na význam komunikace ze strany zaměstnanců příslušného zdravotnického zařízení směrem pacientům. Respondenti si jsou tohoto aspektu vědomi včetně rizik, která mohou z nedostatečné nebo nevhodné komunikace s pacientem a jeho příbuznými pramenit. Jeden z lékařů reaguje na otázku, jaká práce ho nebaví následovně: „... *kritika té veřejnosti nebo prostě pacientů, či jejich příbuzných. To je takový malinko, někdy může být oprávněná, samozřejmě, ale ee někdy je to spíš ee v tý komunikaci asi, no, co si budem povídat...*“ (L 1)

Také další respondenti upozorňují na zvyšující se agresivitu pacientů vůči zdravotníkům a riziko žalob pro organizaci. Legislativní a forenzní dopady udávají právě jako jeden z důvodů, proč jsou interní audity ve zdravotnickém zařízení praktikovány. „... *protože to cejtíme všichni, ty lidi sou čím dál víc agresivnější, a cejtíme to i na odděleních, útočej čím dál víc... a máš z nich občas takovej nepřijemnej pocit. Ty žaloby by se určitě množily, nebo budou se množit, takže určitě forenzní a legislativní.*“ (VS 2)

Přínos interních auditů se projevil též v dopadu právě na komunikaci s pacientem: „*Noo, já si myslím, že ano, že se klade daleko větší důraz na komunikaci s pacientem, komunikaci ee s příbuznými...*“ (P 1)

Zvýšená administrativa je od zaměstnanců připisována současnému trendu chování pacientů. Záznamy je nutné provádět z důvodu, aby byly důkazy o tom, jaká péče, v jakém rozsahu a s jakými výsledky byla provedena. Zdravotnická dokumentace je ochranou nemocnice a určitou pojistkou: „*Čili, když to zjednoduším, právníci a tydle všichni se obrátili na zdravotnictví, protože tam cítí možnost výdělku. To je z mého pohledu důvod toho, proč nám přibyla administrativa. Nebylo to dříve. Čili je to taková pojistka. My se vlastně pojišťujeme..., kterým my si snažíme krýt vlastní záda, záda organizace, nemocnice.*“ (P 1) Jeden z respondentů v této souvislosti uvádí možné finanční důsledky: „... *když uděláte chybu v dokumentaci, tak to tu nemocnici bude stát miliony.*“ (L 1)

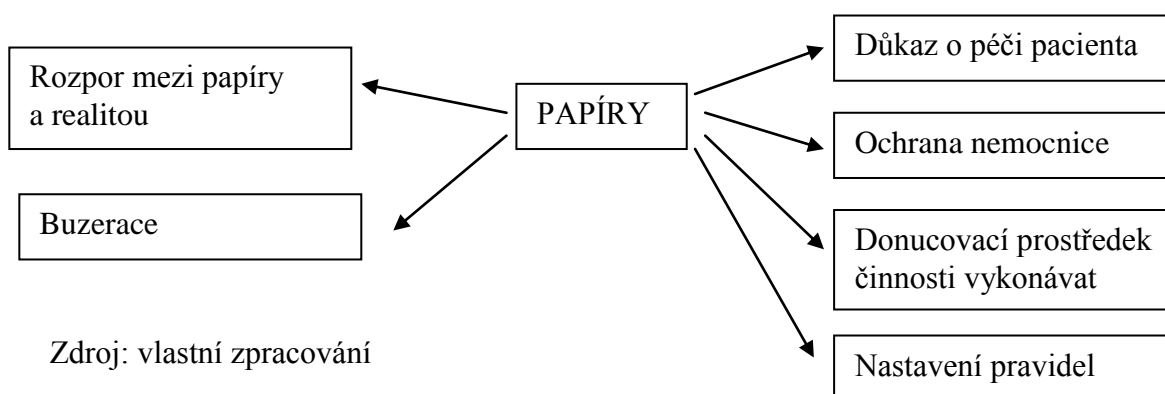
4.2.2.4 Papíry ano či ne?

Administrativa ve formě různých písemných záznamů a také pravidel nastavených v interních předpisech sice vzbuzuje u zaměstnanců pocit přetíženosti, ale na druhou stranu je vnímána jako potřebná.

Jeden z respondentů porovnává množství administrativy s ohledem na záznamy ve zdravotnické dokumentaci před první akreditací v roce 2010 a v současné době. Domnívá se, že došlo k efektivnímu snížení a zjednodušení: „*Mně se hrozně líbí to, že vlastně, když byla ta první akreditace, tak těch papírů bylo strašně moc, ... tak i to, co jsme měli, jsme prostě zminimalizovali a myslím si, že to vyhovuje i zaměstnancům, že těch papírů je míň, ale přesto ty důležité papíry zůstaly, jenom jsou prostě jednodušší.*“ (ZS 2). Respondent doplňuje, že je tato skutečnost vnímána pozitivně i zaměstnanci.

Vztah k administrativě, papírům, záznamům apod. se ve výzkumu ukázal z několika úhlů. Pro ilustraci předkládáme obrázek s funkcemi „papírů“ (Obr. 3):

Obr. 3: Pohledy na význam administrativy v organizaci



O uvedených vnímaných pohledech pojednáváme v interpretaci výsledků výzkumu průběžně. Zajímavým postřehem je vnímání smyslu záznamů jako jakéhosi donucovacího prostředku k vykonávání potřebných činností. V tomto směru se lze přiklonit k názoru Mládkové, Jedináka a kol. (2009), kteří poukazují na preventivní funkci kontroly. Ta působí již svou přítomností a lidé se chovají zodpovědněji.

Uvedené chování se ve výzkumu projevilo na příkladu při polohování pacienta jako prevence proti dekubitům. Záznamy ve zdravotnické dokumentaci o polohování pacienta „nutí“ zdravotníka tyto úkony skutečně vykonat: „... T: *A jako předtím se nepolohovalo nebo jak to teď myslíš?* R: *No, když to řeknu upřímně, polohovalo se, vždycky se polohovalo, ale benevolentnějc. Je to takový jakoby striktnější, tím, že se to musí zapsat, tak jakoby to nutí ty lidi to udělat.*“ (VS 1)

Jeden z aspektů zkoumání této oblasti poskytl námět pro zdravotnické zařízení ve formě zaměření interních auditů na přímou péči u pacientů a ověřování záznamů

ve zdravotnické dokumentaci v praxi. Zjištění jsou podrobněji analyzována v kategorii „Pryč od papírů, voláme po auditech u pacientů“ (kap. 4.2.3.6).

4.2.2.5 Co děláme s výsledky z auditů

V subkategorii „Interní audit jako nástroj pro oceňování“ (s. 87), který jsme analyzovali v rámci prvního okruhu zabývajícím se kontextem s organizační kulturou zdravotnického zařízení, jsme vydefinovali dva úhly pohledu na zájmy se o závěry z auditů z jiných oddělení. Prokázala se určitá soutěživost a rivalita, význam zájmu se projevil i v potřebě prevence činností na vlastním oddělení a inspiraci.

Ve výzkumu nás zajímaly také způsoby, jakými je reagováno na výstupy z auditů příslušného oddělení a jak je se zjištěními dále nakládáno. Objevili jsme následující způsoby, jak vedoucí pracovníci na výstupy z auditů reagují:

- osobním projednáním s dotčenými osobami, nastavením termínu pro nápravu a následnou kontrolou,
- seznámí se zápisem z auditu své podřízené a nechá si ho podepsat,

„No opět, probereme si zápis, ee ten, nebo ty konkrétní body koho se týká já, toho si osobně zavolám. Probereme si je, řekneme si nějaká nápravná opatření, stanovíme si termín, dokonce i ten zápis si nechám podepsat, že s ním byli seznámeni a potom pouze hlídám to naplnění toho, na čem jsme se domluvili.“ (V 1)

- informaci o výsledcích dá na nástěnku (uvedeno v subkategorii „Přenos informací o auditech a systému řízení kvality“, s. 82)
- argumentuje mezi zaměstnanci tím, že auditoři to přehání (uvedeno v kap.4.1.2 „Interní audity ve zkoumaném zdravotnickém zařízení“)
- rozzlobí se, křičí na zaměstnance.

„No, tak vždycky nám to řekne (uvádí svého přímého nadřízeného), že jo, že jaký byly výsledky. No, někdy ječí, někdy to je v klidu. (směje se).“ (S 2) Těto reakce si je dotyčná osoba vědoma a mluví o rozzlobení v případě, když něco audit objeví. Za možnou příčinu tohoto chování uvádějí interní auditoři právě netransparentní komunikaci z jejich strany, takže negativní zpráva vedoucího zaskočí. *„Já si myslím, že se hodně zloběj, protože přijde audit, řekne ‚holky skvělý, báječný, úžasný, všechno je dobrý.‘ A teď přijde ten zápis, no, to se zase tvářili, všechno bylo dobrý a teď to mám v zápise.‘ jo a teď jako proč to tak bylo, proč nám to neřekli...“ (IA 5)*

Postoje k interním auditům a komunikace mezi auditovaným a auditorem může být ovlivněna právě strachem z následné reakce jejich vedoucích. *„... tak to víte, že sme,*

všichni takoví byli strnulí, prostě abysme neudělali chybu, protože (hluboký nádech), protože vona ta naše (jmenuje svého vedoucího pracovníka) je taková přísná a ne že, ... já se jí jako nebojím, ale prostě vona asi nesnáší to, kdybysme něco nevěděli, jo...“ (S 2) S osobním vnímáním vedoucích pracovníků na výsledky z auditů mají zkušenosti také auditoři: „Ty vrchní to berou osobně, to ona řekne, že jsou perfektní, že maj všechno v pořádku, a i když člověk něco najde, tak prostě to bere jako napadení oddělení.“ (IA 3)

V průběhu času si auditoři vytvořili na základě uvedených zkušeností určitou strategii, jak předcházet nedorozuměním po vydání zápisů: „A osvědčilo se mi, když jich tam bylo hodně (zjištění), zavolat vrchní nebo staniční a prostě to s ní projít: ‚Podívejte se, tady je to a to.‘ A opravdu se je k tomu vzít a vlastně to s nima probrat přímo při tom auditu, protože pak ona ví, že to tam bylo. No a, to se osvědčilo hodně.“ (IA 3) „To, jo. Taky to dělávám.“ (IA 10)

Při výzkumu jsme se nesetkali s reakcí, že by se o zápisy a závěry z auditů vedoucí pracovníci i jejich podřízení vůbec nezajímali. Poukázáno je však na vztah mezi přijímáním smyslu interních auditů a smýšlením i vyjadřováním se o auditech ze strany vedoucích pracovníků. Vliv na přijetí smyslu interních auditů má také důslednost při vyžadování dodržování potřebných pravidel. Tento jev je podrobněji analyzován v kategorii nazvané „Sankce ano či ne? Konec ochranné lhůty“ (kap. 4.2.3.5).

4.2.3 Praktická stránka provádění interních auditů

4.2.3.1 Audity dříve a dnes

Jak již bylo uvedeno, zaměstnanci většinou neoddělují vnímání interních auditů a systému řízení kvality, považují to za jeden celek, což nepovažujeme za negativum. Výzkum poukázal na posun ve vnímání smyslu realizace interních auditů od první akreditace v roce 2010.

a) Dva odlišné světy

Respondenti porovnávají současnou dobu s dřívějším obdobím, kdy audity považovali za „buzeraci“. Měli pocit, že jim přináší jenom více administrativy a mluví až o dvou odlišných světech: „... to bylo zase něco novýho a lidi to brali jako buzeraci, než zjistili, že to je fakt dobrá věc a že to vlastně chrání i je samotný.“ (Z HTS 2)

„Je hroznej rozdíl v současném roce, nebo v loňském roce, oproti těm, co byly před třema, čtyřma rokama, když jsme s tím začínali. (T: Ehm) R: To sou dva úplně odlišný světy, ...“ (VS 2)

Za příčinu původního vnímání byli považováni také samotní auditoři, resp. jejich způsob vedení auditů. V chování auditorů vnímali negativně nadřazenost auditorů, zasahování do práce, které „nerozumí“, vnučování postupů ze svého oddělení nebo nepřipravenost auditorů na audit.

„... ale bylo, že přišli některý a byli, já jsem auditor a kdo je víc, a teď je tam teda jakoby tepali a takhle, já jsem si to zažila třeba... prostě přijde na audit, vůbec na něj nebyl připravenej, ...“ (VS 1)

Auditoři si své „chyby“ uvědomují a sebekriticky vzpomínají na začátky: *„... jsem tam teda chodila, ze začátku mě dělalo problém, že sem třeba jim vnucovala takový my na (jmenuje oddělení, na kterém působí) jo, už jsem se to odnaučila.“ (IA 4)*

Auditoři pocítují zlepšení ve vnímání přijetí interních auditů. Hovoří více o partnerském vztahu a funkci auditu jako poradní složky: *„... když jsme začínali s isem (má na mysli ISO), tak, jak se na nás koukali jako na otrapy, který jako přišli otravovat a štourali, ... že tomu nerozumíme. Teď jakoby po letech, to se změnilo i myšlení nemocnice po akreditacích. Už mi to začíná připadat, že nás berou jako poradní, jako, že se poraděj, anebo se zeptaj, a jak to teda máme dělat a kde to najdem? Takže je to spíš takový partnerský.“ (IA 1)*

Dvořáček (2005) uvádí výhody interního auditora spočívající ve vlastních zkušenostech z práce v příslušné organizaci oproti externímu. Připouští sice konzultační funkci auditu, ale upozorňuje na riziko objektivity auditora a apeluje na jeho citlivost.

Další příčinou, která stále vyvolává u zaměstnanců negativní postoje vůči systémům, je již zmíněný pocit zvýšené administrativy.

b) Komunikace při auditech je už více v „lidské formě“

Způsob komunikace mezi auditorem a auditovanými se projevila jako významný faktor, který ovlivňuje postoje zaměstnanců k celému systému. Respondenti v roli auditovaných také v této subkategorii porovnávají minulost se současným stavem. Uvádí, že došlo ze strany auditorů ke zlepšení v přístupu: *„... protože dřív, když se přišlo na audit, tak to bylo takový jakoby velký rozčarování, protože teď přišel někdo. Myslím si, že se to hodilo do takový lidský formy. Auditori dokážou už těm lidem říct,*

nebojte se, já prostě to jenom s váma rozeberu, nebo já vás chci jenom upozornit na ty chyby, co děláte a tak dále...“ (VS 1)

4.2.3.2 Komunikace mezi auditory a auditovanými

Respondenti jmenují konkrétní neverbální prostředky dorozumívání, které byly, nebo by mohly být příčinou vzniku bariéry v komunikaci mezi auditory a auditovanými. Vedle výše uvedeného nadřazeného a arogantního chování auditorů (*„... a některej je třeba arogantní a chová se, jako kdyby byl pán Bůh.“* – S 2), upozorňují na občasnou absenci představení auditorů při příchodu na oddělení, a že nenosí identifikační vizitku.

Ve výzkumu se dále projevil vliv na ztížené přijetí auditů po použití neadekvátních neverbálních projevů: *„... stalo se mi, že přišli v nevhodnou dobu, tak jsem poprosila auditorku, jestli by mohli přijít jindy... netvářila se vůbec příjemně a měla jsem z toho hodně nepříjemnej pocit.“* (VS 2) Je třeba si uvědomit, že neverbálními projevy sdělujeme postoj k obsahu mluveného slova (Veber, 2009).

Negativně působí také takové chování auditorů, při kterém zaměstnanci mají pocit, že je auditori doslova „tepou“ či přistupují zbytečně striktně, nemluví přirozeně a také nevnímají specifiku příslušného oddělení. *„Některý k tomu přistupujou striktně, podle těch pravidel a takhle to je. A tím, že nezná tu specifiku toho oddělení, tak se s tím dost špatně, protože, tady to máte napsaný, jo, že prostě nás nutí dělat něco, co třeba tak úplně nejde.“* (VS 2) Projevené potřebě specifických přístupů při vedení auditů se věnujeme více v kategorii „Auditoři musí mít přehled a vidět věci komplexně“ (kap. 4.2.3.7).

a) Také bych chtěl něco říct

Auditoři mají velký podíl na tom, jak se zaměstnanci budou při auditech cítit, jak se budou chovat a jednat. Výzkum zjistil, že interní audit nabízí vedle kontrolní, ověřovací edukační a motivační funkce také prostor pro diskusi, přenos informací, hledání míst pro zlepšování či popovídání si o práci. Respondenti si tyto možnosti auditu uvědomují a vítají je: *„A jsem ráda, když ty auditori, je to strašně individuální, jsou lidi se kterejma si popovídáš. Tím nemyslím, že spolu řešíme recepty a takový věci, ale prostě popovídáš o tý práci, o tom systému a třeba ti navrhnou řešení, nebo ti řeknou, jak by v rámci toho, co musíš něco, mohla udělat jinak... to je příjemný, že se máš třeba koho zeptat, nebo ti poradí, jak to máš udělat líp.“* (VS 2)

Aby byla komunikace přínosná, musí být obousměrná, symetrická a role sdělujícího i příjemce se střídají (Vodáček, Vodáčková, 2006). V následující ukázce se projevuje potřeba ze strany auditovaných, aby auditor byl schopen naslouchat a ponechal prostor k vyjádření i jim: „... že jsem si mohla o tom problému, na který se mě zeptali auditoři, pohovořit, nikdo mě nepřerušoval, jako nevstupoval mi do toho, abych si to mohla říct tak, jak jsem považovala z mého pohledu jako za nejlepší...“ (ZS 1)

Ukazuje se, že by interní auditoři a auditovaní mohli využívat skupinové interakce, při které budou myšlenky účastníků komunikace asociovat ostatní k objevování možností řešení potřebných záležitostí: „... leckdy při diskusi ... tak ee se dá, tak přijde i myšlenka, jak to zjednodušit, jak ten problém vyřešit. Víc hlav víc vyřeší, někdo to vidí z jinýho pohledu a vymyslí něco, co člověka nenapadne.“ (P 1)

Výzkumem jsme si potvrdili, že, aby k tomuto stavu mohlo dojít, je vyžadována vysoká komunikační úroveň auditorů, jak vyplývá i z následující subkategorie.

b) Nebafejte na mě

Respondenti poukázali na potřebu vzájemného porozumění mezi auditory a auditovanými. To lze ovlivnit přizpůsobením se auditora mluvě zaměstnanců, kteří jsou právě v roli auditovaných, kladením srozumitelných otázek: „Tak mně se třeba to říkalo velice dobře, ... nechali mi vlastní slova, vlastní tempo, nikdo mě nestresoval, což bylo úplně, úplně jako bezvadný. Mně jako tento, jako, vyhovovalo mi to.“ (ZS 1)

Kladení srozumitelných otázek a způsob vedení rozhovoru ze strany auditorů může mít dopad na pocity a chování auditovaných. Nejasnosti v nich mohou vyvolávat strach, trému, stres. „Mám trému, já jsem hrozná trémistka (T: Hm), jó když se mě pak zeptaj, já mám strach, že něco řeknu špatně, blbě a kolikrát to třeba vím, a když na mě vybafnou, tak já honem nevím, co mám říct. A taky někdy mi vadí to, jako nerozumím třeba otázce, když používaj nějaký takový ty svoje slova, termíny...“ (S 2)

Jako opatření proti snížení stresu při auditu a strachu něco říct, je uváděn komunikativní a příjemný auditor (S 2).

4.2.3.3 Kontrola a audity jsou příčinou stresu

Poměrně často poukazovali respondenti ve svých vyjádřeních na důsledek kontrol a interních auditů, kterým je stres. V začátcích realizace interních auditů ve zdravotnickém zařízení je příčina stresu připisována nejasnostem, které byly spojeny

se zavedením nového prvku do organizace. Prožívání stresu přikládají dotazovaní zaměstnanci také auditorům, kteří v té době teprve získávali zkušenosti: „... *byl to neskonalej stres. Pro nás, pro zaměstnance, věřím, že i pro ty auditory. Nevěděli jsme, co budou chtít, jak to bude probíhat. Museli se to učit i ti auditori, takže to pro nás bylo opravdu těžký.*“ (VS 2)

Další příčinou stresu při auditu je obava z toho, že se projeví činnosti, které nejsou vykonávány podle požadovaných postupů: „... *noo, a u toho auditu se to může ukázat a nedokážou to zakamuflovat, a přijde se na nějaký tydle ty nedostatky. A z toho vznikne stres, no.*“ (ZS 4)

Příčiny strachu však mohou být způsobeny čistě subjektivními důvody: „... *já ty auditu z tohohle subjektivního pohledu nemusím, mně to dobře nedělá, joo. Jako když člověk má jít na zkoušku nebo.*“ (S 3) Jako prevenci tohoto stavu by příslušný respondent preferoval auditu, kdy je předem zřejmé, co se bude od zaměstnanců očekávat.

Další příčinou stresu auditovaných je uváděn strach mluvit před druhými lidmi. Negativně zde může také působit přístup auditorů, při kterém auditovaní získají pocit, že jsou zkoušeni: „*No, já si myslím, že ehmm někdo trochu jako bázlivější, že má větší problém třeba mluvit před cizíma lidma, a hlavně myslím kolegyně, které to jako těžce nesou, když by měly vystupovat před někým cizím, myslím si, že ten problém mají kvůli tomu, že to na ně působí dojmem, že jsou jako zkoušený (T: ihmm), že ten audit je něco, že teď mě chce někdo na něčem dostat. Audit je tady od toho, aby mě na něčem dostal, aby zjistil, co dělám špatně, kde je náká, já nevím, špína, něco špatně, že možná ehmmm přednést to tou formou, že ano, my chceme něco zjistit, ale nejsme tu od toho, abychom vás zkoušeli.*“ (ZS 1)

Strach, stres, tréma, a někdy až neuróza žaludku na straně auditovaných, mohou být právě důsledkem nevhodné komunikace ze strany interních auditorů, jak je již uvedeno v subkategorii „Nebafejte na mě“ (s. 102).

4.2.3.4 Audit je divadelní představení, pak ve starých kolejích

O interních předpisech jako účinném nástroji při nastavení pravidel a mantinelů, jsme se již zmínili v kontextu se zavedením „pořádku“ v příslušném zdravotnickém zařízení (kategorie „Řízení kvality a interní auditu také něco přinesly“, kap. 4.2.2.1). Někteří respondenti však upozorňují na nesoulad dodržování nastavených pravidel

v době konání auditu a mimo něj. Roli zde hraje také okolnost, zda se jedná o ohlášený nebo neohlášený (namátkový) audit.

- „... *audity ohlášený je dobrá věc, beru že, jako jsou potřeba, ale pro mě audit ohlášenej je, že všichni se snažej, všichni to udělaj, tak jak to má bejt, a já to beru jako divadelní vystoupení.*“ (VS 1)
- „... *tak když je ten audit, ták jsou všichni nabiflovaný a každej se snaží ukázat to nejlepší. Přejde audit a už se zase jede ve starých kolejích (R: Smích).*“ (S 1)
- „*Všichni nosej prstýnky, přijde audit, nikdo je nemá. Všichni nosej hodinky, dezinfekce a tak dále, těch věcí se tolik nedodržuje...*“ (VS 1)

Předem ohlášené audity jsou považovány za určitou motivaci pro dotažení některých činností, jak již bylo uvedeno v subkategorii „Kontrola je „bič“ (s. 91). Lze je považovat také za edukační prostředek, který zaměstnance postupně „nutí“ zabývat se požadovanými činnostmi: „*Tak na ty ohlášený samozřejmě si člověk něco přečte, aby věděl. A ty neohlášený, tak to už je zkouška ohněm.*“ (P 1)

4.2.3.5 Sankce ano či ne? Konec ochranné lhůty.

Výzkum ve zdravotnickém zařízení poukázal na nejednost a nedůslednost při vyžadování dodržování některých pravidel vedoucími vůči vlastním podřízeným. Tento jev je vnímán negativně jak řadovými zaměstnanci, tak i vedoucími pracovníky, kteří na svých odděleních dodržování vyžadují a poukazují na to, že nedodržování na jiných odděleních není postihováno: „... *honím je, aby měli zástěry, aby todle, aby todle, všeccko měli a já narážím na to, že přijde sestřička (jmenuje dvě konkrétní oddělení), je ověšená zlatem, je vysmátá, má takovýdle nehty a ty moje holky na to koukaj.*“ (VS 1)

Veber a kol. (2009) hovoří o nízké autoritě kontroly, která může pramenit z nedostatku postihů. „*Protože za to nejsou nijak postihovaný. ... ale, když jim šáhne člověk na peníze, oni sice nejdřív jsou strašně rozčarovaný, nadávaj, ale pak si to uvědoměj.*“ (VS 1)

Ředitel příslušného zdravotnického zařízení se zamýšlí nad možnostmi řešení při dlouhodobém opakování stále stejných nedostatků. Připouští již sankce, ale zdůrazňuje, že je nutné rozlišit, zda se jedná o jednoznačné činnosti (např. základní věci ve vedení dokumentace – nutné podpisy lékařů v informovaných souhlasech): „*Ale jestliže to jsou věci, který nejsou takto úplně jednoznačný, tak tam se pořád spíš držíme toho systému, toho upozorňování. Pozor, tohle máte dělat, neděláte to, myslíte na to, odstraňte to.*“

Potřebu přehodnotit přístup k hodnocení některých zjištění uvádí zástupce středního managementu: „... *taková ta ochranná lhůta už skončila, dyť už máme druhou akreditaci. Já si myslím, že tohle by už v těch lidech mělo bejt.*“ (VS 1) Upozorněno je na potřebu zvýšeného tlaku „shůry“, od vrcholového vedení a středního managementu (IA 3).

Auditoři, kteří se k danému tématu vyjadřují a předávají vlastní zkušenosti ze svého oddělení, uvádějí, že se vedoucí pracovníci spolu se zaměstnanci výsledky auditů zabývají. Zápis po vydání spolu s upozorněním od vedoucích zajistí krátkodobé zlepšení, než se vše vrátí do starých kolejí: „... *a teď přijde ten humbuk, takže chvilku to funguje, než zase spadnou dolů, jo.*“ (IA 4)

Následkem častého opakování nedodržování základních jednoduchých pravidel bez následných jednoznačných postihů, může být riziko demotivace interních auditorů k dalšímu vykonávání této funkce: „... *můžou mít pocit, že ta jejich práce není braná dostatečně vážně nebo, že ty výstupy nejsou reflektovaný na tom oddělení.*“ (ředitel)

V této souvislosti se také projevil nešvar, kdy jsou po podřízených vyžadovány určité postupy, ale sám vedoucí pracovník není příkladem: „... *třeba způsobuje fakt velký problémy, když můj personál je vod šéfa buzerovanej za to, že si třeba nevedezinfikuje ruce, ale šéf má hodinky.*“ (VS 1)

Brown (1995) mezi čtyřmi přístupy vztahu jedince k organizační kultuře řadí také „otevřené nedodržování“. V tomto případě zaměstnanci nezastávají hodnoty a nedodržují normy zcela otevřeně. Jsou si vědomi toho, že je za jejich chování nestihnou žádné sankce.

4.2.3.6 Pryč od papírů, voláme po auditech u pacientů

Ve výzkumu bylo poukázáno na to, že může existovat rozpor mezi záznamem v dokumentaci a realitou. Zaměstnanci proto doporučují, aby se v dalším období audity zaměřily více na ověřování přímo u pacientů:

- „... *on zkontroluje, že to máš dobře napsaný, zakřížkovaný a podepsaný, ale kdybys to napsal, zakřížkoval, podepsal a neudělal, tak ten auditor to absolutně nepozná. To mě na tom všem, na tom celém systému, trošku vadí.*“ (VS 2)
- „*A jak se to hodnotí, třeba to věnování pacientům? R: Nó to je právě to, že se nehodnotí, moc bych řekla, no a to mě právě vždycky vadilo u toho auditu. Že se třeba ani nepřijdou zeptat na pokoj (T: Hm), jó třeba těch lidí jak se maj nebo jestli se jim tam něco líbí,...*“ (S 1)

Dalším důvodem pro provádění auditů u pacientů je možnost ohodnocení kvalitní práce zdravotnického personálu. Audity se stávají jedním z nástrojů ocenění zaměstnanců: „*Já bych se nezabývala jenom tím, jestli lékař správně naordinoval a sestra řádně podala, ale i tím, jestli pacient leží v čistém lůžku a v upraveném lůžku, jestli on sám má dobrý pocit ... Ale proč audit taky nehledá to, že tenhle člověk tady leží takovou dobu a nemá dekubit, jak se o něj kdo stará, jak je umytý, jestli je učesaný...*“ (ZS 1)

Potřebu změny v přístupu při vedení auditů na odděleních pocítují také samotní auditoři. K tomuto postoji dospěli na základě vlastních zkušeností v pozici řadového zaměstnance i ve funkci interního auditora. „*... protože se mi stalo u auditu, no jo, vás zajímaj papíry a k lidem nikdo nejde.*“ (IA 5)

Interní auditoři připouští rozdíly mezi kvalitou vedení zdravotnické dokumentace a kvalitou péče o pacienta. „*... jsou sestry, který jsou úplně skvělý, co se týče pacientů, ale v tý dokumentaci nemaj až tak pořádek. A pak jsou ty sestry, který teda maj skvělou dokumentaci, všechno zaznamenaj, to jsou ty sestry u toho počítače, no ale ty pacienti zas úplně tak třeba v pohodě nejsou...*“ (IA 5)

Ve výzkumu se v týmu interních auditorů projevilo, že někteří auditoři tento postup již aplikují. Uvědomují si však, že by potřebovali podporu v komunikačních dovednostech: „*Tak je pak, když bysme s tím víc začali, musíme si dát velký pozor na to, jak se jich budeme ptát, protože já jim to třeba taky vysvětluju úplně jinak, než to píšu do těch papírů...*“ (IA 2) „*... nějak poradit, jak se těch lidí ptát, jak se ptát pacientů, protože teď jsme byli nastavení na zdravotníky a teď budem potřebovat jako trochu přehodit, jako na tohle to nějaký školení...*“ (IA 1)

4.2.3.7 Auditoři musí mít přehled a vidět věci komplexně

Zavedením systému řízení kvality spolu s interními audity se ve zdravotnickém zařízení rozšířily typy nositelů informací a komunikační nástroje. Interní auditoři působí přímo na zaměstnance jednotlivých oddělení i jejich vedoucí. Přichází s nimi do osobního kontaktu, komunikují s nimi a podílí se v organizaci na předávání informací o zavedených pravidlech. Podle Dvořáčka (2005) nesmí auditor zapomínat, že organizace je systém, který je složen z jednotlivých činností. Práce auditora proto musí být kompletní.

Z výzkumu vyplynulo, že auditoři jsou si této potřeby vědomi: „*Vlastně měl by ses podívat i okolo že jo, si všítat i ostatních. Třeba jdu na léky, ale kouknu se, jestli*

mají správně označenou ostrou hranici, jestli si sestřička připravuje infuze ta, která to jde podat...“ (IA 4) „... kontroluji dokumentaci jako lékařskou péči, že i když kontroluji jednu věc, tak prostě jak je to propojená ta komplexní péče, tak vás to zavede do jiných věcí. Kontroluji léky a zjistím třeba a dostanu se k tomu, jak hodnotit bolest, jestli dostanou analgetika ... Když kontroluji bolest a ten člověk má dekubity, tak mě to zavede k používání pomůcek, ...“ (IA 3)

Ředitel sděluje požadavek specifického přístupu auditorů na jednotlivých odděleních: *„Co je mým takovým přáním, jak by to mělo vypadat, aby ti auditori ještě víc jakoby poznávali to oddělení, ..., aby to dělali se znalostí fungování nejen těch předpisů, ale i toho oddělení.“*

Mezi jedenácti doporučeními k provádění kontrolní činnosti uvádějí Vodáček a Vodáčková (2006: 144; v originále zvýrazněno) respektování *„... odlišností vyplývajících z organizačních parametrů kontrolované jednotky...“*

Zaměstnanec HTS doporučuje pro rozšíření povědomí o této oblasti auditorům zúčastnit se schůzek, na kterých se řeší specifické odborné problematiky: *„... by člověk aspoň vyposlechl a dostal se do toho problému, aby si to uměl vůbec představit, co to, obnáší, co se za tím skrývá.“ (V 1)*

Nárok individuálního přístupu auditorů se projevil nejen ve vztahu specifických jednotlivých oddělení, ale také v potřebě auditovat činnosti v komplexním pojetí, nejen z ošetrovatelského hlediska. Překážkou je však složení týmu auditorů, který tvoří z větší míry nelékařský zdravotnický personál.⁶⁴ *„... pokud mám auditovat jen ošetrovatelskou péči, jasně v tom jsem kovaná, ale narazím na monitor a teď, jako tam už tápu, nedej bože personální...“ (IA 5)*

Senge (2007) jmenuje mezi pěti disciplínami učící se organizace systémové myšlení, které je charakterizováno schopností vidět věci komplexně, vnímat vzájemné vazby systému, kde jedna část ovlivňuje a současně je ovlivňována ostatními. Kafka (2009) upozorňuje na definici interního auditu zaměřeného na celou organizaci, interní auditori napomáhají celé organizaci s dosahováním cílů. *„To vyžaduje, aby interní auditori pochopili cíle a procesy uvnitř organizace a vnímali problémy a jejich příčiny v širokých komplexních souvislostech.“ (Kafka, 2009: 16) Janečková a Hnilicová (2009)*

⁶⁴ Kap. 3.1.2 „Interní audity ve zkoumaném zdravotnickém zařízení“.

hovoří o akreditaci zdravotnických zařízení ve smyslu postihnutí nejen výkonové stránky nemocnice, ale také organizační kultury a celého chodu nemocnice.

4.2.3.8 Proč je auditor auditorem. Může být oblíbený?

Zajímavé bylo ve výzkumu sledovat, jaké názory na motivaci auditorů zastávají zaměstnanci a jaké důvody k vykonávání této funkci mají samotní auditoři.

Jak to vidí zaměstnanci

Respondenti v pozici zaměstnanců uvádějí motivace auditorů k vykonávání této práce, že je to baví, mají zájem něco změnit, seberealizovat se, být užitečný, práce auditora je uspokojuje:

- „*Asi si myslěj, že to má smysl. Já bych auditora, kdybych si myslěl, že to je na nic nikdy nedělal.*“ (P 1) „*Je to asi něco z nich, ee že se v tom seberealizujou, že chtěj něčeho dosáhnout, zajímá je to.*“ (V 1)
- „*Já myslím, že je to baví, že je to zajímavá a sou to většinou lidi, kteří jsou aktivní, akční a třeba nejsou úplně vytížení ve svý práci, nebo maj pocit, že by ještě mohli něco v tý práci dokázat víc, a tak se jim nabízí eee jako seberealizace.*“ (VS 2)
- „*Tak taky asi v tom nacházej pro sebe nějaký prostě uspokojení, že jako, ee, něco někam posunou nebo prostě, že můžou něco vylepšit ...*“ (VS 1)

Na druhou stranu si zaměstnanci uvědomují, s jakými těžkostmi se auditoři setkávají. „*Je to náročná nevděčná práce. Nechtěla bych chodit na oddělení a kritizovat lidi a lékaře. Posílá si všechny proti sobě, slyším spoustu lidí a lékaře, jak na to nadávej.*“ (ZS 3) „*... nemají je rádi, protože by jim mohli přijít na nějaký nešvary třeba něco nedelaj podle předpisů, jak maj dělat nebo podle pravidel, nebo, že jak říkaj, že to je buzerace.*“ (S 1)

Jak to vidí auditoři

Obě strany se shodují v důvodech, které auditory vedou k vykonávání této funkce a jaké důsledky musí očekávat: „*První audity hrůza, protože jsem chtěla, aby ty lidi, jako maj tě rádi a teď se to třelo. Proč zůstávám? Začalo mě to bavit. Začlo mě to, jako člověk chce něco změnit, těžká cesta, někdy to moc nejde, nic méně věřím tomu, že jednou to půjde.*“ (IA 5) „*Já jsem začala, podstatě s tím, že jsem věděla, do čeho jdu, no prostě takovej pocit pokusit se něco změnit, samozřejmě k lepšímu.*“ (IA 9)

4.2.3.9 A co lékaři?

Jako samostatný jev se ve výzkumu ukázaly audity směrem k lékařům a jejich přístup k systému řízení kvality a auditům. Zaměstnanci v roli auditovaných mají pocit, že jsou lékaři z řízení kvality vyjmuty a systém je postaven na nelékařském zdravotnickém personálu. Uvedený jev se ve výzkumu odrazil ve dvou úrovních:

- zapojení lékařů do průběhu interních auditů,
- angažovanost lékařů v týmu interních auditorů,

Zaměstnanci vnímají, že jsou audity více zaměřené na ostatní personál, především nelékařský zdravotnický (sestry, ošetřovatelky, sanitářky). Skutečnost má další důsledky, které se projevují v pocitu auditovaného personálu jako nespravedlnost, způsobují problémy při vyžadování základních pravidel a v nesouladu o péči o pacienta. Řada úkonů je závislá na prvotním nastavení od lékaře.

- *„Ty lékaři jsou na těch auditech a u tohodle všeho, tak jakoby okrajový. Oni i to tak vnímají, to je vaše věc, to není naše věc.“ (VS 1)*
- *„Ještě by se mohl změnit ten postoj, ten lékařskej, tam si myslím, že taky ještě jsou rezervy, že by se, protože akreditaci jako takovou z osmdesáti procent udělaj sestry.“ (VS 2)*
- *„... pokud už dojde k nějakému konkrétnímu šetření nad dokumentací pacienta, aby se toho šetření zúčastnil celý tým. Protože se, když se auditor zeptá sestry, máte tady lék ten a ten, podala jste ho tehdy a tehdy, proč, já si myslím, že by tam měl sedět i ten lékař, který ordinoval, abychom měli tu zpětnou kontrolu, jo...“ (ZS 1)*

Jeden z respondentů vnímá příčinu nízkého zapojení lékařů do auditů v nastaveném systému: *„R: ... to musí tušit ti auditoři, proč na to mají takový systém. Jestli ho vymysleli oni, nebo jestli oni mají pokyny a někdo to vymyslel nad nima. Čím vejš to je vymyšlený, tím dál je to vod tý nemocnice. T: Jakooo se domníváte, že mohl někdo třeba vymyslet, že se to má auditovat jenom se sestrami a ne s lékařema? R: Klidně (T: ihmm). Klidně to tak někdo mohl vymyslet.“ (ZS 1)*

Příčiny uvedených jevů se ukázaly také v samotném týmu auditorů, ve kterém se projevila určitá obava při auditování směrem k lékařům: *„... přes ty lékaře to je nejistota, protože nás samozřejmě můžou, jak se říká usadit, vědí toho víc jo a člověk si není úplně ve všem jistej, ...“ (IA 2)*

Auditoři v pozici většinou nelékařských zdravotnických pracovníků si uvědomují, že přítomnost lékařů auditorů je pro ně oporou a pro systém potřebná. Ředitel zdravotnického zařízení si je této skutečnosti vědom: „... *auditor lékař má větší vyjednávací sílu.*“

U respondentů působících ve zdravotnickém zařízení v pozici lékařů (2 primáři a 1 lékař) jsme si ověřili, že systém řízení kvality a interních auditů není od lékařské péče zcela odtržen. Definují oblasti, ve kterých smysl systémů vnímají a zdůrazňují potřebu zaměřovat se na priority:

- vedení zdravotnické dokumentace (medicínsko-dokumentační),
- potřeba kontroly,
- ochrana zaměstnanců a nemocnice jako celku,
- pořádek v personalistice,
- audity jako prostředek pro přenos informací a diskusi.

„... smysl auditu vidím hlavně v té medicínsko dokumentační, (T: Ehm) R: ale už takový to ee dodržování ee těch datumovek na mejdlech, to už mě přijde, že to by mohly bejt audity mimo naši úroveň ...“ (L 1)

Podmínkami pro získání ještě vyššího kreditu interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení u lékařů jsou: zaměření auditů na zásadní oblasti a rozlišování priorit, schopnost auditorů komplexního pohledu na nemocnici a profesionální auditorský tým, jehož členy budou i lékaři.

Kompetenci auditorů spočívající ve schopnosti rozlišovat v systému priority potvrzuje nezávisle na předchozích zjištěních ředitel zdravotnického zařízení: „... *aby taky byli schopni eventuelně i těm nedostatkům přiřazovat náskou prioritu, že něco je důležitý a přes to nejede vlak. A pak jsou věci, který sice nejsou naplněný, ale jsou druhořadý.*“

Na otázku, co by mohlo vedení zlepšit v zapojení lékařů do systému řízení kvality a interních auditů, je uveden názor, že se to musí lékařům nařídit: „... *jak se jim to nedá příkazem, jak se jim to řekne jako, že musí se to nebo by se mělo, tak to je naprosto jasný. Musíme to udělat, tak to vy udělejte.*“ (VS 2)

4.3 Faktory ovlivňující postoje zaměstnanců

Ve výsledcích výzkumu jsme popsali současný systém řízení kvality a interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení a některé okolnosti ilustrovali na vyjádřeních respondentů kvalitativního výzkumu. Interpretaci analyzovaných dat jsme rozdělili do tří okruhů podle základních výzkumných otázek v kontextu s organizační kulturou zdravotnického zařízení, zjištěními o užitečnosti systému kvality řízení a interních auditů a praktickou stránkou provádění interních auditů. Bereme v úvahu, že interní audity jsou jedním ze systémů příslušné organizace, který významně ovlivňuje způsoby provádění jednotlivých činností, zasahuje více nebo méně do všech procesů, a tudíž je v úzkém vztahu s organizační kulturou příslušného zdravotnického zařízení.

Usilujeme o to, aby interní audity podporovaly takovou kulturu organizace, která bude odolná vůči vnějším i vnitřním vlivům a bude napomáhat kontinuálnímu zvyšování kvality péče tím, že:

- vytváří podmínky pro týmovou spolupráci a snižuje soutěživost,
- formuje takovou atmosféru, ve které se zaměstnanci nebojí přiznat případná pochybení,
- nabízí prostor pro reflexi a zpětnou vazbu ve vztahu k úkolům a rolím zaměstnanců,
- nese kolektivní odpovědnost za chyby a problémy,
- usiluje o vyšší participaci pracovníků a vytváří prostor pro inovace,
- uznává potřebu péče o emoční zdroje zaměstnanců a usiluje o jejich pracovní vyrovnanost.

Z provedeného výzkumu jsme proto vydefinovali takové faktory, které mají vliv na postoje zaměstnanců k interním auditům ve zdravotnickém zařízení a zároveň snižují nebo jsou již rizikem pro nenaplnění charakteristických znaků resilientní organizace. Tyto faktory vnímáme jako zásadní aspekty, na které lze níže uvedenými opatřeními působit, ovlivňovat, lze je vylepšovat a měnit. Nejprve uvádíme jednotlivé faktory a popisujeme, jak se v příslušném zdravotnickém zařízení projevují. Následuje kapitola s podněty pro optimalizaci využití interních auditů včetně návrhů pro funkcionální změny organizační kultury, které jsou pro optimalizaci auditů nezbytné.

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJE ZAMĚSTNANCŮ K SYSTÉMU INTERNÍCH AUDITŮ

1. Předávání informací ve zdravotnickém zařízení

- rezervy při využívání dostupných komunikačních nástrojů
- neuvědomění si ze strany středního managementu významu předávání informací podřízeným

2. Ochota přijímat a prostor pro poskytování zpětné vazby a reflexe

- emoce při předávání výsledků z auditů podřízeným
- ochota středního managementu reflektovat zjištění z interních auditů pro zlepšování kvality péče a práce na svém oddělení
- schopnost středního managementu analyzovat výstupy z auditů z jiných oddělení a přijímat je jako prevenci
- prostor pro reflexi a zpětnou vazbu

3. Motivace zaměstnanců

- zájem středního managementu o práci podřízených
- ocenění podílu zaměstnanců na vyřešení problému, úkolu
- slovní poděkování za výsledky práce, pochvala
- potřeba individuálních přístupů v motivaci zaměstnanců
- zainteresovanost lékařů do systému řízení kvality a interních auditů
- finanční ocenění

4. Administrativní zátěž

- četnost vyžadovaných záznamů na úkor péče o pacienty
- množství vnitřních předpisů
- potřeba aktualizace vnitřních předpisů

5. Ztotožnění s nastavenými pravidly v organizaci, důslednost při jejich vyžadování

- ztotožnění středního managementu s nastavenými pravidly
- organizační jednotnost při vymáhání dodržování pravidel
- vzor v chování a jednání od vedoucích pracovníků

6. Profesionální auditorský tým

- komunikační dovednosti auditorů, schopnost vedení rozhovoru
- příprava na audit
- motivace auditora k vykonávání této pozice
- složení auditorského týmu
- auditorský tým jako „subkultura“ zdravotnického zařízení

7. Zaměření interních auditů

- schopnost auditorů komplexního vnímání činností, procesního zaměření
- orientace ve specifikách jednotlivých oddělení
- zodpovědnost za chyby na jednotlivce, hledání důkazů
- orientace auditů jen na „papíry“, rozpor s realitou

4.4 Podněty pro optimalizaci využití interních auditů

V následující kapitole analyticko-výzkumné části uvedeme podněty pro funkcionální změny organizační kultury v příslušném zdravotnickém zařízení v návaznosti na vydefinované faktory ovlivňující postoje zaměstnanců k systému interních auditů. Zároveň jsou zde uvedeny důvody k navrhovaným opatřením. Data získaná ve zdravotnickém zařízení metodou kvalitativního výzkumu poskytují managementu konkrétní argumenty pro evoluční změny v organizační kultuře. Podle Lukášové (2010: 165) se k evoluční změně nepřistupuje v organizaci z důvodu její krize, „*ale když existuje potřeba něco v rámci organizace zlepšit.*“

PODNĚTY PRO FUNKCIONÁLNÍ ZMĚNY ORGANIZAČNÍ KULTURY A OPATŘENÍ PRO OPTIMALIZACI AUDITŮ

1. Předávání informací ve zdravotnickém zařízení

Na základě výsledků výzkumu v komunikaci mezi středním managementem a řadovými zaměstnanci navrhuje zaměřit se na **efektivnější využívání stávajících komunikačních nástrojů** zkoumaného zdravotnického zařízení, především porad, zápisů a intranetu. Zápisy z porad doporučujeme vnímat jako nástroj, kterým lze účelně předávat informace. **Zveřejněním zápisů** ze všech porad vedoucích pracovníků na intranetu bude podpořena informovanost i řadových zaměstnanců, což je žádoucí pro jejich angažovanost vůči organizaci.

V oblasti zlepšení uvědomění si významu předávání informací zaměstnancům zdravotnického zařízení navrhujeme uspořádat **školení pro střední management** zaměřené na **komunikaci** jako jednu z manažerských funkcí a možností uplatnění manažerských komunikačních nástrojů s důrazem na vedení porad. Školení by mělo probíhat zážitkovou formou. Účastníci by si na vlastní kůži měli vyzkoušet dopady toho, jak se budou cítit, když budou informačně „odtrženi“ od dění. Cílem školení by měl být rozvoj praktických komunikačních dovedností, jako je vedení rozhovoru, naslouchání, sdělování kritických názorů a používání zpětné vazby.

2. Ochota přijímat a prostor pro poskytování zpětné vazby a reflexe

V návaznosti na fungování zdravotnického zařízení s typem resilientní kultury považujeme za nezbytné, aby vedoucí zaměstnanci vědomě vytvářeli bezpečné prostředí pro reflexi a zpětnou vazbu, jejich používání vyžadovali a sami je uměli na sobě aplikovat. Pracovníky na této pozici považujeme za prostředníky v šíření myšlení a chování mezi další zaměstnanci. **Využívání reflexe a zpětné vazby** se může prolínat různými aktivitami ve zdravotnickém zařízení včetně těch každodenních. V analyzovaných datech jsme objevili prostor vedle interních auditů také při poradách a především v **hodnotících pohovorech**.

Domníváme se, že pokud bude v hodnocení zaměstnanců vedoucími pracovníky řádně využívána zpětná vazba a poskytnut prostor k reflexi, zaměstnanci se je naučí účelně používat také při každodenní práci a hodnotící pohovory nebudou vnímány formálně. Navrhujeme vedení zdravotnického zařízení zahrnout do jejich hodnocení se středním managementem **diskusi** na téma, jak oni **provádějí hodnocení se svými podřízenými**.

Důležitá se ve výzkumu projevila potřeba zpětné vazby od vedení nemocnice k námětům jednotlivých zaměstnanců z těchto hodnocení. Doporučujeme vedení organizace poskytovat **zpětnou vazbu k podnětům** zaměstnanců z hodnotících pohovorů nejen ve zdravotnické části nemocnice, ale také v hospodářsko-technické.

Význam **zpětné vazby v komunikaci** navrhujeme zařadit jako jedno z témat do **školení** manažerských komunikačních dovedností, jak je již uvedeno v předchozím opatření. Vědomě podporovat schopnost reflexe a používat zpětnou vazbu je také vhodné u interních auditorů. Jsou jedni z nositelů informací ve zdravotnickém zařízení a těmi, jež vedle vedoucích pracovníků mohou jít svým chováním a jednáním příkladem.

Příležitostí, jak rozvinout postupně ve zdravotnickém zařízení schopnost reflektovat pracovní postupy a procesy s cílem kontinuálního zlepšování kvality péče, by mohla být **supervize**. Vzhledem k tomu, že v příslušné organizaci nebyla dosud tato metoda použita, a ani z výzkumu tato konkrétní potřeba nevyplynula, doporučujeme ji v organizaci ověřit nejprve právě **v týmu interních auditorů**. Pro auditory by supervize byla prostředkem, jak se naučit reflektovat, auditoři by v rámci ní mohli probírat vlastní zkušenosti s vedením auditů, rozebírat konkrétní případy. Je pravděpodobné, že by se postupně pozitivní dopady supervize rozšířily mezi ostatní zaměstnance, ti by k ní získali pozitivní přístup a sami by ji začali vyžadovat.

3. Motivace zaměstnanců

Ve výzkumu jsme objevili motivační nástroje, jež jsou ve zdravotnickém zařízení uplatňovány, nebo naopak by uplatňovány být ještě mohly. Objevili jsme rezervy mezi středním managementem a řadovými zaměstnanci ve **využívání nehmotných motivačních prostředků**. Uvedený zjištěný popis situace je zároveň opatřením, jakými konkrétními prostředky zaměstnance motivovat.

Ve zdravotnickém zařízení se projevila potřeba řadových zaměstnanců, aby se vedoucí pracovníci o jejich práci více zajímali, nepřivlastňovali si zásluhy za úspěšné akce, ale zmínili kolektivní podíl a nezapomínali na pochvaly. To platí také u interních či externích auditů, jak z výzkumu dále vyplynulo, kdy zaměstnancům záleží na tom, že jejich nadřízený ocení dobré výsledky auditů a v případě zjištění je s nimi probere v klidu. Při motivaci zaměstnanců je nutné mít na paměti nutnost **individuálního přístupu** při uplatňování motivačních nástrojů včetně potřeby odlišné intenzity.

Zainteresovanost lékařů do systému řízení kvality a interních auditů, která se ve výzkumu projevila jako silný faktor, lze podpořit **metodami pro zvyšování angažovanosti zaměstnanců** zdravotnického zařízení. Ty se odráží jak v již uvedených opatřeních pro předávání informací, ve vědomém podporování sebereflexe a používání zpětné vazby, v používání různých motivačních nástrojů, tak i pomocí opatření, jež jsou dále: snížení administrativy, zapojování zaměstnanců do řešení problémů a úkolů, rozšíření auditorského týmu o lékaře, odborně specificky zaměřené interní auditů.

4. Administrativní zátěž

Ačkoliv výzkum poukázal na nevýhody, ale i výhody administrativy (pořizování záznamů ve zdravotnické dokumentaci a pravidla nastavená v písemných interních předpisech), navrhuje vypracovat ve zdravotnickém zařízení **analýzu této dokumentace** s cílem odhalit v ní případné duplicity, nevýznamné záznamy nebo texty v předpisech, jež „zbytečně“ některé postupy rozvádějí. Toto konkrétní opatření doporučujeme provést na základě zkušeností autorky diplomové práce, protože zkoumání rezerv v uvedené oblasti nebylo předmětem výzkumu. Výzkum však potvrdil, že pocit zvýšené administrativy je jedním z faktorů, jež ovlivňují postoje zaměstnanců k řízení kvality a interním auditům, které jsou jeho součástí.

5. Ztotožnění s nastavenými pravidly v organizaci, důslednost při jejich vyžadování

Pro zajištění tohoto požadavku bude nutné jednak usilovat o zainteresování všech zaměstnanců a následně zajistit důsledné vyžadování nastavených pravidel s viditelnými opatřeními, pokud nejsou pravidla dodržována. Preferujeme nejprve se intenzivněji věnovat **ztotožnění zaměstnanců s nastavenými pravidly**, což může plynule navázat na provedená opatření v rámci faktoru administrativní zátěž. Úlohu při procesu ztotožnění zaměstnanců s nastavenými pravidly mohou hrát některá další výše zmíněná opatření (např. efektivní využívání stávajících komunikačních nástrojů, uplatňování zpětné vazby). **Ztotožnění lze podpořit** zapojováním zaměstnanců do plnění úkolů a řešení problémů, participací na tvorbě a úpravě pravidel v organizaci a vysvětlováním jejich smyslu. Tyto aktivity mohou také pozitivně ovlivnit faktor motivace zaměstnanců a podpořit angažovanost zaměstnanců. Významný je **vzor vedoucích pracovníků**, který se projeví v dodržování pravidel jimi samotnými, loajalitou vůči požadovaným pravidlům a vyžadováním od jejich podřízených.

Po období, kdy je prostor věnován analýze pravidel, případné úpravě a ztotožnění se s nimi, navrhuje **uplatňovat vyžadování jejich dodržování**. V první fázi doporučujeme, aby vedení zdravotnického zařízení vydefinovalo pravidla, na která se zaměří, seznámilo zaměstnance s rozhodnutím a s opatřeními, ke kterým by se muselo při neakceptování sáhnout. Následoval by časový prostor, ve kterém by si vedení ověřilo, že se informace dostala ke všem zaměstnancům. Poté by bylo přistoupeno ke druhé fázi, k sankcím za nedodržování pravidel. Důležité pro minimalizaci

nežádoucího chování je, aby se opět informace o realizaci sankcí dostala mezi zaměstnance.

Jsme si vědomi toho, že druhé opatření nepodporuje rozvoj resilientní kultury, směřuje spíše ke kultuře „osobní patologie“, ve které problémy pocházejí od jednotlivců⁶⁵. Proto je nutné citlivě rozlišovat příčiny nedodržování pravidel.

6. Profesionální auditorský tým

Jedním z doporučení k tomuto faktoru, který ovlivňuje postoje zaměstnanců k interním auditům je, podobně jako u středního managementu, **školení v komunikačních dovednostech**. Doporučujeme vést ho převážně praktickou formou s nácvikem potřebných dovedností, jež vyplynuly z výzkumu. Důraz je třeba klást na dovednosti auditorů při **vedení rozhovoru** se zaměstnanci: srozumitelné vyjadřování, jasné kladení otázek, naslouchání, poskytnutí prostoru pro zpětnou vazbu. Školení pro interní auditory by mělo posílit také kompetence při komunikaci s pacientem v rámci interních auditů.

U faktoru k vytváření prostoru pro zpětnou vazbu a reflexi jsme již navrhli opatření v podobě supervize pro tým interních auditorů. Schopnost sebereflexe a sdílení zkušeností z auditů, jež jsou prvky v supervizi uplatňované, zvýší **profesionalitu auditorů** a posílí **týmovou spolupráci** této skupiny.

Dále považujeme za vhodné **zopakovat hodnotící pohovory s interními auditory** vedené formou polostrukturovaného rozhovoru, které se naposledy konaly v roce 2011. Výzkumem k této diplomové práci se ukázalo, že některá zjištění z těchto pohovorů jsou v současné době stále aktuální a respondenti se těmito tématy zabývali: příprava auditorů na audit, komplexní vnímání činností ve zdravotnickém zařízení, souvislosti s legislativou, motivace auditorů k vykonávání této pozice, umění naslouchat, bezprostřední zpětná vazba, zjištění z auditů jako prevence na ostatních odděleních⁶⁶.

Ve výzkumu se projevilo riziko určité separace skupiny auditorů a těch na straně auditovaných. Tento jev se projevuje v některých výrociích o auditorech (např. „oni to přehání“, „chovají se nadřazeně“). Vnímáme ho též v potřebě auditorů shromážďovat si z auditů přesné důkazy, aby nedocházelo ke zpochybňování jejich nálezů. Toto soupeření, jehož důsledkem může být až vytvoření samostatné „subkultury“

⁶⁵ Kap. 1.1.1 „Druhy organizační kultury“.

⁶⁶ Vybrané výstupy z pohovorů s auditory z roku 2011 jsou uvedeny v příloze 4.

v organizaci, stojí proti charakteristickým znakům resilientní kultury, vytváření podmínek pro týmovou spolupráci a snižování soutěživosti. Z uvedených důvodů doporučujeme **zapojovat tým interních auditorů** do vybraných **společných akcí** s ostatními zaměstnanci, převážně s důrazem na propojení se **středním managementem**. Ten považujeme za významného šířitele postojů k interním auditům a auditorům ve zkoumaném zdravotnickém zařízení.

Je žádoucí, aby se auditoři cítili při vykonávání této funkce čím dál jistější, rozuměli procesům ve zdravotnickém zařízení a v týmu auditorů se svými specializacemi vzájemně doplňovali. Příležitost vidíme v **motivaci nových členů auditorského týmu**. Vedle lékařské části také u zaměstnanců z řad oddělení, která zástupce v týmu auditorů dosud nemají, nebo jsou jimi samotní vedoucí pracovníci⁶⁷.

7. Zaměření interních auditů

Posledním vydefinovaným faktorem zaměření auditů. Zaměstnanci vnímají, zda se audity zaměřují na méně důležité oblasti nebo jsou schopny pojmout jednotlivé činnosti z komplexního pohledu. Důležitými hledisky, jak zabezpečit zlepšení v tomto směru, je vedle složení auditorského týmu řádná **příprava na audit** a trvalé **prohlubování znalostí procesů** ve zdravotnickém zařízení u interních auditorů. K pochopení některých specifických činností může dojít např. také při již zmíněných společných akcích se středním managementem a ostatními zaměstnanci (školení, teambuildingy, porady).

V současné době je v organizaci zvykem, že zápisy z auditů jsou hodně konkrétní s podrobnými důkazy včetně fotografií nálezů a jmen zaměstnanců, kteří se zjištěného nedostatku „dopustili“. Výzkum poukázal, že k tomuto systému dospěli auditoři na základě předchozích negativních zkušeností, kdy jim nebylo ze strany středního managementu důvěřováno, že zjištění z auditů uvedená v zápisech jsou oprávněná. Dá se říci, že se tento postup vybuodoval v organizaci jako určitá obranná strategie auditorů. Pro zdravotnické zařízení může být přínosem, ovšem v případě, že **vedoucí pracovníci** budou k **vyhodnocování zjištění přistupovat individuálně**. V opačném případě by mohl systém směřovat proti smyslu resilientní organizace. Zda se jedná na oddělení o systémovou chybu, nebo skutečně selhání jedince, by měli nejlépe rozpoznat vedoucí pracovníci. Proto je důležité, aby se střední management aktivně podílel na nastavení

⁶⁷ ARO, pediatrie, rehabilitace a fyzikální medicína, patologie a oddělení HTS.

postupů a pravidel v organizaci, chápal jejich smysl, ztotožnil se s nimi a vyžadoval jejich dodržování také od svých podřízených. Prostorem, kde se lze těmito oblastmi zabývat, jsou ve zkoumaném zdravotnickém zařízení některé komunikační nástroje, které jsme uvedli v interpretaci analyzovaných dat (Tab. 1): porady vedoucích pracovníků, hodnotící pohovory, vzdělávací aktivity včetně teambuildingů středního managementu, v nižší linii provozní porady a porady s vedením nemocnice. Prostředkem pro předání informací zapojení zaměstnanců jsou také intranet a NIS.

Podnětem pro zlepšení postojů k interním auditům se ve výzkumu projevíly **audity více zaměřené na přímou péči u pacientů** a nižší orientaci na „papíry“. Pro realizaci změny bude nutné zvýšit kompetence v komunikačních dovednostech auditorů, především ve způsobu kladení otázek vůči pacientům, umění jim naslouchat a následné schopnosti komplexního ověření s příslušnými zaměstnanci a návazností v záznamech. Interní audity u pacientů vnímáme jako silné opatření, které může ve zdravotnickém zařízení významně posunout vnímání smyslu realizace interních auditů.

ZÁVĚR

Diplomová práce si kladla za cíl prozkoumat, jaké faktory ovlivňují postoj zaměstnanců k systému interních auditů v konkrétním zdravotnickém zařízení. Na základě těchto faktorů bylo možné navrhnout opatření, jak systém interních auditů optimalizovat a zároveň podnítit „organizační angažovanost“ zaměstnanců. Tento typ angažovanosti je charakterizován zainteresovaností všech zaměstnanců na rozvoji kvality, není závislý pouze na aktivitě několika jedinců.

Faktory ovlivňující postoje zaměstnanců k interním auditům jsme v konkrétním zdravotnickém zařízení zjišťovali metodami kvalitativního výzkumu. Do výzkumu bylo zapojeno 26 respondentů, přičemž 16 z nich se účastnilo individuálních hloubkových rozhovorů a 10 bylo součástí focus group.

V teoretické části diplomové práce jsme vymezili pojmy úzce spojené se zkoumanou tematikou: organizační kultura, postoje, angažovanost zaměstnanců, komunikace, motivace, interní audit a kontrola. Studium literatury nám dále poskytlo pojmy a vztahy, které jsme mohli následně porovnávat se zjištěními z praxe. Teoretickou citlivost k naplnění cíle diplomové práce jsme zvýšili profesními zkušenostmi její autorky, která se danou problematikou zabývá v rámci své pracovní pozice a zkoumaná oblast je jí blízká. Na druhou stranu však zmíněná výhoda vyžadovala při vedení rozhovorů a při analýze dat, aby autorka zaujala objektivní postoj a oprostila se od vlastního pohledu a zkušeností. V teoretické části jsme se dále zabývali systémy řízení kvality a interními audity ve zdravotnictví České republiky v kontextu k platné legislativě a akreditačním standardům.

V analyticko-výzkumné části jsme podle hlavních výzkumných okruhů prezentovali a zároveň diskutovali v několika kategoriích a subkategoriích jednotlivá zjištění. Na tomto místě jsme také popsali současný stav systému řízení kvality a interních auditů v příslušném zdravotnickém zařízení a uvedli postupy, kterými bylo tohoto stavu od roku 2006 dosaženo.

Výstupem výzkumu je sedm faktorů, které dle našich zjištění ovlivňují postoje zaměstnanců konkrétního zdravotnického zařízení k systému interních auditů:

1. předávání informací ve zdravotnickém zařízení,
2. ochota přijímat a prostor pro poskytování zpětné vazby a reflexe,
3. motivace zaměstnanců,

4. administrativní zátěž,
5. ztotožnění zaměstnanců s nastavenými pravidly a důslednost při jejich vyžadování,
6. profesionální auditorský tým,
7. zaměření interních auditů.

Ke zjištěním k jednotlivým faktorům jsme uvedli podněty pro optimalizaci systému interních auditů s konkrétními opatřeními. Výzkum prokázal propojenost systému interních auditů s dalšími procesy a manažerskými funkcemi ve zdravotnickém zařízení. Proto nelze navrhovaná opatření k příslušným faktorům řešit pouze z pohledu interních auditů.

Ve všech sedmi faktorech, jež působí na postoje zaměstnanců k interním auditům, se projevil vliv komunikace ve zdravotnickém zařízení. Opatření v této oblasti se odráží v efektivnějším využívání stávajících komunikačních nástrojů. Dále doporučujeme uspořádat školení pro střední management zaměřené na komunikaci jako jednu z manažerských funkcí a uvědomění si významu využívání zpětné vazby mezi vedoucími pracovníky a řadovými zaměstnanci. Za cíl školení v komunikačních dovednostech pro tým interních auditorů navrhujeme vedení rozhovoru, které je nezbytné pro zlepšení komunikace mezi auditory a auditovanými a pro zavedení nových typů auditů přímo u pacientů. Důležitý aspekt, který bude utvářet pozitivní vztah ke smyslu interních auditů, je zainteresovanost zaměstnanců na dění ve zdravotnickém zařízení. Proto doporučujeme v organizaci podněcovat využívání reflexe a zpětné vazby, jako metody pro zvyšování angažovanosti zaměstnanců. Potenciál vidíme v hodnotících pohovorech se zaměstnanci, v prostoru při poradách a v postupné implementaci supervize do organizace, v počátku v týmu interních auditorů. Příležitost dále vnímáme ve zlepšení využívání nehmotných motivačních nástrojů a individuálního přístupu v motivaci ze strany středního managementu. Motivační nástroje, převážně nehmotného charakteru, je třeba uplatnit také pro získání nových členů auditorského týmu z řad lékařů a z oddělení, jež v týmu interních auditorů dosud zastoupení nemají, nebo jsou jimi samotní vedoucí pracovníci. Pro podporu spolupráce interních auditorů a vedoucích pracovníků, kteří výrazným způsobem mohou ovlivňovat postoje zaměstnanců k interním auditům, doporučujeme cíleně zapojit interní auditory do akcí se středním managementem. V neposlední řadě je třeba podporovat u vedoucích

pracovníků povědomí o tom, že jsou významnými nositeli chování a jednání ve zdravotnickém zařízení a jsou vzorem pro své podřízené.

Výsledky výzkumu považujeme za inspiraci pro management zkoumaného zdravotnického zařízení. Nabízíme zjištění směrem k interním auditům i dalším procesům v organizaci. Výstupy mohou být využity pro reflexi činností, jež se ve výzkumu projeví pozitivně, a proto je vhodné je nadále v organizaci upevňovat. Navrženy jsou podněty pro funkcionální změny v organizační kultuře, které budou vytvářet prostředí podporující angažovanost všech zaměstnanců příslušného zdravotnického zařízení.

Seznam použité literatury a zdrojů

Argyris, Chris. 1992. *On Organizational Learning*. Oxford: Blackwell Publishers. ISBN: 1-55786-262-1.

Argyris, Chris, Donald A. Schön. 1996. *Organizational Learning II: Theory, Method, and Practice*. Addison-Wesley. ISBN: 0-201-62983-6.

Brown, Andrew. 1995. *Organisational Culture*. London: Pitman Publishing. ISBN: 0-273-60454-6.

Armstrong, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. 10. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1407-3.

Barták, Jan. 2007. *Vzdělávání ve firmě*. Praha: Alfa Publishing. ISBN 978-80-86851-68-6

Bednář, Vojtěch a kol. 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4211-3.

Bedrnová, Eva, Ivan Nový a kol. 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-169-0.

Bělohávek, František. 1996. *Organizační chování*. Olomouc: Rubico. ISBN: 80-85839-09-01.

Brooks, Ian. 2003. *Firemní kultura: jedinci, skupiny, organizace a jejich chování*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-763-9.

Cejthamr, Václav, Jiří Dědina. 2010. *Management a organizační chování*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3348-7.

Davys, Allyson, Liz Beddoe. 2010. *Best Practice in Professional Supervision: A Guide for the Helping Professions*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN: 978-1-84310-995-2.

Disman, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. nezměněné vydání Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

Drucker, Peter Ferdinand, Joseph A. Maciarielo. 2006. *Drucker na každý den: 366 zamyšlení a podnětů, jak dělat správné věci*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-140-2.

- Dvořáček, Jiří. 2005. *Audit podniku a jeho operací*. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-809-6.
- Gladkij, Ivan. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
- Goetsch, David L., Stanley Davis. 2014. *Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality*. 7th edition. Edinburg Gate: Pearson. ISBN 10: 1-292-02233-7.
- Halík, Jiří. 2008. *Vedení a řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2475-1.
- Handy, Charles B. 1981. *Understanding Organization*. 2nd edition. Harmondsworth: Penguin Books. ISBN: v originálu knihy neuvedeno.
- Hartl, Pavel, Helena Hartlová. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- Hartl, Pavel, Helena Hartlová. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- Havrdová, Zuzana a kol. 2011. *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: FHS UK. ISBN 978-80-87398-14-2.
- Hawkins, Peter, Robin Shohet. 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.
- Hekelová, Zuzana. 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4032-4.
- Hendl, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-485-4.
- Hnilicová, Helena. 2010. „Jak lze úspěšně sledovat odbornou kvalitu zdravotní péče: příklad dobré praxe z Dánska“. *Praktický lékař*. 90 (8): 459–462. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN: 1805–4544.
- Ivanová, Kateřina. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-442-9.
- Jandourek, Jan. 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-535-0.

- Janečková, Hana, Helena Hnilicová. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-929.
- Kafka, Tomáš. 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management*. Praha: C.H. Beck. ISBN 978-80-7400-121-5.
- Kaufmann, Jean-Claude. 2010. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 978-80-7419-033-9.
- Kern, Hans et al. 1999. *Přehled psychologie*. Překlad Magdalena Machátová. Praha: Portál. ISBN 80-7178-240-8.
- Kocianová, Renata. 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2497-3.
- Kubíčková, Lea, Karel Rais. 2012. *Řízení změn ve firmách a jiných organizacích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4564-0.
- Kutnohorská, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- Kotter, John P. 2000. *Vedení procesu změny: osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press. ISBN 80-726-1015-5.
- Lukášová, Růžena, Ivan Nový a kol. 2004. *Organizační kultura: od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0648-2.
- Lukášová, Růžena. 2010. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2951-0.
- Macmillan English Dictionary for Advanced Learners*. 2007. 7th edition. Oxford: Macmillan Education. A division of Macmillan Publishers Limited Companies and representatives throughout the world. ISBN 978 0230 02545 5.
- Marx, David. 2012. „Organizace interní auditní činnosti“. *Zdravotnické noviny* 61 (9): 8. Praha: Ambit Media. ISSN: 0044-1996.
- Mládková, Ludmila, Petr Jedinák a kol. 2009. *Management*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-230-1.
- Morgan, David L. 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd. ISBN 80-858-3477-4.

- Nakonečný, Milan. 1998. *Základy psychologie*. Praha: Academia. ISBN: 80-200-0689-3.
- Nenadál, Jaroslav, Darja Noskievičová, Růžena Petříková et al. 2008. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-186-7.
- Pfeifer, Luděk, Miloslava Umlaufová. 1993. *Firemní kultura: konkurenční síla sdílených cílů, hodnot a priorit*. Praha: Grada. ISBN ,.
- Plamínek, Jiří. 2007: *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1991-7.
- Robbins, Stephen, P. a Mary Coulter. 2004. *Management*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0495-1.
- Senge, Peter M. 2007. *Pátá disciplína: teorie a praxe učící se organizace*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-162-1.
- Schein, Edgar Henry. 2004. *Organizational Culture and Leadership*. 3rd edition. San Francisco: Jossey Bass. ISBN: 0-7879-7957-4.
- Schultz, Majken. 1995. *On Studying Organizational Cultures: Diagnosis and Understanding*. Berlin: Walter de Gruyter. ISBN: 3-11-014137-X.
- Strauss, Anselm L. a Juliet Corbinová. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Přel. S. Ježek. Boskovice: Albert, ISBN 80-85834-60-X.
- Surynek, Alois, Růžena Komárková a Eva Kašparová. 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press. ISBN 80-726-1038-4.
- Šigut, Zdeněk. 2004. *Firemní kultura a lidské zdroje*. Praha: ASPI. ISBN 80-7357-046-7.
- Škrla, Petr, Magda Škrlová. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1.
- Štefánek, Radoslav a kol. 2011. *Projektové řízení pro začátečníky*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2835-0.
- Švaříček, Roman, Klára Šedřová a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Veber, Jaromír a kol. 2009. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-200-0.

Vlček, František. 2009. *Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče*. Disertační práce. Olomouc: Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP.

Vlček, František. 2014a. [email]. Groene, Oliver, Dionne Sofia Kringos, Rosa Suñol. *Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence based guide*. s.l., s.n. [cit. 2014-03-20].

Vodáček, Leo a Oľga Vodáčková. 2006. *Moderní management v teorii a praxi*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-143-7.

Webové stránky:

ČIIA [on line]. 2014. *Co je interní audit?* [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <<http://www.interniaudit.cz/ciia/>>

DUQuE [on line]. 2014. *Deepening our understanding of quality improvement in Europe*. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <<http://www.duque.eu/>>

Garvin, David A. [on line]. 2013. *Building a Learning Organization*. Harvard Business Review. [cit. 2014-05-16].

Dostupné z: <<http://educmpcentrallibrary.files.wordpress.com/2012/11/hrvd-building-a-learning-organization.pdf>>

ISQuA [on line]. 2014. *Who we are?* [cit. 2014-04-01].

Dostupné z: <<http://www.isqua.org/who-we-are/who-we-are>>

JCI [on line]. 2014. *JCI – Accredited Organizations*. [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=CZ&a=7>>

Ministerstvo zdravotnictví ČR [on line]. 2013. *Portál kvality a bezpečí*. [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_29.html>

Použité výzkumy:

HavrdoVá, Zuzana, Simona Krupková [on line]. December 2013. *The Congruence of Nurses in a Czech Hospital with Organizational Work Setting as Related to Organizational Engagement and Perceived Chances to Fulfill One's Own Professional Aspirations*. [cit. 2014-03-26]. Review of European Studies, Vol. 5, No. 5, p. 73–83. ISSN 1918-7173, E-ISSN 1918-7181, doi:10.5539/res.v5n5p73.

Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.5539/res.v5n5p73>, www.ccsenet.org/res>

Smircich, Linda. [on line]. September 1983. *Concepts of Culture and Organizational Analysis*. [cit. 2014-05-31]. Administrative Science Quarterly, Vol. 28, No. 3, p. 339–358. Dostupné z:

<<http://glennschool.osu.edu/faculty/brown/home/Org%20Theory/Readings/Smircich1983.pdf>>

Simpson, Michelle R. [on line]. 2009. *Engagement at work: A review of the literature*. [cit. 2014-02-03]. International Journal of Nursing Studies 46, p. 1012–1024. Publisher: Elsevier. Dostupné z: <<http://www.elsevier.com/ijns>>

Vlček, František [on line]. 2014b. „*Koncepční rámec a výsledky projektu DUQUE*“. [cit. 2014-04-18]. Výroční konference SAK 2014: Akreditace ve zdravotnictví - cíl nebo prostředek? 17. dubna 2014. Praha. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/>>

Zákony a normy:

CQS [on line]. 2013. *Hodnotící standardy pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovatele lůžkové zdravotní péče*. [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://www.cqs.cz/admin/files/Prilohy-k-zadostem/Hodnotici_standardy_ZZ.pdf>

ČSN EN ISO 19 011. *Směrnice pro auditování systému managementu jakosti a/nebo systému environmentálního managementu*. Praha: Český normalizační institut, 2003. Třídící znak 01 0330.

ČSN EN ISO 9001. *Systémy managementu jakosti – Požadavky*. Praha: Český normalizační institut, 2002. Třídící znak 01 0321.

ČSN EN ISO 15 189. *Zdravotnické laboratoře – Zvláštní požadavky na kvalitu a způsobilost*. Praha: Český normalizační institut, 2007. Třídící znak 85 5101.

e-ISO [on line]. 2012. *Hodnotící standardy procesu hodnocení kvality a bezpečí pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče*. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.eiso.cz/digitalAssets/281107_Hodnotici_standardy.pdf>

EURO CERT CZ [on line]. 2013. *Hodnotící standardy procesu hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (SD 14)*. [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <http://www.eurocert.cz/ke-stazeni/2013-hodnotici_standardy_zp.pdf>

Hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. 2012. Praha: Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. Tištěná verze.

Národní akreditační standardy pro nemocnice. 2013. 3. vydání. Praha: SAK, o.p.s., ISBN 978-80-87232-04-05.

T Cert [on line]. 2013 (verze 02). *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, standardy pro lůžkovou zdravotní péči*. [cit. 2014-02-05].

Dostupné z: <http://tcert.cz/sites/default/files/hodnoceni_kvalita_zdravotnictvi.pdf>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška č. 102/2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014

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

Interní dokumenty zkoumaného zdravotnického zařízení:

Směrnice pro interní audit a kontrolní systém. 2014 (verze 05). Interní dokument zkoumaného zdravotnického zařízení.

Směrnice pro komunikaci. 2013 (verze 03). Interní dokument zkoumaného zdravotnického zařízení.

Zápisy z interních auditů. Výběr z období 2012, 2013, 2014. Interní dokumenty zkoumaného zdravotnického zařízení.

Zpráva o vyhodnocení osobních rozhovorů s interními auditory. 2011. Interní dokument zkoumaného zdravotnického zařízení.

Seznam použitých zkratk

BOZP a PO – bezpečnost práce a požární ochrana

BTK – bezpečnostně technická kontrola

CAF – Common Assessment Framework

CEN – European Committee for Standardization

ČIA – Český institut pro akreditaci

ČR – Česká republika

ČSN – České technické normy (dříve Československé státní normy)

DUQuE – Deepening our understanding of quality improvement in Europe

EN – evropská norma

GLP – good laboratory practice

GMP – good manufacturing practice

HACCP – Hazard Analysis and Critical Control Points

HTS – hospodářsko-technická správa

ISQuA – International Society for Quality in Health Care

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI – Joint Commission International

ISO – International Organization for Standardization

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NASKL – Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře

OECD – The Organisation for Economic Co-operation and Development

OHSAS – Occupational Health & Safety Advisory Services

OKBH – oddělení klinické biochemie a hematologie

QMS – quality management system

R – respondent

SAK – Spojená akreditační komise

T – tazatel

WHO – World Health Organization

ZZ – zdravotnické zařízení

Seznam tabulek a obrázků

Obr. 1 Pohledy na komunikaci z hlediska výstupů výzkumu

Obr. 2: Model důsledků neinformovaností zaměstnanců formální cestou

Obr. 3: Pohledy na význam administrativy v organizaci

Tab. 1: Komunikační nástroje a nositelé informací ve zdravotnickém zařízení

Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k hloubkovému rozhovoru

Příloha 2: Ukázka částí přepsaných rozhovorů

Příloha 3: Ukázka rozdělení vybraných kategorií
do subkategorií po otevřeném kódování

Příloha 4: Vybrané výstupy z pohovorů s interními auditory v roce 2011

Příloha 5: Projekt diplomové práce